

DEPRESION

*Dra. Giovanna Lizondo R.; *Dr. Carlos Llanque V.
*Médicos Familiares Policlínica Manco Kapac

I. DEFINICION

La depresión (del latín *depressus*, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático (1-2)

II. EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos del ánimo son el 2do trastorno mental más común (5.1%) en mayores de 18 años en EEUU . La prevalencia de un mes del trastorno depresivo mayor es de 2.2 %. La prevalencia del trastorno depresivo mayor en pacientes ambulatorios en atención primaria es de 4.8 a 8.6% constituyendo la 4ta queja más común.

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer (26%) que en el hombre (12%).

En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, para trastorno depresivo mayor, y una incidencia anual del 1 al 2 personas por mil.

En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general. (2-3-4)

III. ETIOPATOGENIA (2-3-4)

Factores genéticos.-

Por interacción compleja entre carga genética del paciente y medio ambiente; uno referido a la vulnerabilidad constitucional heredada del paciente a presentar un trastorno del estado de ánimo que interacciona con el segundo

componente continuo referido al estrés ambiental y acontecimientos vitales.

Algunos individuos con gran predisposición genética presentan síntomas tras acontecimientos desencadenantes poco importantes; otros con vulnerabilidad genética baja presentan el trastorno con desencadenantes graves .

Trastorno de la regulación de neurotransmisores.-

Molécula de Serotonina. El eje serotonina-dopamina parece cumplir un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos depresivos. En este descubrimiento se funda el efecto de los modernos antidepressivos, inhibidores de la recaptación de serotonina.

Factores ambientales.-

Se encuentra una relación temporal general entre acontecimientos vitales estresantes y negativos (muerte de los padres, conyuge e hijo, pérdida de empleo cambio de status social ataques graves ala autoestima) y el episodio subsiguiente de un episodio depresivo

Interacciones cerebroambientales.-

La función del cerebro es recibir los estímulos del medio ambiente para almacenarlos, integrarlos e interpretarlos, lo que proporciona la base para una respuesta adecuada conductual y cognitiva, de esta manera se da la influencia de los factores medioambientales con la función cerebral que puede ser alterada frente a un estímulo negativo.

Ritmos biológicos.-

Algunas personas presentan episodios depresivos en determinada estación del año (depresión invernal), de la misma forma pacientes con privación del sueño sugieren esta hipótesis

IV. FACTORES DE RIESGO (1-4)

La depresión mayor es un proceso multifactorial y complejo la probabilidad de su desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. La siguiente tabla muestra los factores y procesos asociados a la depresión:

Antecedentes familiares	Trastorno de ansiedad
Distimia	Alcohol y tabaco
Rasgos de personalidad neurótica	Cardiopatías
Circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, maternidad, etc)	Pobreza
Enf. Endocrinas (DM, hiper ó hipotiroidismo, Sd Cushing, Adisson, etc	Estrés crónico
Polimorfismo de gen (transporte de serotonina)	Otras enfermedades crónicas (físicas o mentales)
Migraña	Sexo femenino
Edad menor a 40 años	Parto

V. EVALUACION DEL PACIENTE

SINTOMAS: (4-5)

Pueden dividirse en :

- Emocionales: Disforia, irritabilidad, anhedonía, retraimiento social
- Cognitivos : Autocrítica, sentimiento de inutilidad o culpabilidad, desesperanza, falta de concentración, dificultades de memoria, indecisión
- Vegetativos: Fatiga, reducción de la energía, insomnio, hipersomnia, anorexia, retraso o agitación psicomotrices, deterioro de la libido.
- Rasgos psicóticos; Delirio de persecución, hipocondría, alucinaciones auditivas, visuales.

EVALUACION DIAGNOSTICA:

El diagnóstico de la depresión es clínico estableciendo una historia médica completa. Evaluar síntomas, inicio duración, presentación, recurrencia, tratamiento o no de los mismos; pensamientos de muerte o suicidio. Además establecer trastornos depresivos en familiares. Descartar causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar.

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage; la Escala de Depresión de Zung; el Inventario de Depresión de Beck; el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton. (2)

CRITERIOS DIAGNOSTICOS. (1-2-4)

Se basan en 2 clasificaciones (ICD-10 y DSM-IV). Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

*Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días

*Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales

*Disminución o aumento del peso o del apetito

*Insomnio o hipersomnia (dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más.

