

## Conferencias

Medwave. Año X, No. 4, Abril 2010. Creative Commons, Open Access.

# Depresión

**Expositor:** Graciela Rojas<sup>(1)</sup>

**Filiación:** <sup>(1)</sup>Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, Santiago, Chile

**doi:** <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2010.04.4495>

## Ficha del Artículo

**Citación:** Rojas G. Depresión. *Medwave* 2010 Abr;10(04). doi: 10.5867/medwave.2010.04.4495

**Fecha de publicación:** 1/4/2010

## Resumen

Este texto completo es una transcripción editada de una conferencia dictada en el Curso de Educación Continua Actualización en Medicina Interna 2009, organizado por el Departamento de Medicina del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y realizado entre el 29 de mayo y el 26 de septiembre de 2009. Su directora es la Dra. María Eugenia Sanhueza.

**Palabras clave:** depresión, detección, diagnóstico, tratamiento

## Introducción

La depresión es una de las enfermedades más importantes de la psiquiatría; causa sufrimiento personal, familiar e interpersonal, genera discapacidad e implica grandes costos económicos para la sociedad. Por ello en Chile se la incluyó en el año 2006 dentro del sistema AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud), lo que garantiza el acceso al tratamiento a todas las personas mayores de 15 años que padecen esta enfermedad; aún no se ha logrado extender el beneficio a adolescentes y niños.

En este contexto, el objetivo del médico general frente a la depresión es detectar la enfermedad, tratar a algunos pacientes y derivar al especialista a aquellos que lo necesiten.

## Epidemiología de la depresión

La prevalencia de depresión se estima en 1% a 6% a nivel mundial. En Chile, estudios realizados con distintos métodos e instrumentos describen una prevalencia semestral de alrededor de 5%; y los estudios efectuados en consultorios de atención primaria y consultas ambulatorias de otras especialidades sugieren que aproximadamente 30% de las personas que acuden por cualquier motivo de consulta tiene una patología depresiva.

Existe consenso en que hay dos factores de riesgo indiscutibles para la depresión: sexo femenino y nivel socioeconómico bajo. Se presenta en mujeres y hombres con una relación 3:1 ó 2:1, lo que se atribuye a mayor vulnerabilidad de la mujer para sufrir la patología debido a factores de género, es decir, factores sociales y psicosociales, además de la mayor tendencia a sufrir maltrato físico y sexual durante su vida, factor determinante para tener depresión en la adultez. El otro

factor de riesgo importante es el nivel socioeconómico bajo: cualquier variable asociada a la pobreza se relacionada con esta patología, por lo tanto todo médico que trabaje en un medio socioeconómico bajo encontrará que más de 30% de los pacientes que consultan padece un cuadro depresivo.

## Detección y manejo inicial

En Chile, la guía MINSAL 2006 (1), de la cual se lanzará pronto la segunda versión, establece claramente que la pesquisa y diagnóstico de la depresión están a cargo del médico no especialista y el equipo de salud, quienes deben certificar que la persona tiene la patología para que pueda iniciar los trámites administrativos que le permitan el acceso a la atención; por lo tanto ésta es una obligación legal de todos los médicos, independiente de su especialidad. Después de formular el diagnóstico el médico general debe determinar la gravedad del cuadro depresivo y calificarlo como leve, moderado o grave. Los cuadros graves se deben derivar al psiquiatra, lo que garantiza al paciente que será atendido por el especialista en el plazo de un mes.

Esto puede parecer fácil, pero en la práctica resulta complejo porque muchas de las personas que asisten a una consulta no tienen una oferta sintomática relacionada con el cuadro psiquiátrico propiamente tal, sino que consultan al médico no especialista por dolencias múltiples a las que no se les encuentra una causa específica. Los estudios epidemiológicos que se han hecho en esta área revelan que si bien las personas acuden al médico no especialista con una oferta sintomática física, cuando se les pregunta a qué atribuyen los síntomas por lo general reconocen que la causa es emocional o del área psiquiátrica, sin embargo insisten en la dolencia física.

## Diagnóstico de depresión

La depresión es una enfermedad compleja, que compromete múltiples áreas del ser humano y ocasiona síntomas emocionales, físicos, cognitivos y conductuales, afectando su vida cotidiana laboral y familiar. A continuación se analizarán los distintos tipos de síntomas.

### Síntomas emocionales:

- Tristeza.
- Decaimiento.
- Anhedonia o incapacidad para disfrutar de las cosas de la vida cotidiana.
- Desinterés por las cosas.
- Angustia.

