

DEPRESION

por

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI¹

Actualizado a abril de 2.002.

¹ Profesor Asociado de Psiquiatría, Universidad de Costa Rica.
Director, Unidad de Posgrado de Psiquiatría, CENDEISSS SEP.
Subdirector, Hospital Nacional Psiquiátrico, CCSS.

I. DEFINICION DE TERMINOS:

Los trastornos afectivos constituyen un grupo de trastornos clínicos cuyo rasgo común y esencial es la alteración del estado de ánimo y todas las repercusiones que esto conlleva tanto en el aspecto biológico como en el psicológico y social. Los trastornos afectivos abarcan tanto las depresiones como los estados maniacales.

El estado de ánimo suele hacer referencia a un estado emocional sostenido que colorea toda la vida psíquica. La persona deprimida mira a su entorno a través de un lente de color negro y resalta los aspectos negativos, minimizando las cosas bonitas y agradables.

El término tristeza alude a una emoción humana normal y pasajera, que la persona siente que puede controlar y que no repercute negativamente en su funcionamiento físico y social.

El término depresión es una tristeza aumentada de intensidad y/o duración, que repercute negativamente en la calidad de vida del que la sufre, que constituye un estado psicopatológico definido (depresión mayor recurrente) o que denota a un grupo de síntomas que pueden pertenecer a otras enfermedades (síndrome depresivo).

Este término tiene diferentes significados en el ámbito científico que en general denotan una baja actividad en cualquier órgano, aparato o sistema.

La depresión es uno de los síntomas que con mucha frecuencia se presenta en los pacientes ambulatorios y hospitalizados. Puede constituir una entidad nosológica en sí misma, llamándose depresión primaria, o formar parte de otra enfermedad en cuyo caso se llama depresión secundaria.

Se caracteriza por un humor depresivo que invade a la persona y la hace reaccionar negativamente ante los acontecimientos de la vida. Generalmente el paciente se siente decaído, sin fuerzas, llora con frecuencia, pierde el apetito, le cuesta conciliar el sueño y concentrarse, la atención es dispersa, le cuesta tomar decisiones por lo que dependen de otras personas para que le ayuden en esta tarea, tiene tendencia a reprocharse por errores cometidos en el pasado, que en algunos casos son imaginarios y en otros están desproporcionadamente grandes al estímulo que los originó. Puede estar acompañada de síntomas somáticos como estreñimiento, sequedad de boca, palpitaciones, trastornos menstruales, cefalea, caída del cabello, aumento en la frecuencia de resfriados y reacciones alérgicas.

II. ANTECEDENTES HISTORICOS:

En los tiempos prehistóricos, las causas de los trastornos mentales estaban influidos por la creencia universal en fenómenos sobrenaturales, específicamente en la influencia de los espíritus.

El sistema mágico-religioso que influye en los métodos curativos primitivos, puede considerarse como un intento de introducir racionalidad y de satisfacer necesidades socialmente esperadas de las experiencias psicológicas del hombre primitivo.

La depresión es casi la única alteración mental descrita claramente en la literatura poética y médica desde la antigüedad hasta nuestros días. Homero, Plutarco, Hipócrates y Areteo la describieron tan claramente como cualquier observador moderno y no solo la describieron, sino que la distinguieron de entre otras alteraciones mentales, puntualizaron sus características y sugirieron esquemas razonables de tratamiento para esa época.

Hipócrates, aproximadamente en el año 450 A. de C., acuñó el término melancolía (bilis negra) para denotar la depresión, siendo esta la primera alusión científica y realizando las primeras referencias conceptuales y clínicas de esta enfermedad.

En los años posteriores existieron otros personajes como Sorano de Efeso, San Agustín, etc. los cuales continuaron tratando de vislumbrar la naturaleza de este trastorno, mas los conceptos médicos de

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

las enfermedades mentales giraban alrededor de la interacción de cuatro humores del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), que eran el resultado de la combinación de cuatro cualidades básicas de la naturaleza (calor, frío, humedad y sequedad) marcados por Hipócrates.

Durante el período de la Edad Media, un largo período de oscurantismo invadió la Psiquiatría, predominando la creencia general de fuerzas sobrenaturales, demonología, pecado, etc., mas existieron quienes rechazaban estas ideas y retomaron los conocimientos acumulados con anterioridad (Bright, Burton, Willis, Piquer).

Ya en los albores del siglo XIX, Pinel, Esquirol, Falret y Baillarger, conceptúan con mayor precisión este tipo de alteración, marcando Esquirol que "La melancolía es un delirio parcial crónico sin fiebre; determinado y mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva".

Hasta fines del siglo pasado, el término melancolía es el habitual para referirse al síndrome depresivo.

A finales del siglo XIX, Kraepelin (1896) en su tratado sobre las enfermedades mentales, agrupa y clasifica todos los síndromes depresivos. Fue el primero en considerar que la depresión y la manía formaban parte de una misma enfermedad.

En 1957, Leonhard realiza la aportación de diferenciar estas en bipolares y unipolares.

III. EPIDEMIOLOGIA:

Es la gripe de las enfermedades mentales.

El 20 % de la población general tiene algún síntoma depresivo sin que llegue a nivel de enfermedad. (Boyd, 1981).

El 5.4 % de los estudiantes universitarios tienen un cuadro depresivo. (Adis, pag 34, 1992).

El 7.0 % de la población general de Costa Rica sufre de depresión. (Adis, pag 35, 1992).

El 4 % de la población sufre de un cuadro depresivo severo. (Montgomery, pag. 12, 1992).

El 6 % de la población sufre de depresiones breves recurrentes. (Montgomery, pag. 14, 1992).

La depresión es más frecuente en la mujer 2:1. (Smith y Weissman, pag 31, 1992).

El 30 % de los deprimidos que ameritan tratamiento, no lo reciben.

Del 15 al 20 % de los pacientes que experimentan depresiones agudas no tienen una recuperación completa. (Kaplan, pag 265, 1992).

Existe un pequeño porcentaje de pacientes deprimidos que requieren tratamiento profiláctico durante toda la vida.

Los antidepresivos producen hasta el 80 % de mejoría en los pacientes deprimidos.

El 8 % de los pacientes deprimidos son rebeldes a todo tratamiento.

Entre enfermos generales la depresión oscila entre el 10 y 20% y entre pacientes psiquiátricos la cifra aumenta hasta casi un 50%.

Solo el 10% de estos pacientes llegan a consulta psiquiátrica, por lo que el 90% restante son tratados por médicos generales o especialistas no psiquiatras.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

IV. CAUSAS:

Las causas de la depresión se pueden agrupar, al igual que en otros trastornos mentales, en tres grandes categorías: biológicas, psicológicas y sociales.

IV-A. Causas biológicas:

Abarcan las alteraciones que se producen en el campo somático y son las siguientes:

IV-A-1. Aspectos genéticos:

Existen datos suficientes que avalan una participación genética en los trastornos afectivos.

Los estudios realizados en gemelos sugieren un factor genético, la concordancia en gemelos monocigotos es del 65% frente a 14% en dicigotos.

La morbilidad de parientes de primer grado de enfermos unipolares oscila entre el 10 y 15% y de bipolares del 12 al 24%.

El modo de transmisión es controvertido, mientras unos autores se inclinan por un gen dominante de predominancia incompleta, otros abogan por un factor genético ligado al cromosoma X y aún otros defienden la teoría poligenética.

En las depresiones endógenas se ha visto una mayor participación de los factores genéticos mientras que en la neurótica participan mayormente los factores ambientales.

La causa en ambos tipos de depresión es substancialmente distinta, mientras los factores biológicos son básicos en las depresiones endógenas, la conflictiva psicológica es el núcleo etiológico de las depresiones psicógenas.

IV-A-2. Trastornos en los neurotransmisores:

Para la mayoría de los psiquiatras biológicos, la depresión es un trastorno heterogéneo que tiene varios subtipos desde el punto de vista neurofisiológico. Las teorías monoaminérgicas establecen que en la depresión existe una deficiencia de neurotransmisores, mientras que en la manía existe un exceso de ellos.

Los neurotransmisores son las sustancias que se encargan de pasar un estímulo nervioso de una neurona a la siguiente. Para ello, se requiere que exista un equilibrio dinámico entre ellos. Si los niveles de ellos se encuentran disminuidos, se puede presentar un cuadro depresivo. Si, al contrario, se encuentran aumentados, se puede dar un cuadro maniaco o una psicosis.

Por otra parte, debe tomarse en cuenta a los receptores de estos neurotransmisores. Si éstos tienen un umbral elevado, pueden existir niveles normales de transmisores pero no se producirá una respuesta satisfactoria y aparecerá la depresión. Por el contrario, si el umbral está disminuido, pueden aparecer estados de exaltación, ansiedad o hipomanía.

La posibilidad de identificar los diferentes subtipos tiene gran importancia en la elección del anti-depresivo ya que cada vez se están sintetizando moléculas que tienen una mayor especificidad con menos efectos secundarios y para ello hay que hacer un proceso de selección que involucre ambos aspectos.

Para entender mejor esto, es preferible hacer una revisión de los conceptos básicos de neuro-bioquímica que se utilizan para comprender esto. Para ello utilizaré los siguientes esquemas (Fig. 1, 2, 3 y 4):

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

En la figura #1 se puede apreciar la estructura básica de la célula nerviosa que está constituida por un cuerpo celular que es donde se realizan la mayor parte de los procesos metabólicos. Ahí es donde se sintetizan los neurotransmisores a partir de los aminoácidos esenciales que se deben ingerir con la dieta porque el organismo no puede producirlos.

Del cuerpo celular parte una prolongación gruesa que se denomina axón que es por donde la neurona envía estímulos a otras células y es por donde viajan los neurotransmisores para llegar hasta la sinapsis que es donde contacta a la célula siguiente de la cadena. Además existen otras prolongaciones más pequeñas que se parecen a las ramas de un árbol, que se especializan en llevar información procedente de otras células hasta el cuerpo de la neurona para que ahí sean procesadas.

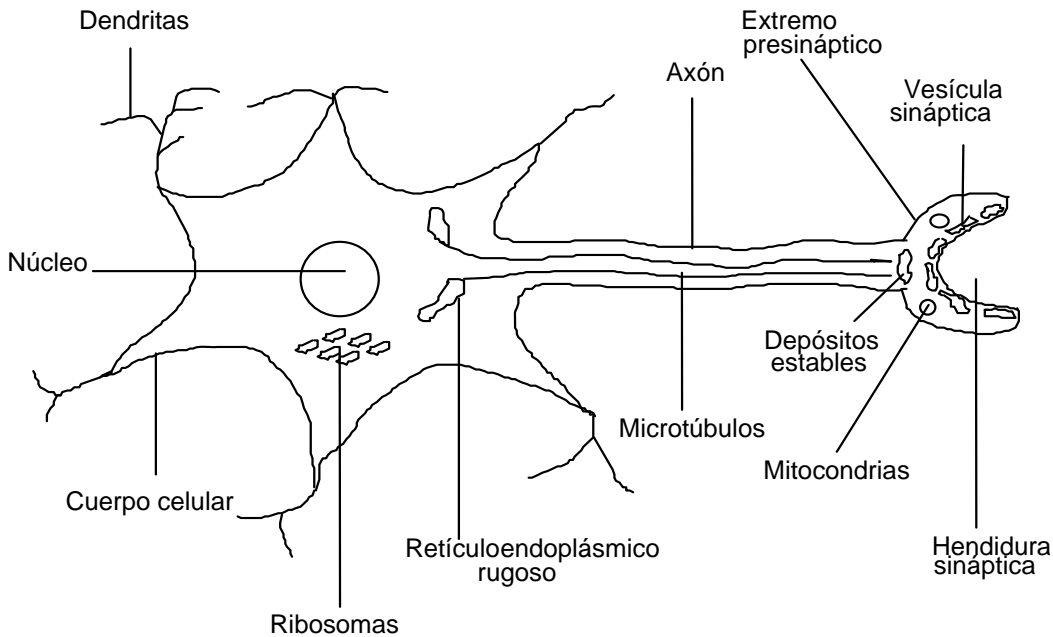


Figura # 1: Estructura de la neurona.

El núcleo es la parte que contiene el ADN que es la proteína en donde reside el material genético y es el que gobierna los procesos que se realizan en la célula y es donde reside el control de la cantidad de neurotransmisores que se van a producir. Aquí es donde se encuentra la parte genética de los trastornos afectivos.

El retículo endoplásmico rugoso es la parte del cuerpo de la neurona donde se sintetizan los neurotransmisores, que luego viajan a través de microtúbulos para llegar a la sinapsis.

En el cuerpo celular se genera un cambio eléctrico cuando se han recibido suficientes estímulos de otras células y hace que se cambie el potencial de reposo de la célula que es de -70 mV a un potencial de acción de $+30$ mV generando una corriente eléctrica que se denomina impulso nervioso y que viaja hacia la sinapsis. La suma de estos impulsos nerviosos es lo que se registra en el electroencefalograma (EEG).

En la Fig. # 2 se puede apreciar la estructura de una sinapsis. En el lado izquierdo se aprecia el extremo presináptico que pertenece a una neurona que se puede llamar arbitrariamente A y el extremo postsináptico que pertenece a otra neurona que llamaré B, que está en contacto con la primera y es la que le sigue en la red.

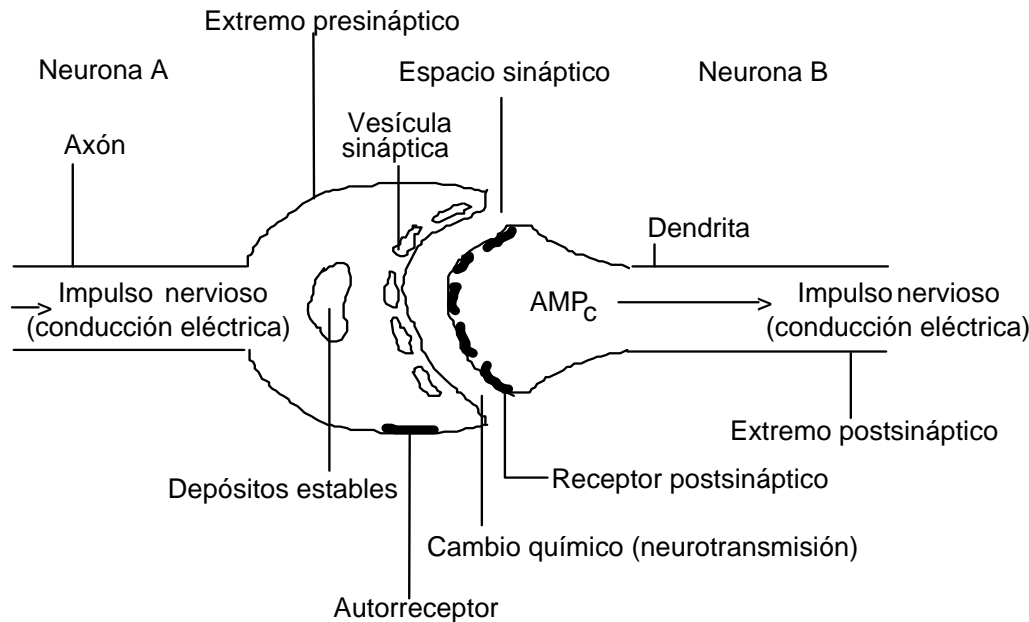


Figura # 2: Estructura de la sinapsis.

Los depósitos estables son sitios en donde se almacenan los neurotransmisores y de ahí se suplen las necesidades de las vesículas presinápticas de donde son liberados al espacio sináptico al llegar el estímulo.

Una vez liberados en el espacio, estimulan unas estructuras especiales que se encuentran en el extremo postsináptico que se llaman receptores postsinápticos que se encargan de generar un nuevo cambio eléctrico que se dirige hacia el cuerpo de la neurona B.

El proceso de liberación del transmisor y su acción sobre el receptor postsináptico se denomina neurotransmisión y a las sustancias que la llevan a cabo se denominan neurotransmisores.

Al estar en el espacio sináptico, estimulan también a los receptores presinápticos que se encargan de producir un estímulo al cuerpo de la neurona para se sinteticen menos neurotransmisores y así poder mantener un equilibrio (homeostasis) y evitar un agotamiento del sistema.

Una vez que han estimulado a los receptores, la mayor parte del químico se reabsorbe al extremo presináptico para poder ser utilizado nuevamente.

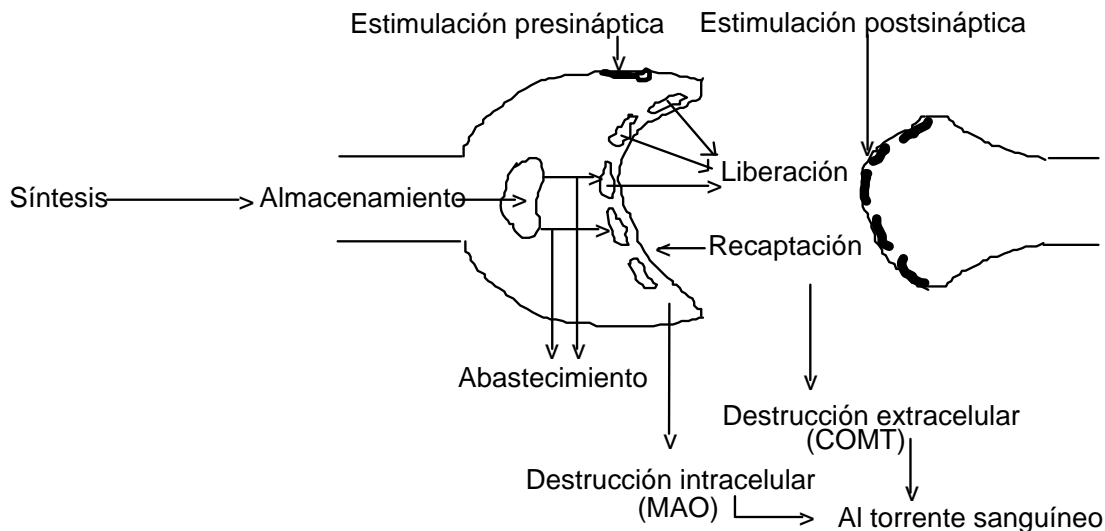


Figura # 3: Fases del metabolismo de los neurotransmisores.

Una pequeña parte sufre la acción de una enzima extracelular que se llama catecol-orto-metil-transferasa (COMT) que los degrada a metabolitos inactivos que pasan al torrente sanguíneo (FIG # 3).

La parte que se reabsorbe, antes de llegar a las vesículas, sufre la acción de una enzima intracelular que se denomina mono-amino-oxidasa (MAO) y también los degrada a productos inactivos que también pasan a la circulación sanguínea.

Por la acción de estas enzimas se produce ácido homovainilínico (HVA) de la dopamina; 3 metoxi, 4 hidroxifenilglicol (MHPG) a partir de la norepinefrina y ácido 5 hidroxindol acético (5-HIAA) que se pueden determinar en orina y que reflejan indirectamente el grado de metabolismo de estas sustancias en el cerebro.

Los neurotransmisores se deben sintetizar en los cuerpos celulares ya que si se administran por vía endovenosa no atraviesan la barrera hemato-encefálica. Para que esto pueda ocurrir deben existir los aminoácidos esenciales para su formación; así por ejemplo, para que se produzca dopamina (D) y norepinefrina (NE) debe haber tirosina y fenilalanina y para la serotonina (5HT), triptofano.

En la depresión se han encontrado niveles bajos de los siguientes neurotransmisores: dopamina, norepinefrina y serotonina. Se ha postulado que cada uno de éstos por sí solo puede ocasionar síntomas depresivos pero también se ha dicho que pueden estar los tres disminuidos.

Esta disminución puede producirse por los siguientes mecanismos (Fig. # 4):

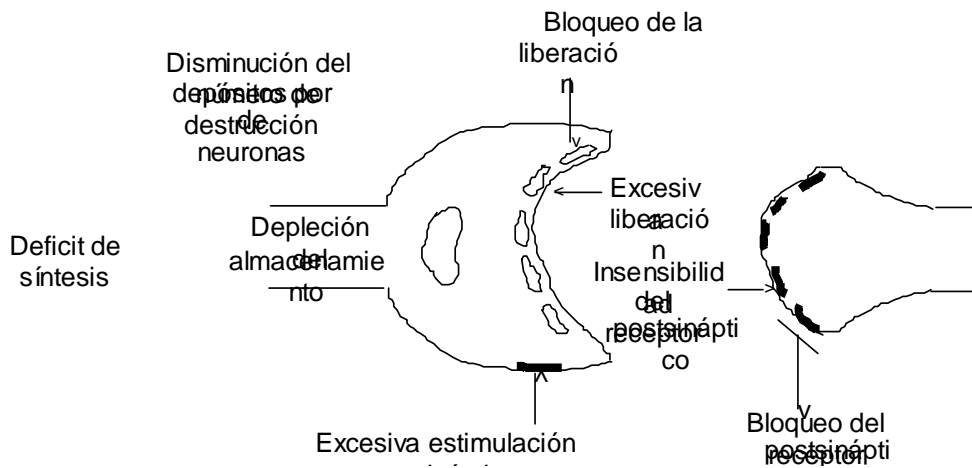


Figura # 4: Causas de disminución de los neurotransmisores.

IV-A-2-a. Déficit en la síntesis:

Esto se presenta en sujetos desnutridos o en personas que están llevando una dieta desbalanceada. Algunos medicamentos pueden bloquear la producción como sucede con el alfa-metil dopa (Al-domet) y no se logran niveles adecuados aunque existan suficientes precursores.

IV-A-2-b. Disminución del número de depósitos:

Esto sucede en personas que tienen procesos degenerativos del sistema nervioso central (SNC) como en la enfermedad de Alzheimer, la esclerosis en placas y la arteriosclerosis cerebral; o en casos de destrucción por un tumor cerebral, un hematoma subdural o golpes a repetición en la cabeza, como ocurre con los boxeadores.

IV-A-2-c. Depleción de los lugares de depósito:

Algunos medicamentos son capaces de depletar los lugares de depósito como ocurriría con el uso de reserpina en pacientes hipertensos.

IV-A-2-d. Bloqueo de la liberación:

Como ocurre cuando se administra un antagonista del calcio como es la nifedipina (Adalat) o verapamil (Isoptín). También se presenta cuando llegan menos estímulos nerviosos, como ocurre en el paciente que está tomando carbonato de litio.

IV-A-2-e. Excesiva liberación:

Mantenida durante un tiempo prolongado como ocurre con la gente que consume marihuana y cocaína ("cocaine blues") debido a que por estimulación sostenida del receptor presináptico, se disminuye la síntesis de neurotransmisores y todo el sistema baja el funcionamiento.

IV-A-2-f. Excesiva estimulación del receptor presináptico:

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

Ciertos medicamentos como la clonidina (Catapresán) que es un agonista α_2 , son capaces de estimular al receptor presináptico y con ello logran que se disminuya la síntesis de los neurotransmisores. Este concepto es útil en el tratamiento de algunos trastornos ansiosos

IV-A-2-g. Bloqueo del receptor postsináptico:

Ya que aunque exista un buen nivel del neurotransmisor, éste no logra estimularlo como sucede con el uso de β -bloqueadores por ejemplo: propranolol (Inderal).

IV-A-2-h. Insensibilidad del receptor postsináptico:

Que se considera un marcador biológico de la depresión y que se puede corregir con hormona tiroidea.

