

# DEPRESIÓN

Dr. Carlos A. Sosa Mendoza.

Médico Psiquiatra.

Enero 2020.



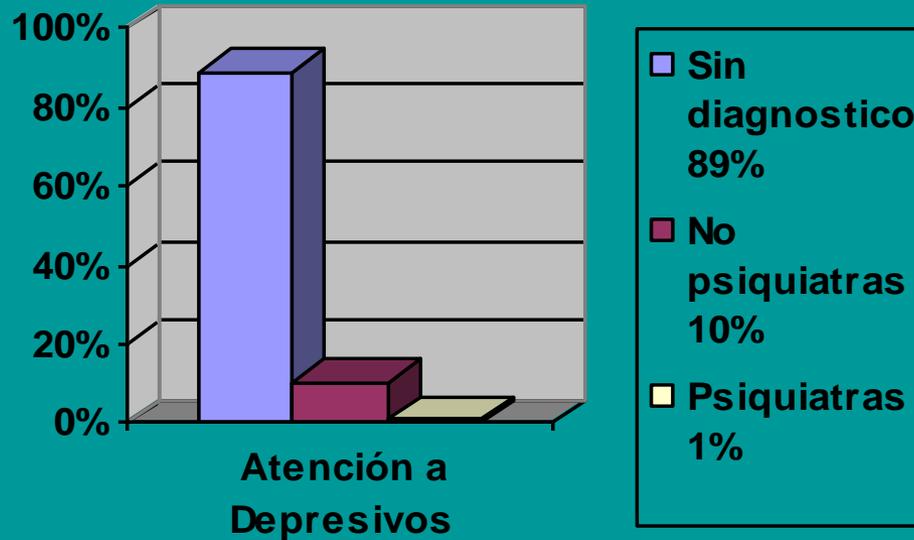
C. Sosa M

# DEPRESION. INTRODUCCION:

- Trastorno mental que causa discapacidad. Carácter recurrente y posible cronificación.
- Prevalencia elevada:
  - ◆ Alrededor del 15% de la población mundial:
    - ★ 10-25% de enfermos vistos por A. Primaria.
    - ★ 50% de enfermos vistos por Psiquiatría
    - ★ 30% de ingresos en UHB

# Fenómeno Iceberg( Watts):

- Del 15% total de depresivos. La mayoría es inaccesible al tratamiento. Dato diferente hoy?



# Estudio Zaragoza( Lobo y cols 1997)

- Proporción de no detectados parece haberse reducido= 35%( A. Primaria)



# Motivos:

- ◆ Menor proporción de depresiones puras, típicas y graves. Mayor proporción de cuadros atípicos y leves. DEPRESIONES ENMASCARADAS: Dificultades diagnósticas por síntomas somáticos predominantes. Al menos el 50% del total.
- ◆ Resistencia del paciente a solicitar consulta por temor a ser etiquetado de enfermo mental.

# Depresivos tratados:

La mayoría por no psiquiatras (90%)



# EPIDEMIOLOGÍA

- OMS: 4ta causa de discapacidad a nivel mundial
- 3 a 6% de la población general
- Una de cada 5 personas que nacen padecerá depresión al menos una vez en la vida, el 70% tendrá mas de un episodio.
- El riesgo es de 2 a 6 veces mayor en parientes de primer grado

Sinopsis de psiquiatría. Kaplan y Sadock. Sadock, Benjamin; Sadock, Virginia. 526-565, 10a edición. Ed. Wolter 2008.

# EPIDEMIOLOGÍA

- 2 veces más frecuente en el sexo femenino
- Más frecuente en la adolescencia, el puerperio (6 meses después del nacimiento)
- La edad depende eventos estresantes, antecedentes genético-familiares y cambios hormonales.
- Frecuente entre los 20 y 50 años
- Más frecuente en áreas rurales

Sinopsis de psiquiatría. Kaplan y Sadock. Sadock, Benjamin; Sadock, Virginia. 526-565, 10a edición. Ed. Wolter 2008.

# COMORBILIDAD



- Frecuente asociación a:
  - ◆ Abuso o dependencia de sustancias, alcohol
  - ◆ Trastorno de angustia
  - ◆ Trastorno obsesivo compulsivo
  - ◆ Trastorno de ansiedad social

Sinopsis de psiquiatría. Kaplan y Sadock. Sadock, Benjamin; Sadock, Virginia. 526-565, 10a edición. Ed. Wolter 2008. Pssiquiatría. Alracon, 2008.