*Enlentecimiento o agitación psicomotriz.

*Astenia (sensación de debilidad física)

*Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa

*Disminución de la capacidad intelectual

*Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS GENERALES DE EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE -10 (1)
A: Episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas
B: Episodio no atribuible a uso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
C: Síndrome somático. *Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades normalmente placenteras *Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. *Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de lo habitual. *Empeoramiento matutino del humor depresivo. * Presencia de enlentecimiento motor o agitación * Pérdida marcada del apetito. * Pérdida del peso de al menos 5% en el último mes. * Notable disminución del interés sexual

CITERIOS DE GRAVEDAD DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10 (1)
A: Criterios generales para episodio depresivo El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
B: Presencia de al menos 2 de los siguientes síntomas: Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos por 2 semanas. Marcada del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
C: Además de estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4: Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición. Alteraciones del sueño de cualquier tipo. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso
D: Puede haber o no síndrome somático

CLASIFICACION: (1-6)

Según los criterios mencionados la depresión puede dividirse en :

TRASTORNO DEPRESIVO LEVE

Es frecuente, produce un síndrome crónico desagradable e incapacitante, están presentes 2 ó 3 síntomas del criterio B, sus características son las siguientes:

Síntomas persistentes.

El humor del paciente y su conducta son distintas de su carácter y conducta normales según refieren otros.

Depresión.

Síntomas de ansiedad.

Dificultades con el sueño.

Empeoramiento por la tarde.

Pesimismo, pero no tiene ideas de suicidio.

Falta de energía y de disfrute.

TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO:

Su intensidad es moderada, están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas; e incluye las siguientes características:

Aspecto:

Aspecto triste.

Inhibición psicomotora.

Humor depresivo:

Tristeza y desánimo.

Variación diurna: empeoramiento matutino.

Ansiedad, irritabilidad, agitación.

Falta de interés y de disfrute.

Reducción de la energía.

Falta de concentración.

Mala memoria subjetiva.

Pensamiento pesimista:

Pensamientos pesimistas y de culpa.

Ideas de fracaso personal.

Desesperanza.

Ideas suicidas.

Autoacusaciones.

Ideas hipocondriacas.

Síntomas biológicos:

Despertar precoz y otras alteraciones del sueño.

Pérdida de peso.

Disminución del apetito.

Reducción del deseo sexual.

Otros síntomas:

Síntomas obsesivos.

Despersonalización.

Fobias.

Síntomas conversivos.

TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE.

Se hacen más severas las características descritas aumentando su intensidad, deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas; además de incluirse síntomas adicionales como:

Delirios de (minusvalía, culpa, enfermedad, pobreza, negación, persecución).

Alucinaciones (auditivas y rara vez visuales)

VI. TRATAMIENTO (1-5)

La mayoría de los pacientes pueden ser tratados ambulatoriamente.

Las depresiones leves pueden tratarse con psicoterapia, la depresión moderada y grave requieren también de farmacoterapia.

En la fase inicial del tratamiento es útil el contacto médico permanente con la familia.

La farmacoterapia debe mantenerse tanto como dure el episodio depresivo (6 meses).

Dar consejos específicos a los pacientes y no establecer objetivos inalcanzables.

Es importante sugerir la compañía de otras personas

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: (1-5-7-8)

Se recomienda los ISRS como tratamiento de 1ª elección en el tratamiento de la depresión mayor. Para seleccionar uno concreto debe guiarse más por los efectos adversos que por su eficacia.

Frente a un paciente sin mejora con farmacoterapia inicial, revisar el diagnóstico, verificar cumplimiento y toma en dosis y horarios establecidos.

Si a la 3ª o 4ª semana no hay mejoría modificar el tratamiento.

No se recomienda incrementar dosis de ISRS si no hay respuesta a las tres semanas.

En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales el tratamiento debe mantenerse al menos 12 meses tras la remisión.

En pacientes con más de 2 episodios previos el tratamiento debe mantenerse al menos durante 24 meses tras la remisión.

La dosis durante la fase de mantenimiento es similar a la que consiguió la remisión.

El tratamiento de una depresión recurrente es el mismo que en un episodio aislado.

