

# Monografía

## Depresión

Armando Vázquez López-Guerra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM

El término genérico depresión se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan como condiciones únicas, o acompañando a otros estados patológicos.

Los signos y los síntomas de la depresión pueden presentarse en forma aguda y es frecuente que recurran en forma episódica. El trastorno, cuyo síntoma central es el abatimiento del humor, abarca las esferas psíquica, somática y conductual. La depresión es un trastorno global.

El núcleo de la depresión lo constituyen, en la esfera afectiva, el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de los apetitos e intereses y la angustia o la agitación. En la esfera cognitiva, la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación negativa de la imagen de uno mismo, la tendencia exagerada a la autocrítica y la autodevaluación. Estos cambios deben tener cuando menos dos semanas de duración.

En la esfera somática son muy frecuentes la pérdida del apetito, la baja de peso y la perturbación del sueño, que característicamente consiste en su interrupción prematura, aunque puede presentarse también dificultad para conciliar el sueño y despertarse durante la noche. Diversos síntomas disfuncionales de los aparatos y sistemas complementan el cuadro en la esfera somática.

La presencia de síntomas de angustia así como de fobias, obsesiones, astenia e hipocondriasis es común. La vida de las personas deprimidas se altera profundamente en las esferas familiar, ocupacional y social. El síntoma cardinal de la depresión es el abatimiento del humor; que consiste en un estado de ánimo bajo, descrito por el sujeto como desanimado, triste o desesperanzado, y que está presente la mayor parte del día. La depresión no debe confundirse con la tristeza, que es una emoción normal, ni con el pesimismo, que es un rasgo de carácter. La depresión es un trastorno que persiste más de dos semanas, afecta la globalidad de la persona, y que puede estar influido o no por circunstancias exteriores.

### Incidencia y prevalencia

La depresión es el más común de los trastornos psicopatológicos que el médico ve en la consulta y en las salas de los hospitales. Se considera que el 3 a 4% de la población mundial padece depresión; solamente una de cinco recibe tratamiento mé-

dico y una de cada 50 es hospitalizada. Uno de cada 200 enfermos deprimidos se suicida y 50% de todos los suicidas sufren depresión. La depresión en sus distintas formas ocurre en ambos sexos, en todas las edades, en todas las sociedades y en todas las culturas, aun cuando en proporciones variables.

### Causas de la depresión

Hay dos formas de depresión diferentes: la depresión bipolar y la depresión unipolar. Las depresiones monopolares se expresan en formas más variables y con frecuencia son más leves o suelen estar "enmascaradas". Las bipolares tienen alternancia de depresión y excitación o hipomanía. La depresión tiene un origen multifactorial. Aunque la influencia del componente genético es clara, es imposible excluir la importancia de los factores psicológicos y sociales. La fuerza del componente genético es mayor en la depresión bipolar que la unipolar. Se han encontrado asociaciones del trastorno bipolar con los cromosomas 5, 11 y X.

Desde el punto de vista psicológico hay otros dos tipos de rasgos de carácter que se han vinculado con la propensión a la depresión: rasgos obsesivos, rígidos, perfeccionistas y rasgos de pasividad y necesidad excesiva de depender de los demás.

La pérdida de un ser querido, del poder, de la salud, de la imagen narcisista de uno mismo, hace a algunos perder su sentido de la vida y en las personas predispuestas se desencadena la depresión. Es significativa la diferenciación que se hace en términos de severidad del cuadro; depresión mayor o menor.

### Formas clínicas

El término depresión sólo se emplea para referirse a un padecimiento que amerita tratamiento. Es necesario distinguir entre un episodio depresivo aislado y un trastorno depresivo recurrente o depresión unipolar. De un 15 a 30% de la población general del mundo, habrá de sufrir un episodio depresivo en el curso de su vida.

La clasificación internacional de enfermedades ICD-10 de la OMS, diferencia la depresión de acuerdo a la severidad de los síntomas en leve, moderada y severa. La depresión mayor se presenta durante un periodo de tiempo de al menos dos semanas y se caracteriza por estado de ánimo depresivo

o pérdida de interés o de capacidad para el placer; puede haber además pérdida de peso, insomnio, agitación o enlentecimiento, sentimientos de inutilidad o culpa, incapacidad para concentrarse o ideas de muerte.