Las personas no relatan fácilmente estos síntomas y se les debe preguntar en forma dirigida, usando distintos términos como si se ha sentido triste, ansioso o si ya no tiene el mismo interés por las cosas que tenía antes.

### Síntomas cognitivos:

- Cambios marcados en pensamientos y opiniones.
- Ideas hipocondríacas: el paciente cree que tiene enfermedades graves, como cáncer o VIH e induce al médico a hacer los exámenes correspondientes; sin embargo es frecuente que desconozca los resultados negativos y cambie de médico en búsqueda de alguno que confirme su creencia.
- Ideas de ruina: la persona relata que no tiene dinero, pero al averiguar con la asistente social o un familiar se descubre que esa situación no es real.
- Ideas de culpa o inutilidad: por ejemplo la persona dice que quiere renunciar al trabajo porque cree que ya no es útil, pero cuando se le pregunta si ha tenido alguna mala calificación en su rendimiento esto no ha ocurrido.
- Dificultades en la concentración.
- Dificultades en la memoria.
- Indecisión penosa: desde que se levanta le cuesta decidir si va a trabajar o no, si va a realizar una actividad u otra.
- Ideas de muerte: pueden llevar a la ideación suicida y también a la conducta suicida; es una de las principales indicaciones de derivación.

### Síntomas físicos:

- Alteraciones del apetito: desde disminución del apetito con baja de peso, hasta aumento del apetito, especialmente por los carbohidratos, con aumento de peso.
- Trastornos del sueño: insomnio de conciliación, sueño interrumpido, sueño poco reparador o despertar precoz; o bien hipersomnia diurna.
- Cefaleas.
- Mialgias.
- Sensación de cansancio y fatiga.
- Dolores del área osteomuscular que muchas veces constituyen el motivo de consulta a especialistas.

Todas estas manifestaciones alteran la conducta del paciente y generan discapacidad total o parcial, lo que reduce su productividad. Por ello la depresión es una

causa frecuente de licencias médicas e implica un alto costo para la sociedad. La guía del MINSAL establece las principales preguntas que se deben hacer para detectar estos síntomas e iniciar el proceso diagnóstico, entre ellas: si la persona se ha sentido cansada o decaída en los últimos días o casi todos los días; si ha estado triste, deprimida o pesimista; y si siente que ya no disfruta o a perdido interés por cosas y actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas.

## Depresión: criterios diagnósticos

La clasificación internacional de las enfermedades mentales (CIE) exige como criterios diagnósticos dos síntomas cardinales: ánimo bajo e incapacidad para disfrutar las cosas de la vida cotidiana. Además debe estar presente uno o más de los siguientes síntomas: pérdida de la confianza y la autoestima; reproches hacia sí mismo e ideas de culpa; ideas de muerte; quejas y disminución de la capacidad de pensar; cambios de la actividad psicomotriz; y alteraciones del sueño y del apetito. El cuadro depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y no debe ser atribuible a abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol, ni al uso frecuente de drogas ilegales o psicofármacos, ni a algún trastorno mental de causa orgánica.

También se ha definido el síndrome somático, que se caracteriza por los siguientes síntomas: falta de capacidad para disfrutar de la vida; aplanamiento afectivo; falta de reactividad emocional frente a estímulos positivos o negativos; despertar precoz; peor ánimo en la mañana que en la tarde; enlentecimiento o agitación psicomotora; pérdida del apetito; disminución de peso, que en algunos casos puede llegar a niveles extremos y disminución del apetito sexual.

La CIE determina también la gravedad del cuadro depresivo, lo que dentro de sistema AUGE tiene implicancias legales ya que se garantiza el tratamiento por especialista en los casos graves, mientras que los cuadros leves podrían revertir sólo con intervenciones psicosociales, sin fármacos. La depresión moderada tiene uno o dos de los síntomas centrales y al menos cinco de los otros síntomas y se asocia a un grado importante de discapacidad, por lo que se recomienda combinar el tratamiento farmacológico con distintos tipos de intervenciones psicosociales. En la depresión grave, a los síntomas descritos se agrega sospecha de síntomas psicóticos y maníacos, dependencia de alcohol y drogas e intento o al menos riesgo de suicidio, por lo que se recomienda derivar al nivel secundario.