Las recaídas se producen en el 30- 80% de los pacientes que deben recibir tratamiento de larga duración (incluso por el resto de su vida)

MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN CUADROS DEPRESIVOS (1)

Principio	Clasificación	Dosis diaria	Frecuencia	Particularidades
Amitriptilina	ADT	50-200 mg	BID o TID	
Clomipramina	ADT	100-150 mg	Varias veces/d	Más abandonos por efectos adversos que ISRSS
Imipramina	ADT	50-200 mg	Varias veces/d	
Nortriptilina	ADT	75-100mg	Varias veces/d	
Maprotilina	Relación c/ADT	25-150 mg	Una o varias veces/d	Visión borrosa y somnolencia
Trazodona	Relación c/ADT	150-400 mg	Varias veces/d	Más sedación, hipotensión postural y náuseas
Mianserina	Relación c/ADT	300-200mg	Una o varias veces/d	Más somnolencia que otros ADT
Citalopram	ISRS	20-60 mg	Una vez/día	Náuseas , boca seca,temblor
Escitalopram	ISRS	10-20 mg	Una vez/día	Menos abandonos
Fluoxetina	ISRS	20-60 mg (90 mg semanal)	1-2 veces /día ó una vez semana	Más sudoración, náusea o pérdida de peso
Fluvoxamina	ISRS	100-300 mg	1-2 veces/día	Náuseas, nerviosismo, sudoración
Paroxetina	ISRS	20-50 mg	1 vez /día	Aumento peso, mayor disfunción sexual, Sd de discontinuación
Sertralina	ISRS	50-200 mg	1 vez/día	Más diarrea
Bupropión	ISRND, otros	150-300 mg	1 vez/día	< disfunción eréctil < aumento peso
Duloxetina	ISRND	60 mg	1 vez/día	
Mirtazapina	ISRSN, otros	15-45 mg	1 vez/día	Respuesta más rápida, > aumento peso
Reboxetina	ISRSN	8-12 mg	Varias veces/d	Síntomas vegetativos, taquicardia,hipotensión
Venlafaxina	ISRSN	75-325 mg, 75-225 mg (retard)	Varias veces/d ó cada /d (retard)	Efectos secundarios más graves. Seguimiento cardiovascular estrecho

Psicoterapia:

Su objetivo es mejorar los recursos para desenvolverse y aumentar la mejoría conseguida con la medicación. En las formas leves de depresión (a corto plazo 6-8 sesiones por 10-12 semanas), son eficaces la psicoterapia individual breve (centrada en lo interpersonal) o la terapia

cognitivo-conductual TCC (individual o de grupo) sola .En la depresión moderada y grave, el tratamiento psicológico adecuado debería comprender entre 16 a 20 sesiones durante al menos cinco meses. (5-8)

OTROS TRATAMIENTOS: (1-6-8)**Terapia electroconvulsiva (TEC):**

Utilizada en el Trastorno depresivo grave y depresión resistente, su efecto antidepresivo es más rápido y más eficaz al cabo de 4 semanas (6 a 10 sesiones) con un promedio de 70% de mejoría. Su tasa de mortalidad es de 4 casos por 100000 tratamientos (1-6)

Autoayuda guiada

Incluye el uso de materiales escritos (biblioterapia), programas informáticos o material grabado en audio/vídeo, con el fin de modificar actitudes y comportamiento.

Ejercicio físico

El paciente deprimido que realiza un ejercicio regular consigue mejorar su autoestima y lo que favorece su relación con el entorno.

Para pacientes con depresión mayor, en particular de grado leve-moderado, un programa de ejercicios estructurado y supervisado, de intensidad moderada, con frecuencia de 2-3 veces por semana, duración de 40-45 minutos y por espacio de 10 a 12 semanas podría mejorar los síntomas depresivos

Terapia Naturista (1-8)

La hierba de San Juan o *hypericum perforatum*. existe incertidumbre acerca de la dosis apropiada, y pueden aparecer complicaciones en su uso por la variación en la naturaleza de los preparados existentes y las potenciales interacciones con otros fármacos. No se recomienda

Tratamiento experimental

Puede ser una alternativa en casos muy refractarios.(antidepresivos a dosis muy altas, asociación con pindolol, combinaciones con anticomociales, estrógenos, precursores de la serotonina o agentes dopaminérgicos). Tratamientos como la fotoestimulación o la privación de sueño. Terapias somáticas como la estimulación magnética transcraneal (EMT), la estimulación del nervio vago o la psicocirugía.(7)

Hospitalización. Las ideas suicidas persistentes (sobre todo si falta apoyo familiar), así como la presencia de estupor, depresión agitada-delirante, debilidad física y enfermedad cardiovascular grave concomitante, requieren hospitalización y, a menudo, terapia por electrochoque.