IV-A-2-i. Hipótesis noradrenérgica:

La hipótesis noradrenérgica de la depresión postula que sería el resultado de un déficit central de noradrenalina (NA). Diversos datos apoyan esta teoría. Los estudios sobre el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG) que es metabolito de la noradrenalina cuyas concentraciones reflejan la actividad noradrenérgica central, marcan una clara disminución de esta (MHPG) en orina en depresiones bipolares y pacientes esquizoafectivos que en la depresión unipolar. Sin embargo algunos autores consideran que sólo el 20 % del MHPG urinario tiene origen central (Roy, 1984).

Un nivel bajo pretratamiento de MHPG predice una inducción a la manía durante el tratamiento con antidepresivos.

Los pacientes que responden mejor a la imipramina muestran valores bajos de MHPG antes del tratamiento mientras que lo opuesto ocurre con la amitriptilina (Roy, 1984)

Siguiendo la misma línea, se han interpretado ciertos datos frecuentes en la depresión (hipersecreción de cortisol, descenso de la respuesta de la hormona del crecimiento a la hipoglucemia insulínica, descenso del nivel de LH en mujeres depresivas menopáusicas), como prueba de un déficit en la actividad de los sistemas noradrenérgicos centrales, producido por una desregulación hipotalámica.

Una hipótesis para explicar la hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal es que una disminución de la norepinefrina puede ocasionar una disminución de la influencia inhibitoria sobre las neuronas de la eminencia media del hipotálamo o algún otro centro del sistema límbico, produciéndose más factor liberador de corticotropina (CRF) y hormona adrenocorticotrópica (ACTH) (Schlesser, 1980).

IV-A-2-ii. Hipótesis dopaminérgica:

El ácido homovanílico (HVA) se ha encontrado significativamente descendido en depresiones caracterizadas especialmente por inhibición motora.

IV-A-2-iii. Hipótesis serotoninérgica:

Otras de las hipótesis bioquímicas que goza de cierta aceptación es la del metabolismo indólico, los datos más sugestivos proceden del estudio del 5-HIAA (metabolito de la serotonina) en LCR, la disminución del metabolito ocurre en el 30% de pacientes aquellos precisamente que tienen más conductas autoagresivas, y la persistencia de niveles bajos (50% aproximadamente.) tras la recuperación se ha interpretado como una predisposición básica a padecer el trastorno.

IV-A-3. Medicamentos que pueden producir depresión:

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

Algunos medicamentos que por su mecanismo de acción pueden producir un cuadro depresivo que puede ser resistente a tratamiento con antidepresivos debido a que no se cuenta con el substrato necesario para que mejore el cuadro.

En el pasado, la reserpina que se utilizaba con mucha frecuencia como antihipertensivo, producía depleción de los depósitos estables de los neurotransmisores y esto inducía a depresión.

Algunos anticonceptivos orales producen déficit de vitamina B₆ y esto hace que la vía de síntesis de serotonina se desvíe hacia kinurenina y ácido nicotínico, que no tienen propiedades de neurotransmisor. Si no se administra esta vitamina, la respuesta a los antidepresivos es pobre.

Los anorexígenos o supresores del apetito actúan como liberadores de monoaminas y si se usan durante un tiempo prolongado, por estimulación sobre los autorreceptores producen una disminución de la síntesis de los mismos. Para que los antidepresivos resulten efectivos, debe suspenderse la ingesta de ellos y esperar a que exista un buen nivel.

Algunos antihipertensivos que bloquean la síntesis de dopamina como el alfa metildopa (Aldomet) también produce depresión por lo que se recomienda que se cambie a otro de su clase para que se produzca un buen nivel de dopamina y norepinefrina.

El uso prolongado de benzodiacepinas, por su efecto potencializador del ácido gamma-aminobutírico (GABA), que es un neurotransmisor de tipo inhibitorio, puede producir depresión. En este caso el efecto del antidepresivo se ve enmascarado por la acción de las benzodiacepinas por lo que se recomienda disminuirlas o suspenderlas y así lograr una mejor respuesta.

IV-A-4. Alcoholismo crónico:

Se ha asociado el cuadro de alcoholismo crónico con depresión en algunos pacientes que presentan este cuadro (Alec, 1991; Woodruff, enero 1973). El uso de antidepresivos puede mejorar ambas condiciones patológicas.

IV-A-5. Consumo prolongado de drogas ilícitas:

El consumo prolongado de drogas ilícitas como la cocaína y la marihuana producen un aumento en la liberación de neurotransmisores de tipo excitatorio que por mecanismos de homeostasis van a estimular el receptor presináptico y éste a su vez disminuye la síntesis de ellos a nivel del cuerpo de la neurona lo que va a ocasionar una disminuida disponibilidad ocasionando síntomas depresivos que son resistentes al tratamiento con antidepresivos ya que no tienen substrato sobre el cual actuar.

Para lograr una buena respuesta, hay que suspender la ingesta de estas drogas y posteriormente dar el antidepresivo.

IV-A-6. Algunas enfermedades físicas:

Algunas enfermedades físicas se han asociado con cuadros depresivos de tal manera que la depresión viene a ser un trastorno secundario con el inconveniente de que la respuesta a tratamiento es pobre.

Entre las más frecuentes debemos mencionar a las siguientes: cáncer de la cabeza de páncreas, cáncer de estómago en donde incluso puede preceder en varios meses la depresión, hipo e hipertiroidismo, enfermedad de Addison y de Cushing, hipoglicemia, anemia, lupus eritematoso sistémico, mononucleosis infecciosa, arteriosclerosis cerebral, demencia senil, trastornos inmunológicos, esclerosis múltiple.

IV-A-7. Algunos procedimientos quirúrgicos:

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

Se ha visto que algunas operaciones pueden acompañarse de una depresión en el período postoperatorio. Las operaciones que tienen mayor posibilidad de asociarse con depresión son las que dejan modificaciones externas del cuerpo como por ejemplo la amputación de un miembro por un proceso neoplásico. Las personas que son sometidas a operaciones cardiacas a cielo abierto pueden tener depresiones en los dos o tres meses posteriores. En personas de la tercera edad, un tiempo de anestesia prolongado puede dejar como consecuencia una depresión que amerita tratamiento con antidepressivos.

IV-A-8. Trastornos hidroelectrolíticos:

Se ha visto un patrón de retención aguda de agua, sodio y potasio en pacientes deprimidos (Murphy, 1972).

También se ha mencionado un aumento en la producción de aldosterona como causa de la retención de sodio (Idem).

La recuperación de la depresión va acompañada de una significativa disminución del sodio intercambiable hecho que guarda relación con el uso de litio, que también aumenta la excreción urinaria de sodio.

La hipocalcemia que producen algunos diuréticos se asocia con una sensación de cansancio generalizada que se puede confundir con un cuadro depresivo que cede al corregirlo.

La hipocalcemia que se puede presentar en la insuficiencia renal, síndrome nefrótico o el hipoparatiroidismo puede asociarse a depresión por lo que hay que corregir primero este trastorno electrolítico (Berkow y Talbott, 1978).

IV-A-9. Desnutrición:

La desnutrición severa puede producir déficits de los precursores necesarios en la síntesis de los neurotransmisores responsables de la producción de síntomas depresivos. Si no se corrige este problema, los antidepressivos no tienen sustrato sobre el cual actuar y la respuesta es mala.

También pueden presentarse hipovitaminosis del grupo B, el ácido fólico y la niacina (pelagra) que pueden dar depresión.

Es importante mencionar que no sólo en la desnutrición se pueden presentar estos problemas sino que también las dietas excesivamente estrictas y desbalanceadas pueden producir estas manifestaciones.

IV-A-10. Trastornos endocrinos:

Existe una clara evidencia de que el complejo hipotálamo-hipófisis-suprarrenal se encuentra alterado en las depresiones endógenas, aunque en otros tipos de depresiones no es tan claro.

Se encuentra hipersecreción de cortisol por las suprarrenales, de corticotropina (ACTH) por la hipófisis anterior y de factor liberador de la corticotropina (CRF) del hipotálamo (Price, 1986). Aunque el mecanismo de estas alteraciones no es bien comprendido, se ha especulado que puede deberse a un déficit funcional de norepinefrina en algunos pacientes deprimidos que hace que se produzca menor cantidad de factores inhibitorios de la producción de hormonas hipotalámicas liberadoras. Esto se ha visto fortalecido por medicamentos que tienen acciones específicas sobre los receptores y se han constituido en sondas neurobiológicas que han proporcionado considerable progreso en la comprensión de la fisiopatología de la función noradrenérgica. La clonidina, que es un agonista α_2 , ha demostrado que al estimular al receptor postsináptico produce una caída en el nivel plasmático de cortisol mayor en deprimidos que en normales, lo que indica que la función noradrenérgica está más inhibida en el deprimido (Price, 1986).

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

También se ha visto que la yohimbina, que es un antagonista α_2 que atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica y bloquea al autoreceptor inhibitorio produce un aumento en el cortisol plasmático que fue mayor en pacientes deprimidos (Price, 1986).

El ritmo circadiano del cortisol se normaliza después de un tratamiento exitoso. En el deprimido psicótico se produce más cortisol diario, tiene más episodios secretores (N = 7-10) y dura más tiempo la secreción activa (Sachar, 1973).

El ritmo circadiano de la producción de hormona tiroidea se encuentra invertido en algunos pacientes deprimidos, en vez de tener la máxima producción a las 7 a.m. la tienen a las 10 p.m. (Corfman, 1982) lo que puede originar trastornos de sueño y un mayor cansancio en horas de la mañana.

Se ha demostrado que los pacientes endógenos unipolares tienden a presentar una débil respuesta de TSH al ser estimulados con TRH, la especificidad de esta prueba es relativa, pero la sensibilidad aumenta al 67% cuando se practica conjuntamente con el TSD.

Esta prueba consiste en tomar un nivel basal de TSH y luego inyectar por vía endovenosa, 500 μ gm de TRH. Se toman muestras sanguíneas a los 15, 30 y 45 minutos. Si se obtiene un valor de 7 μ IU/ml o menos (máxima respuesta de TSH a TRH menos la TSH basal), se considera un resultado anormal, que refleja una disfunción límbico-hipotálamo-hipófisis. Una prueba de TRH anormal diferencia a los deprimidos mayores de los otros. Sólo de un 15 a un 56 % de los deprimidos mayores tienen una respuesta de TSH disminuida.

La respuesta de TSH a la administración de TRH es plana en el 25 - 30 % de los deprimidos que se cree debida a una hipersecreción endógena de TRH y que también puede estar relacionada con un aumento del cortisol sanguíneo (Brown, 1989).

El cortisol plasmático se encuentra elevado en algunos pacientes y esto origina el test de supresión de dexametasona (TSD).

Esta prueba se realiza tomando un nivel basal de cortisol plasmático a las 8 p.m. de un día, luego se administra 1 mg de dexametasona oral, que en condiciones normales produce una supresión de la excreción de cortisol durante 24 horas, y se toman muestras sanguíneas de control a las 4 p.m. y 11 p.m. del día siguiente. Si se suprime más de 5 μ g/dl (138 nm/L), indicará un nivel anormal. Se observa que un 45% de depresivos endógenos son no supresores lo que confirma una hiperactivación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Esta prueba da una sensibilidad de 67 % con una especificidad del 96 %. El TSD ha dado resultados de no supresores en alcoholismo, demencia, esquizofrenia crónica y bulimia. Los deprimidos no supresores predicen un buen resultado a TEC.

El ritmo circadiano de la producción de prolactina también se encuentra alterado en la depresión. Su secreción está regulada por un mecanismo dopaminérgico. La dopamina favorece la liberación del factor inhibitorio de la liberación de dopamina (PIRF) mientras que la serotonina favorece la activación del factor liberador de prolactina (PRF).

La serotonina favorece un aumento de la prolactina en respuesta a una gran variedad de estímulos, especialmente el estrés, la hipoglicemia y el ejercicio fuerte (Halbreich, 1979).

Normalmente, la secreción de prolactina es mayor en la madrugada, antes de levantarse. En los deprimidos está aumentada en la tarde o antes de acostarse, lo que podría explicar la mejoría vespertina que presentan algunos pacientes (Halbreich, 1979).

IV-A-11. Trastornos en el patrón de sueño:

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

Se ha visto que los pacientes deprimidos tienen una reducida latencia de sueño REM y que esta anomalía persiste durante los períodos intercríticos.

Los familiares de un paciente deprimido que tengan una disminución de la latencia al REM, tienen 3 veces más posibilidades de adquirir una depresión que la gente corriente. Esto puede tener una base genética.

Se ha visto que la arecolina, que es una sustancia colinomimética que acorta el sueño REM, puede inducir un nuevo episodio en un paciente deprimido que se encuentre remitido.

Otra alteración del EEG durante el sueño es una disminución del sueño de onda lenta.

IV-A-12. Actividad anormal de los receptores:

Se ha postulado que puede existir una hipo reactividad de los receptores postsinápticos a algunos neurotransmisores como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina.

También se ha encontrado una supersensibilidad en el receptor α_2 presináptico que se considera un marcador biológico de la depresión (Kafka, 1986). Al presentarse esta anomalía se produce una disminución de la síntesis de norepinefrina que es una de las alteraciones de la depresión.

Se ha visto que algunos antidepresivos tricíclicos, IMAO, el TEC y el litio, cuando se administran por tiempo prolongado, disminuyen el número de estos receptores tanto en el cerebro como en las plaquetas.

El uso de radioligandos agonistas y antagonistas permite estudiar el número y la afinidad de los receptores α_2 plaquetarios. Como agonistas se han utilizado la clonidina, la dihidroergocriptina y la para-amino-clonidina y como antagonistas la yohimbina y la rawolserina (Kafka, 1986). Sin embargo, otros autores consideran que la relación entre los receptores plaquetarios y los del SNC es poco clara.

IV-A-13. El período menstrual y posparto:

Los cambios hormonales que se presentan después de la ovulación pueden generar en algunas mujeres, una serie de molestias que se intensifican progresivamente hasta alcanzar un máximo de intensidad a los 5 días antes de la menstruación. Entre éstos síntomas pueden estar elementos depresivos que generalmente no requieren tratamiento aunque si ocasionan muchas molestias si lo ameritan.

En el período posparto, de un 20 a un 40 % de las mujeres refieren molestias en la esfera psíquica que incluyen depresión.

IV-A-14. El climaterio:

El climaterio es otra época en la vida de algunas mujeres en que se pueden presentar síntomas depresivos. Estas molestias se han asociado a una disminución de los niveles de estrógenos y su influencia indirecta sobre los andrógenos. Esta posibilidad está aumentada en mujeres que han tenido pobre autoestima y pocas satisfacciones durante su vida.

IV-B. Causas psicológicas:

Este grupo de factores causales hace énfasis en que algunos elementos, puramente de origen psíquico, pueden desencadenar un cuadro depresivo especialmente si existen otros factores de tipo biológico o social.

Entre ellos, mencionaré los siguientes.

IV-B-1. Teorías psicodinámicas:

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

Esta escuela tiende a considerar la depresión como una situación de pérdida del objeto amado. Este objeto puede ser una persona, una cosa, el status social, la fama, etc. La depresión constituye un estado de duelo por el objeto perdido en el que se produce una internalización del instinto agresivo que, por alguna razón, no se dirige hacia el objeto apropiado. La retroflexión de la hostilidad se pone en marcha a partir de la pérdida de algo que se considera de mucho valor psicológico (catexia) y hacia lo cual se experimenta una mezcla de sentimientos de lástima y de cólera al mismo tiempo.

En el depresivo tal objeto es incorporado, formando parte del propio sujeto que se encontraría en un grave conflicto por cuanto desarrolla su auto agresión contra un objeto internalizado con el que el yo se identifica.

La analítica existencial ha puesto en evidencia la profunda alteración de la estructura temporal en la depresión, para estos pacientes, anclados en la fatalidad de un pasado, el tiempo es una perspectiva de la muerte.

IV-B-2. Teorías cognitivas:

Desde este ámbito también se han esbozado diversas hipótesis. El equipo de la Universidad de Pennsylvania ha sugerido que en la depresión humana se recoge una historia existencial caracterizada por un relativo fracaso sistemático en ejercer control sobre los reforzadores ambientales, lo que lleva a una situación permanente de frustración; para este equipo, la depresión sobreviene cuando el sujeto se percibe a sí mismo como perdiendo todo control sobre tales situaciones externas reforzadoras, lo cual lleva a las vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza. Como se observa esta teoría conjunta aspectos cognitivos, sociológicos y existenciales.

Los distintos modelos experimentales pueden sintetizarse en los siguientes procesos:

- a.- Disminución en la cantidad o frecuencia del refuerzo positivo.
- b.- Aprendizaje social por imitación.
- c.- Desesperanza aprendida (indefensión).
- d.- Control por los estímulos (un dato, evento, lugar, etc.) pueden representar un estímulo discriminativo simbólico que entraña respuestas depresivas.

Beck en 1964 marcó lo que llamó un "estilo cognitivo alterado", caracterizado por expectativas negativas respecto al ambiente, sería junto con la desesperanza y la incapacidad el núcleo de la depresión humana e incluso el estilo del pensamiento de la personalidad pre depresiva. Así pues, una concepción peyorativa de sí mismo, interpretaciones negativas de las experiencias propias y una visión pesimista del futuro constituirá la triada cognitiva básica del paciente depresivo.

IV-B-3. Excesiva dependencia de otras personas:

La persona que depende excesivamente de otras traslada su seguridad a ellas por lo que necesitan que siempre estén presentes para que le ayuden a resolver los problemas. Cuando por alguna razón se alejan, sienten que el mundo se deshace y no saben qué hacer favoreciéndose la aparición de depresión.

Esto se ve en los niños que han sido sobreprotegidos en su infancia y que al llegar a la vida adulta tienen que tomar las decisiones que la vida les presenta. Al no estar preparados para resolver los pequeños problemas, menos que van a poder tomar las grandes decisiones.

IV-B-4. Pobre autoimagen:

Las personas que tienen una pobre imagen de sí mismas parten del punto de vista de que no podrán ser capaces de vencer un determinado obstáculo que les presenta la vida. Antes de comenzar la batalla ya se consideran derrotadas. Cualquier problema pequeño se amplifica al no tener la seguridad interior de poderlo superar.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

Cuando se juntan varias cosas que le causan preocupación, la persona con pobre autoimagen desarrollan la sensación de que no podrán salir a flote.

IV-B-5. Pérdida de un ser querido:

Nuestros seres queridos llegan a constituir una prolongación de nuestra propia imagen. Cuando alguno de ellos nos abandona porque se muere o porque decide separarse, nos causa una sensación de pérdida que puede conducir a depresión.

Entre mayor sea la dependencia psicológica que tengamos, mayores son las posibilidades de adquirir un cuadro depresivo.

IV-B-6. Fracaso económico:

El tener una situación económica solvente nos brinda una sensación de tranquilidad y de seguridad en nosotros mismos. Cuando nos fallan las expectativas y cometemos un error de cálculo y nos sale mal un negocio que planeaba ser muy bueno, nos echa por tierra nuestro sentimiento de seguridad y nos ocasiona un cuadro de duelo similar al que nos ocasiona la pérdida de un ser querido pudiendo ocasionar un cuadro depresivo que si es muy intenso puede acarrear ideas de suicidio.

IV-B-7. Pobre tolerancia a las frustraciones:

Hay ciertas personas que toleran muy mal las frustraciones que son fracasos en las expectativas que nos hicimos de que algo iba a salir de tal o cual forma y la vida nos resuelve algo totalmente distinto con lo que nos pone a prueba. Ante una situación de esas, algunos individuos reaccionan tratando de averiguar qué fue lo que sucedió para no volver a cometer el mismo error y más bien sacar provecho de la experiencia. Pero para otras personas, las frustraciones constituyen un obstáculo imposible de superar por lo que se deprimen.

IV-B-8. Pobres relaciones interpersonales:

El contacto social con las personas que nos rodean es muy importante porque nos permite un intercambio de ideas que es muy provechoso tanto para nosotros como para los demás. Esto nos permite una mejor salud mental y nos permite exteriorizar algunos sentimientos que nos dan alivio (catarsis). Si no tenemos este soporte, estamos propensos a guardar nuestras dudas e inquietudes. Cuando la persona se está deprimiendo tiene tendencia a pensar una y otra vez en lo mismo, sin lograr ninguna solución a los problemas. Si tenemos un buen apoyo social, podemos manejar mejor una depresión en ciernes.

IV-B-9. Excesiva timidez:

La timidez está reflejando un temor exagerado a las relaciones interpersonales percibiéndolas como amenazadoras pese a que se sienta un deseo intenso de contar con ellas. Inconscientemente se teme a la crítica o a no ser aceptado por los demás aunque no existen elementos reales para justificarlo. La persona tiende a retraerse aún más cuando se siente deprimida lo que favorece que se vaya aumentando la intensidad de la misma.

IV-B-10. Tendencia al auto reproche:

La tendencia al auto reproche es una característica de algunos sujetos que se consideran responsables de todo lo que no sale bien en el mundo. Esto ocasiona sentimientos de culpa que son un martirio para ellos y que los puede conducir a un cuadro depresivo.

IV-B-11. Poca confianza en sí mismos:

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

La confianza en que uno puede o no puede hacer algunas cosas, nos brinda un sentimiento de seguridad que es muy positivo y constituye una vacuna contra la depresión. Cuando no se ha desarrollado lo suficiente sentimos algunos estímulos externos como muy amenazadores y peligrosos lo que nos puede conducir a un cuadro depresivo.

IV-B-12. Pobre autoimagen:

La imagen de nosotros mismos es muy importante para nuestro propio bienestar. Cuando uno se percibe como una persona frágil, débil, fea o incompetente, desarrolla un sentimiento de inseguridad que lo hace sentirse mal ante gran cantidad de situaciones que la vida nos depara y esto puede conducir a un cuadro depresivo.

IV-B-13. Sensación de inseguridad en sí mismos:

Cuando uno no tiene conciencia de cuales son nuestras debilidades y nuestras fortalezas no sabe hasta dónde puede llegar con determinadas situaciones. Esto aumenta la indecisión que a su vez favorece la depresión.

IV-B-14. Sensación de inutilidad en varios aspectos de la vida:

Esto está relacionado con algunos puntos mencionados anteriormente. Cuando se adopta una posición negativa desde el primer momento de enfrentar un problema se comienza con altas probabilidades de fracasar y es probable que las cosas salgan mal y esto ocasiona frustraciones que conducen a una depresión.

IV-B-15. Personalidad básica cambiante:

Hay personas que tienen una personalidad cambiante e inmadura que los lleva a una situación en donde no sacan provecho de la experiencia y por cambiar sus valores vuelven a repetir los mismos errores. Esto provoca un sentimiento de frustración e inseguridad que puede conducir a la depresión.

IV-B-16. Pocos deseos de superación:

El conformismo es una mala actitud que algunos tienen y que los conduce a un tipo de vida muy rutinario, perdiendo el sentimiento de maestría para resolver situaciones nuevas. Cuando le cambian bruscamente las condiciones de vida, se sienten perdidos y no encuentran la manera de afrontar satisfactoriamente situaciones nuevas lo que los puede llevar a deprimirse.

IV-B-17. Estrés severo prolongado:

El estrés severo prolongado como ocurre cuando se presentan varias causas pequeñas o moderadas simultáneamente, puede asociarse con síntomas depresivos que requieren tratamiento específico. En esta categoría deben incluirse los problemas financieros que se mantienen durante bastante tiempo.

IV-B-18. Personas con tendencias hipocondríacas:

Estas personas tienen tendencia a creer que sufren de una enfermedad seria debido a que refieren sentir molestias y dolores en distintas partes del cuerpo que no se confirman con exámenes de laboratorio o gabinete. Al persistir estas quejas se puede presentar una depresión.

