

Depresión

Aproximación clínica

■ MERCÈ PIERA FERNÁNDEZ • Médico generalista.

En este trabajo se analiza la clínica y el tratamiento de los distintos tipos de depresión, una patología cada vez más frecuente debido, sobre todo, al rápido cambio de los estilos de vida a que nos obliga la sociedad actual en los países desarrollados.

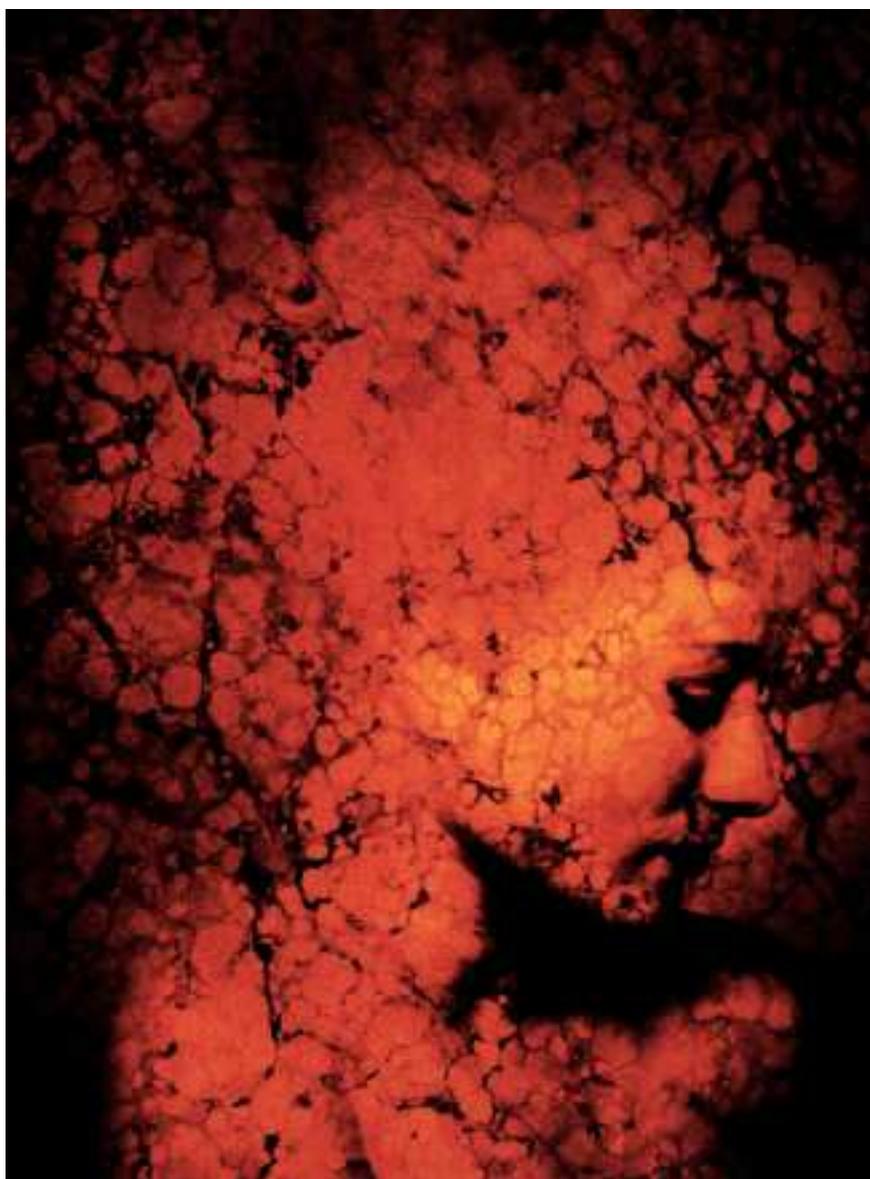
La incidencia de la depresión ha aumentado de forma considerable en los últimos 50 años debido a varios factores, entre los que destaca el estrés ocasionado por el trabajo, la falta de comunicación entre las personas, los cambios acelerados del estilo de vida y un mayor consumo generalizado de drogas. Concretamente, en España, la depresión afecta a tres millones de personas, de los que dos millones corresponden a mujeres.