El sistema AUGE ha aumentado la cantidad de exámenes que se realizan a los pacientes, tanto en el sistema público como en el privado. Dentro del estudio de la depresión se puede solicitar hemograma, glicemia, perfil tiroideo, pruebas hepáticas, electrocardiograma, electroencefalograma, *screening* de drogas, TAC de cerebro, electrolitos plasmáticos y en el caso de los especialistas, la psicometría.

### **Depresión: criterios de derivación a especialista**

**Depresión psicótica:** se caracteriza por alteración del juicio de realidad, que se puede manifestar por síntomas cognitivos como ideas hipocondríacas, de culpa, de ruina o de inutilidad; por lo tanto frente a un cuadro depresivo es importante evaluar el juicio de realidad y el antecedente de tratamiento previo, ya que el paciente requerirá tratamiento farmacológico combinado con antidepresivos y antipsicóticos.

**Bipolaridad:** más frecuente de lo que se cree, el diagnóstico no es fácil. Es importante averiguar si hay antecedentes de diagnóstico o tratamientos previos por esta condición o si frente al consumo de antidepresivos la persona ha tenido un "viraje" con aumento de la actividad, euforia o reacción placentera desmedida.

**Riesgo de suicidio:** no es fácil lograr que el paciente hable sobre sus ideas de muerte o planes suicidas. La guía clínica no establece en forma adecuada cómo cuantificar este riesgo y el médico general tiende a exagerar su calificación, de modo que los psiquiatras consideran que derivan en exceso a los pacientes. Para evitar esto se recomienda preguntar en forma escalonada: una vez que se hace el diagnóstico de episodio depresivo se debe preguntar por todo el resto de sintomatología en forma dirigida, incluyendo si ha pensado o quiere morir; si la respuesta es afirmativa se debe profundizar en el tema preguntando cómo ha pensado en quitarse la vida, frente a lo cual hay dos posibilidades: o el paciente afirma que lo ha pensado, pero no lo haría o comienza a entregar detalles sobre su ideación suicida, lo que obliga a indagar con cautela sobre planes más concretos para quitarse la vida, búsqueda de métodos en Internet, etc. Se debe evaluar si existe ideación suicida franca o latente, ya que la persona puede no tener un plan de suicidio propiamente tal, pero puede exhibir conductas de riesgo que expongan su vida y que se manifiesten como accidentes de tránsito frecuentes. También es importante conocer los antecedentes, ya que se sabe que el riesgo de cometer suicidio aumenta si hay intentos previos y que a mayor número de intentos, mayor es el riesgo. Un paciente con ideación suicida, hombre, de edad media o mayor, que tiene escasa red social y ya se ha intentado suicidar, tiene alto riesgo y se debe derivar con un acompañante adecuado. Además se debe consignar en la ficha que informó al paciente y su familia sobre el riesgo y describir las medidas de derivación que se tomaron. Hay casos de psiquiatras en proceso de juicio y condena por no tomar las medidas necesarias para evitar un acto suicida.

**Depresión resistente:** es otro criterio de derivación. Se denomina así a aquel episodio depresivo que persiste a pesar de que se ha tratado en dos oportunidades, con dosis adecuadas, por tiempo suficiente y con dos fármacos distintos. Si la persona cumple con estos criterios durante un período determinado, generalmente no menor a tres meses, se puede hacer el diagnóstico y derivar al paciente al especialista, quien lo enfrentará mediante un algoritmo cuyo primer paso es replantear el diagnóstico y analizar los diferentes ejes. En caso de trastornos de personalidad

se debe ofrecer un tratamiento más complejo que incluya distintos fármacos antidepresivos, que se pueden combinar con antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, hormonas tiroideas e incluso, electroshock.

### **Tratamiento de la depresión**

En el tratamiento de la depresión se debe considerar varios aspectos: farmacoterapia, psicoterapia, sea combinada o sola en episodios depresivos leves, cronicidad del tratamiento, adherencia y por último, psicoeducación sobre el origen de la patología, su sintomatología, los distintos tipos de tratamientos y las conductas que las personas deben seguir frente a su propio tratamiento.

El objetivo de la farmacoterapia es aliviar los síntomas y mejorar la depresión, aunque esto es difícil de lograr y probablemente sólo se logre una remisión parcial de los síntomas, por lo tanto en muchos casos no se observará una mejoría total del cuadro clínico. Otro objetivo importante de la farmacoterapia es evitar las recaídas, ya que la depresión se suele comportar como una enfermedad crónica, con episodios recurrentes a lo largo de la vida.