# Depresión y Medicina

- Empeora cualquier condición patológica.
- 7 a 12 veces más de riesgo de trastornos isquémicos en pacientes mayores.
- 45% de los pacientes que han presentado IAM padecen depresión
- 15-20% de los pacientes con depresión padecen enfermedad coronaria.
- Infartos cerebrales silenciosos en la zona frontal.



# Etiopatogenia multifactorial(I)

## FACTORES:

-Genéticos: Endógena

-Somáticos: Somatógena

-Psíquicos y/o sociales: Psicógena/ reactiva

Personalidad predispuesta: Orden/perfección

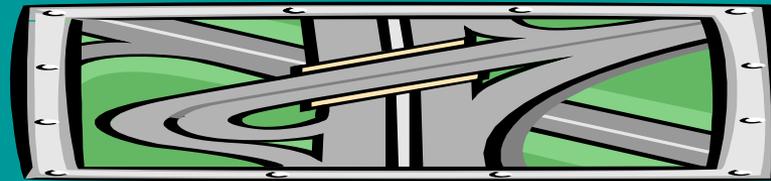
Oscilación humor

## Depresión:

Disfunción de neurotransmisores y otras alteraciones.(Alteraciones Eje Hipotálamo/H. Adrenal. Vulnerabilidad al estrés por alteraciones morfológicas o experiencias negativas precoces etc)

# Etiopatogenia ( II):

- Genética + agresiones fisiopatológicas y/o psíquicas
- En Personalidades predispuestas//
- Disfunciones bioquímicas y otras alteraciones neurofisiológicas



DEPRESIONES

# ETIOLOGÍA

- Factores biológicos
  - ◆ Aminas biógenas

Noradrenalina

- Disminución de la sensibilidad de los receptores  $\beta$  adrenérgicos
- Receptores presinápticos  $\beta_2$ , disminuye NA

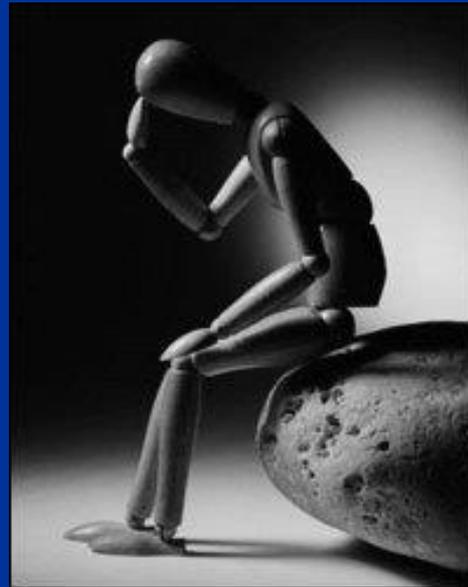
Serotonina

- Neurotransmisor asociado con mayor frecuencia
- Fisiopatología

# ETIOLOGÍA

## Dopamina

- Se encuentra disminuida
- Disfunción de la vía mesolímbica dopaminérgica
- Hipoactividad del receptor D1 de la dopamina



lan y  
in;  
Caddock, Virginia. 520-505, 10a  
edición. Ed. Wolter 2008.

