



61  
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ALTERACIONES  
PSICOSOMÁTICAS EN: DEPRESIÓN E  
HIPOCONDRIA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ELIZABETH CALVILLO MORELOS.

DIRECTOR: C.D. NICOLAS PACHECO GUERRERO.  
ASESORA: C.D. ELVIRA DEL ROSARIO GUEDEA FERNÁNDEZ.  
ASESOR: M.C. PSIQUIATRA. LUIS ALBERTO MERCADO DE LA PEÑA.



México

2001

21992000  
V. B. G.  
M. S. G. F. E. R. N. Á. N. D. E. Z.  
L. A. M. E. R. C. A. D. O. D. E. L. A. P. E. Ñ. A.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS. POR TODO LO QUE ME HAS DADO A LO LARGO DE MI VIDA.

A LA MEMORIA DE MI PADRE. PORQUE AUNQUE FÍSICAMENTE YA NO ESTAS CONMIGO, SIEMPRE HAS ESTADO EN MI CORAZÓN Y EN MIS PENSAMIENTOS.

A MI PEQUEÑA EMILIA. PORQUE CON MIRAR LA DULZURA QUE HAY EN TUS OJITOS, SÉ QUE TODO HA VALIDO LA PENA Y AHORA TODO TIENE SENTIDO, DESDE QUE TU LLEGASTE TE CONVERTISTE EN EL PORQUE DE MI EXISTENCIA Y EN LA MAYOR BENDICIÓN DE MI VIDA. TE AMO HIJITA.

A MI MAMÁ. POR ENSEÑARME A PERSEGUIR MIS SUEÑOS HASTA CONSEGUIRLOS Y UNA VEZ MÁS TE DIGO QUE ESTE LOGRO TAMBIÉN ES TUYO. GRACIAS MAMÁ.

A MI CUI. POR SER EL MEJOR AMIGO, MAESTRO Y PADRE QUE PUDE HABER TENIDO, POR SER SIEMPRE MÁS QUE MI HERMANO MI MEJOR AMIGO.

A MIS HERMANAS. POR TODA LA CONFIANZA, EL APOYO Y EL AMOR QUE SIEMPRE TUVIERON EN SU HERMANITA Y POR SER SIEMPRE Y EN TODA SITUACIÓN MIS AMIGAS.

A MIS SOBRINOS. ISRAEL, GRECIA, ULISES, JAVIER, CARLITOS, BERENICE Y SAÚL.

A ARLENNE Y A LILIANA. POR ENSEÑARME EL VERDADERO SIGNIFICADO DE LA AMISTAD.

A MI DIRECTOR NICOLAS PACHECO. POR LA PACIENCIA Y EL TIEMPO INVERTIDO EN ESTE PROYECTO. GRACIAS.

A MI ASESORA. ELVIRA GUEDEA. PORQUE A PESAR DE LA DISTANCIA SIEMPRE ESTUVO EN CADA MOMENTO CUANDO LA NECESITE, GRACIAS POR TODO EL APOYO QUE ME DIO PARA PODER REALIZAR ESTA TESINA Y LO MÁS IMPORTANTE POR SER MI AMIGA.

A MI ASESOR LUIS ALBERTO MERCADO DE LA PEÑA, POR COMPARTIR CONMIGO SUS CONOCIMIENTOS, SU TIEMPO Y POR TODAS LAS FACILIDADES QUE ME DIO PARA PODER LLEVAR A CABO NUESTRO PROYECTO. GRACIAS

AL DR. JOSE LUIS ZAVALA RIVERA. POR TODOS SUS CONSEJOS Y POR TODA LA AYUDA QUE ME DIO PARA PODER TERMINAR ESTA TESINA.

A MI UNIVERSIDAD. POR DARME EL GRAN HONOR Y PRIVILEGIO DE PERTENECER Y FORMAR PARTE DE ELLA.

A TODOS MIS PROFESORES. POR HABERME TRANSMITIDO SUS CONOCIMIENTOS A LO LARGO DE MI FORMACIÓN PROFESIONAL.

A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE CONFIAN EN MI. MIS PACIENTES.

AL HONORABLE JURADO.



## INDICE

Introducción.....	4
Antecedentes Históricos.....	6
Objetivo.....	10
Justificación.....	11
1. Dolor Somatoforme o Psicógeno.	
1.1 Definición.....	12
1.2 Características del Dolor Somatoforme.....	12
1.3 Tratamiento del Dolor Somatoforme.....	13
1.4 Aspectos Psicológicos y Psiquiátricos del Dolor.....	13
1.5 Definición de la personalidad.....	16
1.6 La Personalidad Normal .....	16
2. Depresión.	
2.1 Definición.....	19
2.2 Síntomas.....	19
2.3 Clasificación.....	21
2.4 Epidemiología.....	25
2.5 Diagnóstico.....	27
2.6 Diagnóstico Diferencial.....	37
2.7 Teorías psicológicas de la depresión.....	44
2.7.1 Teoría Psicodinámica.....	44
2.7.2 Teoría Interpersonal.....	45
2.7.3 Teoría Conductista.....	46
2.7.4 Teoría Cognitiva.....	46
2.8 Escalas para medir depresión.....	49



2.8.1	Escala de Carroll y Hamilton.....	51
2.8.2	Escala de Carroll autoaplicable.....	51
2.8.3	Escala de Hamilton.....	53
2.8.4	Escala de Beck.....	59
2.9	Fases del tratamiento.....	63
2.10	Función del Odontólogo.....	66
2.11	Tratamiento con Psicoterapia.....	67
2.11.1	Manejo psicoterapéutico.....	69
2.11.2	Indicaciones de la Psicoterapia.....	75
2.12	Farmacoterapia	
2.12.1	Antidepresivos cíclicos.....	76
2.12.2	Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.....	79
2.12.3	Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y norepinefrina.....	80
2.13	Selección del tratamiento antidepresivo.....	81
2.14	Manejo de los trastornos depresivos específicos.....	85
3.	Hipocondría.	
3.1	Definición.....	96
3.2	Síntomas y signos.....	96
3.3	Evolución natural.....	97
3.4	Diagnóstico.....	98
3.5	Diagnóstico diferencial.....	98
3.6	Pronóstico.....	99
3.7	Epidemiología.....	99
3.8	Etiología y patogenia.....	99
3.9	Tratamiento.....	100



4. Mecanismos de defensa.....	102
Conclusiones.....	103
Bibliografía.....	104



## INTRODUCCIÓN

La humanidad ha padecido alteraciones del humor por lo menos desde que ha sido capaz de registrar sus experiencias. Una de las designaciones más temprana para la depresión es la melancolía, que es anterior a Hipócrates. Sin embargo, la investigación científica de los trastornos del ánimo apenas tiene 40 años.

El trastorno depresivo mayor es diferente a la tristeza y al duelo normales, los estados no patológicos de distrofia (estado de ánimo negativo) no son avasallantes y tienen duración limitada. Los síntomas severos de depresión como la incapacidad de sentir placer, la desesperación y la pérdida de la reactividad del humor, solo en raras ocasiones acompañan a la tristeza normal, los pensamientos suicidas y los síntomas psicóticos como los delirios y las alucinaciones siempre son patológicos.

La depresión es un padecimiento psiquiátrico que está constituido por síntomas psicológicos como pena, sensación de minusvalía, baja autoestima, impotencia, culpa, tristeza, autorreproches, autocastigo, pesimismo, desesperanza y sentimientos de inadecuación. Los signos conductuales denotan preocupación, indecisión, aislamiento, irritabilidad, tensión y llanto fácil.