IV-C. Causas sociales:

Hacen énfasis en la interacción del individuo con la sociedad y el medio ambiente en que se desenvuelve y pueden ser:

IV-C-1. Pobreza:

La pobreza abarca una serie de condiciones negativas para el ser humano que favorecen la aparición de una depresión.

Generalmente hay subempleo, consumo de drogas y alcohol, trabajo mal remunerado, frustraciones, bajo nivel intelectual, poca capacidad de progresar, etc. que son facilitadores para un trastorno afectivo.

Por otro lado, cuando ya ha aparecido un trastorno depresivo que amerita tratamiento, las posibilidades de lograrlo adecuadamente son menores.

IV-C-2. Guerra:

La guerra produce no solo heridas en el cuerpo, también en el alma. La amenaza continua de muerte produce un estrés prolongado que puede desembocar en una depresión. Las pérdidas de seres queridos, de propiedades, de cosas con gran valor sentimental producen una reacción de duelo de gran magnitud.

También coexisten atropellos a los derechos humanos como torturas, violaciones, escaso alimento, limitación a la movilización, etc. que actúan de igual forma.

IV-C-3. Hacinamiento:

El hacinamiento se produce por el crecimiento desordenado de las ciudades debido a problemas de planificación, migración del campo a la ciudad, pobreza, etc.

Se produce una disminución notable del espacio vital que requiere cada persona y esto favorece las depresiones.

Con el hacinamiento existe mayor posibilidad de actos agresivos que son un factor complementario.

IV-C-4. Migración de los medios rurales a los urbanos:

La población rural que se desplaza a las áreas urbanas en busca de mejores condiciones de vida con frecuencia se encuentra con la dura realidad de que no es tan fácil como pensaron y entonces tienen que adoptar un nivel de vida inclusive menor que el que tenían en el campo lo que aumenta el estrés y las frustraciones.

IV-C-5. Emigración:

El emigrar de un país a otro conlleva una serie de problemas como: diferente idioma, diferentes costumbres, dejar amistades de largo tiempo y hacer nuevas; en un medio que puede ser hostil, dificultad para conseguir trabajo, discriminación etc.

IV-C-6. Asaltos:

Los asaltos es un tipo de patología social que causa mucha inseguridad en la población en general ya que constituye un peligro que está siempre presente y contra el que se puede hacer muy poco.

Asociado a la posibilidad de perder los bienes materiales está el hecho de poder tener lesiones físicas severas o incluso la muerte, lo que en personas predispuestas puede ocasionar un cuadro depresivo.

IV-C-7. Inestabilidad política:

Al existir inestabilidad política no se puede predecir que sucederá en el futuro inmediato lo que puede generar expectativas negativas que tienden a producir inseguridad y a su vez favorecen la depresión.

IV-C-8. Pobre ambiente familiar:

Una familia bien conformada en donde todos se apoyen mutuamente es una vacuna contra la depresión. Esto favorece el crecimiento de todos sus miembros. Cuando surge una adversidad se comparte entre todos y de esta forma se disminuyen sus consecuencias.

IV-C-9. Inestabilidad laboral:

La estabilidad laboral facilita la consecución de un ingreso económico que nos permite llevar una vida más o menos satisfactoria. Cuando no se sabe si se dispondrá de trabajo o no aumentan las posibilidades de no poder conseguir el ingreso mínimo y con ello se favorece la inseguridad y luego la depresión.

V. SINTOMAS:

El eje nuclear afectivo de la depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal.

El paciente depresivo vive anclado al pasado, al que percibe como feo y malo contrario al ansioso que teme al futuro por considerarlo demasiado amenazante.

Aunque el estado afectivo nuclear es la tristeza, pueden emerger otros estados emocionales como la ansiedad, la irritabilidad o la hostilidad, pero todos en forma secundaria al estado fundamental.

En ocasiones el paciente carente de toda ansiedad se presenta profundamente inhibido, pudiendo llegar hasta el estado estuporoso.

Este estado anímico conduce a la pérdida de la esperanza de sentirse mejor lo que lleva al paciente a sentirse desvalido y a no querer consultar o seguir el tratamiento ya que cree que no tiene cura.

También lo lleva a un estado de inseguridad profunda en sí mismo que conduce a una autoimagen negativa y a una pérdida de la autoestima que sume al paciente en un círculo vicioso del cual le cuesta salir.

De igual manera puede presentar el fenómeno de la anhedonia (incapacidad de obtener y experimentar placer); el paciente está pesimista y pierde la ilusión por su familia, su trabajo y un proyecto existencial que él se siente incapaz de alcanzar. Se pierde el interés en las cosas que antes le agradaban hacer y parece que la vida cambia para mal.

En este estado de cosas, puede aparecer la sensación de tener una enfermedad mortal que vendría a ser una forma de terminar con el sufrimiento o podrían surgir deseos de que sería mejor estar seriamente enfermo. Esto es un paso previo al inicio de la ideación suicida que puede llegar al intento de suicidio.

El suicidio es más frecuente en hombres que en mujeres. Los factores que hablan a favor de que se puede cometer son los siguientes: antecedentes familiares de suicidio exitoso, presencia de enfermedad terminal, antecedentes de intentos serios, presencia de ideas delirantes de minusvalía o invalidez, desesperanza marcada, planeación detallada de la forma de suicidarse, redacción de la nota suicida, alcoholismo crónico, etc.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

El llanto es la expresión de este estado emocional, en ocasiones existe la queja de no poder llorar a pesar de sentirse profundamente triste, y prevalece cierta anestesia afectiva. En cualquier caso el llanto del depresivo es más inmotivado, surge de la esfera de los sentimientos más vitales y no proporciona alivio.

Lógicamente el rendimiento del paciente va disminuyendo progresivamente hasta llegar a la abulia y la apatía total, en que el sujeto es incapaz de realizar cualquier actividad. Existe una notable afectación psicomotora y sensoperceptiva.

Se observan pausas más largas del lenguaje y deterioros del rendimiento y de la reactividad motora.

La atención y la concentración disminuyen, ya que al paciente le falta la energía vital suficiente para polarizar con claridad y eficacia su conciencia hacia tareas específicas.

En el área de la memoria se observa que los déficits amnésicos son subjetivos, y que el descenso de rendimiento en pruebas de memoria inmediata se resuelve una vez recuperado el paciente de su depresión.

Los recuerdos están lógicamente centrados en experiencias negativas. Se recuerda especialmente lo malo y lo feo mientras que lo lindo y agradable se minimiza.

En el pensamiento, la lentitud y los contenidos de tonalidad negativa marcan la pauta. Las vivencias de desánimo e incapacidad ocupan el pensamiento de estos enfermos, vivencias que en casos especialmente graves pueden cristalizar en auténticas ideas delirantes, cuyo contenido gira alrededor de la culpa, la ruina y la hipocondría, igualmente pueden aparecer dudas de cariz obsesivo.

Esta forma de pensar con frecuencia se asocia a indecisión que impresiona como dificultad para pensar y actuar con claridad. Por esto se le aconseja al paciente que no tome decisiones trascendentales hasta que no se sienta mejor. También lo puede llevar a sentir temores irracionales a cosas que pueden ocurrir en el futuro y que son desproporcionados. Si no son tratados adecuadamente pueden llevar a la persona a un estado de inhibición que afecta seriamente su calidad de vida.

La vida instintiva se encuentra también profundamente afectada, respecto al sueño, se presentan problemas para dormir y pesadillas con despertar precoz. El deprimido ansioso generalmente presenta dificultad para iniciar el sueño, mientras que el deprimido endógeno, se duerme con facilidad pero se despierta en horas de la madrugada y luego no puede volver a conciliar el sueño. Esto provoca que al día siguiente la persona se siente muy cansada, especialmente al medio día, lo que disminuye la efectividad laboral o el aprendizaje.

En otras ocasiones se presenta lo contrario, o sea la somnolencia excesiva en donde el individuo no está completamente dormido sino que está rumiando ideas en forma interminable. Se considera que esto es un mecanismo de escape para no enfrentar los problemas cotidianos.

Existe con frecuencia una disminución del impulso sexual, frigidez, dispareunia o erecciones incompletas lo que puede generar problemas de pareja y puede favorecer ideas de infidelidad. Otras veces puede presentarse un aumento en la libido sexual y considerarse una conducta hipersexual que puede ser un mecanismo compensatorio.

En la esfera del apetito puede haber una pérdida del mismo que se acompaña de pérdida de peso importante o puede ocurrir todo lo contrario como bulimia o necesidad excesiva de ingerir carbohidratos lo que conduce a un aumento de peso que puede llegar a ser muy notorio.

La tendencia a los auto reproches es frecuente, la agresividad dirigida hacia sí mismo provoca en los enfermos penosos sentimientos de culpabilidad y desesperanza que pueden llevarle al suicidio, o con otro tipo de conductas autoagresivas, llamadas encubiertas, como el alcoholismo, la bulimia, las si-

tuaciones peligrosas y que entrañan estrés, el abandono de la medicación en enfermedades crónicas, etc.

Las repercusiones fisiológicas de la depresión son evidentes, además de la astenia, otros síntomas como la pérdida de peso, las cefaleas, la amenorrea, la sequedad de boca, el estreñimiento y las palpitaciones también son frecuentes.

La disregulación vegetativa es bastante constante y en ocasiones tan importante que constituye el aspecto clínico más llamativo, con frecuencia en forma de crisis de sudoración, sequedad de boca, palpitaciones, sofocos, estreñimiento.

En relación de los aspectos físicos, las formas más frecuentes son cansancio fácil, algias y parestesias, sobre todo cefaleas, trastornos gastrointestinales y neurovegetativos.

Finalmente, es importante prestar atención sobre la presentación periódica de algunas depresiones, los cambios de estación, concretamente primavera y otoño, son épocas especialmente críticas para estos pacientes.

Vale la pena recalcar que algunos pacientes deprimidos no experimentan la sensación psíquica de estar deprimidos y tienden a somatizar las molestias. Dentro de estos pacientes mencionaremos los siguientes:

V-A. Dolores que no responden a analgésicos o anti inflamatorios.

V-B. Dolor epigástrico que no cede a tratamiento específico.

V-C. Insomnio que no cede con hipnóticos.

V-D. Molestias gástricas sin hallazgos anormales en la gastroscopía.

V-E. Molestias urinarias con exámenes de orina normales.

V-F. Síntomas cardiacos con electrocardiogramas normales.

V-G. Síntomas persistentes durante tiempos muy prolongados.

V-H. Necesidad de ingerir múltiples medicamentos.

V-I. Múltiples exámenes de laboratorio con resultados normales.

Hay algunos síntomas que pueden corresponder a ansiedad o depresión y son los siguientes:

V-J. Dificultad en la concentración.

V-K. Fallas en la memoria.

V-L. Temores a varias cosas.

V-M. Molestias y dolores musculares.

V-N. Zumbidos en los oídos.

V-O. Sensación de debilidad.

V-P. Cansancio fácil.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

V-Q. Mareos.**VI. FORMAS CLINICAS DE IMPORTANCIA PSICOFARMACOLOGICA:**

Existen varios tipos de depresiones que tienen importancia desde el punto de vista psicofarmacológico ya que la respuesta a los mismos es diferente.

Dentro de ellas mencionaré:

VI-A. Depresión normal:

Es una depresión poco intensa y de corta duración que la mayoría de las personas experimentamos en algunas épocas de nuestras vidas y que sentimos que no amerita ningún tratamiento, que no acarrea ninguna consecuencia importante para nuestro organismo y que puede desaparecer con solo tomarse unas vacaciones, cambiar hábitos de vida, etc. En este caso no se justifica el uso de antidepresivos.

VI-B. Depresión patológica:

Es cuando la persona experimenta síntomas depresivos bastante intensos y durante un tiempo prolongado y que puede asociarse a componentes somáticos importantes. En este caso se recomienda el uso de estos medicamentos.

VI-C. Depresión reactiva:

Se presenta cuando una persona tiene una pérdida afectiva o económica importante y reacciona deprimiéndose. En este caso los antidepresivos brindan poca ayuda ya que tiene que adaptarse a la nueva situación y esto implica el uso de mecanismos de defensa psicológicos que requieren tiempo para llegar a producir esos cambios.

VI-D. Depresión endógena:

La depresión endógena se caracteriza por presentar personalidad premórbida adaptada, constitución pícnica, ideas delirantes de ruina, de culpa e hipocondría, inhibición a agitación psicomotriz, anorexia y pérdida de peso significativa, anhedonia total (incapacidad de buscar, obtener y experimentar placer), historia previa de fases depresivas anteriores, trastornos de la cronobiología (mejoría vespertina, despertar precoz), riesgo suicida, antecedentes familiares de trastornos afectivos, anomalías en los marcadores biológicos (acortamiento de la latencia REM, no-supresión del cortisol en el test de supresión a la dexametasona, disminución de la respuesta de TSH a la estimulación con TRH, disminución de los receptores plaquetarios de imipramina y serotonina).

Generalmente existe disminución de la disponibilidad de norepinefrina, serotonina y dopamina que son los responsables de las manifestaciones del cuadro. En este tipo de depresión se agrupan los cuadros más severos y que requieren un tratamiento más enérgico. Es el tipo que mejor responde a los antidepresivos.

VI-E. Depresión unipolar:

Son aquellos trastornos depresivos endógenos que han presentado varias fases melancólicas consecutivas (mínimo tres episodios) sin períodos de manía o hipomanía intercurrentes; con antecedentes de personalidad tipo neurótica y en las diferencias clínicas destacan las somatizaciones y ansiedad. En este grupo, el uso de antidepresivos como única medicación es suficiente.

VI-F. Depresión bipolar:

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

Es la que presenta episodios depresivos alternando con crisis maniacales. En este grupo, se recomienda el uso concomitante de antidepresivos más litio para prevenir las fluctuaciones amplias del afecto. Si se usan antidepresivos solos, se puede correr el riesgo de que se pase de una depresión a una manía.

VI-G. Depresión inhibida:

En ésta sobresale la lentitud psicomotora lo que da la impresión de que el paciente está en cámara lenta. En este grupo de depresiones se recomienda el uso de antidepresivos que tengan poco efecto sedante como: imipramina (Tofranil), fluoxetina (Prozac), sertralina (Altruline), amineptino (Survector) y viloxazina (Vicilán).

VI-H. Depresión ansiosa:

En este caso, junto a los síntomas depresivos, están otros de ansiedad manifestados por inquietud, desasosiego, frialdad de manos y pies, sudoración, trastornos digestivos, etc. En este caso se recomienda el uso de antidepresivos sedantes como: amitriptilina (Tryptanol), maprotilina (Ludiomil), mianserina (Tolvón), tianeptino (Stablón), paroxetina (Paxil).

VI-I. Depresión neurótica:

Se caracteriza por mayor ansiedad, autocompasión, rasgos histéricos o hipocondríacos, con presencia de desencadenantes o psicógena, insomnio inicial, sin variaciones diurnas o agravamiento vespertino, ni alteraciones estacionales del humor, curso fluctuante, ausencia de anomalías biológicas y reactividad de los síntomas a las contingencias ambientales de forma que existe una anhedonia parcial ya que se conserva la capacidad de experimentar placer si la situación es favorable. No suelen detectarse trastornos psicomotores marcados, el riesgo suicida es menor y la respuesta a fármacos inferior, siendo más sensible a la psicoterapia. El paciente vive el trastorno como una continuidad con su historia y biografía.

VI-J. Depresión psicótica:

Aquí los síntomas depresivos se asocian a ideas delirantes por ejemplo: sentirse vacíos por dentro, sentir los órganos "podridos", que están perjudicando a sus familiares, que no valen nada, que nadie los quiere o que están contaminando el ambiente. Pueden haber alucinaciones visuales con sombras, figuras de personas, malos espíritus, etc. En estos casos es recomendable asociar antipsicóticos a los antidepresivos.

VI-K. Depresión primaria:

Es cuando los síntomas depresivos constituyen la enfermedad de fondo y por lo tanto hay una mejor respuesta a los medicamentos.

VI-L. Depresión secundaria:

Los síntomas depresivos forman parte de una constelación mayor que puede corresponder a una esquizofrenia, a un síndrome mental orgánico o a una farmacodependencia en cuyo caso la respuesta a antidepresivos va a depender de la enfermedad principal y del tratamiento que ella reciba.

VI-M. Depresión psicógena:

Es cuando los síntomas se presentan en respuesta a un estímulo psicológico y no existen suficientes elementos orgánicos que expliquen el cuadro. En este caso la respuesta a psicofármacos es buena, sobre todo si se asocia a algún tratamiento psicoterapéutico.

VI-N. Depresión orgánica o somatogena:

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

En este caso existen alteraciones anatómicas o bioquímicas que hacen que la respuesta a psicofármacos sea variable dependiendo de la etiología que la produzca. Cuando hay disminución del número de neuronas funcionantes, la respuesta va a tender a ser mala y los efectos secundarios se notan antes que los efectos primarios. Cuando se debe a la ingesta de drogas médicas o ilícitas o al consumo de alcohol si no se suspenden éstas, el cuadro no va a responder a los antidepresivos.

En general estas depresiones se manifiestan por estados de adinamia, astenia, somnolencia, letitud, anorexia y en ocasiones, por síntomas claros de afectación orgánico-cerebral (confusión, dificultades amnésicas, discalculias, etc.). En ocasiones pueden desencadenarse depresiones similares a las endógenas. Las enfermedades más comúnmente relacionadas con la depresión y los fármacos que pueden provocar reacciones de este tipo.

VI-O. Depresión típica:

Es la que presenta el cuadro sintomático característico de: llanto, decaimiento, tristeza, anorexia, cansancio fácil, desesperanza, etc. En estos casos el uso de antidepresivos es más claro.

VI-P. Depresión atípica:

Se llaman también equivalentes depresivos, depresiones enmascaradas u oligo sintomáticas y consisten en que el paciente no experimenta humor depresivo ni tiene los trastornos somáticos de las otras depresiones. Como ejemplos están: insomnio rebelde a tratamiento, pérdida de peso sin una causa que lo explique, algunos tipos de prostitución y alcoholismo, algunos casos de cleptomanía y algunos actos compulsivos como la necesidad de estarse lavando las manos repetidamente. En estos casos debe intentarse primero un tratamiento con ansiolíticos y si no hay respuesta entonces se pueden usar los antidepresivos.

VI-Q. Depresión corriente:

Es la depresión usual que responde favorablemente con el tratamiento. Usualmente responden a un solo antidepresivo.

VI-R. Depresión resistente:

Es la que ha pasado por varios antidepresivos y no responde. En estos casos es necesario recurrir a mezclas de antidepresivos y otros medicamentos considerados como potencializadores.

VII. CLASIFICACION DIAGNOSTICA:

En la actualidad se utilizan primordialmente dos tipos de criterios diagnósticos; los marcados por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), y los establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), instituciones que realizan un gran esfuerzo por la unificación de criterios generales para las enfermedades mentales. La APA describió estos criterios en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, actualmente su cuarta edición (DSM IV), y la OMS los describió en la Clasificación Internacional de las Enfermedades en el Capítulo V (F) de su décima edición (CIE 10).

VII-A. DSM IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994):

Dentro de esta clasificación, los trastornos depresivos se agrupan junto con los maniacales dentro del capítulo de los trastornos del humor cuya patología principal está el afecto.

Dentro de este grupo existen cuatro subdivisiones que son:

VII-A-1. Trastornos depresivos:

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

En este grupo se ubican cuadros depresivos que nunca se han mezclado con cuadros maniaca-les. A su vez estos pueden ser:

VII-A-1-a. Trastorno depresivo mayor:

Esta categoría se refiere a un trastorno cuyo curso clínico se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores. No deben estar asociados a un cuadro esquizofrénico esquizofreniforme ni al consumo de sustancias psicoactivas.

Se define según los siguientes criterios:

Criterio A:

Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo período de dos semanas y representan un cambio del nivel de funcionamiento previo y, al menos, uno de los síntomas es: I.- estado de ánimo deprimido, o II.- pérdida de interés o capacidad para el placer.

1. estado de ánimo deprimido (o puede ser irritable en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día, casi cada día y, reportado por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás.

2. notable disminución del interés o el placer en todas o casi todas las actividades habituales de cada día (por experiencia subjetiva u observación de los demás).

3. pérdida significativa de peso sin hacer ningún tipo de dieta, o aumento del mismo (más del 5 % del peso corporal en ambos sentidos) o disminución o incremento del apetito casi cada día. En niños debe considerarse el no presentar el aumento de peso esperado para la edad.

4. insomnio o somnolencia casi cada día.

5. agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás y no únicamente por sentimientos subjetivos de inquietud o depresión).

6. fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. sentimientos de inutilidad o excesivos o inapropiados sentimientos de culpa (que pueden ser delirantes) casi cada día (no simplemente auto reproches o culpa por estar enfermo).

8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día bien sea reportado por el sujeto o notado por otros.

9. ideas de muerte recurrentes (no únicamente temor de morir), ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Criterio B:

Los síntomas no deben calzar con los criterios de un episodio depresivo mixto.

Criterio C:

Los síntomas causan notable molestia o dificultan el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes de la vida.

Criterio D:

Los síntomas no son ocasionados por los efectos directos de una sustancia psicoactiva (droga ilícita o medicamento) o por una enfermedad física (por ejemplo: hipotiroidismo).

Criterio E:

Los síntomas no están relacionados con un duelo por ejemplo: cuando se ha perdido a un ser querido o los síntomas persisten por más de 2 meses o están caracterizados por una marcada alteración funcional, preocupación excesiva de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.

Dentro del grupo de los trastornos depresivos tenemos las siguientes categorías diagnósticas:

VII-A-1-b. Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2X).

En esta categoría se incluyen las depresiones mayores que no han tenido previamente ni otro episodio depresivo ni ningún episodio maniaco.

VII-A-1-c. Trastorno depresivo mayor, recurrente (296.3x).

Aquí se han presentado previamente dos o más episodios depresivos. Para considerar dos episodios depresivos separados debe haber un intervalo de por lo menos dos meses consecutivos en los cuales no se cumplió con los criterios para tener un episodio depresivo mayor. Tampoco existieron episodios maniacales.

Hay que especificar si el trastorno depresivo mayor es:

Leve cuando los síntomas son pocos en número (del criterio A) y su intensidad es poca.

Moderado cuando se presentan en mayor número, la intensidad es mayor y requieren más supervisión.

Severo sin síntomas psicóticos cuando los síntomas interfieren notablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

Severo con síntomas psicóticos es cuando se presentan ideas delirantes o alucinaciones. Hay que especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no con el estado de ánimo. Los pacientes en esta categoría requieren de estrecha supervisión para que no se ocasionen daño alguno (como un gesto suicida).

En remisión parcial cuando persisten algunos síntomas depresivos poco prominentes y no llegan a 5 del criterio A o existe una remisión completa que no ha llegado a dos meses.

En remisión completa es cuando han transcurrido al menos dos meses sin tener ningún síntoma depresivo desde la última crisis.

Con elementos catatónicos cuando el cuadro clínico está dominado al menos por dos de los siguientes síntomas:

- inmovilidad motora como catalepsia, estupor catatónico o flexibilidad cérea.
- actividad motora excesiva sin ningún propósito ni motivada por estímulos externos.
- negativismo extremo manifestado por una resistencia inmotivada a todas las indicaciones, por mantener una posición rígida en contra de los deseos del explorador para movilizarlo o por mutismo.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

- peculiaridades en los movimientos voluntarios como adoptar posiciones bizarras o inapropiadas, movimientos estereotipados, manerismos prominentes o muecas desproporcionadas.

- ecolalia o ecopraxia.

