

Depresión: Prevención y manejo en el primer nivel de atención

Mayor M.C. José de Jesús Almanza-Muñoz*

Dirección General de Sanidad. Ciudad de México.

RESUMEN

La depresión es un padecimiento frecuente y tratable cuya presentación es muy común en el escenario clínico de cuidado primario, particularmente en comorbilidad con padecimientos físicos. Por ello el médico general se encuentra en una situación especial para llevar a cabo la detección oportuna y el tratamiento integral, así como la detección de casos que ameriten la canalización al especialista en psiquiatría.

En el presente trabajo se efectúa una revisión global señalando aspectos de diagnóstico, epidemiología, uso de escalas para confirmar y cuantificar la severidad, así como la respuesta terapéutica. Se describen los principios para el manejo farmacológico con énfasis en la prevención y efectos secundarios, y se señala el rol de la psicoterapia y otras alternativas terapéuticas tales como la terapia electroconvulsiva dentro del plan de manejo.

Se recomienda al médico de cuidado primario explorar sintomatología depresiva en forma sistemática en sus pacientes, particularmente en quienes cursan con diabetes, dolor crónico, cáncer y SIDA. Se puntualiza la importancia de establecer y precisar el diagnóstico mediante los criterios diagnósticos y en el uso de escalas clinimétricas, para así elegir el antidepresivo más apropiado al caso y detectar tempranamente aquellos casos que ameriten referencia al especialista en psiquiatría.

Por último, se aduce a la valiosa labor del médico general en difundir información confiable y clara a sus pacientes para contribuir a la disminución del estigma que aún existe en torno a la enfermedad mental y favorecer la búsqueda temprana de tratamiento para este importante problema de salud pública.

Palabras clave: depresión, cuidado primario, comorbilidad, escalas clinimétricas, antidepresivos.

Introducción

La depresión es un trastorno del afecto muy común y altamente tratable. A pesar de ello únicamente un tercio de los pacientes deprimidos reciben tratamiento apropiado. Las

Depression: Prevention and management at the primary care level

SUMMARY

Depression is a common and treatable disorder which appears frequently at the primary care scenario, particularly in comorbidity with physical illnesses. Due to that, general practitioners are in an special position to perform early detection, to initiate integral treatment as well as to refer complicated cases to the psychiatrist.

This paper is a review which describes diagnostic and epidemiologic issues besides the use of clinical scales to confirm, to quantify severity and follow the therapeutic response. The main principles to select pharmacologic treatment are described with emphasis in prevent dangerous drug interactions and side effects. Psychotherapy role as well as alternative treatments such as electroconvulsive therapy are discussed.

Recommendations for the primary care physicians are: to explore depression symptoms systematically in their patients specially in those with diabetes, chronic pain, cancer and AIDS; to follow carefully diagnostic criteria; to apply clinimetric scales in order to establish and precise diagnosis; and to select the most proper antidepressant in combination with psychotherapy favoring an integrated treatment.

Finally it is emphasized the highly value labor of general physicians in minimizing the effects of stigma still prevalent around mental illness and promote effectively treating patients with depression.

Key words: Depression, primary care, comorbidity, clinimetric scales, antidepressants.

causas del subdiagnóstico varían de la falta de reconocimiento por los médicos a la negación de la enfermedad por parte de los pacientes, e incluyen el estigma de la enfermedad mental quizá como el factor individual más frecuente.¹ Debido a que los médicos de cuidado primario suelen desarrollar lar-

* Médico Cirujano Especialista en Psiquiatría General, Psicoterapia y Psiquiatría de Enlace. Jefe de Salud Mental, Dirección General de Sanidad, Secretaría de la Defensa Nacional, México.

Correspondencia:

Mayor M.C. José de Jesús Almanza-Muñoz

Dirección General de Sanidad, Secretaría de la Defensa Nacional. Apartado Postal 10-1166, 11649. México, D.F. Tel. 5626-5911, Ext. 5759, fax: 5626-5989. Correo electrónico: almanzaj@yahoo.com

gas relaciones médico-paciente con sus enfermos, cuentan con la ventaja de poder minimizar los efectos estigmatizantes y proporcionar un tratamiento efectivo a sus pacientes con depresión.

Epidemiología

La depresión afecta a 10% de los hombres y 20% de las mujeres en algún momento de sus vidas. En cualquier momento se estima que 2.5% de los hombres y 8% de mujeres están deprimidos (prevalencia de punto). Los datos de prevalencia en México de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica,² señalan que alguna vez en la vida 9.1% de la población cursa con cualquier trastorno afectivo, siendo de 11.2% para mujeres y 6.7% para hombres. La prevalencia específica para el trastorno depresivo mayor reportada en dicho estudio es de 4.5% en mujeres y 2.0% en hombres, con una prevalencia global de 3.3%. Al considerar la distimia la prevalencia global es de 0.9%, siendo de 1.1% en mujeres y 0.5% en hombres.

Al considerar la existencia de depresión en pacientes que cursan al mismo tiempo con padecimientos médicos, se observa que hasta 36% de ellos reportan síntomas depresivos significativos.³ Aquellos con accidente vascular cerebral, demencia, diabetes, enfermedad cardíaca y deterioro en la función renal tienen tasas especialmente elevadas de depresión comórbida.⁴⁻⁷ Un reporte nacional señala una frecuencia de depresión en pacientes diabéticos de 39%.⁸

Asimismo, las personas deprimidas cursan con más padecimientos físicos que personas sin depresión,⁹ y usan los servicios de salud con mayor frecuencia.^{10,11} El pronóstico de muchas enfermedades es peor entre pacientes deprimidos.^{10,11} Además la depresión puede conducir a morbilidad psicosocial con disminución de la funcionalidad en los roles sociales y ocupacionales.³

Durante los 15 meses posteriores al diagnóstico de depresión las tasas de mortalidad entre pacientes deprimidos son cuatro veces superiores a las de sujetos control pareados.³ Los pacientes deprimidos que ingresan a hospitales de estancia prolongada con cuidados de enfermería tienen una probabilidad 1.5 veces mayor de morir dentro de los 12 meses siguientes, que sus contrapartes no deprimidos. El suicidio contribuye a incrementar la mortalidad. Cerca de 60% de todos los suicidios están relacionados con depresión mayor, y 15% de las personas que ingresan a un hospital psiquiátrico, eventualmente cometen suicidio.¹

Diagnóstico

Las personas con un trastorno depresivo frecuentemente buscan ayuda de su médico de cuidado primario por síntomas diversos que raramente incluyen “depresión”. El trastorno se presenta frecuentemente enmascarado como forma de fatiga crónica, dolor, o quejas somáticas inespecíficas. El humor depresivo puede manifestarse como indiferencia, aislamiento, intranquilidad, nerviosismo, agitación o aún eno-

jo. Por ello, un alto índice de sospecha es necesario, porque muchos síntomas presentes pueden corresponder a depresión más que a problemas somáticos.