# Etiología

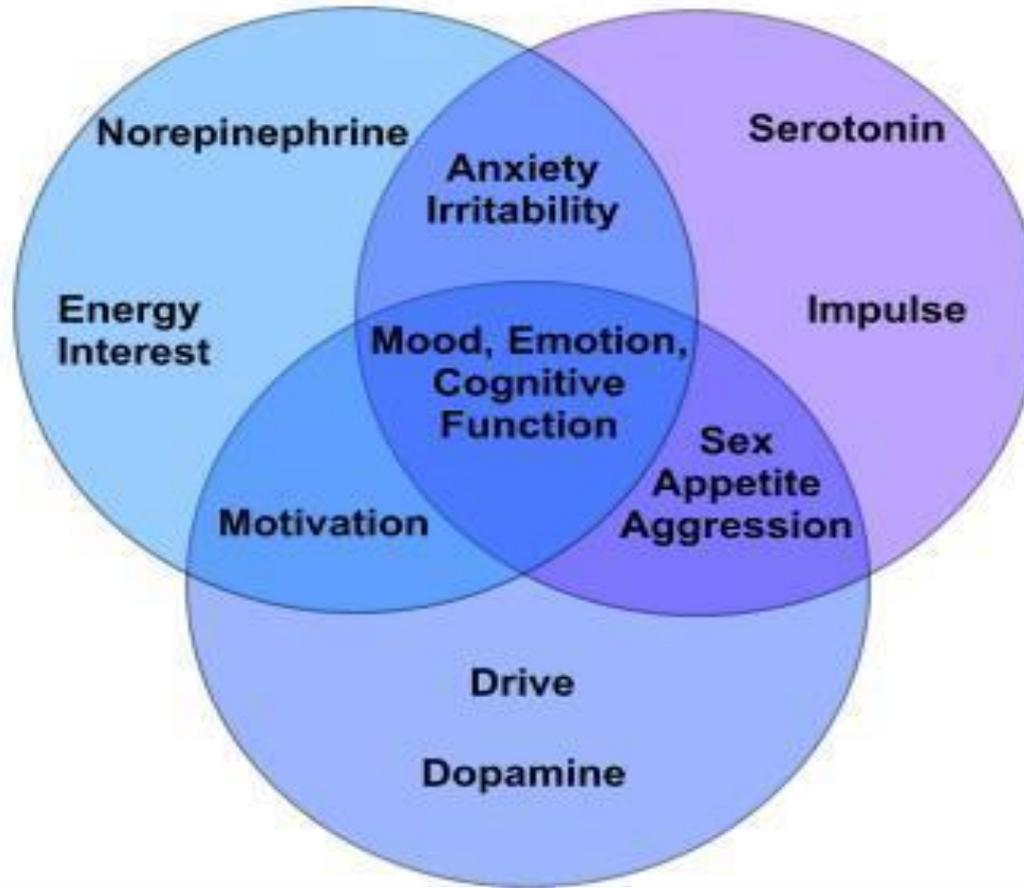


Sinopsis de psiquiatría. Kaplan y Sadock. Sadock, Benjamin; Sadock, Virginia. 526-565, 10a edición. Ed. Wolter 2008.

# Neurotransmisores

Medscape® www.medscape.com

Figure 3. Role of NE and 5HT in the generation of depressive symptoms





# CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

- Depresión mayor, episodio único: Síndrome depresivo completo, de días o meses de duración.
- Depresión mayor, recurrente: Varios episodios de depresión mayor.
- Distimia: Alteración crónica duración de 2 años o más, del estado de depresión.
- Trastorno depresivo, sin otra especificación

# DIAGNOSTICO DE LA DEPRESIÓN

- CLINICO
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
  - ◆ PSICOMETRICAS
  - ◆ BIOLÓGICAS

# DIAGNOSTICO CLINICO:

- Buena Anamnesis:

- A. Personales. Personalidad.  
Familiares. Factores de estrés.

- ◆ Síntomas Psíquicos: emociones y pensamiento.
    - ◆ Somático-Vegetativos.
    - ◆ Cronobiología
    - ◆ Alteraciones conductuales y lenguaje “no verbal”

# Síntomas Psíquicos: Emociones

- Tristeza patológica. En atípicos puede estar ausente. Otras veces puede estar oculta por otra sintomatología
- Anhedonia
- Ansiedad: Miedo intenso sin causa
- Irritabilidad.
- Anestesia afectiva

# Síntomas Psíquicos: pensamiento

- Disminución de la atención. Dificultad para pensar
- Indecisión
- Visión negativa del mundo
- Baja autoestima y autorreproches
- Pérdida de interés
- Desesperanza, desamparo y desventura.
- Ideas de incapacidad, culpa, ruina, hipocondríacas
- Ideas de suicidio
- Estilo cognitivo diferente en el endógeno/neurótico.