Con elementos melancólicos cuando se presentan:

- A.** Cualquiera de los siguientes durante la fase más severa del presente episodio:
1. pérdida de interés o de capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
 2. falta de reactividad ante estímulos normalmente agradables, no se sienten mejor, ni aún temporalmente, cuando algo agradable sucede.
- B.** Tres o más de los siguientes síntomas:
1. Calidad diferente de los síntomas cuando son experimentados tras la pérdida de un ser querido.
 2. La depresión suele ser más intensa por la mañana.
 3. Despertar precoz por la mañana (mínimo 2 hrs. antes de lo habitual).
 4. Enlentecimiento o agitación psicomotora.
 5. Anorexia significativa o pérdida de peso.
 6. Excesivos o inapropiados sentimientos de culpa.

Con elementos atípicos cuando se presenta alguna reactividad afectiva ante un evento real o potencial agradable, sensación de pesantez (como si fueran de plomo) en los brazos y piernas y un patrón de sensibilidad excesiva de rechazo interpersonal que se mantiene durante períodos de tiempo prolongados.

Con inicio en el período posparto cuando se inicia dentro de las cuatro semanas posteriores al parto.

Con respecto al curso longitudinal del padecimiento este puede ser:

Con recuperación ínter episódica completa cuando hay ausencia de síntomas depresivos entre un episodio y otro.

Sin recuperación ínter episódica completa cuando persisten algunos síntomas depresivos entre un episodio y otro.

VII-A-1-d. Trastorno distímico temprano, tardío, con elementos atípicos (300.4).

El trastorno distímico se caracteriza por la presencia de los siguientes criterios:

- A.** Animo depresivo la mayor parte del día, la mayor parte de los días, bien sea por referencia subjetiva o por la observación de otros, por un mínimo de tiempo de dos años. En niños y adolescentes, el humor puede ser irritable y la duración puede ser de al menos 1 año.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

B. Presencia cuando está deprimido de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. poco o exceso de apetito.
2. insomnio o somnolencia.
3. poca energía o fatiga.
4. baja autoestima.
5. poca concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (1 año para niños y adolescentes), el sujeto nunca ha estado libre de síntomas de los criterios A y B por más de dos meses al mismo tiempo.

D. No ha existido un episodio depresivo mayor durante los primeros dos años del padecimiento (1 año para niños y adolescentes).

E. Nunca ha existido un episodio maniaco, mixto, hipomaniaco y no se han satisfecho los criterios para trastorno ciclotímico.

F. El trastorno no se presenta exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico crónico tal como la esquizofrenia.

G. Los síntomas no son el resultado de los efectos fisiológicos de una sustancia (droga de abuso o medicamento) o una enfermedad física general.

H. Los síntomas ocasionan malestar significativo o disfunción social, laboral o en otras áreas del funcionamiento.

Hay que especificar si es de **inicio temprano** cuando se produce antes de los 21 años de edad, si es de **inicio tardío** cuando aparece después de los 21 o si tiene **elementos atípicos** como hiper reactividad emotiva tanto para estímulos positivos como negativos y una patológica sensibilidad percibida de rechazo interpersonal.

VII-1-A-d. Trastorno depresivo sin especificación (311).

Esta categoría incluye:

Trastorno disfórico premenstrual: si en la mayor parte de los ciclos menstruales del último año, se presentaron síntomas como: humor marcadamente depresivo, marcada ansiedad, labilidad afectiva y pérdida del interés en actividades regulares, que se presentan en la última semana de la fase luteínica del ciclo y que cede a los pocos días de presentarse la menstruación. Estos síntomas deben ser lo suficientemente severos como para interferir con el trabajo, el estudio o actividades usuales.

Trastorno depresivo menor: en donde los síntomas se han presentado por dos semanas pero no llegan a 5 de los del criterio A de episodio depresivo mayor.

Trastorno depresivo breve recurrente: en donde la duración de los síntomas va de 2 días a 2 semanas, se presenta al menos una vez al mes durante un año.

Trastorno depresivo pospsicótico de la esquizofrenia: que es un trastorno depresivo mayor que se presenta en la fase residual de la esquizofrenia.

Episodio depresivo mayor sobre impuesto en un trastorno delirante: trastorno psicótico no especificado o en la fase activa de una esquizofrenia.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

Situaciones en las que el clínico llega a la conclusión que el trastorno depresivo está presente pero es incapaz de determinar si es primario, debido a una enfermedad física o inducido por una sustancia.

VII-A-2. Trastornos bipolares.

Estos trastornos incluyen cuadros en los que se presentan trastornos del humor que fluctúan entre depresión y cuadros maniacaes de distinta intensidad.

Debido a que no es el propósito de este trabajo el desarrollar trastornos del humor únicamente se mencionarán las categorías diagnósticas que existen en esta categoría:

VII-A-2-a. Trastorno bipolar I (296).

296.00 Episodio maniacaal único.

296.40 Episodio más reciente de tipo hipomaniacaal.

296.40 Episodio más reciente de tipo maniacaal.

296.50 Episodio más reciente de tipo depresivo.

296.60 Episodio más reciente de tipo mixto.

296.7 Episodio más reciente no especificado.

296.8 Trastorno bipolar no especificado.

VII-A-2-b Trastorno bipolar II (296.89).

VII-A-2-c. Trastorno ciclotímico (301.13):

Lo más característico de esta categoría es un estado crónico de alteraciones en el estado de ánimo que incluye numerosos períodos de síntomas hipomaniacos con numerosos períodos de síntomas depresivos.

VII-A-3. Trastornos debidos a enfermedades médicas:

Lo característico de este cuadro (293.83) es la persistencia y notoriedad de un trastorno del humor que se considera debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica general.

Este trastorno puede abarcar ánimo depresivo con marcada disminución en el interés o la sensación de placer o humor irritable, expansivo o elevado.

Debe existir evidencia de historia clínica, examen físico o laboratorio clínico, que se presenta una enfermedad física general que debe ser mencionada en el diagnóstico.

VII-A-4. Trastornos del humor debidos a uso de sustancias:

Lo sobresaliente en esta categoría (370.0) es la prominencia y persistencia de un trastorno del humor que se considera que es la consecuencia fisiológica del uso de una sustancia (droga de abuso, medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o exposición a una toxina).

Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y en la fase en la cual ocurran los síntomas (durante la intoxicación o el síndrome de abstinencia) el trastorno puede involucrar ánimo deprimido, marcado desinterés o disminución en el placer o ánimo expansivo, elevado o irritable.

Debe especificarse el subtipo de acuerdo a los siguientes:

Con elementos depresivos.

Con elementos maniacaes.

Con elementos mixtos.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

También debe mencionarse la fase (contexto) en que ocurre la depresión:

Con inicio en la fase de intoxicación.
Con inicio en la fase de síndrome de abstinencia.

VII-A-5. Trastorno adaptativo con humor depresivo (309.0):

Los elementos esenciales de un trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales y del comportamiento clínicamente significativos en respuesta a uno o varios estresores psicosociales.

Los síntomas deben presentarse dentro de los tres meses siguientes al inicio del estresor.

La importancia clínica de esta reacción depende de la marcada desproporción entre el estímulo y la respuesta y por el grado de disfunción social u ocupacional que produce.

Puede ser:

Agudo: si dura menos de 6 meses.

Crónico: si dura 6 meses o más.

VII-A-6. Duelo no complicado (V 62.82):

Esta categoría puede emplearse cuando la atención o la necesidad de tratamiento se centra en una reacción normal ante la muerte de un ser querido (duelo). Ante una pérdida así, la reacción normal es, con frecuencia, un síndrome depresivo típico, con sentimientos depresivos y síntomas asociados del tipo de la pérdida del apetito, pérdida de peso, e insomnio, sin embargo, son menos frecuentes los déficit funcionales prolongados, la mórbida preocupación de que nada vale la pena y la inhibición psicomotora llamativa, todo ello sugiere que el duelo se ha complicado por el desarrollo de un trastorno depresivo mayor.

El sujeto con duelo no complicado generalmente considera sus sentimientos depresivos como normales, aunque acuda en busca de ayuda profesional para librarse de los síntomas asociados, como el insomnio y la anorexia. La reacción puede no ser inmediata, pero rara vez se da tras los dos o tres primeros meses. La duración del duelo "normal" varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales.

VII-B. Clasificación de la CIE 10 (OMS 1994):

Esta clasificación fue realizada por la Organización Mundial de la Salud, en base principalmente a las observaciones clínicas, y de duración e intensidad de las alteraciones. Las depresiones se incluyen las categorías diagnósticas de los trastornos del humor, que abarcan de F-30 a F-39.

VII-B-1. Episodio maniaco (F-30):

Por tratarse de un tema que no está dentro de los objetivos de este trabajo, no se analizará.

VII-B-2. Trastorno bipolar (F-31):

Este grupo está caracterizado por la alternancia de episodios depresivos con cuadros hipomaniacales (bipolar I) o maniacales (bipolar II), de manera que en algunos momentos el paciente se encuentra eufórico y en otros deprimido. Lo usual es que se presente una recuperación completa entre los episodios. La duración media de las crisis maniacales es de cuatro meses, mientras que la duración promedio de las depresiones es de seis meses. La incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. La edad de inicio es generalmente más temprana (25-35 años) que la unipolar (25-55 años). Van asociados con más problemas familiares. Generalmente logran un buen nivel académico, tienen mayor

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

tendencia a suicidarse. La prevalencia de trastornos afectivos entre los familiares es mayor que en los unipolares. Las recidivas son bastante frecuentes, generalmente cada dos años. Se asocia a una excreción más baja de MHPG que la unipolar. Se puede usar el litio como profilaxis.

VII-B-3. Episodios depresivos (F-32):

Se caracterizan por presentar los síntomas típicos de depresión que mencionamos anteriormente.

Dentro de esta categoría tenemos:

VII-B-3-a. Episodio depresivo leve (F-32.0):

Debe presentar síntomas depresivos leves que deben de haber permanecido al menos durante dos semanas.

VII-B-3-a-i. Sin síndrome somático (F-32.00):

Es decir sin quejas somáticas, únicamente el componente psíquico de la depresión, que debe ser leve.

VII-B-3-a-ii. Con síndrome somático (F-32.01):

Tienen tres o cuatro síntomas somáticos sobresalientes.

Comentario: Página: 36
Voy por aquí

VII-B-3-b. Episodio depresivo moderado (F-32.1):

Es igual al anterior pero más intenso. generalmente el paciente tiene dificultades para continuar laborando.

VII-B-3-b-i. Sin síndrome somático (F-32.10).

VII-B-3-b-ii. Con síndrome somático (F-32.11).

VII-B-3-c. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F-32.2):

Es igual al anterior pero más grave. Generalmente se presenta ideación suicida y puede haber mucha angustia o agitación. Los síntomas somáticos siempre están presentes. Durante el episodio el enfermo no es capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado. No se encuentran ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

VII-B-3-d. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F-32.3):

Tiene características similares a la anterior pero presenta ideas delirantes con temas sobre pecado, ruina, catástrofes inminentes de los que se siente responsable. Las alucinaciones auditivas suelen ser con voces difamatorias o acusatorias. Si son olfatorias se refieren a olor a podrido o carne en descomposición.

VII-B-4. Trastorno depresivo recurrente (F-33):

Se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión que pueden tener las características de leves, moderados o severos sin que existan episodios maniacales. Comienza alrededor de la quinta década de la vida. Son de duración variable entre 3 y 12 meses. La recuperación suele ser completa aunque un pequeño grupo queda crónicamente deprimido.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

Puede subdividirse de la siguiente manera:

VII-B-4-a. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve (F-33.0):

VII-B-4-a-i. Sin síndrome somático (F-33.00).

VII-B-4-a-ii. Con síndrome somático (F-33.01).

VII-B-4-b. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado (F-33.1):

VII-B-4-b-i. Sin síndrome somático (F-33.10).

VII-B-4-b-ii. Con síndrome somático (F-33.11).

VII-B-4-c. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F-33.2):

Deben satisfacerse todas las pautas para un trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe tener las pautas de grave.

VII-B-4-d. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos (F-33.3):

Es igual al anterior pero debe tener elementos psicóticos.

VII-B-4-e. Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión (F-33.4):

Esta categoría es para cuando ha tenido un trastorno depresivo recurrente pero que en el momento de la evaluación se encuentra remitido.

VII-B-5. Trastornos del humor persistentes (F-34):

Se trata de trastornos persistentes que pueden durar toda la vida pueden acarrear considerable malestar y frecuentes incapacidades. Incluye lo que antes se llamaba personalidad depresiva.

VII-B-5-a. Ciclotimia (F-34.0):

Se caracteriza por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves. El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales.

VII-B-5-b. Distimia (F-34.1):

Es una depresión crónica en la que los pacientes tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien pero durante la mayor parte del tiempo se siente cansados y deprimidos.

Además de estas categorías, existen otras depresiones que se clasifican por aparte. Entre estas tenemos:

VII-B-6. Trastorno del humor orgánico con síntomas depresivos:

Esta categoría (F-06.3) se incluye dentro del grupo de trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral y se trata de un trastorno caracterizado por depresión del estado de ánimo, disminu-

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

ción de la vitalidad y de la actividad y puede también estar presente cualquier otro rasgo del episodio depresivo. El único criterio para la inclusión de este estado en la sección orgánica es una presunta relación causal directa con un trastorno somático, cuya presencia deberá ser demostrada y el síndrome deberá ser la consecuencia del presunto factor orgánico y no ser la expresión de la respuesta emocional a éste.

VII-B-7. Trastornos de adaptación con reacción depresiva:

Se trata de estados de malestar subjetivo (F-43.2) acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses.

VII-B-7-a. Reacción depresiva breve (F-43.20):

Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes.

VII-B-7-b. Reacción depresiva prolongada (F-43.21):

Estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante pero cuya duración excede el mes pero no sobrepasa los dos años.

VII-B-7-c. Reacción mixta de ansiedad y depresión (F-43.22):

En esta categoría se encuentran presentes tanto síntomas depresivos como ansiosos.

VIII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial de la depresión es muy importante ya que los síntomas que presenta un paciente depresivo pueden confundirse con los de varias enfermedades somáticas que deben ser descubiertas y tratadas en forma apropiada. Esto es importante porque algunos pacientes ponen más énfasis en los aspectos psicológicos que en los somáticos o viceversa. Puede suceder que ocurra una coexistencia entre una depresión y una enfermedad somática. Tratar a un tumor de cabeza de páncreas como una depresión podría retrasar el tratamiento específico que podría ser vital para la prolongación de la vida. Los cuadros clínicos que pueden cursar con síntomas depresivos son:

VIII-A. Hipo o hipertiroidismo:

Ambos trastornos pueden acompañarse de cuadros depresivos por lo que amerita hacer pruebas de laboratorio para descartar estos padecimientos. Esto es necesario si el paciente refiere antecedentes de haber tenido problemas tiroideos o hay antecedentes familiares de ellos. También deben de solicitarse si la respuesta al tratamiento no es satisfactoria con dosis adecuadas de medicinas.

VIII-B. Cuadros demenciales:

Especialmente en depresivos de la tercera edad, se pueden presentar elementos demenciales que hablan a favor de una demencia arteriosclerótica o de una enfermedad de Alzheimer. Para descartar esta posibilidad es necesario ordenarle al paciente una tomografía axial computadorizada (TAC), que revelará elementos de atrofia cortico-subcortical que es lo típico de las enfermedades degenerativas. Un grado leve de atrofia no es signo de demencia y puede presentarse en deprimidos de tipo funcional.

VIII-C. Depresiones orgánicas por uso de medicamentos:

Es importante revisar los medicamentos que está tomando el paciente para ver si alguno de ellos puede producir depresión y tratar de cambiarlo antes de usar antidepresivos.

Si esto no se logra, la respuesta a los mismos será insatisfactoria.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

VIII-D. Farmacodependencia:

La farmacodependencia a drogas ilícitas o alcohol puede producir cuadros depresivos rebeldes a tratamiento ya que si no se logra corregir el problema básico, no se darán las condiciones necesarias en los neurotransmisores para que los antidepresivos surtan su efecto.

VIII-E. Mononucleosis infecciosa:

Es una enfermedad aguda causada por el virus de Espstein-Barr que produce fiebre, faringitis y linfadenopatía. En algunas ocasiones puede cursar con fatiga crónica, inquietud y cefalea que pueden simular una depresión. Existen pruebas serológicas que permiten esclarecer el diagnóstico.

VIII-F. Hipoglicemia reactiva o funcional:

Este cuadro tiene síntomas como ansiedad, fatiga, confusión, cansancio fácil y cambios en la personalidad. La prueba de tolerancia a la glucosa de seis horas puede aclarar el diagnóstico.

VIII-G. Fibromialgia:

Esta enfermedad cursa con dolores de tipo crónico que hacen que el paciente se deprima con frecuencia. En algunos casos la fluoxetina puede mejorar ambas condiciones pero en otros se requiere el tratamiento con otros medicamentos complementarios.

VIII-H. Neoplasias:

Existen algunos tumores que comienzan a dar síntomas depresivos como primer manifestación de la enfermedad, tal es el caso de tumores de estómago y de cabeza de páncreas en cuyo caso un diagnóstico temprano puede ser salvador. La pérdida rápida de peso es un síntoma que puede indicar la presencia de un tumor y debe ser estudiada por un internista para descartar esta posibilidad.

VIII-I. Algunas enfermedades neurológicas:

La enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple, algunos tumores cerebrales y la epilepsia son enfermedades que pueden cursar con elementos depresivos y debe hacerse el diagnóstico de ambos padecimientos.

IX. ASPECTOS GENERALES DEL TRATAMIENTO:

Se calcula que el 60 % de los pacientes deprimidos son vistos y tratados inicialmente por los médicos generales.

Los pacientes deprimidos suelen acudir al consultorio quejándose de molestias físicas en distintos territorios y esperan escuchar una explicación biológica para su padecimiento, especialmente si se trata del primer episodio. El paciente puede recibir con sorpresa o inquietud la sugerencia de que puede tratarse de una depresión por lo que se requiere de tacto para hacer el abordaje diagnóstico.

Algunas personas tienen una serie de prejuicios adquiridos acerca de la depresión o de los trastornos emocionales en general y su tratamiento, que hay que tratar de aclararlos antes, ya que si esto no ocurre va a ser difícil que acepte un antidepresivo. Uno de estos prejuicios es que la depresión se debe a una debilidad del carácter o de que el tratamiento rara vez es efectivo. Por otra parte, algunos consideran que pasarán todo el día somnolientos e improductivos.

Es imprescindible aclararle en forma comprensible para él, qué significa tener una depresión, cómo va a ser el tratamiento, cuánto tiempo va a durar y efectos secundarios posibles ya que esto favorece a que el paciente adopte un papel positivo de colaborador. También debe tener claro qué pasa si no

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

se somete a un tratamiento adecuado. No es conveniente tratar de engañarlo con mentiras "piadosas" alterando la realidad que le ocurre ni en el sentido de minimizar la situación ni en el extremo opuesto.

Debido a que un miembro de la familia puede constituir un elemento de gran ayuda para lograr el éxito del tratamiento, es conveniente que se analice en plan con ambos.

Una buena comunicación con el paciente va a lograr que disminuya el no-cumplimiento del tratamiento por lo que las probabilidades de éxito aumentan.

Existen algunos problemas ligados al tratamiento de la depresión que merecen ser tomados en consideración.

Dentro de ellos mencionaré los siguientes:

IX-A. La depresión no se reconoce como tal.

Algunos médicos generales tienden a diagnosticar más un problema físico que un trastorno afectivo de tal forma que tienden a indicar más tratamientos somáticos que usar antidepresivos.

IX-B. Se subvalora la severidad de la misma.

Existe una tendencia a restarle importancia a la intensidad de la depresión o a pensar que son majaderías del paciente y que con un placebo pueden remitir. Esto retrasa el inicio de un tratamiento antidepressivo efectivo y prolonga la depresión. Es preferible que el médico general refiera al especialista en psiquiatría los casos severos para que el manejo sea más integral (biopsicosocial).

IX-C. Los síntomas se explican en base a trastornos somáticos.

En algunos casos, los síntomas depresivos se pueden catalogar como síntomas de trastornos somáticos como por ejemplo gripes a repetición o hipotiroidismo subclínico que ocasiona la postergación del tratamiento específico.

IX-D. Se justifica en base a conflictos ambientales.

No se considera que hay una verdadera depresión y se piensa que si no existieran condiciones ambientales difíciles la persona no se sentiría mal. Puede suceder que en realidad las condiciones ambientales no sean tan adversas y lo que ocurre es que se valoran desde un punto de vista pesimista y se exagera su adversidad. En este aspecto es muy importante la valoración por un trabajadora social que pueda corroborar las molestias que cree que existen en el ambiente.

IX-E. No se valora adecuadamente el potencial suicida.

Esto conduce a que se utilicen dosis menores de antidepresivos a la que se requieren en casos suicidas. También no se intensifican las medidas de protección para evitar que se lleve a cabo el intento.

X. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

El tratamiento farmacológico consiste en el suministro de medicamentos apropiados para que se corrija el trastorno bioquímico subyacente a nivel del sistema nervioso central (Fig. #5).

X-A. Mecanismos de acción de los antidepresivos:

El mecanismo de acción común de los antidepresivos es aumentar la disponibilidad del neurotransmisor, es decir, que aumente su cantidad o que aumente la sensibilidad del receptor postsináptico de tal forma que la acción neta es un aumento de sus funciones fisiológicas.

Este mecanismo se pueden visualizar mejor con el siguiente esquema:

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

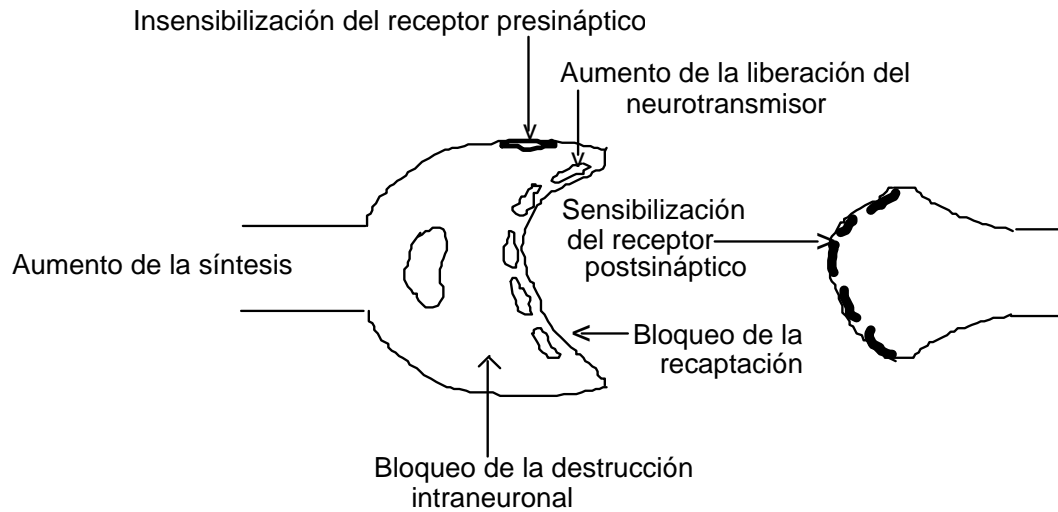


Figura # 5: Mecanismos de acción de los antidepresivos.

En la escogencia del tratamiento se debe tomar en cuenta el perfil del paciente y las características del medicamento para que se vaya a dar una buena respuesta terapéutica con un mínimo de efectos secundarios.