Categorías diagnósticas

Los trastornos depresivos incluyen trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno depresivo no especificado. El “episodio depresivo mayor” constituye la base conceptual para el diagnóstico de los trastornos depresivos y se establece cuando existe estado de ánimo depresivo, disminución de interés, pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, etc., por al menos dos semanas (*Cuadro 1*).¹²

Trastorno depresivo mayor. El diagnóstico de depresión mayor se establece cuando existe un episodio depresivo mayor de acuerdo con los criterios señalados en el *cuadro 1*. Asimismo, es preciso descartar la presencia de otros posibles trastornos como son esquizofrenia, trastorno delirante, episodio maniaco, etc. Es preciso, además, señalar la severidad del cuadro y la existencia asociada de síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos o bien su inicio en el posparto (*Cuadro 2*).

El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico (en 10% en estudios epidemiológicos y en 15-25% en población clínica). También se estima que cada año aproximadamente 10% de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor.¹²

Trastorno distímico. La distimia se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o “desanimado”. En los niños, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de un año en este grupo de edad. Durante los periodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Los pacientes pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la auto-crítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana es frecuente que no se busque ayuda médica, lo cual contribuye a la cronicidad característica (*Cuadro 3*).¹²

Trastorno depresivo no especificado. Describe aquellos pacientes en quienes no se cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor o trastorno distímico. Se reconocen varias subcategorías dentro de las cuales destacan el trastorno disfórico premenstrual y el trastorno depresivo menor. El primero se caracteriza por un estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades habituales, que se presenta con regularidad durante la última semana de la fase luteínica y remite a los pocos días del inicio de las menstruaciones en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Por otra parte, el trastorno depresivo menor consiste en

Cuadro 1. Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor.

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más de 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Cuadro 2. Criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor.

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor (Cuadro No. 1) .

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente

- 0 = Leve
- 1 = Moderado
- 2 = Grave sin síntomas psicóticos
- 3 = Grave con síntomas psicóticos
- 4 = En remisión parcial/en remisión total
- 9 = No especificado

Especificar la gravedad/psicosis/remisión

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

la presencia de episodios de al menos dos semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco criterios exigidos para el trastorno depresivo mayor.¹²

Factores asociados

En términos generales, la disfunción en aspectos sociales u ocupacionales, así como un alto nivel de distrés subjetivo

Cuadro 3. Criterios diagnósticos del trastorno distímico.¹²

A.	Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año.
B.	Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas: 1. Pérdida o aumento de apetito. 2. Insomnio o hipersomnia. 3. Falta de energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza.
C.	Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
D.	No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración (un año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.
E.	Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
F.	La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
G.	Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
H.	Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años.
- Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):

- Con síntomas atípicos.

distinguen a la depresión de la tristeza transitoria, la cual es una parte normal de la experiencia humana. En personas que experimentan tristeza los niveles de funcionamiento y estrés son proporcionales a los eventos vitales. Las claves para la depresión incluyen enfermedad depresiva o intento suicida previo, historia familiar de trastorno afectivo, falta de apoyo social, eventos vitales estresantes, abuso de alcohol u otras sustancias, y enfermedad médica crónica concurrente, dolor o incapacidad.

La historia familiar de depresión es un factor importante en particular en paciente con depresión recurrente, síntomas de melancolía (*Cuadro 4*), o depresión de inicio temprano (antes de los 20 años).³ Estas variantes pueden tener un componente hereditario, sin embargo, los eventos vitales recientes son probablemente los precipitantes más importantes de las recaídas. En un estudio de pacientes no melancólicos con depresión recurrente,¹³ 73% de los episodios estuvieron relacionados con un evento vital de distrés importante. Una fase prodrómica de ansiedad y depresión moderada precede a la mayoría de los episodios de depresión mayor.¹²

La coexistencia de abuso de alcohol y depresión es vista hasta en 30%,¹⁴ dicha asociación puede resultar del efecto crónico del alcohol en el cerebro, lo cual condiciona una depresión difícil de tratar. Asimismo, el abuso de alcohol es más probable en personas deprimidas que en la población general. En pacientes deprimidos que abusan de alcohol, la sobriedad es una parte esencial del tratamiento.

Cuadro 4. Factores relacionados con el riesgo suicida.¹⁸

-
1. Edad de 45 años o más.
 2. Dependencia al alcohol.
 3. Irritabilidad, cólera o violencia.
 4. Conducta suicida previa.
 5. Sexo masculino.
 6. Ser reacio a aceptar ayuda.
 7. Cursar con un episodio depresivo de duración mayor a la habitual.
 8. Antecedente de trastorno psiquiátrico que requirió hospitalización.
 9. Pérdida o separación reciente.
 10. Depresión.
 11. Pérdida de la salud física.
 12. Situación de desempleado o jubilado.
 13. Condición de soltero, viudo o divorciado.
-

La depresión no es una consecuencia normal del envejecimiento, sin embargo, es frecuente que ocurra en personas ancianas que presentan severos problemas médicos y psicosociales y una reducción concurrente en la capacidad de afrontamiento y en la existencia de recursos. El reconocimiento de la depresión en el anciano es complicado por coexistir condiciones médicas o neurológicas que son comunes en esta población, por ejemplo, demencia y enfermedad vascular cerebral.

Muchos pacientes y médicos comparten la distorsión de que la depresión en personas que cursan con severas discapacidades médicas es “una reacción normal o esperada a ello”

y no requiere tratamiento. Es importante subrayar que la depresión en los términos en que se confirma la existencia de un episodio depresivo (*Cuadro 1*), un trastorno depresivo mayor (*Cuadro 2*), o una distimia (*Cuadro 3*), constituyen condiciones clínicas no sólo anormales, sino patológicas, aun cuando coexistan con discapacidad médica y no pueden considerarse una consecuencia de ello. Más aún si ocurren en pacientes ancianos y están asociadas a alguna condición clínica grave o crónica, como puede ser diabetes, cáncer, enfermedad cardíaca o discapacidad importante, entonces tiene aún mayor importancia su reconocimiento y tratamiento efectivo.

Uso de instrumentos de detección

El uso adecuado de escalas clinimétricas es de enorme utilidad para establecer el diagnóstico de depresión, así como para contar con una medida objetiva de los cambios terapéuticos que permite monitorizar su evolución. La clinimetría constituye en sí un área en desarrollo que permite agregar un elemento de objetividad al cuantificar la sintomatología observada. Se recomienda la aplicación de dos instrumentos a fin de confirmar su concordancia, lo cual aunado a los criterios diagnósticos del cuadro clínico que presente el paciente, permitirá al médico de cuidado primario incrementar la confiabilidad de su diagnóstico y contar con un parámetro para monitorear la respuesta terapéutica. Existen diversos instrumentos disponibles, se describen a continuación dos de ellos, la Escala de Hamilton y el Cuestionario Clínico para el diagnóstico del Síndrome Depresivo de Calderón Narváez.