En cuanto a la Hipocondría la característica fundamental es la preocupación exagerada por tener enfermedades, las cuales están ausentes en los exámenes físicos, debido a que los pacientes hipocondríacos se resisten a cualquier tipo de explicación no hay estadísticas y la información es muy pobre.





Es importante tener en cuenta que los rasgos de personalidad predisponen o modifican la presentación clínica de un trastorno mental.

Algunos de los trastornos de la personalidad como los pasivo-agresivos, dependientes y limítrofes hacen que algunos signos característicos de la depresión se presenten con mayor intensidad, o no se modifiquen en la proporción esperada después de ser tratadas adecuadamente, ya que los síntomas residuales son manifestaciones del trastorno de personalidad comórbido al trastorno de depresión. Es por eso que hacer el diagnóstico de la depresión se debe evaluar la personalidad del paciente de manera concomitante. La depresión es uno de los trastornos afectivos más importantes en orden de frecuencia; sin embargo, existen otros padecimientos en esta gama de enfermedades afectivas que vale la pena mencionar. Dentro de estos tenemos a la enfermedad bipolar que se caracteriza por oscilar entre dos polos, uno de ellos corresponde a la depresión y el otro está en el polo opuesto con un trastorno del afecto hacia la euforia (afecto expansivo). En este último hay ideas de grandeza, aumento de la actividad psicomotora, disminución de la necesidad del sueño, gran iniciativa y aparición de numerosas ideas, lo cual puede ser tan severo y ocasionar el trastorno del pensamiento conocido como fuga de ideas.



## ANTECEDENTES HISTORICOS

Las primeras civilizaciones atribuían con frecuencia la causa de la locura a fuerzas mágicas o divinas, así los primeros intentos de tratamientos los administraban principalmente los sacerdotes y se basaban en creencias y rituales religiosos.

Posteriormente, las civilizaciones griega y romana comenzaron a aplicar el conocimiento médico de su tiempo a los síntomas psiquiátricos con hipótesis acerca de los efectos que tenía el desequilibrio de los humores esenciales (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y de otros desajustes en los procesos vitales. La doctrina hipocrática consideraba la histeria como consecuencia de un útero físicamente móvil. Galeno (130 a.C-201 a. C) atribuyó la melancolía a un exceso de bilis negra.

Los manicomios se establecieron por primera vez en la época medieval. El Renacimiento fue una época notablemente bárbara con los locos. Muchos de estos desafortunados, de los que se creía estaban poseídos por el diablo, eran condenados por las autoridades eclesiásticas y torturados por considerárseles brujos, incluso los grandes médicos de la época pugnaban porque fueran quemados.

Los manicomios de los siglos XVII y XVIII eran lugares horribles donde se encadenaba y azotaba a los pacientes psiquiátricos como una forma de tratamiento. Hacia la última parte de este periodo, cerca de la Revolución Francesa comenzaron las reformas en el tratamiento de los dementes. Phillipe Pinel (1745-1826) en Francia y William Tuke (1732-1822) en Inglaterra fueron influyentes defensores de un tratamiento humanitario para los enfermos mentales. Las cadenas y la crueldad comenzaron a dar



paso a unas condiciones de vida decentes y a los primeros intentos de rehabilitación.

A finales del primer decenio del siglo XVIII, Franz Mesmer (1734-1815), médico austriaco, inició un trabajo que actualmente algunos consideran como el primer ejemplo de psicoterapia. Lo que hizo fue relacionarse y trabajar con un paciente de manera individual, practicando lo que entonces se llamó mesmerismo que posteriormente fue modificado y se llamo hipnosis.

El siglo XIX anunció el comienzo de una era caracterizada por la aproximación más científica a la psiquiatría; se registraron muchas descripciones detalladas de síndromes psiquiátricos y se establecieron las bases para una clasificación moderna de los diferentes tipos de trastornos mentales. Emil Kraepelin (1856-1926) es conocido por su contribución al diagnóstico diferencial en psiquiatría. Sugirió dos categorías principales de los trastornos mentales graves: La enfermedad maniaco-depresiva y la demencia praecox. La categoría maniaco-depresiva de Kraepelin corresponde, en términos generales, a los trastornos emocionales modernos (trastorno bipolar, etc.) además señaló el curso cíclico de este tipo de enfermedad, con una recuperación que sigue a los episodios sintomáticos. La demencia praecox es la precursora de la clasificación actual de la esquizofrenia y Kraepelin señaló el curso deteriorante a largo plazo de este tipo de enfermedad en contraste con el curso fluctuante que toman las enfermedades maniaco-depresivas.

Eugen Bleuler (1857-1939), psiquiatra suizo, continuó el estudio y la descripción de la demencia praecox y le cambió el nombre a este síndrome como esquizofrenia, para distinguirlo de la verdadera demencia.



A finales del siglo XIX, Jean Charcot (1825-1893), neurólogo francés, trató la histeria por medio de hipnosis, esta técnica terapéutica la adoptó durante algún tiempo, un oscuro médico austriaco que se sintió impresionado por el trabajo de Charcot. El surgimiento (bajo hipnosis) de material psíquico no disponible en estado normal de vigilia contribuyó a las revelaciones posteriores de este facultativo concernientes al funcionamiento mental. Se llamaba Sigmund Freud.

Pocos hombres en el siglo XX cobraron tanta importancia como Freud (1856-1939), tanto como fundador de la psiquiatría moderna, como por su fuerza cultural. Su impacto sobre las artes, la literatura y la educación fue profunda y de largo alcance.

A pesar de que Freud se capacitó y trabajó como neurólogo, vio bloqueado su avance profesional dentro de esta disciplina en parte a la causa del antisemitismo vienés. Esa crisis profesional, proporcionó a Freud una oportunidad inesperada. Al prohibírsele la práctica tradicional de la neurología, comenzó a dar consulta a pacientes cuyos síntomas no podía explicarse mediante los enfoques tradicionales de la disciplina. El trabajo de Freud con estos pacientes lo inspiró a formular las teorías y la práctica del psicoanálisis. La palabra PSICOANÁLISIS, entonces y ahora, se refiere tanto a la teoría que desarrolló Freud como al tratamiento mismo.

La depresión se conoce desde hace cinco siglos antes de nuestra Era. Hipócrates ya encontraba en algunos individuos elementos para referirse a un trastorno del estado de ánimo que desde entonces se conoce como melancolía. En el siglo V d. C., Celio Aureliano juntaba síntomas y signos de lo que consideraba depresión: "el enfermo esta lleno de malestar,



además de mostrar tristeza”. Así, en estos escritos se mencionan algunos de los puntos básicos para definir la depresión como un estado de ánimo triste acompañado de mutismo y, en ocasiones, de odio a lo que rodea a estas personas, llanto sin motivo y ganas de morir.

Con respecto a su etiología, aún en nuestros días se conservan prejuicios; no es extraño que se haga referencia al paciente deprimido como falta de carácter, pesimista, inadaptado social, incapaz y hasta perezoso, pero la depresión es una enfermedad. La Asociación Psiquiátrica Americana “es un trastorno con ánimo depresivo o con falta de interés o placer por todas o casi todas las actividades, relacionado con algunos síntomas físicos, con duración de más de dos semanas”. La depresión puede ser una enfermedad mortal. Nos sorprendería saber cuantas vidas se pueden salvar con tan solo indagar sobre la salud de quienes expresan síntomas de depresión, pues este padecimiento incide en el tiempo de sobrevivencia de las personas, no solo porque es la causa principal de suicidio, las relaciones del sistema nervioso afectado en su funcionamiento bioquímico en los casos de depresión, hace que este trastorno del estado de ánimo influya en los mecanismos de defensa del organismo, haciendo al sujeto más propenso a padecimientos crónico-degenerativos.