VII. PREVENCIÓN

1. Prevención Primaria.- Trata de evitar nuevos casos de depresión, Podemos incluir varios tipos de intervenciones:

Intervenciones universales:

El fortalecer e intensificar los factores de protección en la población reduce la sintomatología depresiva. Ejemplo :

- Los programas escolares basados técnicas cognitivas, en técnicas de resolución de problemas y habilidades sociales en niños y adolescentes.

- Los programas que fomentan la realización de ejercicio en personas mayores, ya que tiene importantes beneficios físicos y psicológicos

Intervenciones selectivas:

Las intervenciones dirigidas a personas que sufren acontecimientos vitales mayores han demostrado ser efectivas, como los programas dirigidos a niños que sufren la muerte de uno de los padres o el divorcio.

Las intervenciones sobre niños y adolescentes de padres con depresión puede ser una prometedora estrategia

Intervenciones indicadas:

Los programas dirigidos a aquellas personas con elevados niveles de síntomas depresivos pero que no cumplen criterios de trastorno depresivo, muestran gran eficacia en reducir los altos niveles de síntomas depresivos y en prevenir episodios depresivos.(1,3,4,5)

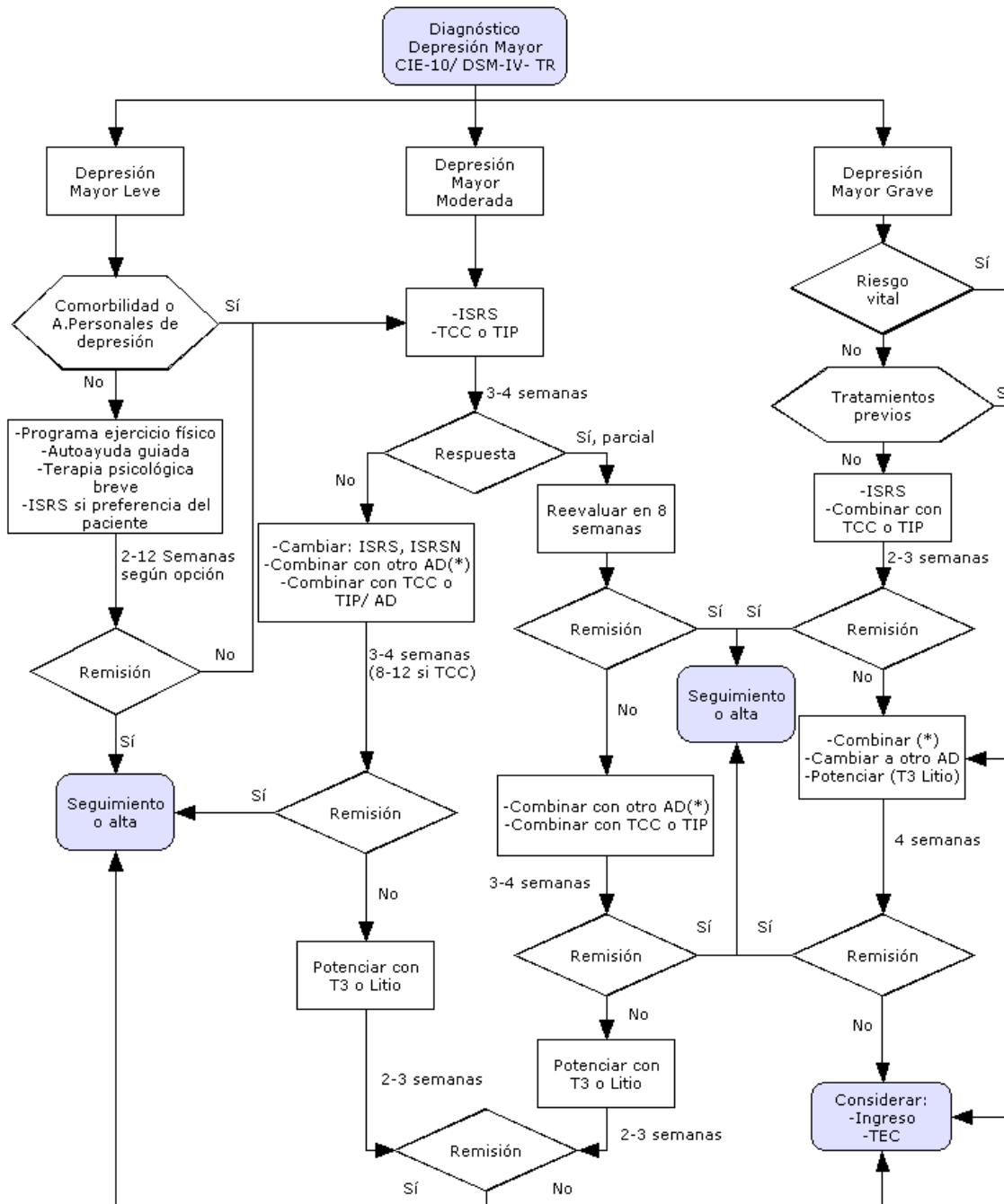
2.- Prevención Secundaria, busca reducir la prevalencia de la depresión a través de la detección precoz y tratamiento de los trastornos depresivos. Se recomienda screening en adultos en Atención Primaria si tienen acceso a seguimiento y tratamiento adecuado.(2,3,5)