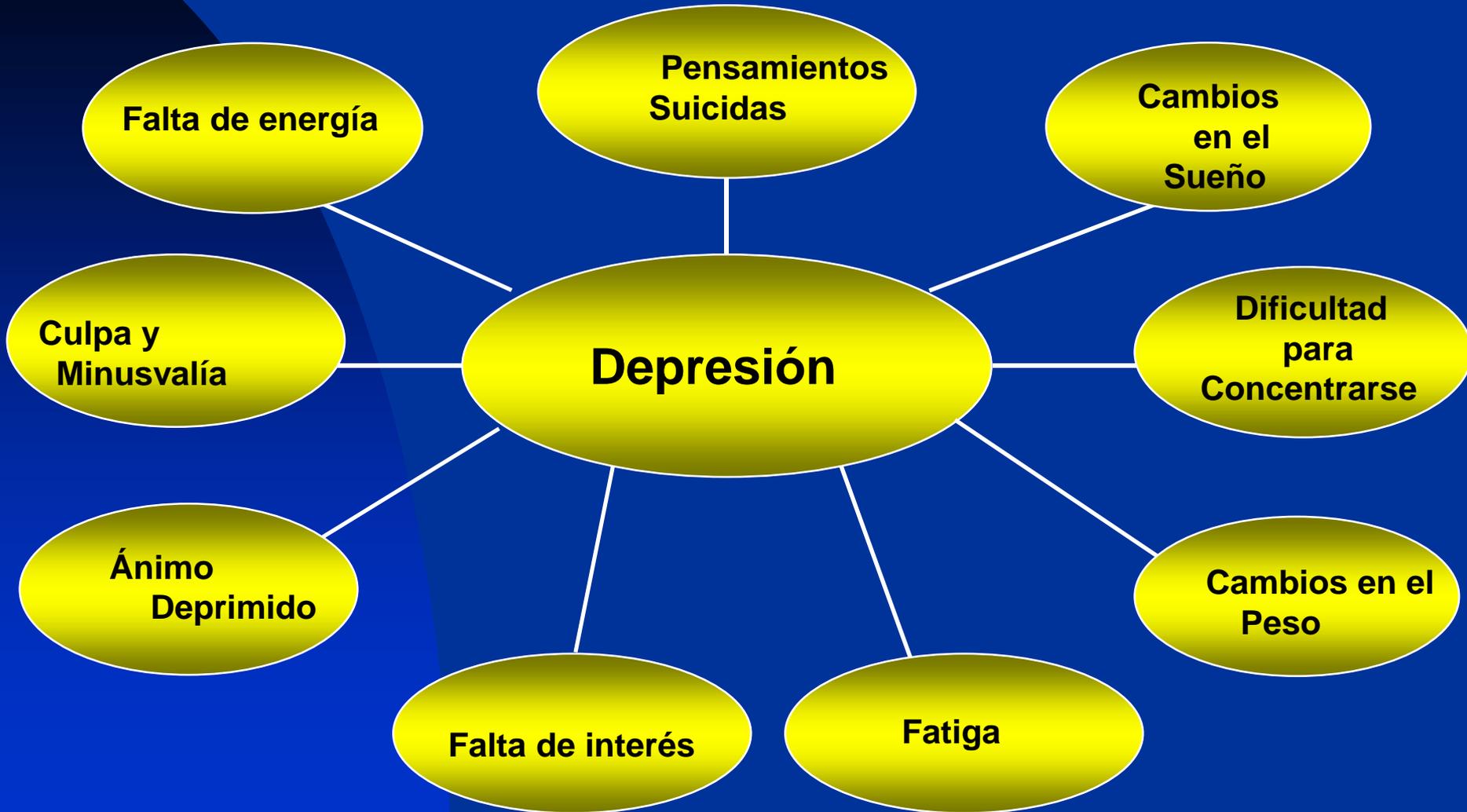
# Trastornos Somáticos:

- Sueño
- Apetito/peso
- Estreñimiento
- Alteraciones menstruales/sexuales
- Astenia/ Apatía
- Dolores diversos



# Síntomas y Signos

---



# Conducta y lenguaje no verbal:

- Expresión triste.
- Llanto
- Tendencia al aislamiento. Clinofilia
- Lentitud o agitación en los movimientos
- Abandono del cuidado personal
- Intentos y actos suicidas

# Clasificación de la depresión

- PRIMARIA:
  - ◆ Endógena: Unipolar o bipolar
  - ◆ Psicosocial: Distimia. T.Adaptativos
- SECUNDARIA:
  - ◆ Otra patología psiquiátrica: Esquizofrenia, alcoholismo, etc.
  - ◆ Patología orgánica: enfermedades somáticas, medicamentos o tóxicos