Escala de Hamilton. Fue desarrollada en 1960 por Hamilton,¹⁵ es un instrumento de 21 preguntas. Las primeras 17 exploran la sintomatología depresiva asignando una severidad de menor a mayor gravedad (de 0 a 4). Las últimas cuatro preguntas exploran la variación diurna, la despersonalización o desrealización, los síntomas paranoides y los síntomas obsesivos. Está diseñado para que sea aplicado por un clínico (*Anexo 1*).

La calificación final se obtiene de los primeros 17 reactivos. Un puntaje de 15 o más señala un trastorno depresivo de intensidad moderada a severa. Se considera que existe una respuesta adecuada al tratamiento si se documenta una reducción de 50% considerando el puntaje inicial, o si el puntaje es 10 o menos. Para hablar de remisión debe existir un puntaje menor de 8.

Cuestionario clínico para el diagnóstico del Síndrome Depresivo. Fue desarrollado en México, Calderón (1992),¹⁶ y consta de 20 reactivos que corresponden a los síntomas frecuentes de depresión en nuestro medio sociocultural. Está diseñada para ser autoaplicada y requiere sólo de una breve explicación al paciente. Las respuestas se formulan de acuerdo con un rango sumariado de Lickert, y cada reactivo se puede contestar en forma negativa (NO) o en forma positiva (SÍ) con opción a tres grados de severidad en este último caso. El diseño permite sumar individualmente las cuatro columnas y luego multiplicar cada una por el factor corres-

pondiente para obtener la calificación final, como sigue: Normal, de 20 a 35 puntos; reacción de ansiedad, de 36 a 39 puntos; depresión incipiente de 40 a 45 puntos; depresión media de 46 a 55 puntos; y depresión severa, de 66 a 80 puntos (*Anexo 2*).

La consistencia interna de este instrumento es de alfa de Cronbach de 0.86.¹⁷ La terminología utilizada por Calderón (*Anexo 2*) difiere discretamente de la enunciada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.¹² Sin embargo, se considera que es un instrumento desarrollado y validado en población mexicana que es de utilidad para confirmar la presencia de un trastorno depresivo, así como de su severidad y en la misma medida puede servir con propósitos de monitoreo para documentar la disminución de la severidad.

Curso y pronóstico

Los estudios de seguimiento del curso natural sugieren que después de un año del diagnóstico de un episodio depresivo mayor 40% de los sujetos presenta aún síntomas que son de la suficiente gravedad como para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, más o menos 20% sigue teniendo algunos síntomas que ya no cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor y 40% no presenta trastorno del estado de ánimo. El trastorno tiene más probabilidades de persistir en tanto haya mayor severidad y esté asociado a enfermedades médicas.¹²

La depresión es usualmente recurrente: La mitad de las personas que han cursado con un episodio depresivo mayor tiene probabilidad de cursar al menos con otro en el transcurso de su vida.³ El riesgo de recurrencia se incrementa de manera significativa hasta 70% de riesgo para quienes han cursado con dos episodios depresivos y 90% de riesgo para quienes han cursado con tres episodios.³ Los pacientes con depresión recurrente también son más propensos a tener un incremento en la tasa de morbilidad y un pronóstico más pobre a largo plazo. El tratamiento puede condicionar una mejoría importante en un corto plazo, sin embargo, el que ello afecte significativamente el pronóstico a largo plazo o no, permanece poco claro.

Riesgo de suicidio

La ideación suicida y los intentos suicidas son comunes entre personas deprimidas. Uno de cada ocho intentos de suicidio es fatal y alrededor de 3% de las personas que han tenido intentos de suicidio eventualmente cometen suicidio consumado.¹² Debido a que la ideación suicida es una característica frecuente en la depresión, es importante evaluar a cada paciente como un potencial suicida. El suicidio es un acto rápido y violento que representa la culminación fatídica de un problema complejo. La depresión constituye uno de los factores asociados al mismo, además de edad mayor de 45 años, dependencia al alcohol y pérdida de salud física entre otros (*Cuadro 4*). Las ideas suicidas ocurren en 25% de casos de depresión grave; 12.2% en depresión moderada; y 3.5% de los casos de depresión leve (Almanza y cols., 1997).¹⁸

Anexo 1
Escala de Hamilton para Depresión. ¹⁵ Parte 1.

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Médico: _____ Edad: _____

RUBRO	RANGO	CALIFICACIÓN		PUNTOS
1. ÁNIMO DEPRIMIDO	0 -4	0 = ausente 1 = lo indica sólo si se le pregunta 2 = lo indica de manera espontánea	3 = lo comunica por expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto 4 = expresión verbal y no verbal	
2. SENTIMIENTOS DE CULPA	0 -4	0 = ausentes 1 = autorreproche, ha defraudado a la gente 2 = ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o pecados	3 = la enfermedad actual es un castigo, delirios de culpa 4 = voces acusatorias o denunciatorias, alucinaciones amenazantes	
3. SUICIDIO	0 -4	0 = ausente 1 = siente que no vale la pena vivir 2 = desea estar muerto o piensa en una posible muerte	3 = ideas o gestos suicidas 4 = intentos de suicidio	
4. INSOMNIO INICIAL	0 -2	0 = sin dificultad para dormir 1 = dificultad ocasional para dormir (más de media hora)	2 = dificultad para dormir cada noche	
5. INSOMNIO MEDIO	0 -2	0 = sin dificultad 1 = inquieto y alterado por la noche	2 = se despierta durante la noche; todos los pacientes que se levantan de la cama durante la noche deben calificarse con 2 (excepto si es para ir al baño)	
6. INSOMNIO TERMINAL	0 -2	0 = sin dificultad 1 = se despierta en la madrugada, pero regresa a dormir	2 = incapaz de volverse a dormir si se levanta de la cama	
7. TRABAJO Y ACTIVIDADES	0 -4	0 = sin dificultad 1 = pensamientos y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionados con las actividades, el trabajo o las diversiones 2 = pérdida de interés en la actividad, pasatiempos o trabajo, ya sea que ésta sea reportada por el paciente o manifestada por indiferencia, indecisión y vacilación (siente que tiene que esforzarse para trabajar o llevar a cabo actividades)	3 = reducción del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad. En el hospital califique con 3 si el paciente no dedica al menos 3 horas a actividades 4 = dejó de trabajar debido a la enfermedad actual. En el hospital ponga 4 si el paciente no emprende ninguna actividad aparte de las tareas del pabellón o no las hace sin ayuda	
8. RETARDO	0 -4	<i>Lentitud de pensamiento y palabra; alteración de la concentración; reducción de la actividad motora</i> 0 = habla y pensamiento normales 1 = ligero retraso 2 = retraso obvio en la entrevista		
9. AGITACIÓN	0 -4	0 = ninguna 1 = intranquilidad 2 = “juega” con las manos, el cabello, etc.	3 = continuo movimiento, no puede quedarse quieto 4 = se aprieta las manos, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios	
10. ANSIEDAD PSÍQUICA	0 -4	0 = sin dificultad 1 = tensión e irritabilidad subjetivas 2 = se preocupa por detalles	3 = actitud aprehensiva aparente en el rostro o en el habla 4 = expresa sus temores sin que se lo pregunten	

Escala de Hamilton para Depresión.¹⁵ Parte 2.

