

QUE DEBEMOS SABER SOBRE LA DEPRESION MAYOR

Lelis L. Nazario, MD

La depresión es una enfermedad que puede llegar a ser sumamente debilitante y costosa. Su impacto se extiende a múltiples renglones de nuestras vidas que abarcan tanto el ámbito emocional, familiar, como el económico y social entre otros. En ocasiones, la depresión puede presentarse con episodios recurrentes desde temprano en la niñez, que persisten durante la adultez en un significativo número de casos afectando el funcionamiento del individuo en diversas áreas, incluyendo las áreas psicosocial, académica o laboral y familiar. Este problema de disfunción se asocia comúnmente con pobre "outcome" psicosocial, condiciones comórbidas y con alto riesgo de suicidio y abuso de sustancias. Es por tanto que hay una gran necesidad de conocer sus síntomas, para poder así tomar un enfoque de prevención y tratamiento temprano que aminore la huella que deja marcada en nuestra sociedad.

Datos epidemiológicos estiman que la prevalencia de esta condición es de 2% en la población de niños, 4-8% en la de adolescentes, y en adultos, de un 10-25% en mujeres y un 5-12% en hombres. Su proporción de hombres a mujeres es igual durante la niñez, para luego duplicarse durante la adolescencia y la adultez en el sexo femenino. Existen varias posibles razones para esto. La pubertad es una etapa de grandes cambios fisiológicos. Se complica cuando tomamos en consideración que la imagen corporal es un "issue" de gran importancia, sobre todo para las féminas, durante este periodo de crecimiento. Son las mujeres quienes usualmente sufren más de cerca las imposiciones de apariencia física a veces un tanto ilógicas de la sociedad, causando gran estrés en las jóvenes. A la misma vez, es el periodo donde en muchos casos prevalece una gran presión social para conformidad a roles más restrictivos. Y, no podemos olvidar que las mujeres tienden a internalizar más sus emociones. Otros reportes nos indican que la incidencia cumulativa para los 18 años es de 20% en muestras de la comunidad, dato que nos advierte de la cantidad de personas que no reciben tratamiento. Entre estos, aproximadamente el 25% de los pacientes depresivos tienen episodios recurrentes sin recuperación total entre episodios

El diagnóstico de la depresión es uno clínico. El mismo se compone de estado de ánimo depresivo o irritable de dos semanas de duración y/o pérdida del interés y el placer asociado a por lo menos cinco de los siguientes: cambios en el sueño; cambios en apetito o peso; concentración disminuida, indecisión; ideas suicidas o pensamientos de muerte; agitación o retardación psicomotora; fatiga o pérdida de energía; disminución en interés sexual; y/o sentimiento de minusvalía o culpa inapropiada. Un criterio esencial para su diagnóstico es la presencia de disfunción significativa, marcada por deterioro en las relaciones interpersonales o en ejecución de sus actividades sociales.

En cuanto a su presentación clínica, es importante considerar durante la evaluación la etapa del desarrollo en la que se encuentra el paciente, ya que esto nos guiará a llegar a una impresión diagnóstica correcta. Durante la niñez, presenciamos más síntomas de ansiedad (fobias, ansiedad de separación), quejas somáticas y alucinaciones auditivas con la depresión. Igualmente, los niños suelen presentar con irritabilidad y frustración expresadas a través de rabietas y problemas de conducta, por su limitación de verbalizar adecuadamente sus emociones. En cambio, los adolescentes pueden presentar con disturbios de sueño y apetito, delirios, ideas suicidas con intentos y deterioro marcado en funcionamiento.

Existen múltiples factores de riesgo que nos ayudan a estimar la severidad de la enfermedad y a determinar el tratamiento a recomendar. La presencia de episodios previos y/o historial de otros trastornos psiquiátricos, tales como el abuso de sustancias y el trastorno de conducta, complican el cuadro clínico y exigen un tratamiento más comprensivo. El historial de trastornos psiquiátricos en la familia, historial familiar de suicidios o intentos, e historial de intentos suicidas previos, tomando en cuenta la planificación y letalidad de dichos intentos (acceso a armas, precaución para no rescate, notas) nos levantan una señal de alerta y nos guían en la determinación del nivel de cuidado necesario al momento de la evaluación. Otros factores de

riesgo de gran importancia lo son el maltrato/ negligencia, la discordia familiar, el pobre aprovechamiento escolar y la presencia de enfermedad sistémica crónica.