# Clasificación Clásica:

- ENDÓGENA:
  - ◆ Unipolar o bipolar
- SOMATÓGENA:
  - ◆ Enfermedades somáticas
  - ◆ Medicamentos o tóxicos
- PSICÓGENA:
  - ◆ Trastornos adaptativos
  - ◆ distimia

# Depresión Somatógena ( Trastorno Afectivo Orgánico):

- PRIMER PASO EN ALGORITMO DIAGNOSTICO para realizar un tratamiento adecuado.
- Pensar en ella siempre. Mas ante “atipicidades” en el cuadro clínico o resistencias al tratamiento
- Puede ser el primer síntoma de una enfermedad orgánica subyacente.
- El diagnóstico de depresión no excluye la existencia de patología somática asociada.
- 10-15% de las depresiones tienen esta causa

# Enfermedades somáticas asociadas a la depresión

- Endocrinopatías y metabolopatías:
  - ◆ Anemia
  - ◆ Diabetes. Patología tiroidea o suprarrenal
- Infecciones: Víricas, Tb, urogenitales
- Tumores: Páncreas, S.N.C
- Trastornos del S. Nervioso Central
  - ◆ Parkinson
  - ◆ Demencia y trastornos degenerativos
  - ◆ Lesiones focales del hemisferio no dominante
- Trastornos médicos incapacitantes
- Intoxicaciones: medicamentos, pb, bi, CO, benceno

# Fármacos asociados a la depresión(1)

- Adversivos alcohol: Disulfiran
- Analgésicos: Fenacetina y Morfina
- Antiinflamatorios: Fenilbutazona, Indometacina
- Anticolinérgicos: Escopolamina
- Antibióticos: Aureomicina, Cicloserina, Dapsona  
Etionamida, Metronidazol, Tiocarlide
- Antiepilépticos: Carbamazepina, Etosuximida  
Primidona.

# Fármacos asociados a la depresión(2)

- Antifúngicos: Clotrimazol y Griseofulvina
- Antidiarreicos: Difenoxilato
- Antihipertensivos: B bloqueantes, Cionidina, Guanetidina, Metil dopa, Reserpina.
- Antiarrítmicos: Procainamida
- Antimigrañosos: Metisergida
- Corticoides

# Fármacos asociados a la depresión(3)

- Diuréticos : Acetazolamida
- Hormonas: Estrógenos y Progesterona
- Inmunosupresores: Azatioprina
- Quimioterápicos: Asparraginasa, Bleomicina  
Mitramicina, Vincristina, Vinblastina
- Psicolépticos: Butaperacina y otros
- Vitaminas: D a altas dosis
- Otros: Veratrum

# Clasificaciones Internacionales:

- CIE10, CIE 10 para A. Primaria y DSM-IV-TR y de AP:  
Aportan criterios operativos para facilitar el diagnóstico de la depresión. No informan detalladamente sobre el capítulo importante de las depresiones atípicas, enmascaradas y equivalentes depresivos.
- Para fines de investigación o estudios epidemiológicos:  
Escala de depresión de Goldberg: Escala sencilla de aplicar.
- Otras

# A) Depresión enmascarada

## B) Equivalente depresivo

- A) Síntomas somáticos se presentan en primer plano y los psíquicos en segundo plano.  
B) Son depresiones en las que faltan los síntomas psíquicos. Los puros son raros
- Diferencias graduales. Difíciles de diagnosticar
- El aumento de la depresión ha sido a expensas de las formas enmascaradas

# Depresión enmascarada (somatizada):

- Pensar en la posibilidad de depresión
- Disminución de actividades y rendimiento
- Quejas somáticas atípicas: Evolución fásica con suplencia y alternancia de los síntomas
- Síndrome depresivo mitigado
- Respuesta positiva a antidepresivos

10% DE PACIENTES DE PRIMARIA  
SOMATIZACIONES. Mas frecuente asociado a  
depresión

# Síntomas somáticos de la depresión:

- ALGIAS: Síntoma cardinal. Parestesias ?
  - ◆ Dolor de espalda
  - ◆ Cefalea
  - ◆ Dolor torácico
- TRASTORNOS SENSORIALES
  - ◆ Mareos timopáticos
  - ◆ Anomalías del gusto, olfato o visión
- TRASTORNOS DIGESTIVOS
  - ◆ Dispepsia. Nauseas
- CARDIO-TORÁCICOS:
  - ◆ Palpitaciones. Dificultad respiratoria