X-B. Clasificación de los antidepresivos:

Se han propuesto varias clasificaciones lo que se ha prestado para hacer más confuso el panorama. La clasificación que ha demostrado ser más útil es la que se basa en su acción a nivel de neurotransmisores y receptores y que es la siguiente:

X-B-1. Bloqueadores de la recaptación de monoaminas:

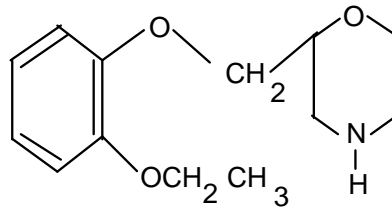
Actúan evitando que los neurotransmisores se recaptan muy rápido y puedan permanecer por un tiempo más prolongado en el espacio sináptico, estimulando mejor al receptor postsináptico.

Puede suceder que bloqueen a más de un neurotransmisor y se llamen inespecíficos o que bloqueen a solo uno en cuyo caso se llaman específicos.

X-B-1-a. Inespecíficos (tanto para NE como SE):

X-B-1-a-i. Antidepresivos bicíclicos:

- viloxazina (Vicilán)



Viloxazina
(Vicilán)

Figura # 6: Antidepresivos bicíclicos.

X-B-1-a-i. Antidepresivos tricíclicos:

- imipramina (Tofranil)
- amitriptilina (Tryptanol)

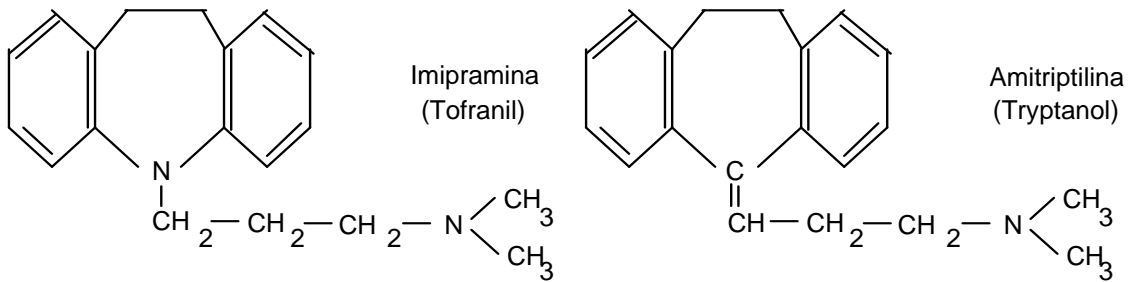


Figura # 7: Antidepresivos tricíclicos.

X-B-1-a-iii. Antidepresivos cuatricíclicos:

- mianserina (Tolvón)

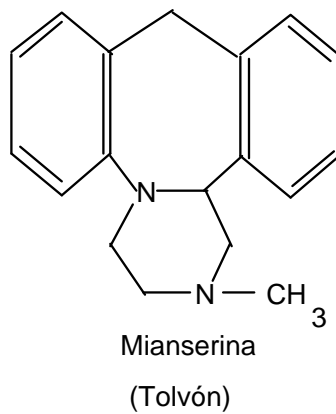


Figura # 8: Fórmula de la maprotilina.

X-B-1-b. Específicos :

X-B-1-b-i. De la recaptación de dopamina:

- amineptino (Survector)

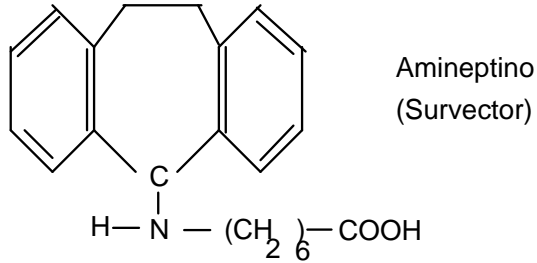


Figura # 9: Fórmula estructural del amineptino.

X-B-1-b-ii. De la recaptación de serotonina:

- clomipramina (Anafranil)
- fluoxetina (Prozac)
- sertralina (Altruline)
- paroxetina (Paxil)
- trazodone (Desyrel)
- citalopram (Cipramil)
- fluvoxamina (Luvox)

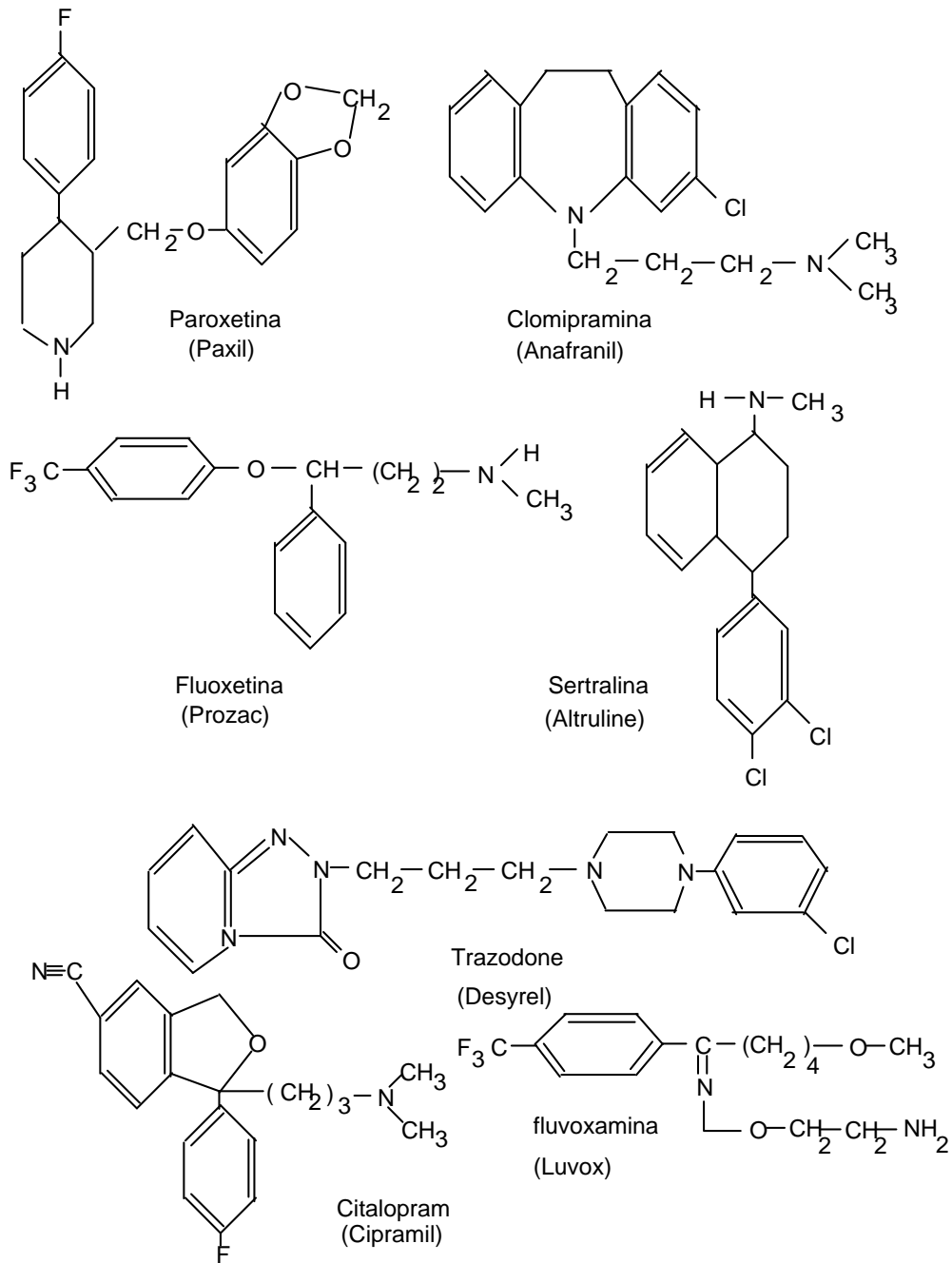


Figura # 10: Fórmulas estructurales de los bloqueadores de la recaptación de la serotonina.

X-B-1-b-iii. De la recaptación de norepinefrina:

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

- maprotilina (Ludimil)

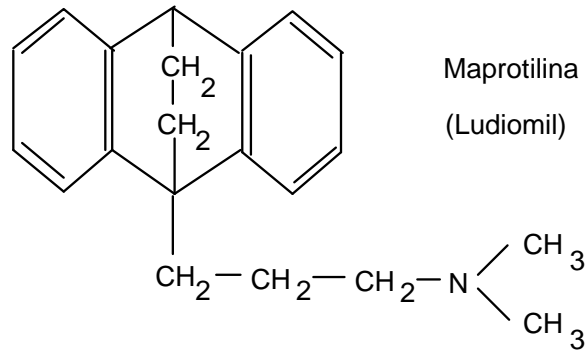


Figura # 11: Fórmula estructural de la maprotilina.

X-B-2. Precursores de la síntesis de monoaminas:

Su mecanismo de acción consiste en que se le ofrece a las neuronas una mayor cantidad de las sustancias necesarias para sintetizar los neurotransmisores por lo que se aumenta la disponibilidad de los mismos a nivel sináptico y son los siguientes:

X-B-2-a: Precursores de la síntesis de catecolaminas:

- L-Dopa
- tirosina

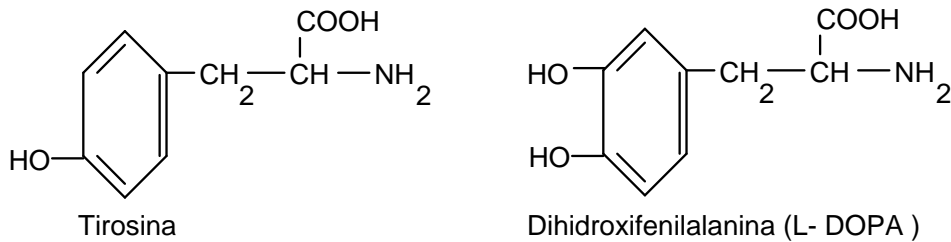
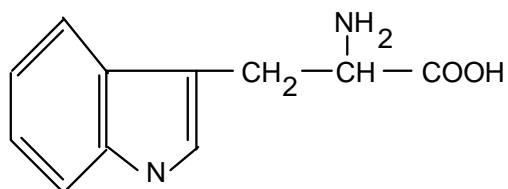


Figura # 12: Fórmulas estructurales de los precursores de catecolaminas.

X-B-2-b: Precursores de la síntesis de indolaminas:

- triptofano



Triptofano

Figura # 13: Fórmula estructural del precursor de indolaminas.

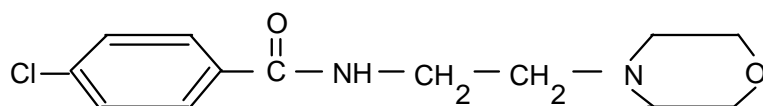
X-B-3. Inhibidores de la destrucción de monoaminas:

Su mecanismo de acción consiste en bloquear la enzima mono-amino-oxidasa que es la encargada de destruir intracelularmente los neurotransmisores aumentando con ello la disponibilidad de los mismos en el espacio sináptico dando mayor oportunidad para que puedan estimularse los receptores postsinápticos.

El único representante de la segunda generación de este grupo es el moclobemide (Aurorix) que es reversible y actúa por competencia con el sustrato.

Los de la primera generación, que estuvieron muy en boga a inicios de la década del sesenta, se han dejado de utilizar debido a las múltiples reacciones adversas que ocasionaban.

La fórmula del moclobemide es la siguiente:



moclobemide

(Aurorix)

Figura # 14: Fórmula estructural del moclobemide.

X-B-4. Liberadores de monoaminas:

Su mecanismo de acción es facilitar la liberación de neurotransmisores para que así puedan actuar mejor sobre el receptor postsináptico.

Deben de utilizarse en pacientes seniles principalmente y cuando hayan fracasado los otros antidepresivos. Se recomienda la administración por un tiempo corto

El único representante de este grupo es el metilfenidato, cuya fórmula es la siguiente:

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

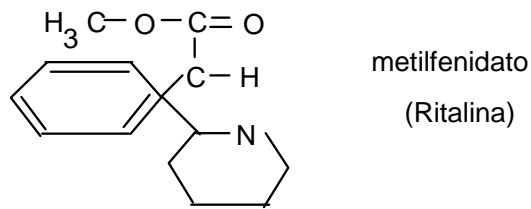


Figura # 15: Fórmula estructural del metilfenidato.

X-B-5. Potencializadores del GABA:

El único representante de este grupo es una benzodiazepina que ha demostrado tener un efecto antidepresivo leve y que puede utilizarse en depresiones ansiosas poco severas. Su nombre es alprazolán y su fórmula es la siguiente:

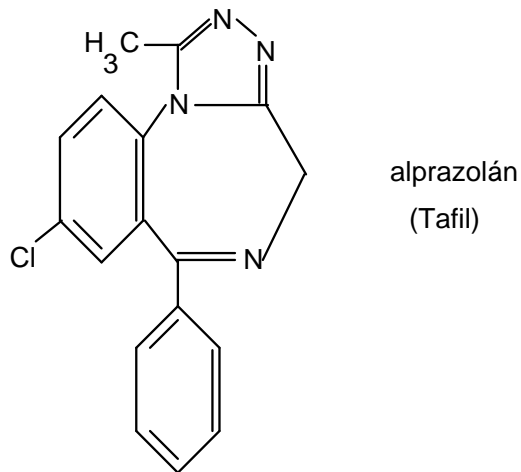
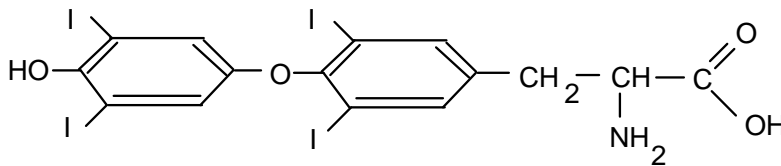


Figura # 16: Fórmula estructural del alprazolán.

X-B-6. Potencializadores del receptor postsináptico:

El mecanismo de acción es la disminución del umbral excitatorio del receptor postsináptico con lo que se logra una mayor estimulación con la misma cantidad de neurotransmisor.

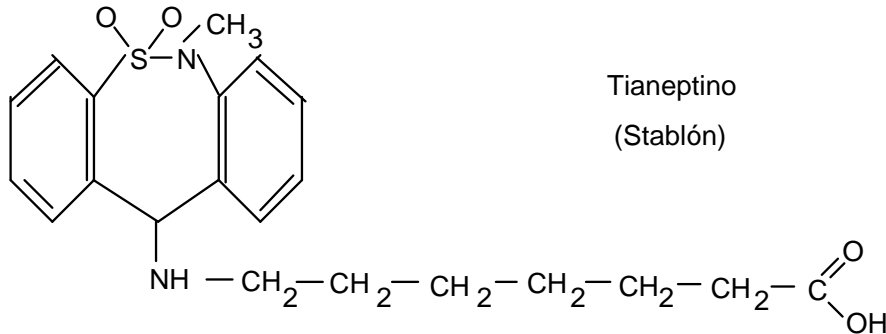
Un representante de este grupo es la hormona tiroidea, que debe considerarse como opción terapéutica en los pacientes deprimidos rebeldes a tratamiento.



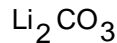
Dr. Carlos E. Zoch Zannini

Figura # 17: Fórmula estructural de la hormona tiroidea.

El otro es el tianeptino (Stablón) que se ha dicho que facilita la recaptación de la serotonina y que baja el umbral del receptor postsináptico. Tiene un efecto sedante y una potencia antidepresiva débil.

**Figura # 18: Fórmula estructural del tianeptino.****X-B-7. Modificadores del ambiente iónico:**

El mecanismo de acción de este grupo no está del todo claro. Se cree que podría tener una acción similar a la hormona tiroidea. El representante de este grupo es el carbonato de litio, que generalmente se utiliza junto con otro antidepresivo para potencializar su efecto.



Carbonato de litio.
(Lithane)

Figura # 19: Fórmula del carbonato de litio.

Desde inicios de la década de 1950, el litio se ha venido utilizando en clínica como una medida terapéutica en casos de depresiones bipolares, algunos deprimidos resistentes a tratamiento y como profilaxis de nuevas crisis.

Su mecanismo de acción es la sustitución del ión sodio en la neurona con lo que se cambian las propiedades eléctricas de las mismas, disminuyendo la generación de impulsos nerviosos. También es importante su acción inhibitoria sobre la AMPc que es una sustancia importante para generar el impulso eléctrico en el extremo postsináptico y que también participa activamente en los procesos hormonales.

Su acción clínica se establece lentamente conforme se va distribuyendo por los tres espacios del organismo: intravascular, intersticial e intracelular. Esto se logra durante las dos primeras semanas de tratamiento. Una vez alcanzado el estado de equilibrio dinámico, el litio tiende a eliminarse en forma lenta al ser intercambiado por sodio a nivel renal.

Se utiliza la forma de carbonato de litio que usualmente viene en tabletas de 300 mg. La dosis promedio está entre 2 y 4 tabletas por día.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

Para establecer la dosis efectiva es imprescindible hacer determinaciones de litemia ya que existen personas que son lento excretoras y otras que son rápido excretoras. Las cifras deben estar entre 0.5 y 1.2 mEq/L. Inicialmente las litemias deben realizarse mínimo cada semana hasta ajustar la dosis y posteriormente una mensual durante 6 meses y por último una cada 6 meses.

El litio debe utilizarse con precaución ya que el margen entre las dosis terapéuticas y las tóxicas es estrecho. Los síntomas de intoxicación comienzan con litemias superiores a los 2.4 mEq/L y consisten en: mareo, vómito, diarrea, visión borrosa, temblor fuerte, lenguaje arrastrado, poliuria y alteraciones en la conciencia. Al examen físico se encuentra hiperreflexia osteotendinosa generalizada, caída en la presión arterial, deshidratación, alteraciones en el ritmo cardíaco y cambios en la onda T del EKG.

X-B-8. Antidepresivos bloqueadores del receptor dopaminérgico:

El único representante de este grupo es el sulpiride (Tepavil, Dogmatil). A dosis bajas actúa como un antidepresivo mientras que a dosis altas es un antipsicótico. Debido al bloqueo de este receptor puede producir con cierta frecuencia efectos extrapiramidales y el síndrome galactorrea-amenorrea. Es una benzamida sustituida que guarda relación con la metoclopramida. Tiene efecto sedante y una potencia antidepresiva intermedia.

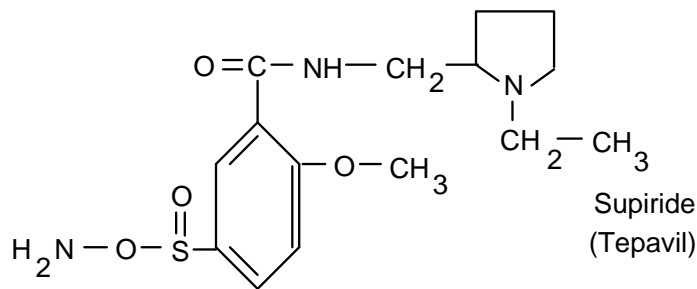


Figura # 20: Fórmula estructural del sulpiride.

X-C. Otras clasificaciones:

Que ocasionalmente se utiliza, es la que divide a los antidepresivos en dos grupos:

X-C-1. Antidepresivos anfetamínicos:

Son aquellos que poseen un efecto estimulante inespecífico que hace que el paciente se active rápidamente pero también el efecto pasa rápido lo que ocasiona que nuevamente se sienta mal. Para aquellos pacientes deprimidos en forma inhibida este grupo podría ocasionarles una mejoría antes de que pase el período de latencia pero esto no significa que el efecto antidepresivo se instaure en menos tiempo. Como representantes de este grupo tenemos al amineptino (Survector), la fluoxetina (Prozac) y la sertralina (Altruline).

X-C-2. Antidepresivos sedantes:

Contrario a los anteriores, este grupo produce un efecto sedante que puede beneficiar a aquellos pacientes que tienen una depresión mixta. Lo que mejora es el componente ansioso y los hace sentir mejor, sin que eso signifique que el efecto antidepresivo propiamente dicho aparezca antes. Como ejemplo de este grupo tenemos a la amitriptilina (Tryptanol), la maprotilina (Ludiomil) y el tianeptino (Stablón).

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

X-D. Fases de la acción:

Cuando se inicia el tratamiento con antidepresivos se debe esperar a que estos produzcan los cambios químicos necesarios para que la persona llegue a mejorar.

Cuando una persona muestra un cambio muy importante al segundo o tercer día de tomar estas sustancias se considera que esto se debe a un efecto placebo que no depende ni del tipo ni de la dosis del antidepresivo que se esté tomando.

Algunos antidepresivos poseen un efecto estimulante inespecífico similar al que poseen las anfetaminas por lo que el paciente puede experimentar alguna mejoría sin que se considere un efecto antidepresivo propiamente dicho y que dura poco tiempo si el medicamento se suspende.

X-D-1. Período de latencia:

Generalmente dura de 8 a 12 días y en el se observan básicamente los efectos secundarios de la medicación por lo que algunos pacientes abandonan el tratamiento sin lograr mejoría.

Dentro de esas reacciones se mencionan: somnolencia, insomnio, mareos, cefalea, sequedad de boca, obstrucción nasal y nerviosismo.

Cuando el antidepresivo posee efecto anfetamínico se puede notar en este período una disminución del cansancio y una tendencia de insomnio.

X-D-2. Período antidepresivo propiamente dicho:

Se inicia aproximadamente al doceavo día y se mantiene durante el tiempo en que el paciente tome la medicación a una dosis efectiva.

XI.- INDICACIONES Y ESQUEMAS DE TRATAMIENTO:**XI-A. Depresiones neuróticas:**

Las depresiones neuróticas pueden ser de tipo inhibido o de tipo ansioso; en las de tipo inhibido se recomienda el uso de antidepresivos poco sedantes como los siguientes:

- imipramina (Tofranil): grag. de 10 y 25 mg, para dar 1 ó 2 tid, para completar una dosis diaria de 30 a 150 mg
- amineptino (Survector): tab. 100 mg, para dar 1/2 o 1 bid, para completar una dosis diaria de 100 a 300 mg
- fluoxetina (Prozac): Cap. 20 mg, 1 al desayuno, para completar una dosis de 40 mg por día.
- viloxazina (Vicalán): tab. 50 mg, 1 bid o tid, para completar una dosis de 100 a 200 mg por día.
- sertralina (Altruline): tab. de 50 y 100 mg, una después del desayuno.

En las de tipo ansioso o mixto se recomienda utilizar un antidepresivo que tenga efecto sedante por ejemplo:

- amitriptilina (Tryptanol): tab. 10 y 25 mg, 1 ó 2 tid., para completar una dosis de 30 a 150 mg por día.
- maprotilina (Ludiomil): tab. 10,25 y 75 mg, 1 bid. o tid., para completar una dosis de 30 a 150 mg por día.
- mianserina (Tolvón): tab. 30 y 60 mg, para dar 1 ó 2 hs. para un total de 60 a 90 mg por día.
- tianeptino (Stablón): comp. 12.5 mg, 1 bid., para completar una dosis de 25 a 75 mg por día.
- paroxetina (Paxil): tab. de 10 mg, 1/2 o 1 al desayuno.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

XI-B. Depresiones orgánicas:

Este tipo de depresiones es frecuente en pacientes arteriosclerosis cerebral, tumores cerebrales o enfermedades degenerativas del sistema nervioso central (SNC). Se recomiendan los siguientes:

- moclobemide (Aurorix): tab. 150 mg 1 bid., para una total de 300 a 450 mg por día.
- metilfenidato (Ritalina): tab. 10 mg, 1/2 a 1 1/2 por día en las mañanas especialmente en personas de la tercera edad que no toleran otros antidepresivos.