## OBJETIVO

Diferenciar entre un paciente con una personalidad normal de otro con alteraciones psicosomáticas como la depresión y la hipocondría.



## JUSTIFICACIÓN

Es importante conocer las características de la personalidad normal para saber cuando un individuo tiene alteraciones psicosomáticas y así poder atender a un paciente o bien canalizarlo.



## DOLOR SOMATOFORME O PSICOGENO

### DEFINICIÓN

El dolor somatoforme antiguamente llamado dolor psicógeno es un trastorno mental donde el paciente percibe un dolor en determinado sitio de su cuerpo sin que existan hallazgos físicos que expliquen su presencia o su intensidad, el dolor se va a presentar sin causa aparente en determinado sitio que generalmente no corresponde la distribución anatómica del sistema nervioso, puede tener los síntomas de un cuadro doloroso conocido (neuralgia del trigémino por ejemplo) pero el paciente va a explicar sucesos o momentos del ataque doloroso que discrepan con el cuadro conocido.

### CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR SOMATOFORME

Las características más resaltantes para efectuar el diagnóstico del dolor somatoforme son:

1. Los dolores aparecen y desaparecen sin causa explicable.
2. No siguen la distribución de un nervio.
3. Se extienden hacia en lado contrario, cruzando la línea media.
4. Aparecen de un lado y a veces del lado contrario.
5. Los dolores cambian frecuentemente de sitio.
6. Son descritos junto con otros síntomas inexistentes como rubor, calor, tumefacción, hormigueo, anestesia, eritemas, edemas, etc.





Característica importante es que el paciente describe una intensidad dolorosa elevada sin que se observe en él un sufrimiento equivalente, las explicaciones que da el paciente son profundas e inexistentes, y a veces, en una segunda exposición, la sintomatología ha cambiado tanto en lo que se refiere a su localización como también en intensidad. Generalmente se encuentran factores psicológicos etiológicamente involucrados, como sería el caso de existir una clara relación entre estímulos ambientales aparentemente relacionados con un conflicto o necesidad psicológica (stress, problemas económicos o familiares y la aparición y exacerbación del dolor). En otros casos se describe que el dolor le permite al individuo evadir ciertas obligaciones, labores o situaciones peligrosas u obtener ventajas en su trabajo, buscar afecto de sus allegados, etc. El paciente suele rechazar toda insinuación que relacione sus síntomas con un trastorno psicológico e inclusive se siente molesto al citarse esa posibilidad.

## TRATAMIENTO DEL DOLOR SOMATOFORME

Si el paciente muestra gran confianza hacia el odontólogo tratante se puede intentar influir psíquicamente sobre él y su trastorno por medio de una psicoterapia menor, se puede indicar la administración de placebos, pero en casos graves se recomienda la consulta con un psicólogo clínico.

## ASPECTOS PSICOLOGICOS Y PSIQUIATRICOS DEL DOLOR

De acuerdo de la **International Association for Study of Pain**, “**El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño real o potencial del tejido, o descrita en los términos de dicho daño**”. La sensación que asocia el sujeto con la lesión o con



algún tipo de daño al cuerpo, interno o externo, es el dolor expresándolo verbal o conductualmente. Es universal en el mundo mamífero, y en la mayoría de los casos se asocia a daño tisular. En el ser humano se trata de una experiencia psicológica subjetiva y es descrita en los términos del daño.

Existe evidencia de que las personas aprenden a diferenciar la experiencia de dolor como resultado de vivencias en la infancia. El intento de aliviar el dolor es común en el humano y en otros animales y para ello emplean diversos mecanismos tales como el alejamiento o la protección de la fuente nociceptiva, ayudando de esta manera a la preservación del organismo. En la persona enferma, el dolor muchas veces asegura el reposo necesario para la curación.

Los problemas emocionales pueden producir dolor, un dolor que duele tanto como el dolor oncológico o el de una herida. De igual forma, es un hecho que la severidad del dolor oncológico o el de una herida puede aumentar o disminuir en función del estado emocional del paciente. El punto más importante a recordar sobre el dolor es que duele independientemente de su origen. Con la excepción de las nueve condiciones específicas:

1. Depresión.
2. Angustia.
3. Trastornos Somatoformes.
4. Trastorno Conversivo.
5. Hipocondriasis.
6. Trastorno Somatoforme del Dolor.
7. Trastorno por Simulación con Síntomas Físicos.
8. Trastorno por Simulación
9. Psicosis



El dolor rara vez es generado y mantenido exclusivamente por fuerzas psicológicas.

1. Depresión. En el 25% de los pacientes con dolor crónico se asocia un episodio depresivo mayor. Sin embargo, de un 60 a un 100% de pacientes con dolor crónico presentan síntomas depresivos. La negación del afecto, en especial el coraje, es un problema significativo en el 44% de los pacientes con dolor crónico.
2. Angustia. La negación del temor, preocupación o nerviosismo con respecto al dolor es más significativa que la aceptación de los mismos, ya que lo normal es que la gente se preocupe por amenazas dolorosas. La negación patológica de la angustia puede encubrir psicosis, hipocondría, conversión y trastorno de simulación o de personalidad. Aproximadamente el 30% de los pacientes con dolor intratable presentan un trastorno de la angustia. Más del 50% de los pacientes con trastorno de la angustia presentan comorbilidad con una alteración psiquiátrica como depresión mayor o adicción a alcohol y drogas. La ansiedad que resulta por el trastorno en las relaciones interpersonales, las funciones corporales y la autoimagen se presenta en el 30 al 50% de los pacientes con dolor crónico.
3. Trastornos Somatoformes. Se asocian a la ausencia de hallazgos orgánicos suficientes o mecanismos fisiopatológicos que expliquen el dolor y se clasifican en cuatro tipos: trastorno somatoforme, trastorno conversivo, hipocondriasis y trastorno de dolor somatoforme (antes dolor psicógeno). Los pacientes con dolor somatoforme pueden desarrollar dolor crónico después de cirugía o lesión, pero las quejas de dolor generalmente tienen poco que ver con la nocicepción.
4. Trastorno Conversivo. Generalmente existe una relación entre la aparición de los síntomas y los estresores psicosociales.



5. Hipocondriasis. El trastorno consiste en la creencia fija, el temor y la preocupación exagerada por la presencia de una enfermedad, la cual esta ausente en los exámenes físicos por un periodo de seis meses. El paciente se resiste a cualquier tipo de explicación.
6. Trastorno Somatoforme del Dolor. Antes llamado Dolor Psicógeno, consiste en la preocupación, con un dolor por lo menos durante seis meses en la ausencia de suficientes manifestaciones orgánicas que expliquen la severidad del dolor o la incapacidad social u ocupacional. Los pacientes difícilmente aceptan la explicación psicológica como causa de su problema de dolor crónico.
7. Trastorno por Simulación con Síntomas Físicos. El paciente produce de manera intencional cuadros clínicos. La causa es la necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo.
8. Trastorno por Simulación El paciente actúa para obtener algo, ya sea dinero, drogas, privilegios o evitación laboral.
9. Psicosis. La esquizofrenia, las psicosis orgánicas y las demencias pueden presentar el síntoma del dolor. Este último generalmente tiene una naturaleza delirante en su distribución y calidad.

## DEFINICIÓN DE LA PERSONALIDAD

Se llama personalidad a la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que establecen sus adaptaciones únicas al ambiente en que vive

## LA PERSONALIDAD NORMAL

El individuo psíquicamente sano es aquél que de un modo consciente y responsable se desenvuelve, elige su propio camino y los medios para seguirlo, vive en comunión constante con todo lo que lo rodea, con otros individuos y consigo mismo.