# Depresión Atípica:

- Marcada ansiedad y síntomas fóbicos acompañados a la depresión.
- Cuadros depresivos con síntomas funcionales invertidos: Hipersomnias, hiperfagia, aumento de la libido.
- Más frecuente en mujeres
- Buena respuesta a IMAOs

# DEPRESION CIE-10.

- Humor depresivo.
- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.
- Disminución de la vitalidad que lleva a un cansancio exagerado. (esfuerzo mínimo).
- Disminución de la atención y concentración.
- Perdida de la confianza en si misma. (sentimientos de inferioridad).

# Cont.. CIE- 10.

- Ideas de culpa y de ser inútil.
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresión.
- Los trastornos del sueño.
- La alteración del apetito.
- Este síndrome somático no se considera presente al menos que 4 ó más estén .

# Síntomas más típicos.

- El ánimo deprimido.
- La pérdida de interés y la capacidad de disfrutar.
- Y el aumento de la fatigabilidad.

# Depresión leve

- Al menos dos los síntomas típicos.
- Además de al menos dos del resto de los síntomas.

# Depresión moderada.

- Al menos dos los síntomas típicos.
- Al menos tres y (preferiblemente cuatros) de los demás síntomas.

# Depresión grave.

- El enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación.
- Hay depresión con inhibición.
- Perdida de estimación de sí mismo.
- Sentimientos de inutilidad o culpan sean importantes.
- Riesgo de suicidio.

# Cont. Depresión grave.

- Los tres síntomas típicos.
- Por lo menos cuatro de los demás síntomas los cuales son de intensidad grave.
- Temporalidad. Cuando en tiempo menor?

# Metas del Tratamiento



# TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

## TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS:

- MANEJO DE LA NOXA ORGÁNICA CONOCIDA
- PSICOFARMACOLÓGICO:
  - Antidepresivos: ISRS, ISRNS, Tricíclicos. IMAO
  - Potenciadores: litio, tiroideas, psicoestimulantes  
Lamotrigina.
- TERAPIA ELECTROCONVULSIVA Y OTRAS

## TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS:

- RECOMENDACIONES HIGIENICAS Y DE MANEJO
- PSICOTERAPIA INTERPERSONAL. COGNITIVO CONDUCTUAL

## TRATAMIENTOS SOCIALES

# Normas generales de Tratamiento:

- Descartar factores orgánicos asociados (Depresión somatogena)
- Tipificar la intensidad del cuadro depresivo y valorar sistemáticamente el riesgo de suicidio.
- Las depresiones moderadas y graves deben ser derivadas al psiquiatra o a la urgencia psiquiatra
- Las depresiones leves pueden ser tratadas por el médico no especialista

# Normas generales de tratamiento (II):

- La historia psiquiátrica previa puede determinar el tratamiento
- Muy importante valorar las circunstancias de tensión psíquica y el apoyo familiar del paciente es necesario. Su déficit se asocia a cronicidad

# Tratamientos psicológicos:

- Se usan diversas estrategias mas que un tipo de psicoterapia.
- La relación medico-paciente ya es una psicoterapia de apoyo.
- El campo fundamental de las psicoterapias es el de las depresiones no endógenas( distimia sobre todo)
- Objetivo: Estructurar hábitos de vida, mejorar relación interpersonal expresión de sentimientos y resolución de problemas.

# Psicoterapia en depresiones:

- Psicoterapia interpersonal: Tratamiento de las relaciones interpersonales actuales. Duración breve. Se centra en pérdidas o conflictos interpersonales y en habilidades sociales.
- Terapia cognitivo conductual: Trata creencias y actitudes distorsionadas hacia si mismo, para sustituirlas por otras mas saludables.
- Terapia sistémica: Familiar o de pareja

# Antidepresivos: ISRS\*\*\*

|                | <u>Dosis</u>  | <u>Peculiaridad</u> |
|----------------|---------------|---------------------|
| ■ Fluvoxamina  | 50-300 mg/día | Sedativo. Obsesión  |
| ■ Fluoxetina   | 20-60 mg/día  | Activador. Vm larga |
| ■ Paroxetina   | 20-50 mg/día  | Intermedio.         |
| ■ Sertralina   | 50-200 mg/día | Activador.          |
| ■ Citalopram   | 20-60 mg/día  | Sedante. Selectivo. |
| ■ Escitalopram | 10-30 mg/día  | Sedante. Selectivo  |