DEFINICIÓN

Hoy día cuando una persona se encuentra triste, siente falta de interés por las cosas o se siente fatigada suele decir que «tiene depresión». Pero no hay que confundir el sentirse decaído con sufrir una depresión. En términos médicos, la depresión es una enfermedad mental que afecta tanto al estado de ánimo como al sueño, al apetito, a la concentración y a otras funciones vitales.

TIPOS

Existen varias formas de trastornos depresivos, describiéndose aquí los tres tipos más frecuentes. No obstante,



cabe decir que dentro de estos tipos existen variaciones en cuanto a los síntomas, su severidad y persistencia.

Depresión mayor

La depresión mayor se manifiesta mediante la combinación de varios síntomas que interfieren en la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades placenteras. Debido a que los síntomas son intensos, suele ser una enfermedad muy evidente. Este episodio de depresión puede producirse una sola vez, aunque lo más frecuente es que tenga lugar varias veces a lo largo de la vida.

Distimia

Es el tipo menos severo de depresión. La persona con distimia sufre irritabilidad, cambios de humor, dificultad para concentrarse y alternativamente períodos de depresión. Estos síntomas suelen cronificarse, lo que conlleva problemas laborales, familiares y personales.

Trastorno bipolar

Denominado también enfermedad manícodepresiva, se caracteriza por cambios cíclicos del humor: muy altos (manía) y muy bajos (depresión). En ocasiones estos cambios son drásticos y rápidos, aunque lo más habitual es que se produzcan de forma gradual. Cuando un individuo se halla en la fase depresiva puede presentar alguno o todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando se halla en la fase maníaca, suele mostrarse con un estado de ánimo exaltado y expansivo, hiperactivo y con una gran necesidad de hablar. La manía suele afectar al pensamiento, a la capacidad de juicio y al comportamiento social, de forma que llega a provocar situaciones muy violentas.

Depresión enmascarada

Debido a su importante incidencia y dificultad en el diagnóstico, es necesario citar también otro tipo de depresión, la «depresión enmascarada», que se caracteriza por el predominio de los síntomas físicos (astenia, cefalea y otros dolores, trastornos gastrointestinales, etc.) sobre los psicológicos.

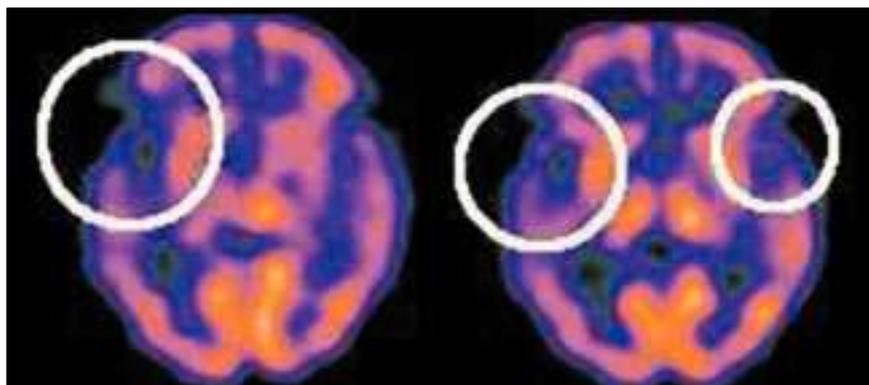
ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

La depresión constituye uno de los trastornos típicos en los que, sobre una personalidad con predisposición, puede incidir, en proporciones variables, toda una serie de elementos etiopatogénicos: factores genéticos, somáticos, psíquicos, socioculturales y otros.

Factores genéticos

Algunos tipos de depresión pasan de una generación a otra dentro de una misma

Fig. 1. Imagen mediante tomografía computerizada de emisión de un solo fotón (SPECT) del cerebro de un paciente con depresión que muestra una disminución bilateral de la perfusión del córtex frontotemporal



familia, sugiriendo que se hereda una predisposición biológica. Éste parece ser el caso del trastorno bipolar. Estudios de familias en las que algún miembro de cada generación ha llegado a desarrollar un trastorno bipolar han hallado que los individuos enfermos presentan ciertos componentes genéticos distintos con respecto a los no afectados. No obstante, no se produce la situación recíproca, es decir, no todo el mundo con este componente genético de vulnerabilidad frente al trastorno bipolar desarrollará la enfermedad. Así, parece ser que factores adicionales como el estrés están implicados en el origen de la depresión.