La psicopatología comienza cuando el hombre traicionándose a sí mismo claudica, huye de su propia autenticidad, sufre el consecuente sentimiento de culpa y comienza a hundirse en intentos sin ningún éxito de existir alineado. Crea entonces sus mundos alejándose de su verdad existencial, y se debate en ellos en una estéril lucha sin fin.

La normalidad del individuo se va a demostrar desde el punto de vista mental, somático y social, mediante un patrón que puede ser:

1. La personalidad normal va a mostrar un raciocinio, una moralidad y una responsabilidad que permita la convivencia armónica con los demás miembros de su sociedad. Esto le va a permitir un contacto adecuado con la realidad actual, pudiendo tomar decisiones sin esfuerzo, resolver con relativa facilidad problemas cotidianos, y si se presentan conflictos estos suelen ser resueltos sin mayor trascendencia y sin dejar mayor huella, pudiendo haber cambios del estado de ánimo que son de poca duración e intensidad, sin caer en conflictos con sí mismo ni con sus congéneres, siendo éstos conflictos proporcionales a las causas que los producen.
2. Desde el punto de vista somático, los cambios de ánimo y los conflictos que una persona normal debe sobrellevar cotidianamente no producen síntomas inducidos por impulsos emocionales.
3. En conflictos mayores cualquier aparente somatización como un temblor, un trastorno del habla, una sudoración exagerada, etc., es pasajera y en realidad es producida por influencia del sistema nervioso autónomo y no directamente por la psiquis.
4. En el área social existe una gran capacidad para relacionarse con otras personas, convivir con ellas, aceptar roces menores y amar a sus congéneres. En ésta área puede haber variaciones mayores, generalmente inducidas por el stress cotidiano e influenciadas por el



medio ambiente con su mayor o menor agresividad, por lo que en los países culturalmente elevados la convivencia armónica, la alegría de vivir y la esperanza hacia un futuro mejor está más acentuada en sus habilidades en contraposición a los países del llamado tercer mundo.



## DEPRESIÓN

### DEFINICIÓN

De acuerdo con el Manual Taxonómico de la Enfermedad Mental de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta versión (DSM IV), el cual es prácticamente igual a la taxonomía empleada por la Organización Mundial de la Salud; la enfermedad depresiva se define como una patología que altera el ánimo o el humor de manera predominante.

### SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

La depresión no es únicamente una baja del ánimo sino todo un conglomerado de síntomas que integran un síndrome complejo llamado episodio depresivo y se caracteriza por un cambio en el ánimo o humor, usualmente manifestado como deprimido, triste o bajo, aunque en ocasiones este cambio se manifiesta con un ánimo irritable o ansioso; o bien, como una pérdida del placer o del interés en prácticamente todas las actividades. Estas alteraciones tienen que durar cuando menos dos semanas consecutivas, y en el transcurso de este periodo en la mayoría de los días.

De manera paralela a estos síntomas el paciente experimenta cuando menos cuatro de los siguientes signos clásicos: cambios o alteraciones en el apetito, el peso corporal, los patrones del sueño y el nivel de actividad psicomotora; lo que se traduce como baja de energía. Además, sentimientos de minusvalía o culpa, problemas para concentrarse o para tomar decisiones y pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio



Desde luego esta última es la complicación o consecuencia que tiene el potencial más grave de la depresión, ya que puede llevar al individuo a la muerte.

Es muy importante valorar el deterioro en las diferentes esferas de la vida del individuo, como son la familiar, ocupacional y la social, en las que la enfermedad depresiva altera seriamente las capacidades de funcionamiento normal.

Los indicios de la depresión no siempre se manifiestan de esta manera y pueden presentar formas alternas llamadas atípicas. Por ejemplo en algunos casos los síntomas son inversos, es decir, aumento del sueño y del apetito, letargia en el día y agitación motora, esta variedad se observa a temprana edad, con frecuencia en el ámbito familiar, e incluso se ha postulado que su respuesta a los medicamentos puede ser diferente de la forma clásica. Las señales de la enfermedad depresiva también pueden ser el resultado de un padecimiento médico subyacente por lo que es importante recopilar una buena historia clínica para un adecuado diagnóstico diferencial

En el abordaje clínico el paciente con depresión, sus quejas van a caer en tres áreas principales.

1. Quejas emocionales, como baja autoestima, pérdida de interés, irritabilidad, ansiedad o apatía.
2. Quejas somáticas como insomnio, fatiga, problemas de memoria, cambios en el peso corporal y el apetito, así como cefaleas, molestias gástricas y cardiovasculares inespecíficas.





3. Quejas vivenciales como problemas de pareja, con la familia, el trabajo, financieros y aislamiento o retraimiento social.

Algunas ocasiones resulta difícil captar los síntomas del enfermo depresivo y, debido a la apatía y dificultad de concentración de los enfermos, es importante tratar de obtener de manera propositiva algunos de los datos clínicos. La narración espontánea puede darnos una gran cantidad de información que nos permita inferir de forma más precisa la condición del enfermo.

En ocasiones el paciente puede extenderse demasiado describiendo sus síntomas por lo que es importante encausar adecuadamente el interrogatorio, explorando los síntomas físicos. La pregunta sería la siguiente: ¿Piensa usted que su situación emocional lo ha afectado físicamente?. Así el paciente podrá proporcionar información sobre los síntomas físicos que acompañan a la depresión, de manera que tendremos testimonio suficiente para empezar a integrar el diagnóstico de la enfermedad.

### CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN (CLASIFICACION ACTUAL)

Existen dos clasificaciones psiquiátricas actuales; la Décima Versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, cuyas siglas son CIE-10, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Cuarta Versión del Manual Diagnóstico y Estadístico, cuyas siglas son DSM-IV, que fue establecida por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

La CIE-10 incluye a la depresión dentro de los Trastornos del Humor como se describe en el cuadro 1.



CUADRO 1 Clasificación de los trastornos del humor (CIE 10)

F31	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	Episodio hipomaniaco presente Episodio maniaco presente con o sin síntomas psicóticos Episodio depresivo presente leve o moderado Episodio depresivo grave presente con o sin síntomas psicóticos Episodio mixto presente Actualmente en remisión Otros trastornos afectivos bipolares No especificado
F32	EPISODIO DEPRESIVO	Leve Moderado Grave con o sin síntomas psicóticos Otros episodios depresivos No especificado
F33	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE.	Episodio depresivo leve o moderado presente Episodio depresivo grave presente con o sin síntomas psicóticos Actualmente en remisión Otros trastornos depresivos recurrentes. No especificado
F34	TRASTORNOS DEL HUMOR PERSISTENTES	Ciclotimia Distimia Otros No especificado
F38	OTROS TRASTORNOS DEL HUMOR	Aislados Recurrentes Especificados
F39	TRASTORNOS DEL HUMOR NO ESPECIFICADOS	

En el DSM-IV la depresión recibe la denominación de Depresión Mayor, y está agrupada junto con el Trastorno Bipolar (previamente llamado psicosis maniaco-depresiva), la distimia (el equivalente, en algún grado a la



depresión neurótica) y el trastorno ciclotímico (previamente conceptualizado como personalidad ciclotímica) en los denominados Trastornos del Humor o del Estado de ánimo (previamente llamados trastornos afectivos). Bajo este mismo rubro agrupan actualmente a los trastornos del humor secundarios a enfermedad médica general y a los trastornos del humor inducidos por el uso o suspensión de sustancias.