Otros trastornos del estado de ánimo son el trastorno distímico y el trastorno ciclotímico. El primero se refiere a un estado de ánimo crónicamente deprimido que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años, acompañado por otros síntomas depresivos pero que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno ciclotímico es una alteración crónica del estado de ánimo que comprende periodos de síntomas depresivos y periodos de síntomas de ánimo persistentemente elevado y anormal (hipomanía), de al menos dos años de duración.

### **Depresión enmascarada y equivalentes depresivos**

En ocasiones algunos síntomas somáticos se presentan en “sustitución” de un episodio depresivo en forma clínica y recurrente.

La depresión enmascarada se refiere a síntomas tanto somáticos como mentales y el fondo depresivo del trastorno queda oculto y no es reconocido por el médico, el enfermo o ambos.

En la esfera somática, los síntomas más comúnmente descritos son: neuralgias faciales, dolores vertebrales regionales, desórdenes subjetivos del equilibrio y otros trastornos psicofisiológicos en otros aparatos y sistemas. Entre los síntomas que pueden enmascarar la depresión se encuentran en forma predominante los trastornos del sueño y del apetito. La depresión afecta el funcionamiento laboral, social e interpersonal.

En los niños deprimidos, el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. Es frecuente que se manifieste como disminución en el rendimiento escolar, fobia escolar o cambios de la conducta.

En los ancianos con depresión las alteraciones en memoria pueden ser tan intensas que el médico crea que se trata de una demencia. Esta “seudodemencia” es un cuadro depresivo tratable y reversible. Los cambios acentuados en el funcionamiento de una persona pueden alertar para buscar una posible alteración en el afecto. En ocasiones, el paciente deprimido puede recurrir al uso del alcohol o sustancias psicoactivas para intentar aliviar el sufrimiento ocasionado por su trastorno.

La depresión enmascarada es solamente depresión no identificada.

### **Diagnóstico**

Descansa esencialmente en la comunicación por el enfermo de su experiencia subjetiva y en la observación de su conducta explícita.

La disforia inmotivada o desproporcionada que persiste y representa un cambio negativo en relación con el humor habitual

que una persona reconoce como propio, las alteraciones del sueño, la pérdida de peso; las fluctuaciones diurnas y la tendencia a la recurrencia son suficientes para establecer el diagnóstico de depresión mayor. El médico no especialista puede hacer el diagnóstico de depresión siempre y cuando lo tenga presente y explore sistemáticamente el estado afectivo de sus pacientes. La identificación de la depresión permite al médico hacer un manejo exitoso en una proporción elevada de casos.

### **El manejo del paciente deprimido**

Es común que la persona que sufre depresión acuda primero a la consulta del médico general. Surge de esta manera la pregunta sobre si debe tratarlo él mismo o debe ser puesto en manos de un especialista. En términos generales aproximadamente un 50% de todos los casos pueden ser tratados por un médico general razonablemente capacitado. El enfermo debe ser puesto en manos del especialista siempre que haya riesgo de suicidio, cuando el enfermo presenta síntomas o conductas psicóticas como son las ideas delirantes y cuando no se tenga una respuesta satisfactoria al tratamiento.

El manejo correcto del enfermo se basa en la comprensión de la naturaleza del trastorno, el manejo efectivo de la relación con el paciente y el uso adecuado de los medicamentos.

Ciertas medidas generales son importantes: evitar exámenes y consultas innecesarias; ayudar al enfermo a aceptar su impotencia y pérdida de libertad como algo reversible; explicarle la naturaleza del problema; lograr la cooperación de los familiares; eliminar en lo posible las cargas y tensiones innecesarias; evitar que el enfermo, en tanto que esté deprimido, haga cambios radicales en su vida; y verlo periódicamente hasta su total recuperación.

### **Manejo farmacológico**

Se utilizan los antidepresivos que pueden ser varios tipos:

Antidepresivos tricíclicos. Como la imipramina, la amitriptilina y clorimipramina que se utilizan a dosis de 150 mg en casos leves, pudiendo aumentarse la dosis en caso necesario. Tiene efectos secundarios de tipo anticolinérgico, entre los que destacan la resequead de boca, estreñimiento y dificultad para la micción; otros trastornos secundarios son la hipotensión ortostática y los trastornos de la acomodación. Deben usarse con cuidado en pacientes con trastornos cardiovasculares. Su mecanismo de acción es inhibir la recaptura del mediador químico en el espacio sináptico.