RUBRO	RANGO	CALIFICACIÓN	PUNTOS
11. ANSIEDAD SOMÁTICA	0 -4	<i>Manifestaciones fisiológicas que acompañan a la ansiedad. GASTROINTESTINALES: boca seca, flatulencias, diarrea, cólicos, eructos. CARDIOVASCULARES: palpitaciones, cefalea. RESPIRATORIOS: hiperventilación, suspiros. OTROS: micción frecuente, sudoración.</i>	
		0 = ausente 1 = leve 2 = moderada 3 = severa 4 = incapacitante	
12. SOMÁTICO GASTRO-INTESTINAL	0 -2	0 = ninguno 1 = pérdida del apetito, pero come sin estímulo por parte del personal; sensación de pesadez abdominal	2 = dificultad para comer sin exhortación, pide o requiere laxantes o medicación intestinal para síntomas gastrointestinales
13. SOMÁTICO GENERAL	0 -2	0 = ninguno 1 = pesadez en las extremidades o en la parte posterior de la cabeza. Dolores de espalda, cabeza y musculares. Pérdida de energía y cansancio fácil	2 = cualquier síntoma bien definido debe calificarse con 2
14. GENITAL	0 -2	<i>Disminución de la libido y alteraciones menstruales</i> 0 = ninguno 1 = leves	2 = severos
15. HIPOCONDRIASIS	0 -4	0 = ausente 1 = autoabsorción corporal 2 = se preocupa por su salud	3 = se queja frecuentemente, solicita ayuda 4 = delirios hipocondríacos
16. INSIGHT (INTUICIÓN)	0 -2	0 = reconoce estar deprimido y enfermo 1 = reconoce estar enfermo y lo atribuye a la mala comida, al clima, exceso de trabajo, virus, etc.	2 = niega por completo estar enfermo
17. PÉRDIDA DE PESO	0 -2	0 = sin pérdida de peso 1 = pérdida de peso ligera o dudosa	2 = pérdida de peso obvia o severa
	TOTAL		
VARIACIÓN DIURNA	0 -2	0 = sin variación 1 = presencia dudosa de variación diurna	2 = presencia clara de variación diurna, anotar si los síntomas son más intensos en la mañana (M) o en la tarde
DESPERSONALIZACIÓN Y DES- REALIZACIÓN	0 -4	<i>Sentimientos de irrealidad e ideas nihilistas</i> 0 = ausente 1 = leve 2 = moderada	3 = severa 4 = incapacitante
SÍNTOMAS PARANOIDES	0 -4	0 = ninguno 1 = sospechoso 2 = ideas de referencia	3 = delirios de referencia 4 = delirios de persecución
SÍNTOMAS OBSESIVOS	0 -2	0 = ausentes 1 = leves	2 = severos

- La calificación final se obtiene de la suma de los resultados parciales en los primeros 17 rubros.
- De acuerdo con la mayoría de las investigaciones clínicas un resultado de 15 o mayor señala un trastorno depresivo de intensidad moderada a severa.
- Por otro lado, conviene destacar que ésta es una de las escalas más utilizadas para evaluar la eficacia terapéutica de los agentes antidepressivos.
- En estos casos es más importante obtener una reducción significativa del valor inicial después de un periodo determinado de tratamiento.
- Si en una evaluación posterior se llega a obtener un resultado de 10 o menor, o una reducción de 50% del puntaje, se considera que la respuesta ha sido adecuada.

Fuente: Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960; 23, 56-7.

Anexo 2
CUESTIONARIO CLÍNICO PARA EL
DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEPRESIVO
Dr. Guillermo Calderón Narváez

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ M: _____ F: _____

Estado civil: _____ Ocupación: _____

Institución: _____ Fecha: _____

	NO	SÍ		
		POCO	REGULAR	MUCHO
1. ¿Se siente triste o afligido?				
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3. ¿Duerme mal de noche?*				
4. ¿En la mañana se siente peor?				
5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6. ¿Le ha disminuido el apetito?*				
7. ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8. ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9. ¿Considera que su rendimiento en el trabajo o en el estudio es menor?				
10. ¿Siente presión en el pecho?				
11. ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?				
12. ¿Se siente cansado o decaído?				
13. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15. ¿Está más irritable o enojón que antes?				
16. ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17. ¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18. ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19. ¿Siente deseos de morir?				
20. ¿Se siente apático, sin interés en las cosas?				

(*) Calificar igual si hay aumento de sueño o apetito.

CALIFICACIÓN

Preguntas contestadas en la primera columna (NO)	X1 = _____
Preguntas contestadas en la 2a. columna (POCO)	X2 = _____
Preguntas contestadas en la 3a. columna (REGULAR)	X3 = _____
Preguntas contestadas en la 4a. columna (MUCHO)	X4 = _____
TOTAL	_____

PUNTAJE EQUIVALENTE A:

20 A 35: NORMAL	36 A 39: REACCIÓN DE ANSIEDAD	40 A 45: DEPRESIÓN INCIPIENTE
46 A 65: DEPRESIÓN MEDIA	66 A 80: DEPRESIÓN SEVERA	

(†) Derechos de Autor

Elaboró el estudio: _____

Fuente: Calderon NG. Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos. Rev Med IMSS (México) 1992; 30: 377-80. Morales RM, Ocampo AVM, Alvarado CR. Validez y confiabilidad del cuestionario clínico de síndrome depresivo. Arch Neurocién 1996; 1(1): 11-15.

Abordaje y manejo

Por lo anterior una cuidadosa evaluación del riesgo suicida es un paso fundamental del abordaje de paciente con trastornos depresivos, explorando los factores de riesgo, la red social de apoyo o la ausencia de ésta, y tomar como precaución universal el “no dejar sólo a ningún paciente que se considere en riesgo”, como se describe en una revisión relativamente reciente de Almanza y cols. (1997).¹⁸

Comorbilidad y suicidio. La enfermedad médica concurrente o comórbida es el mayor factor de riesgo suicida. Cerca de 70% de los suicidios ocurren en pacientes con historia de enfermedad crónica,¹ por ejemplo, el rango de suicidio en pacientes con SIDA es de 21 a 36 veces más alto que en la población general.¹⁹ La depresión que se acompaña de salud física pobre cuenta para 25% de todos los suicidios que ocurren en pacientes ancianos, quienes constituyen solamente 10% de la población.¹ El abuso de sustancias y la presencia de dolor crónico o discapacidad también incrementan el riesgo de suicidio.

