

## La depresión en la práctica diaria

Gerardo Heinze-Martin\*

Hipócrates introdujo por primera vez el término de "melancolía" y hoy en día, su descripción clínica todavía tiene validez. La depresión afecta a millones de seres humanos en todo el mundo, pero solamente 50% de ellos son diagnosticados y reciben un tratamiento médico adecuado. Muchas veces la depresión interviene con el funcionamiento físico y mental del individuo; tiende a ser aguda, recurrente o crónica, y se asocia con una morbilidad significativa y con una mortalidad alta por suicidio.

### Epidemiología

De acuerdo con los diferentes estudios llevados a cabo sobre el riesgo de padecer un episodio depresivo (prevalencia) durante el transcurso de la vida, se encontró que éste es casi de 6% en los hombres y de 12% en las mujeres, éstas buscan ayuda médica con mayor frecuencia que los hombres, quienes tratan de dormir por sí solos sus síntomas, y sólo piden ayuda cuando el cuadro clínico ya es muy severo. Se puede presentar un cuadro depresivo a cualquier edad, pero la mayor incidencia y prevalencia se presenta entre los 20 y los 45 años de edad, en los niños es poco frecuente, mientras que en la tercera edad es cada vez más frecuente.

Estudios recientes, provenientes de Inglaterra y de Estados Unidos han demostrado que la depresión suele presentarse en etapas más tempranas, sobre todo en las mujeres con antecedentes fami-

liares de depresión, los estudios en pacientes cuyos familiares tienen una historia de alta incidencia de trastornos depresivos, han llevado a los científicos a concluir que tiene predisposición para presentar ciertos subtipos de estados depresivos, particularmente los que ocurren como episodios recurrentes.

### Etiopatogenia

Durante y después del descubrimiento de los primeros antidepresivos efectivos, el interés de los investigadores clínicos se enfocó a conocer los posibles cambios bioquímicos en el sistema nervioso central, capaces de explicar el origen de la depresión en el ser humano. Así, surgieron en la década del sesenta las primeras hipótesis basadas en el mecanismo de acción de los primeros antidepresivos, como la imipramina e inhibidores de la monoamino-oxidasa.

De esta forma nacieron las hipótesis noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica, que han tratado de explicar la génesis de los trastornos depresivos. Se ha establecido que los fármacos antidepresivos ejercen su acción preferencial sobre uno de los tres sistemas de neurotransmisión: serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico. Estos hallazgos aumentaron los conocimientos con relación en la bioquímica, la fisiología y la farmacología cerebral, más que en la etiología misma de la depresión.

\* Académico numerario, Jefe de la División Clínica del Instituto Mexicano de Psiquiatría

Correspondencia y solicitudes sobre tims Dr. Gerardo Heinze-Martin, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calzada México Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, Tlalpan, México, D. F. 655-7999

En la investigación sobre el funcionamiento de los neurotransmisores y sus metabolitos durante un episodio depresivo, se han encontrado múltiples anomalías. Las más concretas, son los niveles del ácido 5-hidroxi-indolacético, que es el metabolito de la serotonina, que se encuentran bajos en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con conducta suicida y agresividad impulsiva. También se encuentran bajos los niveles de MHPG (3-metoxi-hidroxi-fenil-glicol) que es el metabolito de la noradrenalina, durante la fase depresiva de los pacientes bipolares. Desde hace tiempo se ha sostenido la hipótesis de que un estado estresante prolongado, puede generar un cuadro depresivo, por lo que se ha intentado medir y estimar el efecto que tienen los sucesos estresantes sobre la salud mental de los niños y adultos. La interpretación de los resultados es muy compleja, ya que un determinado suceso puede ser estresante para una persona y no para otra; ciertos factores ambientales, como la muerte de un familiar, una enfermedad física, la separación del cónyuge, pérdida del trabajo, cambio de casa, aunado a un trastorno de personalidad premórbida, son elementos que pueden contribuir a que se presente una enfermedad depresiva.

En muchos individuos, la sintomatología inicial es leve y de poca duración, pero en los que tienen una vulnerabilidad preexistente, puede desarrollarse una enfermedad depresiva que necesite de atención médica oportuna.

La depresión parece tener una etiología multifactorial en la que los factores genéticos, ambientales y biológicos, desempeñan un papel importante que hasta ahora ha sido imposible separar.

Actualmente se está tratando de determinar el mecanismo genético preciso, mediante el empleo del mapeo genético y del enlace genético. El mapeo genético nos ha proporcionado una cierta evidencia de vulnerabilidad genética, pero las investigaciones en gemelos señalan que la herencia es determinante, sobre todo en la depresión bipolar los resultados demuestran que si un gemelo idéntico padece de depresión o manía, hay de 70 a 80% de probabilidades de que el otro gemelo también está afectado, pero en los gemelos no idénticos, el riesgo de padecer depresión es de 25%, lo que es semejante al de un hermano o al de los hijos de la persona afectada.

## Diagnóstico y cuadro clínico

La depresión nunca debe confundirse con los sentimientos transitorios de infelicidad y tristeza que son componentes frecuentes que acompañan al ser humano durante el ciclo vital y que desaparecen espontáneamente.

Actualmente se cuenta con dos clasificaciones para el diagnóstico de las enfermedades mentales. Una es la americana, el DSM-IV, "Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales", que es una de las más empleadas tanto en el campo del diagnóstico clínico como en la investigación, y la otra es la "Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales y del Comportamiento (CIE-10) que entró en vigor en 1993. Esta difiere del DSM-IV únicamente en ciertos detalles y en el estilo de la descripción, pero las dos son totalmente compatibles.

La sintomatología principal de un cuadro depresivo consiste en las alteraciones en el estado del humor, del pensamiento y de la conducta, asociadas o no con diferentes quejas somáticas.