Factores psíquicos

La depresión mayor se observa tanto en personas con antecedentes familiares de la enfermedad como en personas sin estos antecedentes. Pero en ambos casos suele asociarse con cambios en las estructuras cerebrales o en la función cerebral (fig. 1). Así, la depresión es el resultado de una desregulación en los sistemas neuroquímicos cerebrales, especialmente los serotoninérgicos y noradrenérgicos. Esta carencia relativa de regulación de uno y otro sistema neuroquímico se intenta contrarrestar mediante el tratamiento con fármacos antidepresivos.

Factores somáticos

Los cambios físicos en el organismo pueden acompañarse de cambios mentales. Así, enfermedades como el ictus, el infarto, el cáncer, la enfermedad de Parkinson o los trastornos hormonales pueden ser causa de trastorno depresivo. En este caso, la depresión puede conllevar que el enfermo se muestre apático y disconforme frente al cuidado y tratamiento de su enfermedad física.

Factores socioculturales

La pérdida de un ser querido, las dificultades en las relaciones laborales,

los problemas financieros o cualquier cambio estresante en la vida de una persona pueden desencadenar un episodio depresivo.

En conclusión, lo más frecuente es que una combinación de factores genéticos, psicológicos y medioambientales esté implicada en el origen del trastorno depresivo.

CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN

No todo el mundo que sufre una depresión presenta los mismos síntomas. Asimismo, la severidad de los síntomas varía de un individuo a otro e incluso cambia con el tiempo.

El primer indicio de que se sufre depresión suele ser un cambio en la conducta habitual del individuo. La persona se muestra desmoralizada, apática, con falta de ilusión y de hacer cosas. Además, ya no disfruta igual con las cosas que anteriormente le gustaban. Éstos son los principales síntomas de la depresión. La tabla I recoge otros de los síntomas de esta enfermedad mental. En casi todos los

Tabla I. Otros síntomas de depresión

Trastornos del sueño (p. ej. insomnio)
Trastornos del apetito (p. ej. anorexia)
Pensamientos repetitivos sobre cuestiones que crean ansiedad
Pensamientos negativos, sentimientos de culpa o inferioridad
Falta de concentración o de memoria
Dificultad para tomar decisiones
Cansancio físico (especialmente por la mañana)
Dolores en distintas partes del cuerpo
Pérdida de interés sexual
Ideas recurrentes de muerte o suicidio (en casos graves)

Tabla II. Síntomas propios de la fase maníaca del trastorno bipolar

- Euforia anormal o excesiva
- Irritabilidad inusual
- Necesidad decreciente de dormir
- Taquialia (hablar con rapidez)
- Taquipsiquia (pensamientos rápidos)
- Aumento del deseo sexual
- Juicio escaso
- Comportamiento social inapropiado

casos se halla uno de los dos síntomas principales (bajo estado de ánimo y dificultad para disfrutar), mientras que del resto de los síntomas puede aparecer uno, dos, varios o todos.

Los síntomas correspondientes a la fase maníaca del trastorno bipolar se enumeran en la tabla II.

CONSECUENCIAS PARA LA VIDA DEL PACIENTE Y SU ENTORNO

En términos de sufrimiento humano, las consecuencias de una depresión sin tratamiento son inmensurables. Entre las mismas se halla la pérdida de autoestima, la «automedicación» con alcohol y fármacos, la disrupción familiar y laboral, la inestabilidad crónica y, en algunos casos, la muerte por suicidio.

Existen estudios que demuestran una asociación entre depresión y un mayor riesgo de sufrir enfermedad coronaria.

En términos económicos, la depresión supone un elevado coste a la sociedad debido a la pérdida de tiempo y productividad, a la sustitución de personal, a la atención médica y a la pérdida de años de vida.

Lo más importante que puede hacer una persona por otra con depresión es contribuir a que ésta consiga un diagnóstico y tratamiento apropiados. Esto implica animar al enfermo a seguir con el tratamiento hasta que los síntomas empiecen a desaparecer (varias semanas), controlar que realmente se

tome la medicación o buscar un tratamiento diferente si no se observa mejora con el que se está siguiendo.

La segunda cosa más importante es ofrecer apoyo emocional mediante comprensión, paciencia y afecto. Hay que conversar con la persona enferma de depresión, escuchándola atentamente y dándole ánimos. También es preciso animarla a participar en algunas de las actividades con las que antes disfrutaba pero sin agobiarla pues, aunque el depresivo requiere diversión y compañía, una demanda excesiva puede incrementar su sentimiento de fracaso.