La desesperanza es otro factor de riesgo importante. Cuando los proyectos futuros no parecen ofrecer la posibilidad de mejoría en una situación dolorosa actual, el escape a través del suicidio puede parecer atractivo. Otros factores significativos de riesgo incluyen sexo masculino, raza blanca, presencia de síntomas psicóticos, aislamiento social, historia previa de intentos suicidas, abuso de alcohol y la existencia de un plan suicida con la intención de llevarlo a cabo.

Finalmente, la evaluación del suicida potencial es imprecisa. Cada individuo es capaz de suicidarse. Entonces, es importante indagar acerca de los pensamientos suicidas en todos los pacientes deprimidos. La mejor manera de evaluarlo es preguntando directamente a los pacientes si ellos están considerando el suicidio y si tienen o no un plan que pretendan llevar a cabo, así como la disponibilidad de agentes de autodaños tales como armas, acceso a edificios altos, etc. La identificación de un riesgo significativo en un paciente depresivo es una emergencia y frecuentemente requiere inmediata referencia a un psiquiatra o bien de hospitalización para garantizar la seguridad de los pacientes.

El médico de cuidado primario se encuentra en una posición de enorme ventaja por relación directa y constante con sus pacientes físicamente enfermos, en quienes tiene la oportunidad de indagar la existencia de síntomas depresivos como parte de la exploración médica general. Si los pacientes escuchan preguntas acerca de sus síntomas emocionales a la par que sobre aspectos físicos, percibirán dicha exploración como parte integral de su revisión. Este simple hecho constituye un factor importante que favorece la aceptación de tratamiento antidepresivo, si está indicado; y, en su caso, la aceptación de la referencia con algún profesional de salud mental.

El tratamiento de la depresión requiere de una combinación apropiada de farmacoterapia, psicoterapia, así como la integración de la familia y/o la red de apoyo social del paciente. La información suficiente y oportuna permitirá a pacientes y familiares tener expectativas claras acerca del tratamiento y del pronóstico.

Psicoterapia

Aun cuando existen pocos estudios concluyentes acerca de su eficacia, el abordaje psicoterapéutico permite ofrecer al paciente una forma de apoyo emocional que contribuye a mejorar su autoestima y a identificar eventos y situaciones específicas en su interacción interpersonal que pueden relacionarse con sintomatología depresiva, pudiendo entonces implementarse diversas estrategias psicoeducativas para mejorar la forma de abordar dicha problemática. Se acepta y reconoce actualmente que es recomendable la implementación de abordajes psicoterapéuticos breves, ya sea de corte psicoanalítico, cognitivo-conductual o interpersonal. Algunos estudios disponibles muestran evidencia de que las psicoterapia cognitivo-conductual e interpersonal tiene rangos de eficacia de 40 a 50%, lo cual se incrementa al combinarlas con farmacoterapia.¹ Por otro lado, se recomienda que la psicoterapia pueda ser considerada como primera línea de tratamiento en casos de depresión leve, no complicada y sin rasgos de melancolía (*Cuadro 5*), particularmente si el pa-

Cuadro 5. Criterios para la especificación de síntomas melancólicos.¹²

A. Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el periodo más grave del episodio actual:

1. Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades.
2. Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

B. Tres (o más) de los siguientes:

1. Una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (p. ej., el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido).
2. La depresión es habitualmente peor por la mañana.
3. Despertar precoz (al menos 2 horas antes de la hora habitual de despertarse).
4. Enlentecimiento o agitación psicomotores.
5. Anorexia significativa o pérdida de peso.
6. Culpabilidad excesiva o inapropiada.

Cuadro 6. Efectos secundarios de los fármacos antidepresivos.

Agente	Resequedad boca	Agitación	Hipotensión	Arritmia	Distrés Gastrointestinal	Ganancia de peso
Tricíclicos y heterocíclicos						
Amitriptilina (Tryptanol)	4+	0	4+	3+	0	4+
Desipramina	1+	1+	2+	2+	0	1+
Doxepina	4+	0	2+	2+	0	3+
Imipramina (Tofranil)	3+	1+	4+	3+	1+	3+
Nortriptilina	1+	0	2+	2+	0	1+
Amoxapina	2+	2+	2+	3+	0	1+
Bupropion (Wellbutrin)	0	2+	0	1+	1+	0
Trazodona	4+	0	1+	1+	1+	1+
Nuevos antidepresivos						
Nefazodona HCl (Serzone)	3+	1+	1+	1+	1+	1+
Venlafaxina (Efexor XR)	1+	0	1+	1+	1+	1+
Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina						
Fluoxetina (Prozac)	0	2+	0	0	3+	0
Paroxetina HCl (Paxil)	0	2+	0	0	3+	0
Sertralina HCl (Altruline)	0	2+	0	0	3+	0
Inhibidores de la monoaminoxidasa						
Fenelzina (Nardil)	1+	2+	2+	0	1+	2+
Tranilcipromina (Parnato)	1+	2+	2+	0	1+	2+

Los rangos representan la frecuencia, con 0 = ausente, y 4 = relativamente común. Adaptado del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América.¹

ciente la prefiere en vez de la farmacoterapia o ha tenido una respuesta positiva a psicoterapia previa.¹ Dada la naturaleza de la psicoterapia como una disciplina específica que exige entrenamiento formal y supervisado, es preciso que el médico general refiera a sus pacientes con psicoterapeutas calificados para lo cual es recomendable investigar a aquellos disponibles en su área.

Farmacoterapia

El primer punto a considerar en la decisión para prescribir un antidepresivo debe ser la severidad de los síntomas aunado a la voluntad del paciente para lidiar con los posibles efectos colaterales. Los antidepresivos han recibido un importante monto de publicidad negativa o distorsionada y los pacientes pueden estar influenciados en su decisión de tratamiento con base en información incompleta de los medios de comunicación. Una parte fundamental es entonces explorar las presunciones del paciente, sus creencias y mitos para proveer información clara, confiable y bien documentada que contribuya a eliminar distorsiones que pueden afectar la adherencia terapéutica, la cual está influenciada por factores adicionales tales como el costo del tratamiento y los efectos colaterales.²⁰

Una forma de favorecer la adherencia terapéutica es simplificar el régimen de tratamiento, lo cual es posible con medicamentos como la fluoxetina, paroxetina, citalopram y escitalopram. La fluvoxamina puede utilizarse una o dos veces al día, y tiene utilidad específica en pacientes con sin-

tomatología obsesiva asociada a depresión, además de que está específicamente indicada en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo.²¹

La farmacoterapia antidepresiva ha mostrado ser segura y efectiva. La mejoría significativa ocurre en 40 a 80% (Moda = 50%) de pacientes sujetos a farmacoterapia,¹ quienes tienen menores rangos de morbilidad y discapacidad.^{1,10} Un promedio de mejoría de 58% fue obtenido en diez estudios conducidos en escenarios clínicos de cuidado primario.¹

Los fármacos antidepresivos se dividen en tres tipos: inhibidores de la monoaminoxidasa, compuestos tricíclicos y heterocíclicos e inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Los pacientes severamente deprimidos responden bien a la terapia con tricíclicos. Aquellos con depresión atípica, caracterizada por excesivo sueño y ganancia de peso corporal, responden mejor a los inhibidores de la monoaminoxidasa o a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.¹ En general, se considera que todos los medicamentos ofrecen beneficios equivalentes.