Inhibidores de la monoaminoxidasa. En la actualidad se encuentra en el mercado únicamente la moclobemida que es un inhibidor reversible de la monoaminoxidasa.

Hay otros antidepresivos denominados atípicos como la maprotilina, la trazodona y la mianserina, que tienen efectos parecidos a los anteriormente mencionados.

Los medicamentos más modernos son los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina que tienen un efecto semejante a los antidepresivos tricíclicos pero con menos efectos secundarios aunque su eficacia sea similar. Tienen la ventaja de mayor facilidad en su administración: la dosis promedio de fluoxetina, paroxetina y citalopram es de 20 mg; la de la sertralina y fluvoxamina 100 mg y de venlafaxina 75-150 mg.

Hay otras alternativas terapéuticas como el litio, la carbamazepina y en casos severos con riesgo de suicidio importante, la terapia electroconvulsiva que son recursos que deben ser empleados por el médico especialista.

Así mismo es fundamental establecer una adecuada relación con los pacientes brindándoles apoyo y esclarecimiento sobre sus dudas con respecto a la enfermedad y prestando refuerzo emocional y esperanza sobre su curación.

Muchos fracasos en el tratamiento de enfermos depresivos correctamente identificados se explican por errores en la dosis de medicamentos, generalmente usados en forma insuficiente, por la interrupción prematura del tratamiento, que en general debe prolongarse por seis u ocho meses y en algunos casos por varios años, y por el descuido o el manejo impropio de la psicoterapia que es esencial en el tratamiento del paciente deprimido.

Finalmente es necesario enfatizar que cuando el manejo de un paciente deprimido esté más allá del alcance del médi-

co general por el motivo que sea; éste debe ser remitido sin dilación al especialista.

### Referencias

1. Campillo Serrano C. Farmacoterapia de los trastornos afectivos y emocionales. En: De la Fuente R. La patología y su terapéutica. Vol. II. México: Fondo de Cultura Económica. Colección Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis. 1997: 331-60.
2. De la Fuente R, Lara-Muñoz MC. Trastornos del humor. En: De la Fuente R. La patología mental y su terapéutica. Vol. I. México: Fondo de Cultura Económica. Colección Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis. 1997: 184-209.
3. De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J. Epidemiología de los trastornos depresivos en México. En: De la Fuente R. Salud Mental en México. México: Instituto Mexicano de psiquiatría. Fondo de Cultura Económica, Colección Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis 1997: 137-41.
4. González-Forteza C, García C, Medina-Mora ME, Sánchez MA. Indicadores psicosociales predictivos de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Mental 1998; 21(3): 1-9.
5. Jiménez-Genchi A, Senties-Castella H, Ortega-Soto HA. Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. Salud Mental 1997; 20(1): 36-41.
6. Lara MA, Acevedo M, Pego C, Weckmann S, Villarreal A. ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1996
7. Nicolini-Sánchez H. Hallazgos de la genética y la biología molecular en psiquiatría. Los trastornos afectivos: depresión unipolar. En: Nicolini-Sánchez H. Bases genéticas de la mente. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1999: 76-80
8. Sandoval LX. Aspectos psiquiátricos de la enfermedad coronaria y del infarto al miocardio. Salud Mental 1997; 20(4): 8-15.

## VIII Congreso Nacional Academia Nacional de Medicina

Del 18 al 22 de octubre de 1999 Unidad de Congresos  
Centro Médico Nacional Siglo XXI Ciudad de México

### PROGRAMA GENERAL

#### Grandes Temas

*Infecciones emergentes y resurgentes*  
*Enfermedades neoplásicas*  
*Diabetes mellitus*  
*Envejecimiento*  
*Sociedad y salud mental*

#### Enfoques

*Medicina General*  
*Cirugía*  
*Gineco — Obstetricia*  
*Medicina familiar*  
*Pediatría*  
*Imagenología*

**Informes e Inscripciones: B.P. SERVIMED, S.A. DE C.V.** Insurgentes Sur 1188-507 Col. Del Valle, 03210 México, D.F. Tels.: (525) 575-9931 y 575-9861 Fax: 559-9497 y 575-9937 E-mail: [Servimed@compuserve.com](mailto:Servimed@compuserve.com) Web page: [www.servimed.com.mx](http://www.servimed.com.mx) **Informes:** E-mail: [nmce@geoline.net](mailto:nmce@geoline.net) Web page: [www.starnet.net.mx/academia/](http://www.starnet.net.mx/academia/)