Sólo se puede diagnosticar un episodio depresivo mayor, cuando la sintomatología ha estado presente durante un periodo mínimo de dos semanas y representa un cambio determinante con respecto a la conducta anterior del sujeto. Es obligatorio que el estado de ánimo se encuentre disminuido y que haya pérdida de interés en las actividades placenteras. Los principales síntomas de la enfermedad depresiva son los siguientes:

Estado de humor depresivo (ánimo disminuido), una notable disminución del placer o del interés en las actividades habituales o incapacidad para realizarlas; pérdida o aumento de peso (más de 5% de peso corporal en un mes; insomnio o hipersomnia; agitación o entorpecimiento psicomotor, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad; fatiga o pérdida de energía durante el día; anorexia significativa; despertar precoz durante la mañana; ideas recurrentes de muerte o de suicidio, o intentos de suicidio; disminución de la capacidad para pensar o para concentrarse o padecer indecisión, entorpecimiento o agitación psicomotriz; rumiación o ideas obsesivas; ansiedad constante y prolongada; dolores inespecíficos; aislamiento (incapacidad o falta de interés para relacionarse); crisis de llanto o imposibilidad para llorar y sentimientos de culpa.

## Curso de un episodio depresivo

El curso de un episodio depresivo mayor varía de un paciente a otro. El paciente puede presentar uno o varios episodios depresivos durante su vida. El episodio depresivo suele durar de 6 a 12 meses o en ocasiones, más tiempo. Un paciente que ha presentado un primer episodio depresivo, tiene 50% de probabilidades de presentar un segundo episodio y aquellos que han presentado dos o más episodios tienen de 70 a 80% de probabilidad de presentar otro en el transcurso de su vida.

## Tratamiento

Hemos avanzado considerablemente durante las últimas décadas en el tratamiento farmacológico de las enfermedades depresivas. Sin embargo, uno de los principales obstáculos ha sido la falta de homogeneidad de los diferentes subtipos depresivos, que también se refleja en la identificación de sucesos bioquímicos mediadores del efecto farmacológico antidepressivo.

Usualmente, el tratamiento con los diferentes antidepressivos tarda de dos a cuatro semanas en producir un efecto positivo y persistente, mientras que la respuesta temprana y un curso fluctuante no son propiamente atribuibles al fármaco. sino al efecto "placebo" o a la remisión espontánea del episodio.

Aproximadamente el 75% de los pacientes con un cuadro de depresión, responde al tratamiento farmacológico antidepressivo, siempre y cuando sea administrado en dosis suficientes y durante un mínimo de 6 meses. Cuando estamos ante un cuadro de depresión recurrente (varios episodios depresivos previos), el fármaco antidepressivo deberá de ser administrado por mayor tiempo (dos o tres años).

Existe un pequeño porcentaje de pacientes con depresión que son refractarios a la respuesta farmacológica (10-15%), en los cuales la terapia electroconvulsiva continúa siendo uno de los tratamientos físicos más efectivos y con mínimo riesgo para el paciente.

Hoy en día, contamos con múltiples antidepressivos, todos ellos con efectividad semejante y que únicamente se diferencian por su perfil de efectos secundarios, como son:

- Antidepressivos tricíclicos (imipramina, desipramina, amitriptilina, etc.)
- Antidepressivos heterocíclicos (maprotilina, amoxapina, butriptilina, etc)
- Antidepressivos atípicos (trazodona, mianserina, etc)

Tanto los tricíclicos como los heterocíclicos, se administran a una dosis de 150 a 250 mg diarios, la dosis de la mianserina fluctúa entre 30 a 90 mg diarios.

Un nuevo grupo de antidepressivos, son la familia de los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina y citalopram). Tienen la misma eficacia clínica que sus predecesores. Su baja afinidad para los receptores muscarínicos, adrenérgicos e histamínicos, se traduce clínicamente en menores efectos sedativos, hipotensores y anticolinérgicos. Además tienen la ventaja de que se administran una sola vez al día y hay menor riesgo de dosificación.

Fármacos de más reciente aparición, son la venlafaxina (inhibidor de la serotonina y norepinefrina en una proporción de 4:1) y la tianeptina (facilitador de la recaptación de serotonina), que han mostrado una buena eficacia clínica, semejante a la imipramina.

Es recomendable que, sumado a la farmacoterapia, se asocie al tratamiento, una de las psicoterapias médicas, como la cognoscitiva, interpersonal o dinámica, así como una adecuada relación médico-paciente para resolver con éxito la mayoría de los casos de depresión.

La depresión es, sin duda, una de las enfermedades de la afectividad, más comúnmente vistas, tanto por los médicos generales como por los especialistas, misma que debe ser diagnosticada y tratada adecuadamente, buscando siempre el beneficio de nuestros pacientes.

## Referencias

1. Katon W. The epidemiology of depression in medical care. *Int J Psychiatry in Medicine*. 1987;17:93-97.
2. Spanier C, Frank E, McEachrain AB y cols. The prophylaxis of depressive episodes in recurrent depression following discontinuation of drug therapy: integrating psychological and biological factors. *Psychological Medicine*. 1996;26:461-475.

3. Garvey M, Tuason VB. Low levels of MHPG in depressive spectrum patients. *J. Affective Disord*, 1996;37:103-108
4. Vestergaard P, Gram I, F, Sverensen P y cols. Therapeutic potential of recently introduced antidepressants. *Psychopharmacol Ser.* 1993;10:190-198.
5. Janicak PG, Davis JM, Preskorn SIX y cols. Advances in the pharmacotherapy of Depressive Disorders. En: *Principles and practice of Psychopharmacology*. 1995; Vol. 1, No. 2. Williams and Wilkins fed).