3.- Prevención Terciaria Incluye intervenciones que reducen la incapacidad, fomentan la rehabilitación y previenen las recaídas y recurrencias de la enfermedad, así como las complicaciones. Prevención del suicidio. El suicidio es la más temida y trágica complicación

de la depresión. En el 2002 se estima que 877.000 vidas se perdieron en el mundo como

causa del suicidio. La depresión es el trastorno psíquico con más riesgo de suicidio (3,5)

VIII.- ALGORITMO DE MANEJO



(*) Mayor evidencia con mianserina o mirtazapina
 TCC= Terapia cognitivo conductual
 TIP= Terapia interpersonal
 ISRS= Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
 ISRSN= Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Miembros grupo de trabajo de la GPC. Depresión en el Adulto. 09/07/2008- Guías Clínicas 2008 ; 8 (16). Disponible en www.fisterra.com/guias2/depresi.on.asp - 89k
2. Depresión De Wikipedia, la enciclopedia libre [es.wikipedia.org/wiki/Depresión-Definición dentro del contexto](http://es.wikipedia.org/wiki/Depresión-Definición_dentro_del_contexto)
3. Judd LL, Thatcher KB, Braff DL Trastornos mentales en: Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL , editors. HARRISON: Principios de Medicina Interna. 13 ed. España: Interamericana ;1994 .p 2769-2792.
4. Abreu AC, Filips JK Psiquiatria.En: Graber MA, Lanternier ML ,editores Manual práctico de Mosby: Manual de Medicina de Familia cuarta ed. España Elsevier Science; 2002. p 753-766
5. López M, Morado A, Julio M .Enfermedades En: Fattorusso V, Ritter O, editores . Vademécum Clínico : Del Diagnóstico al Tratamiento . Novena ed. Argentina: El Ateneo: 2001. p 936-937.
6. Gelder M, Mayou R, Geddes J,Trastornos afectivos .En Gelder M, Mayou R, Geddes J, editores Oxford Psiquiatria . 2ª ed. España:2000 Marban Libros S.L.. p. 127-155.
7. Cardoner NA, Loran ME Protocolo Terapéutico de la depresión aguda y crónica. Protocolos Clínico de Psiquiatria.db.doyma .es/cgibin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go-fullnext-o-resumen?esadmin=si&pid= 13048012 -42K.
8. Psicomedica. Depresión: Síntomas y tratamiento. Disponible en: www.psicomedica.cl/sub=48-50K
9. Alberdi Sudupe J, Taboada O, Castro Dono C. Depresión. En: Guías para la consulta de atención primaria. 3ª ed. A Coruña: Casitérides; 2008.
10. Aragonés Benaiges E, Pinol JL, Labad A, Folch S, Melich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. Int J Psychiatry Med 2004;34(4):331-43.
11. Bhatia SC, Baldwin SA, Bhatia SK. Electroconvulsive therapy during the third trimester of pregnancy. J ECT 1999;15(4):270-4.
12. Davidson JR, Meltzer-Brody SE. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? J Clin Psychiatry 1999;60 Suppl 7:4-9; discussion 10-1.
13. Carmen Monton Franco, Evidencia en la eficacia de las estrategias de prevención de la depresión en Atención Primaria.Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003.