Efectos secundarios e indeseables

En relación con la presencia de efectos secundarios, algunos suelen ocurrir sólo al inicio del tratamiento y otros después de algunas semanas. Los posibles efectos y sus características deben ser discutidos ampliamente con el paciente: activación versus sedación, ganancia de peso versus pérdida de peso, molestias gastrointestinales y efectos sexuales secundarios.

Sedación versus activación. Los pacientes pueden preferir un antidepresivo que causa sedación en función de su estilo de vida y ocupación. En el pasado el uso de tricíclicos aseguraba al paciente con insomnio una mejoría muy importante en pocos días. Sin embargo, la sedación significativa que la mayoría de los pacientes experimentan con dicho grupo de fármacos es una de las indicaciones para utilizar algunos de los nuevos fármacos antidepresivos.¹

Para pacientes con una gran necesidad de dormir, el tratamiento con mirtazapina, nefazodona, paroxetina o fluvoxamina puede ser considerada. Para quienes cursan con síntomas de retardo psicomotor, alguno de los antidepresivos con mayor capacidad de activación tales como fluoxetina, venlafaxina o bupropión es una buena elección. La sertralina y el citalopram causa un poco de agitación y sedación y se ubica en un punto medio entre las alternativas previas. Casi todos los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina causan algo de agitación en los primeros días de su inicio, pero este efecto secundario usualmente desaparece por sí mismo y casi siempre se resuelve cuando la dosis es reducida.

En aquellos pacientes que experimentan síntomas de disconfort al inicio de inhibidores de recaptura de serotonina pueden beneficiarse de la suspensión por pocos días (2 o 3) y del reinicio a una dosis más baja. Es importante tener siempre en mente que el riesgo de suicidio puede incrementarse cuando el paciente percibe un aumento de energía antes de que exista mejoría significativa en el estado depresivo, la desesperanza y los pensamientos suicidas. Este riesgo es también alto si la terapia antidepresiva es detenida en forma prematura y los pensamientos negativos de desesperanza y suicidio retornan rápidamente.²⁰

Pérdida o ganancia de peso. En el curso de la práctica general es frecuente ver pacientes o con pérdida de peso por pérdida de apetito o con ganancia de peso por hiperfagia secundarias a la condición clínica de depresión. La mirtazapina y la paroxetina son buenas elecciones para pacientes que pueden beneficiarse con la estimulación del apetito. La fluoxetina, la venlafaxina, la nefazodona y el bupropión son buenas elecciones para pacientes con hiperfagia o quienes potencialmente puedan ganar peso. La sertralina y el citalopram son elecciones intermedias adecuadas por tener menos posibilidad de desencadenar cambios de peso. La fluoxetina es la única droga que ha sido aprobada para el tratamiento de la bulimia y puede ser una buena elección de tratamiento para pacientes deprimidos en quienes existan algunos de los criterios para anorexia o bien se confirma la comorbilidad entre depresión y anorexia.

Efectos secundarios gastrointestinales. Las molestias gastrointestinales son probablemente las más comúnmente asociadas al uso de nuevos antidepresivos. Muchos pacientes reportan "QUEASINESS" después de iniciar algún inhibidor de recaptura de serotonina, lo cual se resuelve en uno a tres días, pero requiere suspender la medicación y reiniciarla a una dosis más baja. La ocurrencia y necesidad de dicha maniobra es realmente baja y puede preverse iniciando el tratamiento a una dosis baja desde el principio para ir

ajustándola gradualmente. Si a pesar de ello surge malestar gastrointestinal, puede optarse por la suspensión transitoria y el reinicio a una dosis un poco más baja.²⁰

La constipación vista con los tricíclicos raramente ocurre con los nuevos agentes, pero algunos pacientes reportan diarrea que puede requerir la suspensión de la medicación. La dispepsia puede ocurrir también, pero usualmente responde al uso de bloqueadores H-2. El bupropión es el más probable en causar diarrea entre los antidepresivos más recientemente desarrollados. La nefazodona no debe ser usada en pacientes con enfermedad hepática preexistente, de hecho su presentación muestra la leyenda de advertencia sobre riesgo de falla hepática.

Efectos sexuales secundarios. Los pacientes que prematuramente suspenden la toma de antidepresivos frecuentemente citan efectos sexuales secundarios como la razón para ello. En la actualidad hay una posibilidad de que los antidepresivos puedan mejorar la vida sexual del paciente debido a que restauran la libido, incrementan la energía y mejoran el ciclo de sueño. Sin embargo, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y la venlafaxina son conocidos por ocasionar cambios significativos en la respuesta sexual debido a que incrementan la actividad serotoninérgica en el sitio de los receptores 5-HT₂.²²

Algunos pacientes se quejan de pérdida de la libido y de la falta de respuesta sexual, mientras que otros experimentan un retraso en el tiempo del orgasmo. Para algunos hombres con historia de eyaculación prematura es bienvenido este retraso en alcanzar el orgasmo, pero la mayoría reporta que interfiere con su disfrute sexual y puede causar preocupación a su pareja. Los pacientes siempre están dispuestos a tratar los síntomas secundarios para sentirse mejor, sin embargo, la pareja del (o la) paciente puede estar tan insatisfecha (o) con tal cambio en su vida sexual que puede pedir al paciente la suspensión de la medicación.

El médico general o especialista debe estar siempre atento y dispuesto a explorar estos aspectos de manera apropiada y respetuosa a fin de prevenir la interferencia con la adherencia terapéutica y por ende con el resultado final del tratamiento antidepresivo. Es recomendable por ello que todos los pacientes sean advertidos sobre el riesgo de efectos sexuales colaterales e informados de que existen diversas alternativas disponibles, de manera que pueda en forma oportuna discutirse una solución antes de agregar un riesgo al suspender abruptamente el tratamiento. Algunos pasos simples tales como la observación de los síntomas por algunos días, la reducción de la dosis, el cambio en el tiempo de administración o la programación de descanso del fármaco ciertos días puede contribuir a atenuar o resolver el problema.²⁰

Adicionalmente el uso de buspirona a dosis bajas, Ginkgo Biloba, o ciproheptadina pueden ser útiles en el tratamiento de los efectos sexuales secundarios y proveer confort sin cambiar la dosis de los medicamentos antidepresivos,²² sildenafil puede también ser efectivo para algunos pacientes masculinos, pero es poco claro qué tanto puede ayudar a pa-

cientes femeninos.²³ La cuidadosa exploración de la historia sexual provee una guía importante para el manejo y prevención de dicha problemática.