FACTORES PREDISPONENTES

De forma general, la depresión tiene lugar en personas predispuestas. Esta predisposición viene definida genéticamente y está en función de la actividad de ciertas zonas cerebrales. Así, ante una misma situación adversa hay personas que entran en una depresión y otras que no. Incluso existen personas que desarrollan este tipo de trastorno sin causa alguna. Lo que sí es habitual es acabar con alguna forma de depresión después de sufrir una situación traumática como la muerte de un familiar o el despido en el trabajo.

En la mujer

La incidencia de depresión en la mujer es del doble con respecto al hombre. Varios factores hormonales pueden contribuir a este mayor índice de depresión en la mujer, como por ejemplo, los cambios en el ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el período posparto, la premenopausia y la menopausia.

Muchas mujeres sufren un estrés adicional debido a responsabilidades tanto en el trabajo como en el hogar, a ser madres solteras o a atender a los hijos y a los padres de edad avanzada.

La mayoría de mujeres son también particularmente vulnerables después de dar a luz. Los cambios hormonales y físicos, además de la responsabilidad de una nueva vida, pueden ser factores

que conlleven la depresión posparto en algunas mujeres. Aunque es habitual un sentimiento de «tristeza» transitorio en las nuevas madres, la presencia de un auténtico episodio depresivo es anormal y no suele ser necesaria la intervención médica.

En el hombre

La depresión también está relacionada con el estado civil. Así, las personas solteras, divorciadas o separadas presentan una mayor tendencia a sufrir trastornos depresivos con respecto a las casadas o las que viven en pareja. Esta asociación se observa especialmente en los hombres, para los que el matrimonio parece ser particularmente beneficioso en este sentido.

No hay que confundir
el sentirse decaído
con sufrir una depresión

En la vejez

Algunas personas creen de forma errónea que es normal sentirse deprimido en la vejez y, por tanto, que la presencia de depresión es un proceso normal que acompaña al envejecimiento. Por ello la depresión en la tercera edad está infradiagnosticada e infratratada, siendo causa de sufrimiento innecesario en el enfermo y su familia.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

El tratamiento de la depresión está en función del diagnóstico del paciente y de la severidad de los síntomas. Existe una amplia variedad de fármacos anti-depresivos y de tipos de psicoterapia para el tratamiento de los trastornos depresivos. Algunas personas con depresión moderada pueden responder de forma satisfactoria únicamente con psicoterapia, aunque la mayoría responden mejor bajo tratamiento farmacológico (para el alivio relativamente rápido de los síntomas) combinado con psicoterapia (para aprender la forma más efectiva de enfrentarse a los problemas cotidianos, incluyendo la depresión).

Tabla III. Principales fármacos antidepresivos

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	Fluoxetina
	Fluvoxamina
	Paroxetina
	Sertralina
Antidepresivos tricíclicos	Imipramina
	Clomipramina
	Amitriptilina
	Protriptilina
Inhibidores de la monoaminoxidasa	Isocarboxazida
	Fenelzina

Tabla IV. Efectos secundarios más habituales de los antidepresivos tricíclicos

- Sequedad de boca
- Estreñimiento
- Retención urinaria
- Disfunción sexual
- Visión borrosa
- Vértigo
- Somnolencia

Fármacos antidepresivos

Existen varios tipos de fármacos antidepresivos para el tratamiento de los trastornos de esta índole. Entre los mismos se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). Se han detallado en la tabla III.

Durante los últimos años se ha observado la introducción de una amplia variedad de antidepresivos nuevos, en su mayoría pertenecientes al tipo de ISRS. Aunque estructuralmente difieren los unos de los otros, el efecto antidepresivo de los ISRS se debe a su acción sobre un neurotransmisor específico, la serotonina.