La comorbilidad se refiere a la coexistencia de más de un trastorno o enfermedad mental. De un 40 a un 90% de los pacientes con depresión tienen alguna condición comórbida. Un 20 a un 50% tienen dos o más diagnósticos incluyendo: distimia y ansiedad (30 – 80%), trastornos disruptivos (10 – 80%) y abuso de sustancias (20 – 30%). En los niños lo más común es la presencia de ansiedad de separación y en los adolescentes el abuso de sustancias, problemas de conducta, fobia social y ansiedad generalizada.

Ya que sus síntomas no son exclusivos para la enfermedad, contamos con una variada y extensa lista de diferencial diagnóstico. Esta lista incluye los siguientes: trastorno bipolar; trastorno de ansiedad; trastorno de ajuste con rasgos depresivos; trastorno de conducta (en niños); trastorno de personalidad fronteriza; anorexia o bulimia nervosa; abuso de sustancias; trastorno esquizoafectivo y luto. De suma importancia es descartar inicialmente la posibilidad de alguna condición médica que presente con un cuadro similar y sea la responsable de los síntomas. En este caso, el tratamiento se dirigiría a tratar la condición física prevaleciente.

El curso clínico de la depresión comprende una duración del episodio de aproximadamente 7-9 meses en muestras clínicas y 1-2 meses en la comunidad. El 90% de los pacientes remiten en 1-2 años y el 6-10% sufren un curso prolongado. La severidad de la condición, la presencia de comorbilidad (incluyendo los trastornos de personalidad), la exposición a eventos negativos, el historial de padres con trastornos psiquiátricos y la disfunción severa son predictores del curso a tomar. Un 40-60% de los paciente relapsan debido a pobre cumplimiento con el tratamiento, la exposición a eventos negativos y la descontinuación o disminución rápida del tratamiento. Su recurrencia es de 20-60% en 1-2 años y 70% después de 5 años. Otro dato de gran relevancia es que un 20-40% de los pacientes que presentan con un episodio de depresión están a riesgo de sufrir de trastorno bipolar dentro de los primeros 5 años del desarrollo de este episodio. Características que podrían distinguir este curso son: comienzo temprano de los síntomas, presencia de retardación sicomotora y rasgos sicóticos, existencia de historial familiar de trastorno bipolar y depresión sicótica, y la inducción de hipomanía por psicofármacos

Hay diferentes factores etiológicos asociados al curso clínico de esta enfermedad. La genética y estudios familiares sugieren que pacientes con un parente deprimido están tres veces más a riesgo de sufrir depresión. También indican que hay un 30 - 50% de prevalencia en familiares de primer grado. Otros factores biológicos encontrados en estudios científicos apuntan a la disregulación de neurotransmisores como norepinefrina y/o función serotonérgica central y a irregularidades en el funcionamiento del eje HPA. Factores psicopatológicos incluyen un historial previo e historial de ansiedad o distimia. Pobre funcionamiento escolar podría ser una señal de problemas de aprendizajes. Estos a su vez se acompañan de sentimiento de insuficiencia que puede llevar al desarrollo de depresión. Factores psicodinámicos incluyen aspectos de personalidad (ej., negativismo), poca autoestima y vergüenza, tendencia a dirigir el coraje y las frustraciones a sí mismo. El estilo cognoscitivo y el temperamento caracterizados por la interpretación negativa y pobre adaptación ante eventos negativos influye significativamente el desarrollo de los síntomas. Otros factores a considerarse son el historial de experiencias adversas en etapa temprana y relaciones familiares conflictivas donde impera el maltrato, el rechazo, problemas de comunicación y menos expresión de afecto y apoyo.

Sin tratamiento, la depresión puede afectar negativamente el desarrollo social, emocional, cognoscitivo, de destrezas interpersonales y de lazos de apego entre padres e hijos. También pone en alto riesgo al paciente para comportamiento suicida, abuso de sustancias, enfermedades físicas, embarazo temprano, exposición a eventos negativos y pobre funcionamiento psicosocial, académico y laboral. Es por tanto que la persistencia de dificultades psicosociales, luego de la remisión de un episodio, apunta a la necesidad de tratamiento continuo.