La mirtazapina y nefazodona son menos propensos a causar efectos sexuales secundarios debido a sus propiedades de antagonismo con los receptores 5-HT₂. Igualmente el bupropión no tiene actividad serotoninérgica directa y no se asocia generalmente a dichos problemas. Un reporte clínico²⁴ mostró que el uso de bajas dosis de bupropión junto con un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina puede obviar los efectos sexuales secundarios.

En general, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina tienen efectos secundarios menos severos que otros agentes y son más seguros en caso de sobredosis. Consecuentemente son elegidos como primera opción con frecuencia, particularmente en pacientes con condiciones médicas o riesgos adicionales, por ejemplo, pacientes ancianos. Además de ello, los agentes pueden ser seleccionados con base en su perfil de efectos secundarios (*Cuadro 5*). Por ejemplo, un antidepresivo tricíclico puede ser elegido si el insomnio es significativo, o bien un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina será seleccionado si la existencia de letargia es prominente.

Resequedad de boca y sedación son comunes con el uso de amitriptilina, doxepina, imipramina y trazodona. El insomnio o la ansiedad pueden ser inducidos por todos los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y por el bupropión. Todos los agentes tricíclicos y heterocíclicos, excepto bupropión contribuyen a la hipotensión ortostática y arritmias cardíacas, particularmente a dosis elevadas. Todas las drogas antidepresivas pueden causar malestar gastrointestinal y disfunción sexual. Los tricíclicos, heterocíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa pueden producir incremento significativo de peso. Un factor adicional en la selección es el costo, especialmente cuando existe la alternativa de fármacos genéricos. Los medicamentos de patente, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, generalmente cuestan entre 400 a 600 pesos mensuales.²⁵

Aspectos farmacológicos e interacciones medicamentosas

Existe evidencia creciente de que los compuestos tricíclicos y heterocíclicos pueden interactuar adversamente con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y producir un delirio agudo.^{26,27} Tal condición es similar al síndrome serotoninérgico, una interacción peligrosa entre inhibidores de la monoaminoxidasa y fármacos tricíclicos, heterocíclicos, o inhibidores de la recaptura de serotonina resultando en un exceso de estimulación cerebral serotoninérgica.²⁸ Dicha coadministración es complicada, además por el hecho de que los inhibidores de la recaptura de serotonina inhiben y son sustratos de enzimas citocromo P-450. Los tricíclicos son también sustratos metabólicos de dichas enzimas. Además numerosos medicamentos psiquiátricos son influenciados por dicho sistema P-450. El curso más seguro es administrar únicamente un fármaco antidepresivo a la vez. Sin embargo, la coadministración cuidadosa de tricíc-

licos con inhibidores de la recaptura de serotonina puede incrementar la eficacia terapéutica.²⁹

La evitación de interacciones medicamentosas peligrosas es un objetivo importante. Un monitoreo cuidadoso se requiere cuando un inhibidor de la recaptura de serotonina es administrado concurrentemente con medicamentos betabloqueadores y drogas analgésicas. Asimismo, los inhibidores de recaptura de serotonina no deben administrarse a pacientes que estén tomando ciertos antihistamínicos como astemizol o terfenadina.

Duración del tratamiento

Los regímenes antidepresivos deben ser administrados por al menos seis a ocho meses, con ajustes para alcanzar la dosis mínima efectiva tolerada antes de que otras alternativas de tratamiento sean consideradas. Tras la remisión, muchos pacientes deben continuar con terapia antidepresiva por seis meses a dos años. Los pacientes con depresión recurrente son tratados por años y quizás décadas. Aunque la mejoría en los síntomas clínicos es un indicador confiable de respuesta terapéutica, cada vez es más aceptado que la remisión es indispensable a fin de prevenir recurrencias.

Las benzodiacepinas son en ocasiones administradas para manejo sintomático en pacientes deprimidos. Sin embargo debido a que el uso a largo plazo de las mismas puede resultar en habituación, tales agentes no deben ser considerados como primera línea de tratamiento para depresión, especialmente en pacientes que tienen historia de abuso de sustancias.

El abordaje del tratamiento de la depresión en el paciente anciano no es significativamente diferente de otros pacientes deprimidos, excepto que la dosificación debe ser reducida. Los inhibidores de la recaptura de serotonina son actualmente preferidos debido a su baja frecuencia de efectos secundarios. Sin embargo, a pesar de ello, con dichos fármacos, los efectos adversos son más frecuentes y son potencialmente más serios en pacientes ancianos que sus contrapartes jóvenes.³⁰

Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) es la intervención más efectiva disponible para la depresión, particularmente en sus más severas formas, por ejemplo, con riesgo de suicidio inminente, melancolía y depresión psicótica.¹ Dicho tratamiento es seguro, aun en pacientes con padecimientos médicos asociados y pacientes ancianos.^{1,29} El uso de TEC no excluye la farmacoterapia. Aunque la TEC induce la remisión de la depresión, la duración de su efecto es limitada; por ello el tratamiento con medicación antidepresiva es requerido para prevenir una recaída a largo plazo. Las complicaciones que pueden ocurrir están relacionadas con los riesgos de la anestesia general, disfunción de memoria transitoria, malestar postictal e interacciones entre diversa medicación y la terapia electroconvulsiva.³¹

Depresión refractaria

La dosificación inadecuada del fármaco antidepresivo o su uso por un tiempo menor al requerido (habitualmente un

mínimo de seis semanas) son las razones más comunes para una respuesta subóptima o parcial al tratamiento.¹ La dosificación máxima recomendada por el laboratorio es algunas veces necesaria para alcanzar una remisión adecuada. Si el tratamiento con una droga antidepresiva no es efectivo, otro agente de la misma clase o uno de un grupo antidepresivo diferente puede ser benéfico, puede agregarse el uso conjunto de litio, valproato de sodio o divalproato de sodio, carbamazepina, un agente neuroléptico, o una hormona tiroidea. Como se mencionó, la precaución debe ejercerse cuando se combinan fármacos antidepresivos con otros agentes terapéuticos.²⁶⁻²⁸

A este respecto es importante señalar que a nivel cuidado primario, la depresión refractaria debe detectarse y referirse al especialista en psiquiatría, a quien corresponde implementar algunas de las estrategias comentadas. Lo mismo procede en el caso de depresión con rasgos melancólicos o psicóticos en un paciente con historia de manía (por ejemplo, trastorno bipolar), ya que ello constituye una enfermedad más compleja y su tratamiento es más difícil. La referencia es entonces recomendada para tales pacientes y en ellos está contemplada la terapia electroconvulsiva como una alternativa terapéutica.