La depresión mayor requiere de un tiempo mínimo de duración de dos semanas en donde se presentan los síntomas de la depresión. La sintomatología la considera como criterios diagnósticos, los cuales deben cumplir con un mínimo y de acuerdo al número de criterios que presenta el paciente la depresión mayor puede ser clasificada como leve, moderada y grave. Esta diferenciación en grados es importante, debido a la posibilidad actual de recibir psicoterapia o la indicación imprescindible de la utilización de medicamentos antidepresivos.

La misma APA propone establecer si es el primer episodio de depresión mayor o bien si se trata de la recurrencia de este padecimiento. Nuevamente es importante definir este hecho, ahora en función al tiempo de tratamiento requerido para el episodio depresivo, ya que la propuesta actual es que si se trata del primer episodio, el tiempo recomendado de tratamiento es de un año, en cambio en el caso de más de dos episodios de depresión mayor se recomienda un tratamiento ininterrumpido.

La depresión psicótica queda incluida en una de las subcategorías de la depresión mayor, recibiendo la denominación de depresión mayor con sintomatología psicótica, la cual puede ser congruente con el estado de ánimo, cuando el contenido de los delirios y las alucinaciones va de acuerdo a la depresión (ideas delirantes de culpa, pobreza, fin del mundo),



o incongruente con el estado de ánimo, cuando el contenido de los síntomas psicóticos no corresponde al estado depresivo.

La depresión endógena, no recibe tal denominación, sin embargo queda incluida en otra de las subcategorías de la depresión mayor con rasgos melancólicos, caracterizada por la misma sintomatología descrita y una buena respuesta a tratamiento farmacológico, y probablemente malo a la psicoterapia en cualquiera de sus modalidades.

Proponen además otros subtipos de depresión especificando si tiene rasgos catatónicos, atípicos y de inicio en el postparto.

La depresión con síntomas catatónicos se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos y la presencia de estupor, agitación extrema, negativismo, movimientos estereotipados. Esta forma de depresión constituye una urgencia psiquiátrica y requiere un tratamiento específico.

Los síntomas de la depresión con características atípicas (depresión atípica) son síntomas neurovegetativos inversos (aumento de apetito, peso y del sueño), ansiedad importante, reactividad emocional importante, hipersensibilidad al rechazo, pesadez de brazos y piernas, síntomas fóbicos y fatiga.

Una categoría más es la de patrón estacional, que se caracteriza por su patrón recurrente en cierta época del año. La relación mujer: hombre es de 3 a 1.

La terapia con luz brillante es el tratamiento de primera línea, resultado útiles los medicamentos antidepresivos, el manejo del estrés, el ejercicio y la psicoterapia



La depresión de inicio en el postparto se caracteriza por la presencia de un cuadro depresivo que apareció en el primer mes postparto y en la que frecuentemente existen síntomas psicóticos en relación con el bebé y riesgo alto de infanticidio y suicidio. En ocasiones existe tal desorganización de la personalidad que la paciente manifiesta inclusive desorientación. Debe diferenciarse de la tristeza postparto normal, que dura menos de una semana y de la reactivación de síntomas del trastorno bipolar de inicio previo.

## EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESIÓN

Apreciaciones conservadoras realizadas en 1997 señalaban que más de 150 millones de personas en el mundo presentaban depresión que requería de tratamiento específico. Tan sólo en México, se calculaba que más de cuatro millones de habitantes padecían la enfermedad. En el primer nivel de atención médica, un estudio mexicano (Padilla y Peláez, 1985) mostró una frecuencia de trastornos emocionales de 51% en un centro de salud de la Ssa, 43% en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social y 34% en un hospital general del IMSS, lo que indica que un promedio de 40% de los pacientes que acuden al primer nivel de atención tienen trastornos del ánimo.

La encuesta nacional de adicciones realizada en México (Medina Mora y cols, 1988) reportó que 34% de la población general presentaba uno o más síntomas de depresión y que, en 17% de mujeres y en 8.5% de varones, había sintomatología depresiva de moderada a severa. En el mismo estudio se encontró una prevalencia de ideación suicida de 10 a 14%.

En todo el mundo se considera que cerca del 15% de la población general sufrirá de un trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida, pero



que la depresión sólo será adecuadamente diagnosticada y tratada en menos de la tercera parte.

Las encuestas internacionales muestran de manera consistente que de 6 a 8% de los pacientes que acuden a la clínica de primer contacto, tienen trastorno depresivo mayor. Las quejas más frecuentes en este nivel de atención, comprenden:

- Cefalea, dolor abdominal y otros dolores corporales.
- Baja energía, cansancio excesivo.
- Reducción de la capacidad de experimentar placer o alegría.
- Apatía, malestar, irritabilidad o ansiedad que acompañan o predominan a la depresión.
- Disfunción sexual o falta de deseo sobre todo en pacientes menores de 40 años.

Otras pistas clínicas que se presentan con el trastorno depresivo mayor son:

- Episodios depresivos previos.
- Historia familiar de un trastorno depresivo mayor o de trastorno bipolar
- Historia personal o familiar de intentos suicidas.
- Enfermedad médica concomitante.
- Abuso de sustancias.
- Estrés reciente o falta de apoyo social.



## DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

El diagnóstico de la depresión debe realizarse en función a la presencia de síntomas específicos. Los síntomas que más frecuentemente presentan los pacientes deprimidos son en orden de frecuencia:

- Disminución de la energía y de la concentración.
- Disminución en el interés de las actividades habituales.
- Preocupación excesiva.
- Nerviosismo.
- Falta de apetito.
- Dificultades para conciliar el sueño.
- Enlentecimiento psicomotor e indecisión.
- Insomnio.
- Ideación suicida.
- Llanto e irritabilidad.
- Pesimismo.

De acuerdo a los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV), el diagnóstico de depresión mayor se puede hacer en base a la siguiente sintomatología:

- a) Tristeza, tendencia al llanto: la tristeza es el síntoma principal, aunque en algunos pacientes puede ser el aislamiento social y la disminución de su nivel de actividad lo que les lleva a buscar tratamiento
- b) Pérdida de la capacidad para experimentar placer en la mayor parte de las actividades.
- c) Cambios importantes en el apetito y en el peso.
- d) Alteraciones en el sueño, principalmente en forma de insomnio, aunque puede existir tendencia a dormir en exceso. El insomnio que



más frecuentemente presentan los pacientes deprimidos es el inicial, sin embargo el más específico de los estados depresivos es el insomnio terminal, que consiste en despertar horas antes de lo habitual.

- e) **Agitación o retardo psicomotor:** el retardo psicomotor generalizado es el síntoma más común, aunque en algunos pacientes pueden observarse estados de agitación, especialmente entre los pacientes de edad avanzada. La agitación puede manifestarse objetivamente a través de que el paciente continuamente se estruja las manos, jala su cabello, cambia de posición y se sobresalta con facilidad. La posición encorvada se ve frecuentemente en una persona deprimida, tiene menos movimientos y en general menos actividad y su mirada es triste cuando cursa con retardo o enlentecimiento psicomotor.
- f) **Fatiga o falta de energía:** son incapaces o están limitados para iniciar alguna actividad, o bien, una vez que se han iniciado, para completarla.
- g) **Sentimientos de minusvalía y culpa:** los pacientes deprimidos tienen una visión pesimista del mundo y del futuro, pero sobre todo de su persona. Sus pensamientos frecuentemente están centrados en pérdidas, culpa, remordimiento y en el efecto que su estado tiene sobre su familia.
- h) **Dificultades para concentrarse y para recordar las cosas,** así como indecisión.
- i) **Pensamientos acerca de morir, ideación o intento suicida:** estos síntomas se presentan en 15% de los pacientes aproximadamente.