XI-C. Depresiones con aumento de peso:

Se recomienda el uso de antidepresivos que tengan efecto anfetamínico como por ejemplo:

- fluoxetina (Prozac): cap. 20 mg, 1 al desayuno.
- sertralina (Altruline): tab. 50 mg, 1 bid. para un total de 50 a 150 mg por día.
- imipramina (Tofranil): grag. 10 y 25 mg, 1 ó 2 tid.

XI-D. Depresiones con pérdida de peso:

Se recomienda el uso de sulpiride (Tepavil, Dogmatil): tab. 50 mg, 1 ó 2 tid., para una dosis diaria de 100 a 300 mg

XI-E. Depresiones psicóticas:

Se puede utilizar mezclas de antidepresivos con antipsicóticos como por ejemplo:

- imipramina (Tofranil) 25 mg tid. junto con clorpromazina (Largactil) tab. 100 mg 1 tid.
- amitriptilina (Tryptanol) 25 mg tid. junto con clorpromazina (Largactil) tab. 100 mg 1 tid.

XI-F. Depresiones rebeldes a tratamiento:

Se recomienda el uso de dosis altas de antidepresivos o mezclas de antidepresivos con hormona tiroidea, por ejemplo:

- imipramina (Tofranil) 25 mg tid. junto con Proloid grag. 65 mg 1 ó 2 por día, durante un tiempo no mayor de 6 meses.
- imipramina (Tofranil) 25 mg tid., junto con carbonato de litio, tab. 300 mg, 1 cada 12 horas, con control de litemia cada 30 o 60 días.

XI-G. Alcoholismo:

Algunos pacientes alcohólicos presentan cuadros depresivos entre una crisis y otra y si no se les da tratamiento para esta condición el alcoholismo no mejora. Se recomienda el uso de antidepresivos sedantes como:

- amitriptilina (Tryptanol) tab. 25 mg 1 ó 2 tid.

También se ha visto que los bloqueadores de la recaptación de serotonina son efectivos, como por ejemplo:

- paroxetina (Paxil) tab. de 20 mg 1 o 2 al día en horas de la mañana.
- fluoxetina (Prozac) cap. de 20 mg 1 o 2 al día en horas de la mañana.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

XI-H. Enuresis nocturna:

Esta es una condición bastante frecuente en niños menores de doce años. Sin embargo, es preferible no usar antidepresivos en menores de seis años.

Entre los seis y los doce años se recomienda el uso de:

- imipramina (Tofranil), en dosis de 25 a 150 mg por día, que ha sido el antidepresivo más efectivo en esta condición.

XI-I. Esquizofrenia esquizoafectiva:

Cuando se encuentra en fase depresiva es una indicación para el uso de antidepresivos junto con antipsicóticos como los citados en el punto **X-C-5**.

No se debe usar la asociación amitriptilina-tioridazina ya que puede provocar severas alteraciones en el funcionamiento cardíaco que pueden llegar al paro.

XI-J. Retardo mental con depresión:

Algunos pacientes con retardo mental presentan cuadros depresivos que generalmente son de corta duración por lo que se pueden usar antidepresivos durante un período de uno a dos meses. Por ejemplo:

- imipramina (Tofranil) 25 mg bid.

XII. CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES:**XII-A. Embarazo:**

El embarazo constituye una contraindicación muy importante entre la semana dos y doce que es el período en donde se están formando los órganos fetales.

Antes de las dos semanas todavía no se han diferenciado los órganos y por lo tanto no existe peligro de malformaciones.

Después de los tres meses se pueden dar cuando la depresión sea bastante severa que realmente justifique su uso.

Se sabe que algunas mujeres han tomado antidepresivos durante todo el embarazo pero esta práctica no es aconsejable.

XII-B. Infarto de miocardio reciente:

Esta condición contraindica el uso de antidepresivos ya que estos aumentan el trabajo cardíaco y por lo tanto someten a una carga adicional a un corazón enfermo.

Es preferible en este caso, usar una benzodiazepina con efecto antidepresivo como es el alprazolán (Tafil) tab. de 0.5 mg 1 bid. o tid.

También en los casos de insuficiencia cardíaca congestiva deben observarse estas precauciones.

XII-C. Lesión hepática con insuficiencia:

En estos casos se pueden acumular metabolitos de los antidepresivos que van a ocasionar reacciones tóxicas y se va a opacar el efecto antidepresivo propiamente dicho.

XII-D. Glaucoma, estreñimiento crónico o hipertrofia prostática:

En estas condiciones el efecto anticolinérgico de los antidepresivos puede ocasionar un empeoramiento de la situación.

XII-E. Trastornos hematológicos previos:

Estas sustancias pueden ocasionar agranulocitosis y anemia aplásica especialmente en aquellas personas que han tenido estos problemas anteriormente. También se pueden presentar cuadros de coagulación intravascular diseminada

XII-F. Esquizofrenia paranoide:

Los pacientes esquizofrénicos paranoides son sensibles a los estimulantes del SNC y pueden descompensarse al utilizar antidepresivos. Si están cubiertos con antipsicóticos, este riesgo disminuye.

XIII. REACCIONES ADVERSAS:

XIII-A. Efectos anticolinérgicos:

Constituyen el grupo de efectos secundarios que se presentan con más frecuencia con el uso de antidepresivos. Se deben a la afinidad que tienen estas sustancias por los receptores muscarínicos de la acetilcolina.

Se van a manifestar a través de:

XIII-A-1: Obstrucción nasal:

Ocasiona que el paciente respire por la boca, tenga voz nasal y que ronque mucho durante la noche. Se le puede recomendar un descongestionante nasal que tenga corticoides como el Deltarrinol nebulizador para usarlo cuando se necesite.

XIII-A-2: Sequedad de boca:

Puede llegar a ser muy acentuada y requerir que se disminuya la dosis. En ocasiones puede llegar a ocasionar dificultad para hablar debido a que se pegan los labios. Se recomienda el uso de trociscos como por ejemplo: chiclets o gomitas "eucaliptos" para que estimulen mecánicamente la producción de saliva.

XIII-A-3: Estreñimiento:

Puede llegar a ser severo que la persona tiene propensión previa para tenerlo. Se recomienda que ingiera líquidos en abundancia (seis vasos de agua por día) y dieta rica en alimentos que contengan fibra como por ejemplo: papaya, melón, afrecho.

XIII-A-4: Dificultad para iniciar el chorro al orinar:

Se presenta con más frecuencia en hombres. Se debe a un hipertono del músculo esfínter vesical que se acentúa cuando existe hipertrofia prostática. Se recomienda el uso de compresas calientes para favorecer el vaciamiento y si no hay respuesta, puede ser necesario el cateterismo. Existen algunos antidepresivos que tienen poco efecto de este tipo como por ejemplo: la fluoxetina, el moclobemide, la sertralina, la paroxetina y el tianeptino.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

XIII-A-5: Visión borrosa:

Se debe a una falta de acomodación del cristalino por falta de reacción de los músculos que lo manejan. Puede ser necesario el uso de lentes oscuros cuando hace mucho sol. No se deben ajustar los lentes para leer ya que cuando se suspende el tratamiento se recupera la visión normal.

XIII-A-6: Taquicardia:

Que puede llegar a ser muy molesta y puede dar la sensación de que algo malo le puede dar al corazón. Se puede bloquear con el uso de atenolol 50 o 100 mg bid. o se pueden usar los antidepresivos que tengan poco efecto anticolinérgico como los mencionados en el punto **X-E-1-d**.

XIII-B. Hipotensión arterial:

Si llega a ser menor de 90/60 requiere tratamiento. Se presenta con más frecuencia en personas predispuestas previamente a esto.

En caso de que llegue a producir molestias, se recomienda el uso de Effortil 15 gotas qid o Dihydroergot 25 gotas tid.

XIII-C. Cuadros confusionales:

Se presentan con mayor incidencia en personas de la tercera edad o pacientes con lesiones degenerativas del SNC. Se caracteriza porque no saben dónde están, quienes son, cuántos hijos tienen, dónde han trabajado, etc.

Implica que se tiene que descontinuar el antidepresivo y sustituirlo por otro de un grupo diferente.

XIII-D. Cuadros psicóticos:

Aparecen en personas sensibles a los efectos estimulantes de estas sustancias o con psicopatología previa como esquizofrenia. También pueden presentarse cuando se ingieren juntamente con otros estimulantes como los depresores del apetito, cocaína, marihuana o excesiva cantidad de café. Se deben de suspender y se administra una benzodiacepina como diazepam a la dosis de 5 o 10 mg tid.

XIII-E. Somnolencia:

Es más frecuente con los antidepresivos de tipo sedante como la amitriptilina y maprotilina. Se puede esperar una o dos semanas a que se produzca tolerancia o se recetan para tomar hs únicamente. También el uso concomitante de un estimulante suave del SNC como una taza de café o un té con dos bolsitas puede disminuir esta molestia.

XIII-F. Temblor:

Se siente más que se le ve. Es de tipo fino y a veces da problemas para firmar o escribir. Esta reacción puede deberse a una dosis relativamente alta del antidepresivo o a que éste tenga mucho efecto anfetamínico. Se recomienda bajar la dosis o cambiar el antidepresivo por uno menos estimulante (amitriptilina [Tryptanol], maprotilina [Ludiomil], tianeptino [Stablón]).

XIII-G. Hiperpatía:

Se caracteriza por un aumento en la sensibilidad de los sentidos que puede llegar a ser muy molesta. Los estímulos de frío y dolor se amplifican al igual que el sentido del tacto (se siente todo muy ás-

pero) y el oído (todo se escucha a un tono muy alto). Esto implica que se debe suspender el AD y cambiarlo por otro menos estimulante.

XIII-H. Aumento de peso:

Se presenta en algunos casos y puede llegar a ganarse hasta 10 lbs de peso por mes lo que ocasiona que se deba usar otra sustancia. Esta reacción se debe a la afinidad que presentan los AD por el receptor a la histamina a los que bloquean. Se presenta con más frecuencia con el uso de sulpiride (Tepavil) y amitriptilina (Tryptanol).

XIII-I. Pérdida de peso:

Se puede presentar con el uso de imipramina (Tofranil) o fluoxetina (Prozac) y se debe a anorexia.

Si la pérdida es muy acentuada, es preferible sustituirlo por otro menos estimulante como la amitriptilina (Tryptanol).

XIII-J. Cefalea:

Puede ser una reacción idiosincrásica de la persona o puede estar motivada por tensión muscular que se puede aumentar con el AD. Es preferible cambiarlo por otro AD. Los antidepresivos que producen cefalea con mayor frecuencia son: fluoxetina (Prozac), paroxetina (Paxil) y sertralina (Altruline).

En general, la mayor parte de depresiones pueden tratarse ambulatoriamente, excepto casos especiales, tales como:

- depresiones psicóticas que requieren contención hospitalaria.
- pacientes con grave riesgo suicida.
- enfermos que requieren un examen médico y exploraciones complementarias exhaustivas para descartar etiología orgánica.

EFFECTOS CLINICOS ADVERSOS DE LOS ANTIDEPRESIVOS SEGUN LA AFINIDAD POR LOS DIFERENTES RECEPTORES				
	Colinérgico (muscarínico)	Adrenérgico (alfa 1 y alfa 2)	Histamínico (H1 y H2)	Dopamínico (D2)
SINTOMAS CLINICOS	<ul style="list-style-type: none"> - retención urinaria - boca seca - glaucoma - visión borrosa - estreñimiento - confusión mental - sedación - taquicardia - perturbaciones en el habla - trastornos sexuales - problemas en la memoria 	<ul style="list-style-type: none"> - hipotensión postural - sedación - taquicardia refleja - bloqueo de la sintomatología adrenérgica (nerviosismo, ansiedad, sudoración, temblor) - vértigo - potencialización de hipotensores 	<ul style="list-style-type: none"> - sedación - somnolencia - aumento de peso - delirio - alucinación - aumento del apetito 	<ul style="list-style-type: none"> - síndromes extrapiramidales - síndrome galactorrea-amenorrea - síndromes neurológicos

Antidepresivos con mayores efectos adversos	amitriptilina protriptilina clomipramina imipramina doxepina	doxepina trimeprimina amitriptilina mianserina imipramina	doxepina trimeprimina amitriptilina mianserina imipramina	amoxapina trimeprimina
Antidepresivos con menores efectos adversos	trazodone nomifensina viloxazina bupropión amoxapina mianserina fluoxetina fluvoxamina	bupropión iprindol nomifensina protriptilina desipramina sertralina paroxetina	iprindol desipramina trazodone protriptilina	trazodone desipramina fluoxetina citalopran

Tabla # 1: Reacciones adversas de los antidepresivos según su afinidad por los receptores.

REACCIONES ADVERSAS DE LOS BLOQUEADORES DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA						
Síntomas	Clomipramina.	Fluoxetina.	Fluvoxamina.	Paroxetina.	Sertralina.	trazodone.
Somnolencia	54 %	11.6 %	26.2 %	23.0 %	10.0 %	23.9 %
Temblor	54 %	7.9 %	10.8 %	8.0 %	11.5 %	2.5 %
Mareo	54 %	5.7 %	14.8 %	13.0 %	13.6 %	19.7 %
Cefalea	52 %	20.3 %	21.6 %		18.0 %	9.9 %
Insomnio	25 %	13.8 %	14.4 %	13.0 %	15.6 %	
Disfunción sexual	21 %	1.7 %		13.0 %	16.5 %	
Nerviosismo	18 %	14.9 %	15.7 %	5.0 %	10.6 %	
Disminución del apetito				6.0 %		
Aumento del apetito	11 %					
Sudoración	29 %	8.4%	11.2 %	11.0 %		
Sequedad de boca	84 %	11.0 %	25.7%		16.4 %	14.8 %
Estreñimiento	47 %	8.0 %	18.0 %		10.2 %	7 %
Nausea	33 %	21.1 %	36.5 %	26.0 %	21.2 %	9.9 %
Diarrea	13 %	12.3 %	5.9 %		15.2 %	0 %
Anorexia	12 %	8.7 %	14.9 %	6.0 %		3.5 %
Fatiga	39 %	4.2 %	4.9 %	15.0 %	10.9 %	11.3 %
Aumento de peso	18 %	1.0 %				
dificultades Para orinar	14 %	1.6 %				
Visión borrosa	18 %	12.0 %	6.3 %			
Rinitis	12 %	2.6 %				2.8 %
Faringitis	14 %	2.7 %				
Mioclonus	13 %					
Hipotensión arterial						7.0 %
malestar general						2.8 %
Confusión mental						4.9 %

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

Dolores musculares		1.2 %			5.6 %
--------------------	--	-------	--	--	-------

Tabla # 2: Reacciones adversas de los antidepresivos serotoninérgicos.

Fluoxetina	Fluvoxamina	Paroxetina	Sertralina	Trazodone
- náusea	- náusea	- náusea	-náusea	- somnolencia
- cefalea	- somnolencia	- somnolencia	- cefalea	- mareo
- nerviosismo	- sequedad de boca	- fatiga	- disfunción sexual	- sequedad de boca
- insomnio	- cefalea	- mareo	- sequedad de boca	- fatiga
- diarrea	- nerviosismo	- disfunción sexual	- insomnio	- náusea

Tabla # 3: Las cinco reacciones adversas más frecuentes de los antidepresivos serotoninérgicos.

XIV. OTROS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS:

XIV-A. Terapia electroconvulsiva:

Además de los tratamientos con antidepresivos, existe la terapia electroconvulsiva (TEC) que también es efectiva en el manejo del paciente deprimido severo.

La inducción de convulsiones por corriente eléctrica se mantiene después de medio siglo como una terapéutica muy útil en el tratamiento de determinados trastornos afectivos.

La eficacia de la TEC en las depresiones endógenas graves es indudablemente superior a cualquier otra terapéutica antidepresiva, lo cual se refleja en términos de: mejorías más rápidas, estancias hospitalarias más cortas y de remisión más completa de la sintomatología.

Sin embargo, la utilización del TEC queda limitada a las depresiones endógenas y de forma concreta a los siguientes casos:

XIV-A-1. Fracaso de los antidepresivos.

XIV-A-2. Depresiones con gran inhibición o agitación.

XIV-A-3. Presencia de delirios o alucinaciones.

XIV-A-4. Pacientes de edad avanzada con somatizaciones.

XIV-A-5. Contraindicaciones para el uso de antidepresivos.

XIV-A-6. Contraindicaciones para el uso de litio.

XIV-A-7. Historia anterior de fracaso con antidepresivos.

Las contraindicaciones absolutas se reducen a la hipertensión intracraneal, los edemas y los tumores cerebrales, los infartos al miocardio recientes, la insuficiencia cardiaca congestiva y los aneurismas cerebrales y aórticos. Las relativas se centran en la hipertensión arterial grave y los antecedentes de accidente vascular cerebral.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

Las complicaciones importantes son muy raras: insuficiencia cardiorrespiratorio, arritmias, hemorragias cerebrales, embolismos pulmonares, crisis epilépticas tardías, laringoespasmos. Mientras que presenta efectos secundarios leves: cefaleas, náuseas, vómitos, hiper o hipotensión, anorexia, astenia, palpitaciones, dispraxias, confusión transitoria principalmente.

El número de sesiones para que la TEC sea efectiva es variable, con un rango que oscila de 4 a 16 y una media aproximada de 6 a 10 sesiones.

XV. RESPUESTA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

Si tomamos en cuenta la población de deprimidos tanto los que buscan como los que no buscan tratamiento se ha visto que el 25% de ellos responden sin ningún tratamiento o sea, que tienen una remisión espontánea. Un 40% responden a factores placebo como vitaminas, polifosfatos, tranquilizantes, cambios en la vida rutinaria y con el inicio de algunas actividades nuevas. Cuando se emplea un antidepresivo en una dosis adecuada el porcentaje de mejoría se eleva a un 80%. En algunos casos se requiere el uso de terapia electroconvulsiva (TEC) con lo que sube el porcentaje de mejoría a un 92%. Existe un 8% de pacientes que no responden a ningún tratamiento conocido y que con el transcurso del tiempo mejora espontáneamente. Esto último es importante de tomar en cuenta para no sentirnos frustrados al ver que no podemos ayudar algún deprimido.

XV-A: Criterios para considerar a una depresión una emergencia:

Existen algunos criterios para considerar que una depresión es una emergencia y que puede ser necesario un internamiento. Entre ellos mencionaré los siguientes:

XV-A-1. Antecedentes familiares de suicidios exitosos.

Un cuadro depresivo moderado con el antecedente de suicidios exitosos en la familia hace sospechar que existe un componente endógeno en el cuadro y que podría indicar cierto grado de resistencia o falta de respuesta al tratamiento por lo que se hace necesario pensar en una hospitalización.

XV-A-2. Antecedentes personales de intentos suicidas previos y su severidad.

Cuando una persona ha hecho intentos de suicidio previos refleja que ha tenido depresiones ante las cuales se ha sentido incapaz de afrontarlas y ha decidido suicidarse aunque sin éxito. Si los intentos de suicidio previos han sido severos como por ejemplo un disparo con arma de fuego o un intento de estrangulación, debe hacer pensar que es preferible internarlo en un centro médico.

XV-A-3. Episodios depresivos severos previos en la vida del paciente.

Si ha tenido episodios depresivos severos antes del actual, puede ser factible que el episodio presente tienda a ser severo también. Debe valorarse cuidadosamente mediante el examen del estado mental, la intensidad de la depresión presente y ante la menor duda es preferible recomendar el internamiento.

XV-A-4. Anorexia marcada asociada a pérdida de peso importante.

Una anorexia marcada, acompañada de pérdida de peso importante es un indicador de que la depresión es severa y es preferible el internamiento.

XV-A-5. Insomnio severo, especialmente tardío, que no responde a hipnóticos.

El insomnio resistente a hipnóticos y en especial el que se presenta en la madrugada hace pensar que el paciente tiene una depresión psicótica y amerita hospitalización.

XV-A-6. Sentimientos de culpa marcados.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

Los sentimientos de culpa marcados, sean reales o desproporcionados a la causa que se supone que los originó constituyen un parámetro para pensar en que la depresión es severa y que pueden aparecer ideas de suicidio que pueden atentar contra la integridad física de la persona y es preferible hospitalizarla.

XV-A-7. Alteraciones endocrinológicas.

Las alteraciones endocrinológicas como las polimenorreas o amenorreas hacen sospechar que la depresión sea de origen endógeno y que la severidad puede ser intensa por lo que también constituye un parámetro para valorar el internamiento.

XV-A-8. Falta de esperanza en la recuperación.

La desesperanza es un factor que no favorece a la recuperación y que puede llegar a producir una interrupción del tratamiento con lo que la intensidad del cuadro depresivo se va a incrementar. Esto es una de las causas que llevan a los pacientes a cometer intenso de suicidio.

XV-A-9. Marcada inhibición psicomotora.

La disminución marcada de la actividad psíquica que hace que un paciente tenga dificultad para pensar o que lo haga muy lentamente, indica que sus funcionamiento mental está muy alterado y que la depresión puede ser severa. Si además se acompaña de la lentitud para moverse, para caminar, para realizar sus tareas cotidianas, implica que la depresión es severa y que es preferible el internamiento.

XV-A-10. Disfunción marcada en el ambiente laboral y familiar.

Por disfunción laboral se entiende un cambio en el rendimiento que de ser una persona rápida y efectiva, se vuelve lenta y comete muchos errores. La disfunción familiar se presenta cuando se ha producido un cambio en el comportamiento y de ser un padre o una madre afables y cariñosos, se vuelven malhumorados o peleones de tal forma que toda la familia nota los cambios que está presentando y los perciben como inexplicables y desagradables. Esto refleja que la depresión es severa y que amerita hospitalización

XV-A-11. Ausencia de vínculos afectivos con otras personas.

Cuando una persona ha tenido un carácter muy difícil y ha vivido solo durante su vida, en una depresión no va a encontrar el efecto y el apoyo necesarios para salir adelante por lo que la evolución de la depresión va a ser más tormentosa y es posible que requiera internamiento.

XV-A-12. Ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo.

Las ideas delirantes estar próximos a morir, de estar podridos internamente, de tener el hígado lleno de gusanos o de que el corazón se detuvo, hacen sospechar que la depresión es psicótica y es recomendable la admisión a un centro médico.

XV-A-13. Presencia de una enfermedad mortal.

La presencia de una enfermedad mortal como un cáncer o una insuficiencia cardiaca pueden llevar al paciente a pensar que es mejor terminar de una vez con la vida y esto puede intensificar una idea de suicidio por lo que hay que proteger la integridad física del paciente.

XV-A-14. Consumo concomitante de drogas y/o alcohol.

Una persona que esté lo suficientemente deprimida como para tener ideas de suicidio mal estructuradas, al ingerir drogas o alcohol, se va a producir una desinhibición que puede conducir a un in-

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

tento de suicidio de manera impulsiva. Con cierta frecuencia se ve en el Hospital Nacional Psiquiátrico que personas sin depresión pueden cometer intentos de suicidio bajo los efectos de una droga. Al estar previamente deprimidos las posibilidades aumentan por lo que es mejor hospitalizarlos.

XV-A-15. Cambio de comportamiento notorio en niños y adolescentes.

Aunque no siempre un cambio del comportamiento significa que la depresión es severa, si éste es muy llamativo debe considerarse de que los mecanismos de control son insuficientes y puede ser necesario ponerles un control externo temporal mientras mejora su depresión.

XV-A-16. Problemas de rendimiento académico de inicio súbito.

En algunos casos esto puede reflejar que la depresión es intensa y que se requiera un internamiento.

XV-A-17. Pseudodemencia en ancianos.