Conclusiones y recomendaciones

La depresión es un trastorno común en la práctica médica general, por ello el médico de cuidado primario se encuentra en una posición privilegiada para contribuir a su detección oportuna, tratamiento integral adecuado y canalización al especialista en su caso. Para llevar a cabo dicha labor, necesaria e importante, resultará útil para el médico general tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Explorar en los pacientes de consulta general sintomatología depresiva en forma sistemática.
2. Efectuar una exploración más minuciosa en pacientes con enfermedades físicas tales como diabetes, dolor crónico, cáncer y SIDA en función de su asociación con depresión.
3. Utilizar como guía clínica en la exploración de los síntomas los criterios diagnósticos (*Cuadros 1, 2 y 3*) para los trastornos depresivos.
4. Aplicar en forma juiciosa y apropiada las escalas clínicas para establecer el diagnóstico y su severidad, así como estar en posibilidades de monitorizar la respuesta al tratamiento.
5. Implementar un abordaje terapéutico integral que incluya farmacoterapia, psicoterapia y la consideración de aspectos psicosociales y familiares.
6. Formular una lista de profesionales calificados en psiquiatría, psicología y psicoterapia a fin de estar en condiciones de llevar a cabo la referencia y canalización apropiada a sus pacientes.
7. En la elección de un fármaco antidepresivo tomar en consideración la severidad del cuadro clínico del pa-

ciente y la posible existencia de efectos colaterales (*Cuadro 5*).

8. Detectar oportunamente casos de depresión resistente, recurrente o asociación a síntomas psicóticos, melancólicos, entre otros, y proceder a su canalización apropiada.
9. Difundir entre sus paciente información confiable y clara sobre depresión y otros aspectos relevantes de salud mental a fin de contribuir a la disminución del estigma que aún existe en torno a la enfermedad mental y abatir las barreras que retrasan la búsqueda de atención en los servicios de salud mental.

Referencias

1. US Department of Health and Human Services. Depression in primary care. Vol 2. Treatment of major depression. In: Clinical practice guideline. No. 5. Rockville, Md: Dept of Health and Human Services, 1993; AHCPR Publication No. 93-0551.
2. Medina MME, Borges G, Lara MC, Benjet C, Blanco JB, Fleiz BC, Villatoro VJ, Rojas GE, Zambrano RJ, Casanova RL, Aguilar GS. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios; resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26(4): 1-16.
3. US Department of Health and Human Services. Depression in primary care. Vol 1. Detection and diagnosis. In: Clinical practice guideline. No. 5. Rockville, Md: Dept of Health and Human Services, 1993; AHCPR Publication No. 93-0550.
4. Feldman E, Mayou R, Hawton K, et al. Psychiatric disorder in medical in-patients. *Q J Med* 1987; 63(241): 405-12.
5. House A, Dennis M, Mogridge L, et al. Mood disorders in the year after first stroke. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 83-92.
6. Goodnick PJ. Recognizing and treating depression in outpatients with diabetes. *Clin Diabetes* 1993; Nov-Dec: 1-9.
7. Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle DA, et al. The nature and course of depression following myocardial infarction. *Arch Intern Med* 1989; 149(8): 1785-9.
8. Téllez ZJF, Morales BLE, Cardiel MH. Frecuencia y factores de riesgo para depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de tercer nivel de atención. *Med Int Mex* 2001; 17(2): 54-62.
9. Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, et al. Medical comorbidity of major depressive disorder in a primary medical practice. *Arch Intern Med* 1990; 150(11): 2363-7.
10. Von Korff M, Ormel J, Katon W, et al. Disability and depression among high utilizers of health care: a longitudinal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(2): 91-100.
11. Simon GE, Von Korff M, Barlow W. Health care costs of primary care patients with recognized depression. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(10): 850-6.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: Am Psychiatric Assn; 1994, p. 317-91.
13. Brown GW, Harris TO, Hepworth C. Life events and endogenous depression: a puzzle reexamined. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(7): 525-34.
14. Petty F. The depressed alcoholic: clinical features and medical management. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14(4): 258-64.
15. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1960; 23: 56-7.
16. Calderon NG. Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos. *Rev Med IMSS (México)* 1992; 30: 377-380.
17. Morales RM, Ocampo AVM, Alvarado CR. Validez y confiabilidad del cuestionario clínico del síndrome depresivo. *Arch Neurocién* 1996; 1(1): 11-15.
18. A. Almanza MJJ, Grain JJP, Becerril MJR, Cuevas CC. Suicidio e intento suicida, revisión actualizada. *Rev Sanid Mil Mex* 1997; 51(6): 260-6.

19. El-Mallakh RS, Okoneski D, Schapiro P, et al. A neuropsychiatric program for HIV-infected individuals. *Md Med J* 1993; 42(6): 565-70.
20. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2000; 157(Suppl. 4): 1-45.
21. Sonawalla SB, Spillmann MK, Kolsky AR, et al. Efficacy of fluvoxamine in the treatment of major depression with comorbid anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(9): 580-3.
22. Delgado PL, McGahuey CA, Moreno FA, et al. Treatment strategies for depression and sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry Monograph* 1999; 17(1): 15-21.
23. Nurnberg HG, Gelenberg A, Hargreave TB, et al. Efficacy of sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction in men taking serotonin reuptake inhibitors. *Am J Psychiatry* 2001; 158(11): 1926-8.
24. Clayton AH, McGarvey EL, Abouesh AI, et al. Substitution of an SSRI with bupropion sustained release following SSRI-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(3): 185-90.
25. Clark DB. Costs of antidepressant medications. (Letter) *J Clin Psychiatry* 1995; 56(9): 432.
26. Goldberg RJ, Huk M. Serotonin syndrome from trazodone and buspirone. (Letter) *Psychosomatics* 1992; 33(2): 235-6.
27. Reeves RR, Bullen JA. Serotonin syndrome produced by paroxetine and low-dose trazodone. (Letter) *Psychosomatics* 1995; 36(2): 159-60.
28. Sternbach H. The serotonin syndrome. *Am J Psychiatry* 1991; 148(6): 705-13.
29. Zajecka JM, Jeffriess H, Fawcett J. The efficacy of fluoxetine combined with a heterocyclic antidepressant in treatment-resistant depression: a retrospective analysis. *J Clin Psychiatry* 1995; 56(8): 338-43.
30. Philibert RA, Richards L, Lynch CF, et al. Effect of ECT on mortality and clinical outcome in geriatric unipolar depression. *J Clin Psychiatry* 1995; 56(9): 390-4.
31. Lippmann SB, El-Mallakh R. Can electroconvulsive therapy be given during lithium treatment. *Lithium* 1994; 5: 205-9.