

RESUMENES DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA

DEPRESION

AGUSTÍN CASO *

La depresión es una de las enfermedades que con más frecuencia padece la humanidad. La primera parte de este siglo fue considerada como la época de la angustia, la segunda va siendo considerada como la época de la melancolía. El siglo XX está en conflicto con los moldes del siglo XIX. Los cambios sociales y económicos son múltiples: los recursos de la Tierra son limitados y la población humana crece en forma incontrolada. La gente va en torrentes desde las zonas rurales a las ciudades, ya de por sí densamente pobladas, y al llegar encuentra pocas raíces y pocas oportunidades. La ciudad industrializada e impersonal, se opone a la vida emocional e ideológica de la vida rural; la gente no llega a adaptarse a la sociedad urbana y se deprime. La clase media, amenazada por los cambios y el aumento de competencia, se ve atrapada en un laberinto de problemas y también se deprime.

La depresión puede definirse como un síndrome caracterizado por los siguientes síntomas:

- 1) Humor esencialmente depresivo.
- 2) Dificultad para pensar (inhibición de la ideación).
- 3) Retardo psicomotor (inhibición de la iniciativa) o angustia y agitación.

- 4) Trastornos somáticos diversos; entre ellos principalmente trastornos del sueño y del apetito.

También son frecuentes las cefaleas. El enfermo se siente solo, llora fácilmente, dice que ha perdido el interés y el entusiasmo. Los pensamientos son pobres, la indecisión domina el pensamiento y provoca ansiedad; hay dificultad para concentrarse y la iniciativa se encuentra inhibida. El cansancio es fácil.

El médico debe estar alerta a esas diversas manifestaciones. En ocasiones los síntomas que la delatan están enmascarados: sensación de fracaso personal con poco amor propio; pérdida de confianza en sí mismo. El niño puede manifestar su depresión de diversos modos: con hipocinesia, cambios de conducta, enuresis, etcétera. El adolescente, con conducta antisocial. El anciano quejándose con el médico y familiares de diversos síntomas. El adulto ingiriendo bebidas alcohólicas, síntomas de despersonalización, cambios de la libido, donjuanismo, preocupación excesiva por el trabajo, la salud, la religión o la política.

El síndrome depresivo puede tener diversas modalidades: 1) *depresión neurótica* o *neurosis depresiva*, causada por la pérdida de un ser querido, de bienes materiales o por tensión grave y prolongada de conflictos sin resolver. Hay antecedentes familiares algunas veces; el inicio es súbito, relacionado con la pér-

* Académico numerario.

dida, o gradual y lento; la intensidad puede ser leve o moderada; sin tratamiento puede persistir de 3 a 12 meses, mejorar con el tiempo o volverse crónica. El enfermo tiene dificultad para conciliar el sueño y despierta a menudo durante la noche. A veces hay anorexia leve o moderada, otras, apetito compulsivo. La ansiedad tiende a disminuir al progresar la enfermedad: la concentración, cuando se olvida la pérdida que se tuvo, se recobra; la fatiga es constante y son muy frecuentes la cefalea, opresión torácica, indigestión, calambres; la libido generalmente está disminuida. Existen frecuentes sentimientos intensos de unión y dependencia: las ideas suicidas pueden estar presentes y ser intensas pero generalmente están enmascaradas: los intentos suicidas son ocasionales. No se encuentran alucinaciones e ideas delirantes. 2) *Psicosis maniaco-depresiva, tipo depresivo*. Puede ser bipolar, cuando alternan los periodos depresivos con los de manía, y monopolar cuando se presentan únicamente episodios depresivos recurrentes. Existen a menudo antecedentes familiares; es casi siempre grave, puede durar de 3 a 24 meses y tener periodos de mejora de 6-10 meses o volverse crónica. El enfermo se siente más triste por la mañana, mejora al acercarse la noche; despierta al alba; la anorexia es grave y hay rápida pérdida de peso; existen ataques espontáneos e intensos de llanto; el temor a estar solo es intenso pero en ocasiones hay indiferencia (estupor depresivo); la concentración es nula; los juicios erróneos; las percepciones incorrectas; puede haber fuerte tendencia alcohólica cuando la enfermedad se prolonga; las ideas delirantes son muy frecuentes, típicamente paranoicas, con sentimientos de culpa, ideas de pobreza, de no valer nada; la fatiga es constante y muy fuerte. Existe pérdida de la libido; las ideas suicidas son muy vivas y los intentos suicidas son corrientes (es más, deben preverse); las relaciones personales están muy alteradas y hay tendencia al aislamiento. Parece ser que es causada por trastornos neuroquímicos. 3) *La melancolía involutiva* se caracteriza por depresión muy fuerte que se inicia después de los cuarenta años: procesos mentales lentos; autoacusación y despecho; angustia, que siempre es un síntoma predominante; frecuentes ideas paranoides, agitación, delirios de pobreza, ideas de desgracia inminente, sentimientos de culpa, molestias somáticas, ilusiones e interpretaciones erróneas; intenso insomnio y tendencia al suicidio. 4) *La reacción depresiva psicótica*, caracterizada por la frecuente ocurrencia de factores precipitantes; antecedente de conflicto o conflictos; angustia intensa (depresión agitada); ideas delirantes típicamente paranoicas, sentimientos de culpa, ideas de pobreza, desprecio de sí mismo, de no valer nada; se diferencia