Para una evaluación comprensiva, debemos prestar especial atención a la toma de historial de la enfermedad. Debemos identificar factores de riesgo existentes, historial de control de impulsos, abuso de sustancias, intentos suicidas previos y/o conducta de alto riesgo. Al evaluar un intento suicida debemos indagar sobre las razones/creencia del paciente, la planificación y letalidad envuelta; además de preguntar si hubo un intento de ocultar el evento para no ser descubierto, lo cual pondría en mayor riesgo al paciente. En adición, debemos explorar por los problemas que se confrontan al momento y que contribuyeron a precipitar los síntomas, al igual que por las destrezas de adaptación y manejo de los mismos. Eventos precipitantes que por lo general son de gran impacto incluyen ambientes abusivos o agresivos, intoxicación y las pérdidas, ya sea por muerte de un ser querido, disrupción en relaciones importantes, divorcio o separación, humillación, mudanza. Por último es importante prestar atención a la familia y percarnos si hay problemas de rechazo, no tomar en serio la condición del paciente, señales de coraje o reacción punitiva, presencia de depresión o conducta suicida en otros familiares, dificultad para proveer sostén o supervisión y presencia de armas accesibles en el hogar.

El tratamiento recomendable va a depender de la complejidad de la presentación y la severidad de los síntomas. Primeramente debemos determinar el nivel de cuidado apropiado para el paciente incluyendo:

- hospitalización médica (con precauciones suicidas de ser necesario) en el caso de pacientes con condiciones físicas agudas o intentos suicidas
- hospitalización psiquiátrica en el caso de síntomas severos, riesgo a sí mismo u otros, o inhabilidad para cuidarse a sí mismo
- hospitalización parcial/ intensivo ambulatorio en aquellos con síntomas severos a moderados que no representen una posibilidad de daño a sí mismos pero requieren un seguimiento cercano
- seguimiento ambulatorio en el caso de síntomas leves a moderados con apoyo social.

Las modalidades terapéuticas a utilizarse pueden ser diversas. La farmacoterapia con antidepresivos (SSRIs, SRIs y otros) es un elemento de gran peso cuando enfrentamos la presencia de síntomas incapacitantes. Estos contribuyen de una forma muy efectiva a una recuperación más rápida y pueden evitar la recurrencia de episodios. Por otro lado, existen varias modalidades de terapia individual que se dirigen a establecer controles, desarrollar destrezas para resolver problemas y destrezas sociales, reestablecer autoestima, explorar factores precipitantes y contribuyentes que también pueden ser muy efectivas. Entre estas modalidades se encuentran la intervención en crisis, la terapia cognoscitivo-conductual, la terapia interpersonal, la terapia de apoyo y la terapia psicodinámica. Otras modalidades que complementan el tratamiento son la terapia familiar y la terapia de grupos. La consejería a padres enfocada en el paciente en el caso de niños o adolescentes, o a cónyuges o familiares en el caso de adultos contribuyen a mantener un ambiente seguro, ofrecer psicoeducación sobre enfermedades psiquiátricas, promover en el hogar comunicación efectiva y expresión de afecto apropiada, destrezas de crianza y manejo conductual (ej., establecer contratos y límites). En la mayoría de los casos, lo recomendable es la combinación de las terapias pertinentes de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente.

En la planificación de un tratamiento comprensivo, no podemos olvidar aspectos que envuelven la manipulación ambiental que son esenciales en el tratamiento. El reducir la hostilidad en el hogar es un elemento clave en la recuperación. En algunos casos, esto envuelve determinar la necesidad de remoción del hogar, sobretodo en niños y adolescentes sujetos a cualquier tipo de abuso, ya sea emocional, verbal, físico o sexual. En el caso de la presencia de condiciones psiquiátricas en padres u otros miembros familiares significativos en la vida del paciente, se debe considerar el referido a tratamiento de las personas afectadas. Por último, debemos explorar con el paciente y su familia las diferentes fuentes de apoyo de que disponen en la comunidad.

REFERENCIAS

- American Academy Child and Adolescent Psychiatry (1998), Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37 (suppl): 63S-83S
- American Psychiatric Association (2003), Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. *The American Journal of Psychiatry* 157 (4): 1-60
- American Psychiatric Association (2000), Practice Guideline for the Treatment of Major Depressive Disorder (Revision). *The American Journal of Psychiatry* 160 (11): 1-45
- Birmaher B et al. (1996), Childhood and Adolescent Depression: A review of the Past 10 Years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(11):1427-1439
- Birmaher B et al. (1996), Childhood and Adolescent Depression: A review of the Past 10 Years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(12):1575-1583
- BMJ Publishing Group (ed) (2002), Clinical Evidence, Issue 7. London, BMA House
- Kaplan H, Saddock B (ed) (1999), Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. I. Maryland, Williams & Wilkins
- Pruitt D (ed) (1999), Your Adolescent-Emotional, Behavioral and Cognitive Development from Early Adolescence through the Teen Years. New York, Harper Collins Publishers