La depresión en ancianos puede tener como síntoma principal un cuadro de pseudodemencia por lo que pueden aparecer sospechas de que se esté entrando en un verdadero cuadro demencial tipo enfermedad de Alzheimer y se decida poner fin de una sola vez al problema. Debe tomarse todas las precauciones del caso e informar adecuadamente al paciente. Si persisten sus temores, lo mejor es internarlo.

XV-B. Valoración del riesgo suicida.

Una buena historia longitudinal puede facilitar la estimación del riesgo suicida. Dentro de los factores que aumentan dicho riesgo están los siguientes:

XV-B-1. Edad mayor de 45 años.

Estadísticamente se ha visto que los suicidios exitosos son más frecuentes en las personas mayores de 45 años. Esto no quiere decir que todos se vayan a suicidar pero debe tenerse presente este factor para valorar el internamiento.

XV-B-2. Presencia de alcoholismo crónico.

Desde el punto de vista estadístico, los que son portadores de alcoholismo crónico tienen un mayor potencial suicida y durante una crisis de ingesta aguda pueden cometer con mayor facilidad un intento por lo que se debe valorar la posibilidad de internamiento.

XV-B-3. Antecedentes de crisis de violencia o rabia.

Las crisis de violencia o rabia demuestran que la persona tiene un mal manejo de sus impulsos hostiles y puede fácilmente volcar hacia sí mismo esta agresividad y cometer un intento. Entre más agresiva sea una persona más serio tiende a ser el método de elección para suicidarse.

XV-B-4. Antecedentes de intentos de suicidio serios.

Cuando una persona ha fallado anteriormente en uno o más intentos de suicidio, más experiencia va adquiriendo y más refinado será el método que elegirá nuevamente.

XV-B-5. Sexo masculino.

Estadísticamente se ha visto que las mujeres hacen intentos de suicidio con más frecuencia pero los métodos que eligen son menos serios que los de los hombres. El porcentaje de hombre que cometen intentos exitosos es mayor que el de mujeres.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

XV-B-6.Rechazo de ayuda para superar la crisis en el momento de la evaluación.

El deseo de rechazar la ayuda generalmente está basado en un sentimiento de omnipotencia que lleva al sujeto a creer que no necesita ayuda y que solo podrá salir adelante del problema. Cuando realizan que esto no es cierto, generalmente ya es demasiado tarde y realizan el intento.

XV-B-7.Duración prolongada de la ideación suicida.

Entre más prolongada sea la ideación suicida, más se va depurando el método que se utilizará y mayor probabilidad tiene de realizar uno exitoso.

XV-B-8.Antecedentes de tratamiento psiquiátrico.

Los trastorno psiquiátricos, especialmente la esquizofrenia y la depresión bipolar pueden llevar con mayor facilidad a la ejecución de un intento suicida exitoso. Esto en parte se debe a que no valoran objetivamente la realidad y distorsionan negativamente las causas para llevarlo a cabo.

XV-B-9.Reciente pérdida o separación.

Una pérdida reciente puede llevar a una identificación con el objeto perdido y a considerar que es mejor dejar de vivir para ir a acompañarlo, lo que favorece la realización del intento.

XV-B-10. Antecedente de depresiones severas.

Cuando un paciente ha tenido depresiones severas en el pasado, se asume que tiene un componente endógeno o hereditario que lo predispone a que sus depresiones sean severas. Esto hace pensar que el episodio actual también puede ser severo y deben tomarse todas las precauciones del caso.

XV-B-11. Presencia de enfermedades físicas severas e incapacitantes.

Las enfermedades físicas severas o incapacitantes se asocian con cierta frecuencia a intentos de suicidio exitosos ya que el paciente no percibe ninguna posibilidad de mejorar su condición y es más fácil que llegue a pensar que es mejor cometer un suicidio. Estadísticamente esto se ve corroborado.

XV-B-12. Estado civil: soltero, separado o viudo.

Los estudios sobre suicidios exitosos revelan que la mayoría de los que los llevan a cabo son solteros, separados o viudos. Esto hace pensar que debido a características propias de la personalidad de estos sujetos, no pueden establecer relaciones afectivas importantes o las han perdido lo que hace que no cuenten con el apoyo familiar necesario para seguir viviendo. También, uno de los factores que contrarrestan los deseos de suicidarse son las motivaciones para seguir compartiendo la vida con familiares especialmente si las relaciones son armoniosas.

XV-B-13. Impulsividad.

La impulsividad consiste en realizar precipitadamente algo que se pensó sin el escrutinio necesario para analizar si es lo más adecuado o no y sin analizar otras alternativas de solución. Esto hace que cuando toman la decisión de suicidarse lo lleven a cabo en el menor tiempo posible. Algunos pacientes que han sobrevivido a estos intentos refieren que no se explican cómo tomaron esas decisiones y que en realidad no era eso lo que pretendían.

XV-B-14. Aislamiento social.

La persona aislada socialmente no tiene el apoyo de otras personas para mantenerse con vida. Tampoco pueden intercambiar ideas con otras personas que le ayuden a valorar otros aspectos de su

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

vida que está pasando por alto. Esto favorece a que se refuercen ideas de autodestrucción y se justifique más el acto de suicidarse.

XV-B-15. Antecedentes de suicidio en algunos miembros de la familia.

Los trastornos afectivos tienen tendencia a manifestarse en familias de tal forma que si otros miembros han cometido suicidio, existe una probabilidad mayor de que el paciente en evaluación pueda intentarlo. También es factible suponer que las depresiones tienen tendencia a ser severas y por lo tanto requieren tomar medidas de precaución.

XV-B-16. Desorganización familiar.

Una familia organizada es un estímulo para seguir viviendo y disfrutar de ella. Cuando las familias son desorganizadas, con pocos vínculos afectivos entre ellos, con discusiones frecuentes, con más diferencias que similitudes entre sus miembros no constituyen un estímulo positivo y es más fácil que se produzca el intento.

XV-B-17. Elección de un método altamente letal.

El haber escogido un método altamente letal, como por ejemplo el disparo con un arma de fuego de grueso calibre o el iterársele a un tren en movimiento, hacen pensar que la persona efectivamente desea matarse. Cuando el método no es tan serio como por ejemplo tomarse 10 tabletas de aspirina, hace pensar que talvez la idea no era matarse sino llamar la atención para que se le preste ayuda.

XV-B-18. Haber elaborado una nota suicida.

La nota suicida revela una verdadera intención de suicidarse. En ella, generalmente se despiden de sus familiares y mencionan los motivos que dieron pie al intento suicida. Cuando no existe hace pre-suponer que podría tratarse de una forma de buscar ayuda y por lo tanto ser capaces de buscar otras soluciones a los problemas existenciales.

XVI. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO:

Existen los tratamientos psicoterapéuticos formales que incluyen las distintas modalidades de psicoterapia y terapia de modificación del comportamiento que requieren un entrenamiento apropiado por lo cual están restringidos a algunos grupos de trabajadores del campo de la salud mental.

Sin embargo, existen algunas medidas de apoyo al tratamiento farmacológico que pueden ser realizadas por los médicos generales y por el resto del equipo de atención primaria.

Estos consisten en algunos consejos que pueden ser de utilidad para el paciente deprimido y son:

XVI-A. No descuidar el aspecto físico:

El mantener el buen aspecto físico es importante para no dejarse vencer por la enfermedad. Debe hacerse el baño diario, maquillaje (en caso de pacientes de sexo femenino), corte de pelo, arreglo de las uñas. El aspecto físico siempre refleja el estado de ánimo. Llama la atención el hecho de que cuando las personas están deprimidas tienden a usar ropas de colores negros o grises. Cuando van saliendo se ponen ropas con colores progresivamente más llamativos.

XVI-B. Hacer las cosas que están pendientes.

Esto favorece a la sensación de bienestar. Entre más grande sea la lista de asuntos pendientes, más pesada se siente la carga. Por el contrario, al ir realizando estas cosas, se experimenta una sensa-

ción de progreso y mejora la autoimagen con lo que las molestias propias de la depresión tienden a desaparecer.

XVI-C. No sucumbir al deseo de estar acostado.

El deseo de estar acostado rumiando ideas en una forma repetitiva e improductiva que produce la depresión es similar al deseo de comer dulces que tienen los diabéticos, momentáneamente los hace sentir mejor pero luego la enfermedad empeora. El complacer este deseo es sucumbir a la enfermedad.

XVI-D. Evitar el aislamiento social.

El poder dialogar con otras personas favorece su recuperación y evita la ruminación estéril de ideas. También se aumenta el intercambio de puntos de vista y esto puede favorecer el encontrar algo que le sirva en el proceso de mejoría.

XVI-E. Tomar unas vacaciones.

Tomarse unas vacaciones, especialmente en un lugar diferente al de su residencia habitual: la playa, el campo, la montaña, preferiblemente en compañía de personas que lo hagan sentirse bien, favorece a la recuperación.

XVI-F. Mantener una ingesta de alimentos apropiada.

Una dieta adecuada es positiva para una recuperación pronta. Hay que ingerir los alimentos que más le agradan y sean de fácil digestión. El paciente deprimido prefiere comer dulces y harinas que libere gran cantidad de calorías. El simple proceso de masticación puede ser tedioso para el deprimido.

XVI-G. Realizar algún tipo de ejercicio físico.

Esto le ayuda a mejorar la circulación sanguínea, la oxigenación del organismo y le favorece el sueño nocturno. El ejercicio físico permite la liberación de tensiones por medios no farmacológicos. La sensación de bienestar que produce es un estímulo para seguir mejorando.

XVI-H. Evitar el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

En lugar de mejorar lo que produce es un empeoramiento de los síntomas. Si producen mejoría, ésta es transitoria y luego se complica con el mini síndrome de abstinencia (minigoma) o por sentimientos de culpa. El consumo de licor no es un tratamiento efectivo para ninguna enfermedad.

XVI-I. Hacer las cosas que antes le agradaban.

Cualquier persona posee en su memoria recuerdos de cosas que le agradaban hacer. El intentar reanudarlas puede ser positivo para una recuperación, como escuchar música, practicar un deporte, ver los programas de televisión predilectos, leer, volver a conversar con sus amistades más íntimas, etc.

XVI-J. Averiguar que han hecho otras personas que han estado deprimidas.

Indagar con otras personas que han sufrido de depresión qué han hecho para sentirse mejor ayuda a encontrar nuevas opciones de mejoría. También la opción de participar en una terapia de grupo puede ser favorable ya que de esta forma se pueden aprender cosas que al paciente no se le han ocurrido. Esto es el fundamento de los grupos de autoayuda que existen en algunos países como por ejemplo: Deprimidos Anónimos (DA) o Neuróticos Anónimos (NA).

XVI-K. Evitar la ingesta de bebidas estimulantes.

Las bebidas estimulantes como el café, té o refrescos con cafeína producen una mejoría de corta duración y luego dan un efecto rebote que lo vuelve a hacer sentir mal. En realidad no pueden considerarse verdaderos antidepressivos y lo que hacen es complicar el cuadro con molestias digestivas propias del consumo excesivo de ellas.

XVI-L. Tratar de encontrar nuevos intereses.

Favorece un sentimiento de bienestar. El sentir que se afronta un nuevo reto y que se está saliendo airoso estimula la recuperación. Pueden buscarse acciones nuevas acciones en el campo cultural, deportivo, religioso o social.

XVI-M. Tener presente que todo pasa en la vida.

Hay que recordar que todo pasa en la vida; tanto los ratos tristes como los agradables. La depresión también pasará. Esto contrarresta la desesperanza que produce la enfermedad y favorece una buena evolución con el tratamiento.

XVI-N. No perder la esperanza de lograr la curación.

La motivación para lograr la curación es un motor poderoso para lograrla. Es frecuente el dicho de que alguien se murió porque había perdido el deseo de seguir viviendo. En esto hay algo de cierto. Las personas positivas tienen tendencia a mejorar más rápido.

XVI-O. No hacer todo lo que dicen otras personas.

En este mundo existen gran cantidad de personas que se creen dueños de la verdad absoluta. Esto los llevan a dar consejos que no tienen ningún respaldo científico o que constituyen ocurrencias más que medidas efectivas. La persona deprimida aumenta sus necesidades de dependencia lo que las lleva a prestar oídos a estas personas y puede suceder que le suministren puntos de vista contradictorios que pueden hacer más daño que bien lo que favorece las confusiones.

XVI-P. Cumplir adecuadamente las indicaciones del médico.

Hay que explicarle al paciente cuál es el objetivo del tratamiento, por qué motivos tiene que tomar la medicación, qué pasaría si no lo hace, explicarle la naturaleza de su enfermedad para que se convierta en un aliado del médico y evite tomar decisiones que lo llevan a abandonar el plan terapéutico.

XVI-Q. Mantener una actividad cotidiana bien balanceada.

El tener un adecuado balance entre estudio, trabajo, descanso, vida familiar, participación social favorece una recuperación. En algunas ocasiones, el deprimido cree que lo mejor es pasar largas horas escuchando música clásica o leyendo libros interminables. Esto puede constituirse en vías de escape para la enfermedad más que en medidas efectivas para resolverla.

XVI-R. No desanimarse con un día malo.

El proceso de recuperación no es una línea ascendente de progreso. Pueden existir días malos. Eso no significa que se esté nuevamente como el primer día. Esto lo debe tener claro el paciente para que no se desanime.

XVI-S. Disfrutar de los días buenos.

Cuando se sienten bien, deben disfrutar ese bienestar y no ponerse a pensar cuánto va a durar. Esto guarda relación con uno de los pasos de Alcohólicos Anónimos que especifica que se debe vivir el día en que se está.

XVI-T. No anclarse al pasado.

La persona deprimida tiende a revivir el pasado en un vano intento por recuperar momentos felices. Esto retarda la recuperación. También favorece el encontrar cosas en las que se tuvo duda de si se hicieron bien o mal y esto favorece la aparición de sentimientos de culpa innecesarios. Hay que intentar mirar positivamente hacia el futuro y tratar de planificar una vida mejor.

XVI-U. No depender excesivamente de otras personas.

La dependencia excesiva genera inseguridad y a su vez tiende a aumentar progresivamente. Las decisiones se toman en base a lo que otras personas consideran oportuno que no necesariamente es lo que el sujeto espera en el transcurso del tiempo. Valerse por sí mismo genera sentimientos positivos y mejora la autoestima.

XVI-V. No tomar decisiones trascendentales cuando está deprimido.

Las decisiones trascendentales deben dejarse para cuando esté mejor. La ambivalencia que se asocia a la depresión hace más difícil pensar con claridad y se pueden tomar decisiones que tienen consecuencias serias para el resto de la vida y que talvez no sean las más adecuadas.

XVII. PRONOSTICO:

Existen varios factores que influyen en el pronóstico.

XVII-A. Edad de inicio:

Entre más temprana sea la aparición del primer episodio depresivo más malo es el pronóstico ya que la frecuencia de las recurrencias aumenta cuando el inicio es más temprano.

XVII-B. Recidivas previas:

Entre más recidivas previas ha experimentado el paciente, peor es su pronóstico ya que se acortan los períodos intercríticos.

XVII-C. Relaciones interpersonales:

Entre más escasas sean las relaciones interpersonales más difícil es la recuperación y más frecuentes son las recidivas.

XVII-D. Personalidad con elementos neuróticos:

Entre más neurótica sea la personalidad básica, más probabilidades tiene de recurrir el cuadro y se presentarán con mayor frecuencia síntomas ansiosos.

XVII-E. Depresiones bipolares:

Es mejor el pronóstico de las depresiones bipolares que las unipolares.

XVII-F. Síntomas psicóticos:

Los deprimidos con síntomas psicóticos presentan menor respuesta al tratamiento antidepresivo y mayor cronicidad y recurrencia, acentuándose estas tendencias en los casos de ideas delirantes incongruentes con el humor.

XVII-G. Persistencia de síntomas residuales:

La presencia de síntomas residuales ensombrece el diagnóstico ya que favorece la aparición de recaídas.

XVII-H. Hechos desencadenantes:

La presencia de sucesos vitales desencadenantes habla de un mejor pronóstico que cuando no los hay.

XVII-I. Antecedentes familiares de depresión:

Entre más antecedentes familiares de trastornos afectivos tenga el paciente, peor es su pronóstico.

XVII-J. Niveles plasmáticos de antidepresivos:

Entre más bajos sean los niveles plasmáticos de antidepresivos con dosis equivalentes peor es el pronóstico.

XVII-K. Trastornos neuroendocrinos:

Entre más trastornos neuroendocrinos se presenten peor es el pronóstico. Estos se refieren a problemas con las hormonas tiroideas, suprarrenales u ováricas. A veces se requiere de un tiempo prolongado después de haber desaparecido los síntomas depresivos, para que los trastornos hormonales se normalicen.

XVII-L. Antecedentes de intentos de suicidio:

Los antecedentes de intentos de suicidio en episodios depresivos previos hablan de un peor pronóstico.

XVII-M. Respuesta a antidepresivos:

La mala respuesta a antidepresivos, manifestada por el hecho de haber ingerido múltiples tipos de ellos habla de un peor pronóstico.

XVII-N. Factores que favorecen la cronificación:

Factores que dependen del trastorno:	- duración previa de la enfermedad. - Inicio insidioso lento. - Depresión doble. - Historia previa de trastornos por ansiedad. - Morbilidad física.
Tratamiento y atención:	-tratamiento inadecuado. -baja integración del tratamiento. -mal cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. -mal cumplimiento del tratamiento por parte del terapeuta.
Variables socio demográficas:	-mayor edad -sexo femenino. -bajos ingresos familiares.
Personalidad y neuroticismo:	-acentuado neuroticismo. -presencia de trastornos de la personalidad previos.
Acontecimientos vitales y apoyo social:	-múltiples acontecimientos vitales adversos.

	-aparición de dificultades sociales. -acontecimientos vitales menores repetidos. -problemas conyugales. -apoyo social x sexo x vida de pareja.
Factores genéticos familiares:	-psicopatología de los padres. -trastorno bipolar en los padres.
Factores biológicos:	-latencia del sueño REM (?). -hipotiroidismo subclínico. -hipertrofia de los ventrículos cerebrales (?). -trastornos neurológicos y somáticos (?). -deficiente actividad del sistema 5 HT.

Tomado de: Hans Ulrich Wittchen, Instituto Max Planck de Psiquiatría, Boletín Informativo de la WPA, Vol 2 # 3,1994.

XVIII. PREVENCIÓN:

La prevención de la depresión se inicia desde la infancia. Es bueno darle a las madres y padres de familia algunos consejos útiles para que sus niños no estén tan propensos a deprimirse cuando sean adultos. Entre ellos están:

XVIII-A. Sobreprotección a los niños:

El sobreproteger a los niños favorece que se depriman en el futuro.

XVIII-B. Solución de problemas:

El niño debe aprender a resolver sus propios problemas, esto le infunde confianza en sí mismo y evita la depresión.

XVIII-C. No fomentar la dependencia:

No le enseñe a su hijo a ser excesivamente dependiente de otras personas para hacer sus cosas. La autosuficiencia es una vacuna contra la depresión.

XVIII-D. Variedad de intereses:

Promueva un su hijo gran variedad de intereses. Si la vida le juega una mala pasada y pierde uno o varios de ellos, siempre le quedarán otros que lo compensarán.

XVIII-E. Fomentar el optimismo:

No le enseñe a su hijo a ser pesimista. Pueda que el pesimista a la larga tenga razón, pero por mientras, el optimista la pasa mejor.

XVIII-F. Sentimiento de autosuficiencia:

Transmítale a su hijo la sensación de que puede hacer las cosas bien. Si le infunde sentimientos de inutilidad probablemente logrará hacerlo inútil.

XVIII-G. No hacer comparaciones:

Nunca compare a su hijo con otros niños, ni aunque sean sus hermanos. Esto favorece sentimientos de minusvalía y facilitará depresión. Además de que se genera sentimientos de cólera hacia el que se considera mejor.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

XVIII-H. No magnificar problemas:

Las personas pesimistas tienden a hacer de los problemas pequeños, problemas grandes mientras que los optimistas hacen lo contrario. Al sentir que un problema no es tan grande, se aumentan las posibilidades de resolverlos. No le aumente el tamaño a los problemas de sus hijos. Con esto, ellos se sentirán más pequeños e incapaces para solucionarlos.

XVIII-I. Fomentar el establecimiento de metas en la vida:

El establecimiento de metas le confiere un sentido de orientación a la vida. Cuando se han alcanzado deben establecerse nuevas de tal forma que la persona siente que va progresando en la vida. El tener planes para el futuro evita la depresión.

XIX. BIBLIOGRAFIA:

- ADIS, C. : " **Desordenes Mentales en Costa Rica: Observaciones Epidemiológicas**", Editorial EDNASSS-CCSS, pag 34, 1992.
- ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA: " Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", cuarta edición (DSM-IV), Editorial de la Asociación Psiquiátrica Americana, Washington, Estados Unidos, 1994.
- ALEC, R. et al : " Depression Among Alcoholics: Relationship to Clinical and Cerebrospinal Variables", **Arch. of Gen. Psy.**, Vol 48 (5), pag. 428, enero 1991.
- BERKOW, R. y TALBOTT, J.H.: " **El Manual Merck** ", sexta edición, Merck y Co., West Point, Estados Unidos, pag 1291-1294, 1978.
- BOYD, J.H. y WIESSMAN: " Epidemiology of affective disorders: a reexamination and future directions", **Ach of Gen Psychiatry**, Vol 38, páginas 1039 - 1046, 1981.
- BROWN, G.M. : " Neuroendocrine Probes as Biological Markers of Affective Disorders: New Directions", **Cand. J. of Psychiatry**, Vol 34 (8), pag 819, noviembre de 1989.
- BUENO, J.A. et al: " **Psicofarmacología Clínica**", Salvat Editores S.A., Barcelona, España, 1985.
- CORFMAN, E. : " Depression, Manic-depressive Illness and Biological Rhythms", National Institute of Mental Health, **Science Reports # 1**, pag 12, 1982.
- HALBREICH, U. et al : " Twenty-four-hour Rythm of Prolactin in Depressive Patients", **Arch. of Gen. Psy.**, Vol 36 (11), pag. 1183, octubre de 1979.
- KAFKA, M.S. y PAUL, S.M. : " Platelet α_2 -Adrenergic Receptors in Depression", **Arch. of Gen. Psy.**, Vol 43 (1), pag. 91, enero 1986.
- KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J. : " **Compendio de Psiquiatría**", 2 edición, Salvat Editores, S.A., México, pag. 265, 1992.
- MELTZER, H.Y.: " **Psychopharmacology: The Third Generation of Progress**", Raven Press, New York, USA, 1987.
- MOIZESZOWICZ, J.: " **Psicofarmacología Psicodinámica**", Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1982.