Dentro de la gama de antidepresivos están los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS), como paroxetina, citalopram, fluoxetina y sertralina, de los cuales los dos últimos son los más importantes desde el punto de vista del AUGÉ. Por otro lado está la venlafaxina, antidepresivo con acción dual en dos tipos de neurotransmisores. Para el uso en medicina general se recomienda empezar con la mitad de la dosis de un comprimido; por ejemplo la sertralina viene en presentación de 50 mg, se sugiere partir con 25 mg al día, en el caso de la paroxetina con 10 mg, el citalopram con 10 mg y la fluoxetina, con 10 mg. Las dosis de mantención son: sertralina hasta 200 mg, paroxetina 80 mg, citalopram 60 mg y fluoxetina, 80 mg. En el caso de los médicos no especialistas en general llegan a dosis menores que éstas antes de derivar por respuesta incompleta, respuesta inadecuada o falta de respuesta al fármaco antidepresivo.

El advenimiento de los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) fue un hito importante en la Psiquiatría, ya que constituyen una alternativa al uso de los tricíclicos, que eran muy eficaces pero tenían demasiados efectos colaterales. Los IRS tienen efectos colaterales menos tóxicos y graves del punto de vista médico, pero pueden ser incómodos para el paciente: cefalea, náuseas, vómitos, anorexia, que puede agravar la disminución de peso, inquietud psicomotora, que las personas tienden a percibir como un empeoramiento del cuadro depresivo por lo que suspenden el tratamiento, alteración del sueño, sea insomnio o somnolencia, temblor de las extremidades superiores, sudoración profusa, alteración de las pruebas hepáticas, conjuntivitis, retardo de la eyaculación y anorgasmia. Si no se informa sobre la posibilidad de que se presenten estas reacciones adversas el paciente las puede atribuir a otras patologías o a agravamiento del cuadro clínico, lo que puede favorecer la mala adherencia al tratamiento. Asimismo, es necesario

informar sobre los efectos de la discontinuación brusca del tratamiento, que son muy similares a las reacciones adversas ya mencionadas.

Frente a la escasa o nula respuesta a la administración de un primer IRS se puede indicar un segundo fármaco del mismo tipo, ya que se sabe que algunos pacientes que no responden a un IRS pueden responder a otro. Si no se obtiene respuesta se puede recurrir a un fármaco dual como venlafaxina. Algunos estudios sugieren que la respuesta al tratamiento con IRS tiene una base genética y que pacientes que no responden a la fluoxetina pueden tener respuesta a venlafaxina. La dosis recomendada va desde 75 mg hasta 225 mg, pero en general los médicos no especialistas llegan a 150 mg y luego derivan a los pacientes. La venlafaxina también tiene algunos efectos colaterales, entre ellos la hipertensión arterial, sin que se haya podido definir en qué tipo de paciente se va a presentar esta complicación; también puede producir cefalea, náuseas, insomnio y disfunción sexual.

Una de las recomendaciones prácticas al utilizar la terapia farmacológica es indagar sobre respuesta antidepressiva previa; si el paciente no tuvo una respuesta favorable no se debe utilizar el mismo fármaco, en cambio si tuvo buena respuesta se puede recurrir al mismo. Es importante preguntar si otros miembros de la familia utilizan antidepressivos; si es así y consideran que han tenido buenos resultados se recomienda indicar el mismo fármaco, por los factores genéticos que están involucrados. Si un paciente respondió bien a tricíclicos en una terapia previa, se recomienda usar nuevamente ese fármaco.

En caso de obesidad o tendencia al aumento de peso se recomienda iniciar el tratamiento con un IRS, de los cuales el más popular es la fluoxetina, sin olvidar que se debe informar al paciente sobre los efectos colaterales. La venlafaxina puede producir aumento de peso, lo que puede causar mala adherencia al tratamiento, sobre todo en mujeres. Cuando se decide tratar con fluoxetina se recomienda empezar con la mitad de un comprimido (10 mg) al desayuno durante tres días y luego aumentar a 20 mg durante dos semanas; al término de ese lapso se debe efectuar el primer control, en el cual no se espera encontrar una respuesta antidepressiva completa, pero sí algún grado de alivio sintomático; además el paciente podría relatar la presencia de efectos colaterales. Si con la dosis mínima de 20 mg el paciente no presenta problemas, pero no tiene efectos favorables, se puede aumentar la dosis en forma progresiva hasta llegar a 40 mg. Siempre que sea posible se debe recomendar apoyo psicoterapéutico con el objetivo de abordar la problemática psicosocial del paciente, lograr que éste reconozca los problemas que podrían estar desencadenando el cuadro depresivo y ayudarlo a abordar estos problemas de la mejor forma posible.