**SON DE PRIMERA ELECCIÓN POR SU TOLERANCIA SEGURIDAD Y EFICACIA EN LAS DEPRESIONES LEVES Y QUIZA MODERADAS**

# Efectos secundarios de los ISRS:

- Gastrointestinales( mas frecuentes):Nausea, plenitud etc
- Sexuales:Frecuentes causa de abandono. Fluvoxamina y citalopram
- Psíquicos: Ansiedad. Fluoxetina
- Neurológicos:Acatisia, parkinsonismo, cefalea, bruxismo
- Endocrinológico-ginecológicos:hipoglucemia,hiponatremia hiperprolactinemia
- Dermatológicos:Fluoxetina
- Hematológicos: Descenso de la actividad plaquetaria( fluoxetina)
- Enzimas hepáticas elevadas: Sertralina

# Otros AD Inhibidores Selectivos:

|          | <u>Dosis</u>             | <u>Peculiaridades</u> |
|----------|--------------------------|-----------------------|
| ■ ISRN:  | Reboxetina 4-12/mg día   | Activador. Único      |
| ■ ISRNS: |                          |                       |
|          | Venlafaxina: 75-375 mg/d | .Muy eficaz y rápido  |
|          | Duloxetina: 60-120 mg/d  | Dolor. Incontinencia  |
| ■ NaSSa: |                          |                       |
|          | Mirtazapina: 15-45 mg/d  | Favorece sueño        |

# Antidepresivos Tricíclicos:

- Imipramina: 150-300 mg/d Fármaco patrón
- Amitriptilina: 150-300 mg/d . Sedativo. + Anticolin
- Clomipramina: idem . Intermedio. Obsesión
- Doxepina: idem . Sedante. Tolerancia +
- Nortriptilina: idem . Activador

# Recomendaciones de manejo :

- Actitud empática.
- Explicar que la depresión es una enfermedad médica temporal y buen tratamiento.
- Estimular la autoestima destacando sus logros.
- Interpretar síntomas somáticos como parte de la depresión. Evitar exploraciones complementarias repetidas
- No responsabilizar al depresivo de su mejoría(“el poner de su parte”) para superar la enfermedad. No restar importancia a los síntomas.
- Evitar decisiones importantes o realizar tareas complejas.

# Recomendaciones a la familia:

- Las mismas que en el punto anterior.
- Alentarles para que se muestren pacientes y serenos, para evitar el contagio negativo del paciente.

# Recomendaciones sobre uso de AD:

- Respuesta previa a un antidepresivo personal o familiar.
- Buscar el mas seguro y mejor tolerado según antecedentes.
- Uso de dosis progresivas y si es posible únicas diarias
- Informar al paciente sobre:
  - ◆ Latencia terapéutica
  - ◆ Principales efectos secundarios
  - ◆ Necesidad de continuar tratamiento después de la mejoría  
En primer episodio 6-9 meses. 2º 2-3 años. 3ª muy prolongado, incluso de por vida. ! Orientativo!

# Antidepresivos en patologías médicas(I)

- Cardiovasculares: ISRS, Venlafaxina Retard
- Hipertensión arterial: ISRS, Mirtazapina
- Insuficiencia respiratoria: ISRS Evitar  
Fluvoxamina( teofilinas)
- Epilepsía: Evitar maprotilina
- Alcoholismo: ISRS. Venlafaxina r
- Insuficiencia hepática: Venlafaxina r
- Insuficiencia Renal: ISRS a dosis bajas

# Antidepresivos en patologías médicas(II):

- Parkinson: ISRS Venlafaxina. Nortriptilina
- Demencia: ISRS. Venlafaxina, Mirtazapina
- Diabetes: ISRS. Evitar tricíclicos
- Pacientes con Sintrom: Venlafaxina, Mirtazapina
- Hemorragia digestiva alta: Evitar ISRS

# Cuándo remitir?

- Dudas sobre diagnóstico.
- Falta de respuesta.
- Riesgo suicida.
- Antecedentes de episodios severos previos.
- Psicosis.
- Compromiso del estado general por la depresión.