Dr. Carlos E. Zoch Zannini

- MONTGOMERY, S. y ROUILLON, F. : " **Tratamiento a Largo Plazo de la Depresión**", Colección Perspectivas en Psiquiatría, Volumen 3, John Wiley and Sons Limited, pag. 12 y 56, 1992.
- MURPHY, D.L. et al : " **Electrolyte Changes in the Affective Disorders: Problems of Specificity and Significance**", en National Institute of Mental Health: " **Recent Advances in the Psychobiology of Depressive Illness**", pag 50-70, 1972.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: " **CIE-10:Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico**", Editorial Meditor, Madrid, España, 1992.
- PRICE, H.L. et al : " α_2 Adrenergic Receptor Function in Depression", *Arch. of Gen. Psychiatry*, Vol 43 (9), pag 849, 1986.
- ROY, A. et al : " Biologic Tests in Depression", *Psychosomatics*, Vol 25 (6), pag 443, 984.
- SACHAR, E. J. et al : " Disrupted 24-hour Patterns of Cortisol Secretion in Psychotic Depression", *Arch. of Gen Psychiatry*, Vol 28 (1), pag 19, enero de 1973.
- SCHLESSER, M.A. et al : " Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Activity in Depressive Illness", *Arch. of Gen Psychiatry*, Vol 37 (7), pag 737, julio de 1980.
- SMITH, A.L. Y WEISSMAN, M.M. : " Epidemiología de los Trastornos Depresivos: Perspectivas Nacionales e Internacionales", en MONTGOMERY, S. y ROUILLON, F. : " **Diagnóstico de la Depresión**", Colección Perspectivas en Psiquiatría, Volumen 2, John Wiley and Sons Limited, pag. 31, 1992.
- URIARTE, V.: " **Psicofarmacología**", Editorial Trillas, México, 1978.
- WOODRUFF, R.A.: " Alcoholism and Depression", *Arch. of Gen. Psychiatry*, Vol 28 (1), pag 97, enero 1973.

Actividad anormal de los receptores en depresión	15	Depresión inhibida, definición.....	27
Antidepresivos anfetamínicos	54	Depresión neurótica, definición	27
Antidepresivos en alcoholismo	57	Depresión normal, definición	26
Antidepresivos en depresiones con aumento de peso.....	56	Depresión orgánica, definición	28
Antidepresivos en depresiones con pérdida de peso.....	56	Depresión patológica, definición.....	26
Antidepresivos en depresiones neuróticas	55	Depresión por alcoholismo crónico	11
Antidepresivos en depresiones orgánicas	56	Depresión por algunas enfermedades físicas .	12
Antidepresivos en depresiones psicóticas.....	56	Depresión por algunos procedimientos quirúrgicos	12
Antidepresivos en enuresis nocturna.....	57	Depresión por consumo de drogas ilícitas	11
Antidepresivos en esquizofrenia esquizoafectiva	57	Depresión por desnutrición.....	13
Antidepresivos en retardo mental con depresión	57	Depresión por trastornos endocrinos	13
Antidepresivos sedantes.....	54	Depresión primaria, definición	28
Antidepresivos, contraindicaciones y precauciones.....	58	Depresión psicógena, definición.....	28
Antidepresivos, efectos anticolinérgicos	59	Depresión psicótica, definición	28
Antidepresivos, reacciones adversas	59	Depresión reactiva, definición	26
Asaltos y depresión.....	21	Depresión resistente, definición	29
Aumento de peso por antidepresivos	61	Depresión secundaria, definición	28
Bloqueadores de la recaptación de monoaminas	45	Depresión típica, definición.....	29
Bloqueadores de la recaptación de norepinefrina	49	Depresión unipolar, definición	27
Bloqueadores de la recaptación de serotonina	47	Depresión y excesiva dependencia de otras personas	17
Bloqueadores de la recaptación de dopamina ..	47	Depresión, antecedentes históricos	1
Bloqueo del receptor postsináptico.....	9	Depresión, aspectos genéticos	4
Cefalea por antidepresivos	61	DEPRESIÓN, CAUSAS	3
Ciclotimia.....	40	Depresión, causas biológicas.....	3
Clasificación de la depresión según el DSM IV	29	Depresión, causas psicológicas	16
Clasificación de los antidepresivos.....	45	Depresión, causas sociales.....	20
Cuadros confusionales por antidepresivos.....	60	Depresión, clasificación	29
Cuadros demenciales	41	DEPRESIÓN, DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	1
Cuadros psicóticos por antidepresivos	60	Depresión, diagnóstico diferencial.....	41
Depresión		Depresión, epidemiología	2
bibliografía.....	78	Depresión, otros tratamientos biológicos	64
hipótesis dopaminérgica	10	Depresión, síntomas.....	22
hipótesis noradrenérgica.....	10	Depresión, trastornos en los neurotransmisores	4
hipótesis serotoninérgica	10	Depresión, tratamiento farmacológico.....	43, 44
medicamentos que pueden producirla.....	11	Depresiones por uso de medicamentos.....	42
prevención.....	76	Dificultad para orinar por antidepresivos	59
pronóstico.....	75	Distimia	40
respuesta al tratamiento farmacológico.....	65	Duelo no complicado	37
TIPOS DE IMPORTANCIA		El climaterio y depresión.....	16
PSICOFARMACOLÓGICAS	26	El período menstrual y posparto en depresión	16
tratamiento no farmacológico.....	71	Embarazo, antidepresivos en el	58
Depresión ansiosa, definición	27	Emigración y depresión	21
Depresión atípica, definición.....	29	Episodio maniaco	37
Depresión bipolar, definición.....	27	Episodios depresivos.....	38
Depresión corriente, definición	29	Esquizofrenia paranoide, antidepresivos y.....	59
Depresión endógena, definición	26	Estreñimiento por antidepresivos	59
		Estrés severo prolongado y depresión	20
		Excesiva estimulación del receptor presináptico	9
		Excesiva timidez y depresión	19
		Farmacodependencia	42
		Fases de la acción.....	54

Fracaso económico y depresión	18	Pocos deseos de superación y depresión.....	20
Glaucoma, antidepresivos y.....	58	Potencializadores del GABA.....	51
Guerra y depresión	21	Potencializadores del receptor postsináptico ..	51
Hacinamiento y depresión	21	Precusores de la síntesis de indolaminas	49
Hiperpatía por antidepresivos	61	Precusores de la síntesis de monoaminas	49
Hipo o hipertiroidismo	41	Precusores de la síntesis de catecolaminas ..	49
Hipotensión arterial por antidepresivos	60	Reacción depresiva breve	41
Indicaciones y esquemas de tratamiento	55	Reacción depresiva prolongada	41
Inestabilidad laboral y depresión	22	Reacción mixta	41
Inestabilidad política y depresión.....	22	Sensación de inutilidad y depresión	19
Infarto de miocardio reciente, antidepresivos en el.....	58	Sequedad de boca por antidepresivos	59
Inhibidores de la destrucción de monoaminas	50	Somnolencia por antidepresivos	60
Inseguridad en sí mismo y depresión	19	Taquicardia por antidepresivos	60
Insensibilidad del receptor postsináptico	9	Temblores por antidepresivos	61
Lesión hepática con insuficiencia, antidepresivos en la	58	Tendencia al auto reproche y depresión	19
Liberadores de monoaminas	50	Teorías cognitivas de la depresión	17
Malas relaciones interpersonales y depresión	18	Teorías psicodinámicas de la depresión	16
Manejo de las depresiones rebeldes a tratamiento	57	Terapia electroconvulsiva en la depresión	64
Mecanismos de acción de los antidepresivos .	44	Trastorno.....	30
Migración y depresión	21	Trastorno adaptativo con humor depresivo.....	36
Modificadores del ambiente iónico.....	52	Trastorno bipolar.....	37
Neurotransmisores, bloqueo en la liberación	9	Trastorno bipolar I del DSM IV	35
Neurotransmisores, déficit en la síntesis	8	Trastorno bipolar II del DSM IV	35
Neurotransmisores, depleción de los depósitos	9	Trastorno ciclotímico.....	35
Neurotransmisores, disminución de los depósitos.....	9	Trastorno depresivo mayor, episodio único.	31
Neurotransmisores, excesiva liberación	9	Trastorno depresivo mayor, recurrente.	31
Obstrucción nasal por antidepresivos.....	59	Trastorno depresivo recurrente	39
Pérdida de peso por antidepresivos	61	Trastorno depresivo sin especificación del DSM IV.....	34
Pérdida de un ser querido y depresión.....	18	Trastorno distímico, definición	34
Período antidepresivo propiamente dicho	55	Trastornos bipolares del DSM IV.....	35
Período de latencia	55	Trastornos de adaptación con reacción depresiva	40
Personalidad básica cambiante y depresión ...	20	Trastornos del humor debidos a enfermedades médicas.....	36
Personas con tendencias hipocondríacas y depresión	20	Trastornos del humor debidos a uso de sustancias	36
Pobre ambiente familiar y depresión	22	Trastornos del humor persistente.....	40
Pobre autoimagen y depresión	17, 19	Trastornos del patrón de sueño en depresión. 15	
Pobre tolerancia a las frustraciones y depresión	18	Trastornos depresivos del DSM IV:.....	30
Pobreza y depresión	20	Trastornos hematológicos previos y antidepresivos.....	58
Poca confianza en sí mismo y depresión	19	Trastornos hidroelectrolíticos	12
Pocos deseos de superación.....	20	Visión borrosa por antidepresivos	60

I.	DEFINICION DE TERMINOS:	1
II.	ANTECEDENTES HISTORICOS:	1
III.	EPIDEMIOLOGIA:.....	2
IV.	CAUSAS:	3
	IV-A. Causas biológicas:.....	3
	IV-A-1. Aspectos genéticos:.....	3
	IV-A-2. Trastornos en los neurotransmisores:.....	3
	IV-A-3. Medicamentos que pueden producir depresión:	8
	IV-A-4. Alcoholismo crónico:.....	9
	IV-A-5. Consumo prolongado de drogas ilícitas:	9
	IV-A-6. Algunas enfermedades físicas:	9
	IV-A-7. Algunos procedimientos quirúrgicos:	9
	IV-A-8. Trastornos hidroelectrolíticos:	10
	IV-A-9. Desnutrición:.....	10
	IV-A-10. Trastornos endocrinos:	10
	IV-A-11. Trastornos en el patrón de sueño:.....	11
	IV-A-12. Actividad anormal de los receptores:	12
	IV-A-13. El período menstrual y postparto:.....	12
	IV-A-14. El climaterio:	12
	IV-B. Causas psicológicas:	12
	IV-B-1. Teorías psicodinámicas:	12
	IV-B-2. Teorías cognitivas:.....	13
	IV-B-3. Excesiva dependencia de otras personas:.....	13
	IV-B-4. Pobre autoimagen:	13
	IV-B-5. Pérdida de un ser querido:	14
	IV-B-6. Fracaso económico:	14
	IV-B-7. Pobre tolerancia a las frustraciones:.....	14
	IV-B-8. Pobres relaciones interpersonales:.....	14
	IV-B-9. Excesiva timidez:.....	14
	IV-B-10. Tendencia al autorreproche:.....	14
	IV-B-11. Poca confianza en sí mismos:.....	14
	IV-B-12. Pobre autoimagen:	15
	IV-B-13. Sensación de inseguridad en sí mismos:.....	15
	IV-B-14. Sensación de inutilidad en varios aspectos de la vida:.....	15
	IV-B-15. Personalidad básica cambiante:.....	15
	IV-B-16. Pocos deseos de superación:	15
	IV-B-17. Estrés severo prolongado:.....	15
	IV-B-18. Personas con tendencias hipocondríacas:.....	15
	IV-C. Causas sociales:.....	15
	IV-C-1. Pobreza:	16
	IV-C-2. Guerra: 16	
	IV-C-3. Hacinamiento:.....	16
	IV-C-4. Migración de los medios rurales a los urbanos:.....	16
	IV-C-5. Emigración:.....	16
	IV-C-6. Asaltos: 16	
	IV-C-7. Inestabilidad política:	16
	IV-C-8. Pobre ambiente familiar:.....	17
	IV-C-9. Inestabilidad laboral:.....	17
V.	SINTOMAS:	17
	V-A. Dolores que no responden a analgésicos o antiinflamatorios.....	19
	V-B. Dolor epigástrico que no cede a tratamiento específico.....	19
	V-C. Insomnio que no cede con hipnóticos.	19
	V-D. Molestias gástricas sin hallazgos anormales en la gastroscopía.....	19
	V-E. Molestias urinarias con exámenes de orina normales.	19
	V-F. Síntomas cardiacos con electrocardiogramas normales.....	19
	V-G. Síntomas persistentes durante tiempos muy prolongados.	19

V-H. Necesidad de ingerir múltiples medicamentos.....	19
V-I. Múltiples exámenes de laboratorio con resultados normales.....	19
V-J. Dificultad en la concentración.....	19
V-K. Fallas en la memoria.....	19
V-L. Temores a varias cosas.....	19
V-M. Molestias y dolores musculares.....	19
V-N. Zumbidos en los oídos.....	19
V-O. Sensación de debilidad.....	19
V-P. Cansancio fácil.....	19
V-Q. Mareos.....	20
VI. FORMAS CLINICAS DE IMPORTANCIA PSICOFARMACOLOGICA:.....	20
VI-A. Depresión normal:.....	20
VI-B. Depresión patológica:.....	20
VI-C. Depresión reactiva:.....	20
VI-D. Depresión endógena:.....	20
VI-E. Depresión unipolar:.....	20
VI-F. Depresión bipolar:.....	20
VI-G. Depresión inhibida:.....	21
VI-H. Depresión ansiosa:.....	21
VI-I. Depresión neurótica:.....	21
VI-J. Depresión psicótica:.....	21
VI-K. Depresión primaria:.....	21
VI-L. Depresión secundaria:.....	21
VI-M. Depresión psicógena:.....	21
VI-N. Depresión orgánica o somatógena:.....	21
VI-O. Depresión típica:.....	22
VI-P. Depresión atípica:.....	22
VI-Q. Depresión corriente:.....	22
VI-R. Depresión resistente:.....	22
VII. CLASIFICACION DIAGNOSTICA:.....	22
VII-A. DSM IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994):.....	22
VII-A-1. Trastornos depresivos:.....	22
VII-A-2. Trastornos bipolares.....	27
VII-A-3. Trastornos debidos a enfermedades médicas:.....	27
VII-A-4. Trastornos del humor debidos a uso de sustancias:.....	27
VII-A-5. Trastorno adaptativo con humor depresivo (309.0):.....	28
VII-A-6. Duelo no complicado (V62.82):.....	28
VII-B. Clasificación de la CIE 10 (OMS 1994):.....	28
VII-B-1. Episodio maniaco (F-30):.....	28
VII-B-2. Trastorno bipolar (F-31):.....	28
VII-B-3. Episodios depresivos (F-32):.....	29
VII-B-4. Trastorno depresivo recurrente (F-33):.....	29
VII-B-5. Trastornos del humor persistentes (F-34):.....	30
VII-B-7. Trastornos de adaptación con reacción depresiva:.....	31
VIII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:.....	31
VIII-A. Hipo o hipertiroidismo:.....	31
VIII-B. Cuadros demenciales:.....	31
VIII-C. Depresiones orgánicas por uso de medicamentos:.....	31
VIII-D. Farmacodependencia:.....	32
VIII-E. Mononucleosis infecciosa:.....	32
VIII-F. Hipoglicemia reactiva o funcional:.....	32
VIII-G. Fibromialgia:.....	32
VIII-H. Neoplasias:.....	32
VIII-I. Algunas enfermedades neurológicas:.....	32
IX. ASPECTOS GENERALES DEL TRATAMIENTO:.....	32
IX-A. La depresión no se reconoce como tal.....	33

IX-B.	Se subvalora la severidad de la misma.	33
IX-C.	Los síntomas se explican en base a trastornos somáticos.	33
IX-D.	Se justifica en base a conflictos ambientales.	33
IX-E.	No se valora adecuadamente el potencial suicida.	33
X.	TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:	33
X-A.	Mecanismos de acción de los antidepresivos:	33
X-B.	Clasificación de los antidepresivos:	34
X-B-1.	Bloqueadores de la recaptación de monoaminas:	34
X-B-2.	Precusores de la síntesis de monoaminas:	38
X-B-3.	Inhibidores de la destrucción de monoaminas:	39
X-B-4.	Liberadores de monoaminas:	39
X-B-5.	Potencializadores del GABA:	40
X-B-6.	Potencializadores del receptor postsináptico:	40
X-B-7.	Modificadores del ambiente iónico:	41
X-B-8.	Antidepresivos bloqueadores del receptor dopaminérgico:	42
X-C.	Otras clasificaciones:	42
X-C-1.	Antidepresivos anfetamínicos:	42
X-C-2.	Antidepresivos sedantes:	42
X-D.	Fases de la acción:	43
X-D-1.	Período de latencia:	43
X-D-2.	Período antidepresivo propiamente dicho:	43
XI.-	Indicaciones y esquemas de tratamiento:	43
XI-A.	Depresiones neuróticas:	43
XI-B.	Depresiones orgánicas:	44
XI-C.	Depresiones con aumento de peso:	44
XI-D.	Depresiones con pérdida de peso:	44
XI-E.	Depresiones psicóticas:	44
XI-F.	Depresiones rebeldes a tratamiento:	44
XI-G.	Alcoholismo:	44
XI-H.	Enuresis nocturna:	45
XI-I.	Esquizofrenia esquizoafectiva:	45
XI-J.	Retardo mental con depresión:	45
XII.	Contraindicaciones y precauciones:	45
XII-A.	Embarazo:	45
XII-B.	Infarto de miocardio reciente:	45
XII-C.	Lesión hepática con insuficiencia:	45
XII-D.	Glaucoma, estreñimiento crónico o hipertrofia prostática:	46
XII-E.	Trastornos hematológicos previos:	46
XII-F.	Esquizofrenia paranoide:	46
XIII.	Reacciones adversas:	46
XIII-A.	Efectos anticolinérgicos:	46
XIII-A-1.	Obstrucción nasal:	46
XIII-A-2.	Sequedad de boca:	46
XIII-A-3.	Estreñimiento:	46
XIII-A-4.	Dificultad para iniciar el chorro al orinar:	46
XIII-A-5.	Visión borrosa:	47
XIII-A-6.	Taquicardia:	47
XIII-B.	Hipotensión arterial:	47
XIII-C.	Cuadros confusionales:	47
XIII-D.	Cuadros psicóticos:	47
XIII-E.	Somnolencia:	47
XIII-F.	Temblor:	47
XIII-G.	Hiperpatía:	47
XIII-H.	Aumento de peso:	48
XIII-I.	Pérdida de peso:	48
XIII-J.	Cefalea:	48

XIV. OTROS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS:	50
XIV-A. Terapia electroconvulsiva:	50
XIV-A-1. Fracaso de los antidepresivos.	50
XIV-A-2. Depresiones con gran inhibición o agitación.	50
XIV-A-3. Presencia de delirios o alucinaciones.	50
XIV-A-4. Pacientes de edad avanzada con somatizaciones.	50
XIV-A-5. Contraindicaciones para el uso de antidepresivos.	50
XIV-A-6. Contraindicaciones para el uso de litio.	50
XIV-A-7. Historia anterior de fracaso con antidepresivos.	50
XV. RESPUESTA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:	51
XV-A: Criterios para considerar a una depresión una emergencia:	51
XV-A-1. Antecedentes familiares de suicidios exitosos.	51
XV-A-2. Antecedentes personales de intentos suicidas previos y su severidad.	51
XV-A-3. Episodios depresivos severos previos en la vida del paciente.	51
XV-A-4. Anorexia marcada asociada a pérdida de peso importante.	51
XV-A-5. Insomnio severo, especialmente tardío, que no responde a hipnóticos.	51
XV-A-6. Sentimientos de culpa marcados.	51
XV-A-7. Alteraciones endocrinológicas.	52
XV-A-8. Falta de esperanza en la recuperación.	52
XV-A-9. Marcada inhibición psicomotora.	52
XV-A-10. Disfunción marcada en el ambiente laboral y familiar.	52
XV-A-11. Ausencia de vínculos afectivos con otras personas.	52
XV-A-12. Ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo.	52
XV-A-13. Presencia de una enfermedad mortal.	52
XV-A-14. Consumo concomitante de drogas y/o alcohol.	52
XV-A-15. Cambio de comportamiento notorio en niños y adolescentes.	53
XV-A-16. Problemas de rendimiento académico de inicio súbito.	53
XV-A-17. Pseudodemencia en ancianos.	53
XV-B. Valoración del riesgo suicida.	53
XV-B-1. Edad mayor de 45 años.	53
XV-B-2. Presencia de alcoholismo crónico.	53
XV-B-3. Antecedentes de crisis de violencia o rabia.	53
XV-B-4. Antecedentes de intentos de suicidio serios.	53
XV-B-5. Sexo masculino.	53
XV-B-6. Rechazo de ayuda para superar la crisis en el momento de la evaluación.	54
XV-B-7. Duración prolongada de la ideación suicida.	54
XV-B-8. Antecedentes de tratamiento psiquiátrico.	54
XV-B-9. Reciente pérdida o separación.	54
XV-B-10. Antecedente de depresiones severas.	54
XV-B-11. Presencia de enfermedades físicas severas e incapacitantes.	54
XV-B-12. Estado civil: soltero, separado o viudo.	54
XV-B-13. Impulsividad.	54
XV-B-14. Aislamiento social.	54
XV-B-15. Antecedentes de suicidio en algunos miembros de la familia.	55
XV-B-16. Desorganización familiar.	55
XV-B-17. Elección de un método altamente letal.	55
XV-B-18. Haber elaborado una nota suicida.	55
XVI. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:	55
XVI-A. No descuidar el aspecto físico:	55
XVI-B. Hacer las cosas que están pendientes.	55
XVI-C. No sucumbir al deseo de estar acostado.	56
XVI-D. Evitar el aislamiento social.	56
XVI-E. Tomar unas vacaciones.	56
XVI-F. Mantener una ingesta de alimentos apropiada.	56
XVI-G. Realizar algún tipo de ejercicio físico.	56
XVI-H. Evitar el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.	56

XVI-I. Hacer las cosas que antes le agradaban.....	56
XVI-J. Averiguar que han hecho otras personas que han estado deprimidas.....	56
XVI-K. Evitar la ingesta de bebidas estimulantes.....	56
XVI-L. Tratar de encontrar nuevos intereses.....	57
XVI-M. Tener presente que todo pasa en la vida.....	57
XVI-N. No perder la esperanza de lograr la curación.....	57
XVI-O. No hacer todo lo que dicen otras personas.....	57
XVI-P. Cumplir adecuadamente las indicaciones del médico.....	57
XVI-Q. Mantener una actividad cotidiana bien balanceada.....	57
XVI-R. No desanimarse con un día malo.....	57
XVI-S. Disfrutar de los días buenos.....	57
XVI-T. No anclarse al pasado.....	58
XVI-U. No depender excesivamente de otras personas.....	58
XVI-V. No tomar decisiones trascendentales cuando está deprimido.....	58
XVII. PRONOSTICO:.....	58
XVII-A. Edad de inicio:.....	58
XVII-B. Recidivas previas:.....	58
XVII-C. Relaciones interpersonales:.....	58
XVII-D. Personalidad con elementos neuróticos:.....	58
XVII-E. Depresiones bipolares:.....	58
XVII-F. Síntomas psicóticos:.....	58
XVII-G. Persistencia de síntomas residuales:.....	58
XVII-H. Hechos desencadenantes:.....	59
XVII-I. Antecedentes familiares de depresión:.....	59
XVII-J. Niveles plasmáticos de antidepresivos:.....	59
XVII-K. Trastornos neuroendócrinos:.....	59
XVII-L. Antecedentes de intentos de suicidio:.....	59
XVII-M. Respuesta a antidepresivos:.....	59
XVIII. PREVENCIÓN:.....	60
XVIII-A. Sobreprotección a los niños:.....	60
XVIII-B. Solución de problemas:.....	60
XVIII-C. No fomentar la dependencia:.....	60
XVIII-D. Variedad de intereses:.....	60
XVIII-E. Fomentar el optimismo:.....	60
XVIII-F. Sentimiento de autosuficiencia:.....	60
XVIII-G. No hacer comparaciones:.....	60
XVIII-H. No magnificar problemas:.....	61
XVIII-I. Fomentar el establecimiento de metas en la vida:.....	61
XIX. BIBLIOGRAFIA:.....	61