En el segundo control, que generalmente coincide con la cuarta semana de tratamiento, se debe determinar si hay buena respuesta y tolerancia aceptable, en cuyo caso se debe mantener el tratamiento durante seis meses, con

controles seriados durante ese lapso. Si la tolerancia es aceptable en términos de efectos colaterales, pero el paciente aún no presenta mejoría se debe verificar que esté cumpliendo la indicación, buscar eventuales patologías concomitantes que requieran manejo, considerar otros diagnósticos y evaluar nuevamente la necesidad de tratamiento psicosocial. En esta etapa se puede alcanzar la dosis máxima de fluoxetina para el tratamiento de la depresión, 60 mg.

En la sexta semana, si hay evidencia de mejoría importante se debe continuar con el tratamiento sin mayores modificaciones, con controles intermedios; en cambio, si la respuesta es escasa o nula con las dosis máximas se debe cambiar el antidepressivo, sea por algún otro IRS o por un dual. Si se reemplaza el fármaco se puede iniciar el esquema tal como se mencionó anteriormente o se puede disminuir el fármaco anterior a medida que se introduce el nuevo, de modo que habrá superposición de ambos por un tiempo. En caso de que en el seguimiento se detecte que el paciente abandonó el tratamiento o utilizó dosis incompletas, se puede reiniciar el tratamiento aclarando que los efectos adversos deben ir disminuyendo. Si se alcanza la dosis terapéutica sin efecto secundario o con efecto secundario leve, se puede aumentar progresivamente la dosis. Si los efectos secundarios son importantes se puede disminuir la dosis o mantenerla y subirla después en forma más gradual. Finalmente, si los efectos colaterales son intolerables no hay otra posibilidad que cambiar el antidepressivo.

70% de las personas responde al primer fármaco que se indica. No obstante, a pesar de los esfuerzos de la industria farmacológica todavía no existe un antidepressivo que actúe como el paracetamol respecto a la fiebre: todos tienen un tiempo de latencia de 10 a 20 días, por lo tanto el paciente debe estar informado sobre esto y debe tener claro que se necesita un tiempo considerable para lograr un efecto antidepressivo cuantificable.

### **Importancia de la psicoterapia**

La depresión en sus grados leves no se debe tratar con fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central sin probar primero la respuesta a la psicoterapia, especialmente la de orientación cognitiva, que se enfoca específicamente a enfrentar los problemas relacionados con esta patología y es la que mejor resultado tiene en el tratamiento de la depresión. En la actualidad hay buen acceso a estos tratamientos y algunos centros ofrecen actividades grupales con este objetivo.

Es importante señalar que la depresión es una enfermedad crónica igual que la diabetes y la hipertensión arterial, por lo tanto su manejo requiere la participación activa del paciente, lo que se logra a través de la educación. Se debe recalcar que el tratamiento del episodio depresivo dura seis meses y que no se debe suspender el tratamiento antes de ese lapso aunque se produzca remisión o alivio sintomático importante, porque se puede producir una recaída. Lo mejor es establecer desde el principio una especie de "contrato terapéutico"

con el paciente en el cual éste se comprometa a mantener el tratamiento por lo menos durante seis meses.

El objetivo de la fase de continuación del tratamiento es precisamente prevenir una recaída y comienza en el período de la remisión de la sintomatología. Esto significa que los seis meses no se cuentan desde el momento en que se inició el tratamiento, sino desde el momento en que se constata una disminución importante de la sintomatología: desde entonces el paciente se debe mantener durante seis meses con el fármaco, lo que constituye el gran desafío del tratamiento.

La duración del tratamiento son seis meses, o doce meses si la persona ha tenido dos episodios; a partir del tercer episodio en la vida de una persona se recomienda mantener el tratamiento de por vida.

Los problemas de adherencia al tratamiento se pueden manejar de distintas formas. Existen programas de monitorización que contemplan la participación de personal especialmente entrenado e incluye el control mediante llamadas telefónicas para verificar la ingesta del medicamento, pesquisar posibles efectos colaterales y rescatar a los pacientes que dejaron de asistir a los controles.

## Referencias

1. Ministerio de Salud. Guía clínica de depresión, 2006. [↑](#)  
[| Link |](#)



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.