La mayoría de los pacientes sólo son conscientes de una parte de sus síntomas y con frecuencia minimizan su discapacidad. Un informador cercano al paciente enfermo puede dar la información más confiable sobre los síntomas, el grado de discapacidad y el curso de la enfermedad.





El primer paso es realizar una historia clínica completa con exámenes físicos. Se debe descartar la posibilidad de que los síntomas depresivos sean producidos por medicamentos o por padecimientos físicos (Cuadros 2 y 3).

**CUADRO 2. Medicamentos relacionados con la depresión.**

a) Analgésicos y antiinflamatorios (ibuprofen, indometacina, pentazocina, fenilbutazona.
b) Antibióticos ( sulfonamidas, cotrimoxazol, ampicilina, penicilina, tetraciclina, isoniazida, cicloserina)
c) Quimioterapéuticos (vinblastina, vincristina)
d) Anticonvulsivantes
e) Antihipertensivos (clonidina, guanetidina, hydralazina, metildopa, propranolol, reserpina)
f) Antiparkinsonianos (amantadina, levodopa, carbidopa)
g) Antipsicóticos (fenotiazinas, enanthato/decanoato, haloperidol)
h) Anfetaminas y otros estimulantes del SNC
i) Tranquilizantes e hipnótico-sedantes (benzodiazepinas, hidrato de cloral, barbitúricos)
j) Corticosteroides
k) Antagonistas H2
l) Hormonas (estrógenos, progesterona)
m) Medicamentos cardiacos (dígital, procainamida)
n) Etanol
o) Cafeína
p) Drogas de abuso (cocaína, LSD, polifarmacodependencia)
q) Supresores del apetito (anfetaminas, fenfluramina, LSD)
r) Lecitina
s) Fisostigmina

**CUADRO 3. Algunas enfermedades relacionadas con la depresión.**

a) CARDIOVASCULAR (insuficiencia cardiaca congesitiva)
b) NEUROLÓGICAS (enfermedad vascular cerebral, hematoma subdural, esclerosis múltiple, Parkinson, epilepsia)
c) ONCOLÓGICAS
d) ENDOCRINOPATIAS (enfermedad de Addison, Cushing, diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, menopausia, postparto, hipoparatiroidismo)
e) METABÓLICAS (hipoglicemia)
f) INFECCIOSAS (hepatitis, mononucleosis infecciosa, brucelosis, encefalitis, influenza, malaria, sífilis, tuberculosis, sida)
g) INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS (mercurio, talio)
h) HEMATOLÓGICAS (anemia)
i) REUMATICAS (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico)
j) HIPOVITAMINOSIS (ácido fólico)



La evaluación diagnóstica comprende la enumeración de los síntomas y sus características cuándo iniciaron, su severidad, si han presentado episodios previos, si fueron tratados, en qué consistió en tratamiento. Se debe preguntar sobre el consumo de alcohol y medicamentos, incluidas las drogas de abuso y si el paciente ha tenido pensamientos sobre la muerte o intentos de suicidio. Es necesario consignar si ha habido depresión en otros consanguíneos y, si fueron tratados, qué tratamiento recibieron y cuál fue efectivo. Finalmente, hay que realizar un examen mental.

Para hablar sobre el diagnóstico de la depresión debemos basarnos en el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV) porque cuenta con criterios diagnósticos definidos de manera operativa, que ofrecen la doble ventaja de hacer el diagnóstico confiable y fácil de comprender.

En el DSM-IV divide los trastornos de ánimo en tres secciones, la primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco), con los que se construyen los trastornos del ánimo que se describen en la segunda parte (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I y II, trastorno ciclotímico)

**El trastorno depresivo mayor** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores.

**El trastorno distímico** se caracteriza por al menos dos años de más días con ánimo depresivo que sin él.

**El trastorno depresivo sin especificación** incluye trastornos depresivos que no cumplen los criterios de trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de ajuste con síntomas mixtos ansioso-depresivos.



**El trastorno bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, usualmente acompañados de al menos un episodio hipomaniaco.

**El trastorno bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados de al menos un episodio hipomaniaco.

**El trastorno ciclotímico** se caracteriza por al menos dos años de numerosos episodios de síntomas hipomaniacos que no satisfacen el criterio de episodio maníaco y numerosos episodios de síntomas depresivos que no cumplen el criterio de episodio depresivo mayor.

**El trastorno bipolar sin otra especificación.**

**El trastorno del ánimo secundario a una condición médica general** se caracteriza por trastorno del ánimo, prominente y persistente que según el razonamiento clínico es consecuencia fisiológica de una enfermedad médica general.

**El trastorno del ánimo inducido por sustancias** se caracteriza por trastorno del ánimo prominente y persistente como consecuencia de la ingesta de sustancias.

**Trastorno del ánimo sin especificación.**

Criterios del DSM-IV para el episodio depresivo mayor.

A) Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, que representan un cambio respecto a la actividad previa. Durante un periodo de dos semanas, uno de los síntomas debe ser: 1. Estado de ánimo depresivo o 2. Pérdida de interés o de la capacidad para sentir placer.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio paciente (por ejemplo se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto).
- Disminución marcada del interés o de la capacidad para sentir placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día.



- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, así como pérdida o aumento del apetito casi cada día.
  - Insomnio casi todos los días.
  - Agitación o enlentecimiento psicomotores observable por los demás.
  - Fatiga o pérdida de energía.
  - Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
  - Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o plan específico para suicidarse.
  - Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
  - Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
  - Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (como por ejemplo una droga, medicamentos) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo)
- B) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de duelo (después de la pérdida de un ser querido), persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una marcada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

### **Los criterios del DSM-IV son:**

**El ánimo se describe como depresivo, triste, desesperado o desanimado.** El paciente puede decir que no está triste, aunque acepte que llora. Algunos afirman que no tienen sentimientos o que están ansiosos. El ánimo deprimido se debe diagnosticar si hay facies depresiva o si la conducta no verbal es depresiva. Hay individuos que centran su discurso en quejas somáticas, mientras que otros se muestran irritables (con coraje persistente, rencor, explosividad y odio que los conduce a



descargar sus culpas en otros, o muestran sentimientos exagerados de frustración ante eventos menores). Algunos pacientes parecen deprimidos, otros dan la impresión de que están preocupados, cansados e incluso normales.

**Pérdida de interés.** Siempre está presente en algún grado. La persona muestra desinterés en sus aficiones más arraigadas e incapacidad para disfrutar actividades que le resultaban agradables.

**Alteraciones del apetito.** Usualmente hay hiporexia, en los menos casos hay hiperorexia y suelen buscar alimentos específicos como dulces. Los cambios severos en el apetito se acompañan de modificaciones en el peso.

**Alteraciones del sueño.** El insomnio es lo más común, usualmente es de tipo intermedio (característicamente despiertan entre 2 y 5 a.m.) o terminal. Los pacientes que cursan con hiperorexia padecen además de hipersomnia a esto se le conoce como “depresión reversa”.

**Cambios psicomotores.** Incluyen agitación o retardo de la actividad psicomotora.

**Disminución en la energía, cansancio y fatiga.** Son comunes. Aún las tareas pequeñas pueden requerir de un esfuerzo sustancial. La eficiencia se encuentra disminuida.