de la psicosis maniaco-depresiva por la falta de antecedentes de depresiones repetidas o acentuadas oscilaciones del talante; es provocada por *stress* afectivo, tal como la pérdida de un ser muy querido, ser víctima de un grave desengaño o tener una intensa frustración.

Tratamiento

Depende esencialmente del tipo de depresión que se trate, pero en todos los casos el médico debe dar una explicación directa de los síntomas: cuando el enfermo considere que alguien comprende su tristeza, su desesperanza, su fatiga, su angustia, su impotencia ante la vida, mejora, a veces espectacularmente. El médico debe subrayar lo frecuente que es la depresión

Cuadro 1 Medicamentos antidepresivos

Nombre genérico	Dosis habitual diaria para adultos, mg.	Forma de presentación
1. Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)		
A. Hidrazinados:		
Iproniazida	50-100	Marsilid, [®] comprimidos de 50 mg. Producto no comercializado actualmente en México
Isocarboxácida	20-40	Marplán, [®] grageas de 15 mg.
Fenelcina	15-60	Nardil, [®] grageas de 15 mg.
Nialamida	50-200 mg.	Niamid, [®] tabletas de 25 mg.
B. No hidrazinados:		
Tranilcipromina	20-40	Parnate, [®] grageas de 10 mg.
Pargilina	25-50	Eutonyl, [®] grageas de 25 y 10 mg.
2. Tricíclicos		
Imipramina	100-300	Tofranil, [®] grageas de 25 y 10 mg. Ampolletas de 25 mg.
Amitriptilina	100-300	Tryptanol, [®] grageas de 25 mg.
Nortriptilina	20-100	Avantyl, [®] grageas de 10 y 25 mg.
Desipramina	100-300	Norpramin, [®] grageas de 25 y 50 mg. Pertofran, [®] grageas de 25 mg. Ampolletas de 25 mg.
Trimepramina	75-300	Surmontil, [®] tabletas de 10 y 25 mg. Gotas, 1 mg. una gota
Monoclorimipramina	50-150	Anafranil, [®] grageas de 25 mg. Ampolletas de 25 mg.
3. Litio		
Carbonato de litio	900-1 500	Lithium 300 Valdecasas, [®] tabletas de 300 mg.

y el buen pronóstico que tiene si el enfermo recibe un tratamiento con medicamentos y psicoterapéutica adecuados. Debe recomendarse al enfermo que no tome grandes decisiones durante el periodo depresivo. Es conveniente que el tratamiento medicamentoso no interfiera con la vida del enfermo, es decir, con su trabajo y su familia. No debe forzarse al enfermo a salir de su casa y "tratar de distraerlo o divertirlo", ya que la actividad del sujeto está siempre disminuida y tiene dificultad para concentrarse y por lo tanto le es difícil leer, trabajar, escribir, ver una obra de teatro o cine, hasta el ver la televisión le es difícil. Es decir, son inútiles los paseos y distracciones, el enfermo no se divierte.

Deben emplearse rutinariamente, en primer lugar, los compuestos tricíclicos, tipo imipramina en forma inyectable en las noches e iniciar el tratamiento por vía bucal, a dosis pequeñas; cuando el enfermo mejora, disminuir el número de ampollitas y aumentar la dosis por vía bucal. Si el enfermo no mejora con compuestos tricíclicos, suspenderlos y, una semana o

diez días después, iniciar la administración de inhibidores de la monoaminooxidasa.

El tratamiento con carbonato de litio es de gran utilidad en las depresiones de tipo monopolar de la psicosis maniacodepresiva, para su profilaxis y tratamiento. Si el enfermo tiene angustia, son eficaces los derivados de la benzodiazepina (clordiazepóxido y diazepam). Los antipsicóticos son necesarios cuando existe agitación o ideas delirantes graves. El electrochoque puede emplearse si el enfermo no mejora con el tratamiento farmacológico y cuando exista gran tendencia al suicidio. El tratamiento medicamentoso se resume en el cuadro 1.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Comprehensive textbook of psychiatry*. Capítulos 17, 18 y 21. Freedman, A. M.; Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (Eds.). Baltimore, Maryland, Williams & Wilkins, 1975.
- Caso, A.: *Depresiones y su tratamiento*. GAC. MÉD. MÉX. 101: 5-21, 1971.
- De la Fuente Muñiz, R. y col.: *Depresión*. Mesa Redonda. Rev. Fac. Med. Méx. 10:6-33, 1975.