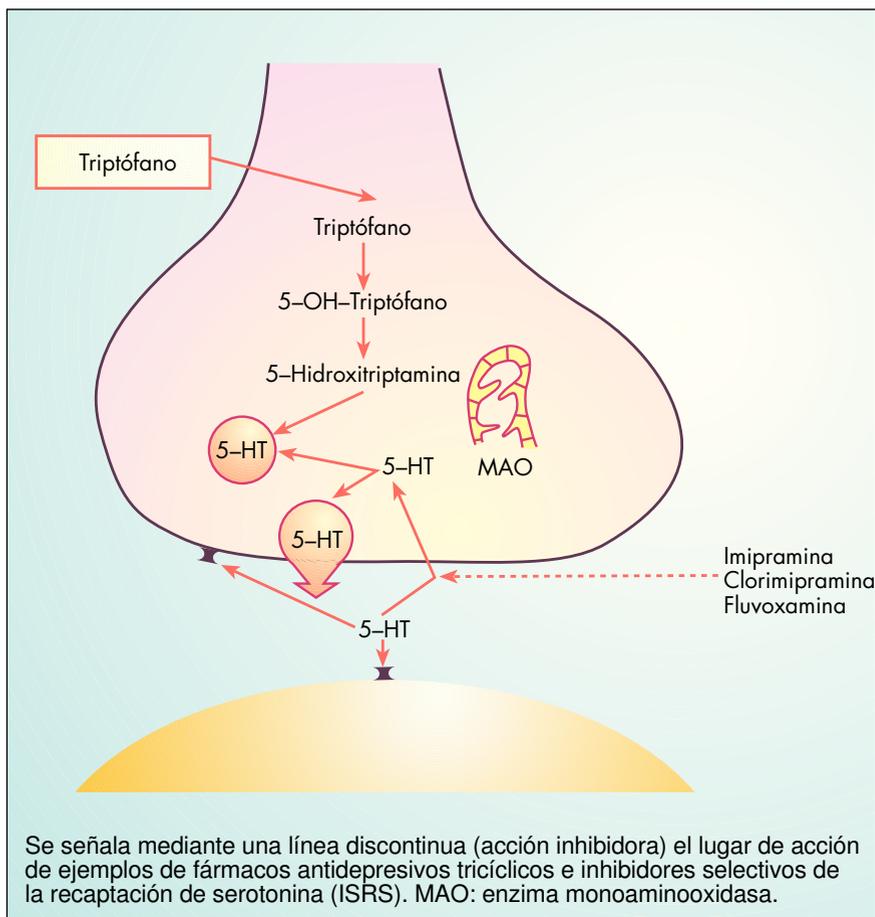
El mecanismo de acción de los antidepresivos tricíclicos se centra en su capacidad de inhibir los mecanismos de recaptación por transporte activo a nivel en las terminaciones sinápticas noradrenérgicas y serotoninérgicas cerebrales (fig. 2). Por consiguiente, su acción terapéutica es el resultado del incremento de moléculas de serotonina y noradrenalina en el espacio sináptico y de la mayor activación de sus respectivos receptores. Los ISRS, tal y como indica su nombre, inhiben únicamente la recaptación de serotonina.

Los ISRS parecen tener menos efectos secundarios que los antidepresivos tricíclicos (tablas IV y V) y estos efectos secundarios suelen ser transitorios. Otra diferencia entre los antidepresivos antiguos (los tricíclicos) y los nuevos (los ISRS) es que los tricíclicos precisan un mayor control de la dosis, mientras que los ISRS se pueden administrar con gran facilidad y no requieren un control tan exhaustivo.

Tabla V. Efectos secundarios de los ISRS

- Cefalea
- Trastornos gastrointestinales
- Nerviosismo e insomnio
- Agitación
- Disfunción sexual

Fig. 2. Terminación nerviosa serotoninérgica en el sistema nervioso central que muestra los procesos de síntesis, liberación y metabolismo del neurotransmisor serotonina



La Food and Drug Administration (FDA) ha aprobado también otros dos antidepresivos que afectan a la serotonina y a la norepinefrina: venlafaxina y nefazodona.

Los antidepresivos tricíclicos suelen ser mucho más utilizados para el tratamiento de las depresiones mayores que los ISRS, pero estos últimos están especialmente indicados en el tratamiento de las denominadas depresiones atípicas en las que aparecen síntomas como hipersomnolencia, ansiedad, ataques de pánico y fobias.

Los ISRS actúan inhibiendo la enzima monoaminoxidasa, que participa en la metabolización de las aminas biógenas. En consecuencia, incrementan los niveles cerebrales de noradrenalina, serotonina y dopamina (fig. 2).

Otros fármacos

Los ansiolíticos no son antidepresivos. Aunque en ocasiones se prescriben junto a este tipo de fármacos, por sí mismos no son efectivos frente a los desórdenes depresivos.

El litio ha sido durante años el tratamiento de elección para el trastorno bipolar, pudiendo resultar eficaz ante los característicos cambios de humor de este desorden. El tratamiento con litio debe estar rigurosamente controlado debido al estrecho margen existente entre dosis efectiva y dosis tóxica. No se recomienda el tratamiento con litio en personas con antecedentes de patología tiroidea, renal, cardíaca o epilepsia. Afortunadamente se han hallado otros medicamentos para el control de los cambios de humor. Entre los mismos se encuentra los anticonvulsivantes carbamacepina y valproato. Ambos fármacos han conseguido una amplia aceptación por parte de la clase médica y la Food and Drug Administration (FDA) ha aprobado el valproato como tratamiento de primera línea para la manía aguda. En la actualidad, se están empezando a utilizar también otros anticonvulsivantes como lamotrigina y gabapentina, aunque se sigue estudiando su papel en el tratamiento de elección del trastorno bipolar.

La mayoría de pacientes con trastorno bipolar toman más de un medicamento junto al litio y/o el anticonvulsivante, es decir, medicaciones para la agitación, la ansiedad, la depresión o el insomnio acompañantes. Hallar la mejor combinación posible de estos medicamentos es de suma importancia para el paciente y requiere un exhaustivo control por parte del médico.

Interacciones

Las personas que siguen un tratamiento con IMAO deben evitar comer ciertos alimentos que contienen elevados niveles de tiramina, como el queso o el vino, así como evitar tratamientos con descongestionantes. La interacción de tiramina con IMAO puede dar lugar a una crisis hipertensiva. Los otros tipos de antidepresivos no requieren aplicar restricciones dietéticas.

Los principales síntomas de la depresión son un bajo estado de ánimo y la dificultad para disfrutar de aquellas cosas que anteriormente se consideraban placenteras

Estrategia terapéutica y duración del tratamiento

En ocasiones el médico debe probar con varios antidepresivos antes de hallar el fármaco o la combinación de fármacos más efectivos. También en algunos pacientes es necesario incrementar la dosis para que el fármaco sea efectivo.

Aunque ya en las primeras semanas de tratamiento suele observarse cierta mejoría, los fármacos antidepresivos deben tomarse de forma regular durante 3 o 4 semanas (en algunos pacientes

hasta 8 semanas) para conseguir un efecto terapéutico completo.

Los pacientes suelen tener tendencia a dejar la medicación demasiado pronto debido a que empiezan a sentirse bien y creen que no es necesario alargar más el tratamiento. Una vez que el paciente se encuentra bien, es importante continuar la medicación durante 4 a 9 meses más con el objetivo de prevenir la recurrencia de la depresión. Algunos fármacos deben abandonarse gradualmente, ya que si se retiran de golpe pueden provocar síntomas de rebote. Las personas que han padecido un trastorno bipolar o que sufren de depresión mayor recurrente o crónica deben medicarse de forma indefinida.

Los fármacos antidepresivos no crean dependencia. No obstante, como en toda medicación de prescripción a largo plazo, debe controlarse concienzudamente si se administra la dosis correcta.

Psicoterapia

La psicoterapia tiene como objetivo ayudar a la persona a entender su forma de enfrentarse a la realidad, y a mejorar sus recursos para así desarrollar pensamientos positivos.

Además de la psicoterapia, la práctica de ejercicio físico y la realización de actividades al aire libre (la exposición a la luz solar tiene un efecto antidepresivo) pueden ser de gran ayuda en el tratamiento de la depresión. □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Baca E, Roca M, Robes J, Casais L. Eficacia y tolerancia de venlafaxina en un estudio abierto de 985 pacientes con trastornos afectivos. *Psiquiatría Biológica* 1999; 6: 3.
- Blehar MD, Oren DA. Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression* 1995; 3: 3-12.
- Ferketick AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine* 2000; 160 (9): 1261-1268.
- Séller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnov B, Dunner DL, Gelenber AJ et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000; 342: 1462-1470.
- Snow V, Lascher S, Mottur-Pilson Ch. Pharmacologic Treatment of Acute Major Depression and Dysthymia. *Clinical Guideline, Part 1. Ann Intern Med* 2000; 132: 738-742.