**Sentimientos de inutilidad o culpa.** Incluyen evaluaciones negativas de sí mismo o rumiación de culpas por fallas menores de el pasado. Interpretan eventos triviales como evidencia de defectos personales. Muestran un sentido exagerado de responsabilidad. La culpa puede tomar proporciones delirantes (ser responsable de la pobreza del mundo)

**Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.** Se distraen con facilidad y se quejan de fallas de memoria., los que tienen demandas intelectuales de orden académico u ocupacional son incapaces de funcionar adecuadamente. Los niños suelen mostrar incapacidad para aprobar materias o años, a pesar de tener un rendimiento intelectual normal. En el anciano estas alteraciones cognitivas se han denominado



pseudodemencia. Con frecuencia se quejan de incapacidad para focalizar la atención, de múltiples olvidos, lentificación del pensamiento y disminución en su rendimiento intelectual.

**Ideas de muerte, ideación suicida o intentos suicidas.** Es común que crean que los demás estarán mejor si ellos se mueren. La frecuencia, intensidad y letalidad de las ideas suicidas es muy variable. El riesgo suicida va desde ideación transitoria (uno a dos minutos) o recurrente (una o dos veces a la semana), a aquellos que están implementando ya un plan para quitarse la vida. En la actualidad no es posible identificar con certeza si un individuo en particular se suicidará. Las motivaciones incluyen el deseo de escapar de obstáculos percibidos como irremontables o como la única posibilidad de eliminar un estado emocional doloroso que no parece tener fin.

#### CUADRO 4. Factores de riesgo para el suicidio.

CLINICOS Y PSICOSOCIALES.
• DESESPERANZA
• SEXO MASCULINO
• EDAD AVANZADA
• VIVIR SOLO
HISTORIA
• INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO
• HISTORIA FAMILIAR DE INTENTOS DE SUICIDIO
• HISTORIA FAMILIAR DE ABUSO DE SUSTANCIAS
DIAGNOSTICOS
• ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL
• PSICOSIS
• ABUSO DE SUSTANCIAS



Modificadores de los episodios depresivos mayores.

1. Leve. Con el mínimo de síntomas requeridos para realizar el diagnóstico, y deterioro ligero en la actividad laboral o en actividades sociales cotidianas.
2. Moderado. Síntomas o deterioro funcional entre leve y grave.
3. Grave sin síntomas psicóticos. Varios síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico e interferencia notable en la vida laboral o las relaciones con los demás.
4. Con síntomas psicóticos, ideas delirantes o alucinaciones. Es importante especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo. Se entiende por síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo a las ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es acorde con los temas depresivos típicos de incapacidad, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o de haberse ganado un castigo. Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo son las ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no comprende los temas depresivos mencionados. Aquí se incluyen ideas delirantes de persecución (no relacionadas directamente con los temas depresivos), inserción o difusión del pensamiento e ideas delirantes de control
5. En remisión parcial. Intermedio entre remisión completa y leve, sin distimia previa (si un episodio depresivo mayor se ha superpuesto a la distimia, el diagnóstico de la misma se da cuando ya no se cumplen los criterios para determinar el trastorno).
6. En remisión completa. Ningún signo o síntoma significativo de depresión durante los pasados seis meses.
7. No especificado. Se debe especificar "crónico" si el episodio actual ha durado dos años consecutivos sin un periodo de dos o más meses con



ausencia de síntomas depresivos significativos. Especificar si el episodio actual es de tipo melancólico.

La entrevista directa e indirecta es esencial. Los síntomas pueden ser mal reportados por las fallas en la concentración, de memoria o por negación. La familia suele estar más consciente de los episodios maniacos o hipomaniacos. El interrogatorio siempre debe incluir los síntomas vegetativos: alucinaciones, alteraciones del sueño, del apetito, de la sexualidad, de la atención y de la concentración.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los trastornos con los que se debe hacer diagnóstico diferencial son:

1. Trastorno bipolar.
2. Trastornos adaptativos con ánimo deprimido.
3. La distimia.
4. El duelo no complicado.
5. Los trastornos del humor orgánicos o inducidos por sustancias.
6. El trastorno esquizofrenico.
7. La demencia y la pseudodemencia.

## TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar es un síndrome con síntomas de manía durante el curso de la vida.

Cuando se evalúa al paciente con depresión, debe interrogarse acerca de episodios maniacos previos, ya que la fase depresiva del trastorno bipolar es igual clínicamente a la depresión mayor.





La manía se caracteriza por un estado de euforia, a veces por irritabilidad, cambios bruscos de ánimo, aumento en la actividad, con menor necesidad de dormir, aumento en la velocidad del discurso, el paciente habla más rápido y en voz más alta, lleno de chistes, juegos de palabras, asociaciones por consonancia o rimas; disminución de la capacidad para concentrarse; sus pensamientos incluyen ideas de grandiosidad y sentimientos de gran poder o capacidades especiales, y su velocidad está aumentada; su autoestima está elevada, tienen alterado el juicio, perdiendo la objetividad acerca de su capacidad financiera, gastando mucho, tornándose también sexualmente inadecuada, sin tener conciencia de enfermedad. Esta sintomatología frecuentemente lleva a que los familiares del paciente busquen su tratamiento.

Si el paciente ha requerido la hospitalización o bien el cuadro ha tenido características tan graves que ha provocado un desajuste importante en las esferas de su personalidad el paciente debe recibir diagnóstico de trastorno bipolar tipo I (episodios maníacos que se acompañan de episodios depresivos). Si el paciente ha cursado con una sintomatología maníaca pero no ha requerido hospitalización o la intensidad de los síntomas no ha llegado a tal magnitud que le provoque desadaptación, se trata de un episodio hipomaniaco y el diagnóstico es de trastorno bipolar tipo II (episodios depresivos que se acompañan de episodios hipomaniacos)

Entonces diagnóstico depende de la presencia previa de episodios maníacos o hipomaniacos. Cuando el episodio depresivo es el primero, puede ocurrir que se trate del inicio de un trastorno bipolar, esto es, que posteriormente presente episodios maníacos, esto puede ocurrir sobre todo cuando la depresión aparece en la segunda década de la vida (entre más tempranamente aparezca el cuadro depresivo, es más factible que se trate de un trastorno bipolar que se inicio con una fase depresiva).



El diagnóstico diferencial es importante debido a que el trastorno bipolar tiende a ser por naturaleza recurrente y sobre todo porque puede lograrse la estabilización del paciente a través de la administración de estabilizadores del ánimo (carbonato de litio) y anticonvulsionantes (carbamacepina, ácido valproico, valproato de sodio o magnesio).

### **TRASTORNO ADAPTATIVO CON ÁNIMO DEPRIMIDO**

En este trastorno la sintomatología es un estado de ánimo, tendencia a llorar y la desesperanza; sin embargo la persona presenta mayor sintomatología, no llegando a cumplir los criterios de la depresión mayor.

### **DISTIMIA**

Es una forma de depresión crónica, de cuando menos dos años de evolución y que no tiene la suficiente gravedad para cumplir con los criterios de la depresión mayor; sin embargo en algunos casos coexisten ambos trastornos (doble depresión).

### **DUELO NO COMPLICADO**

El duelo no complicado es una respuesta natural ante la pérdida de un ser querido. El diagnóstico diferencial se puede establecer en base a la gravedad de los síntomas y a su duración. Los síntomas del duelo y de la depresión son similares; algunos síntomas que frecuentemente se ven en cuadro depresivo asociado al duelo son: sentimientos de inutilidad, ideación suicida, sentimientos de culpa, no sólo relacionados con lo que “uno podía haber hecho” o “como debía haber actuado” y reacciones de aniversario (malestar incapacitante que aparece cercano a la fecha en que ocurrió el deceso). La duración de un duelo normal se ha establecido alrededor de los seis meses, lo que permite decir en un momento que una duración mayor a este lapso requiere intervención.



## TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA

Los trastornos endocrinos (alteraciones tiroideas y paratiroides y de las glándulas suprarrenales) son las causas más frecuentes de este grupo de padecimientos, aunque existen causas neurológicas (epilepsia, enfermedad de Parkinson, cerebrovascular, esclerosis múltiple, tumores, narcolepsia, infecciones del sistema nervioso central), enfermedades del tejido conectivo (lupus eritematoso), deficiencias vitamínicas y otras alteraciones médicas generales.

Las manifestaciones clínicas de este grupo de padecimientos pueden ser indistinguibles de la depresión. Para hacer el diagnóstico debe detectarse alguna de las patologías médicas mencionadas que anteceda a la aparición de los síntomas depresivos.

El inicio de los síntomas es variable, en cuanto a si es rápido o insidioso, y el curso varía de acuerdo a la enfermedad que los está generando. Debido a que aunque la enfermedad médica es el agente causal de este trastorno de ánimo, puede ocurrir que a pesar de que ésta se controle o desaparezca, la depresión persiste un tiempo mayor.

El tratamiento de este grupo de trastornos consiste en el tratamiento del padecimiento físico y la administración del tratamiento farmacológico antidepresivo y psicoterapia. En algunos casos es necesario valorar el uso de la terapia electroconvulsiva.



## TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDOS POR SUSTANCIAS

Estos trastornos pueden deberse al uso de medicamentos (antihipertensivos, tranquilizantes, antiparkinsonianos, corticosteroides, analgésicos y antiinflamatorios, antibióticos) y al uso o suspensión del uso de drogas (alcohol, anfetaminas, opiáceos, cocaína).

Las manifestaciones clínicas pueden ser indistinguibles de la depresión. Para poder hacer el diagnóstico debe determinarse el uso de sustancias por parte del paciente menos de un mes antes de inicio de la sintomatología depresiva. En general cuando la sustancia es eliminada completamente, el estado de ánimo tiende a normalizarse, aunque como en el caso de trastornos del ánimo secundarios a causa médica general puede tardar semanas o meses en resolverse.

El tratamiento consiste normalmente en suspender el uso de la sustancia y a veces instalar tratamiento antidepresivo.

## TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

El trastorno esquizoafectivo es un padecimiento que se caracteriza por psicosis y cuadros de manía o depresión. Este trastorno no puede dividirse en trastorno esquizoafectivo bipolar, cuando la psicosis se acompaña de cuadros maniacos y trastorno esquizoafectivo depresivo, cuando la psicosis se acompaña de cuadros depresivos. La sintomatología psicótica casi siempre antecede a la aparición del cuadro afectivo, o bien aunque inicien simultáneamente la psicosis tiende a durar más tiempo que el cuadro afectivo. Los síntomas psicóticos son similares a los observados en la esquizofrenia (alucinaciones auditivas, ideas delirantes de daño, persecución, robo y control del pensamiento); los cuadros depresivos son iguales a los de la depresión mayor (tristeza, llanto, falta de interés,



desánimo, aislamiento, alteraciones del sueño, apetito y peso, disminución de la capacidad para concentrarse, indecisión, disminución de la energía, enlentecimiento o agitación psicomotora, sentimientos de inutilidad, culpa y desesperanza, así como pensamientos acerca de morir).

El diagnóstico diferencial debe entonces establecerse con la depresión mayor con síntomas psicóticos en donde además del cuadro de la depresión descrito existen síntomas tales como alucinaciones e ideas delirantes. La única forma de establecer la diferencia, debido a que muchas veces el cuadro es idéntico es en función a que la sintomatología depresiva fue la que apareció primero o bien es la que persiste a lo largo de la evolución del cuadro, esto es, aunque aparecieron juntos los síntomas depresivos y psicóticos, en la depresión mayor psicótica, la psicosis remite antes que el cuadro afectivo.

La diferenciación es importante debido a que el pronóstico es malo en el trastorno esquizoafectivo, debido a su tendencia a la recurrencia y a deterioro en la personalidad del sujeto. El manejo del trastorno esquizoafectivo debe incluir el uso de neurolepticos (antipsicóticos) y antidepresivos, así como estabilizadores del ánimo (carbonato de litio) o anticonvulsivantes del tipo de la carbamacepina y el ácido valproico.

## DEMENCIA Y PSEUDODEMENCIA

La demencia se caracteriza por un déficit cognoscitivo de inicio insidioso y de curso progresivo. A lo largo de su evolución puede presentarse sintomatología depresiva, que en 30% de los casos cumple con los criterios diagnósticos de depresión mayor.

En el caso de la demencia de cualquier etiología es importante la detección de la depresión mayor para evitar un mayor déficit en el funcionamiento de



la persona. Existen estudios acerca de la utilidad de los fármacos antidepresivos y de la psicoterapia en el manejo de esta incurcencia.

La pseudodemencia, en algunas ocasiones clasificada como demencia reversible, y en otra como "pródromo" de un cuadro demencial, se caracteriza por afectar a los ancianos en donde la sintomatología más aparente es la del déficit cognoscitivo. Existen algunas características que permiten hacer la deferenciación de la pseudodemencia con la demencia:

- a) Antecedentes familiares y personales de trastorno del humor (depresión y/o trastorno bipolar).
- b) Inicio brusco.
- c) Tiempo de evolución de semanas.
- d) Presencia de sintomatología depresiva como sentimientos de inutilidad y autoreproches.
- e) Variaciones diurnas: mayor malestar matutino con mejoría por la tarde y noche.
- f) Déficit cognoscitivo variable: el examen mental arroja resultados diferentes cuando se evalúa en diferentes ocasiones al pacientes y pueden mejorar su funcionamiento amnésico a través del esfuerzo.
- g) En los pacientes al ser interrogados responden frecuentemente con un "no sé".

En cambio los pacientes demenciados se caracterizan por:

- a) Poseer antecedentes asociados a la causa de la demencia:
- b) Antecedentes familiares, enfermedad de Alzheimer familiares y síndrome de Down.



- c) Antecedentes personales: hipotiroidismo, traumatismos craneoencefálicos, hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, enfermedad vascular cerebral, tabaquismo.
- d) Inicio insidioso, los familiares son incapaces de definir con exactitud cuando empezó a tener manifestaciones del cuadro.
- e) Tiempo de evolución de meses.
- f) Variaciones vespertinas y nocturnas: la sintomatología demencial y sobre todo las alteraciones conductuales se acrecentan por las noches.
- g) Déficit cognoscitivo constante y consistente no hay cambio en general en el examen mental. Empeora durante las noches.
- h) Tendencia del paciente a ocultar su déficit, a justificarlo y a confabular en ocasiones.
- i) En ocasiones signos neurológicos de la demencia, reflejos de búsqueda, prehensión, succión, Hoffman, Babinsky, hipertonia.
- j) Los estudios de gabinete como la tomografía axial computarizada de cráneo pueden demostrar alteraciones compatibles con la causa de la demencia.

Debe mencionarse que existen algunos estudios que han tratado de relacionar los cuadros depresivos que el paciente ha tenido a lo largo de su vida, con la aparición tardía de demencia, sin que hasta el momento exista evidencia concluyente. En cambio si parece haber evidencia en el sentido que los cuadros de pseudodemencia pueden preceder años a la aparición de un cuadro demencial. La propuesta de que el déficit cognoscitivo reversible de la pseudodemencia se debe a alteraciones neuroquímicas de una demencia subclínica que se corrige temporalmente con la administración de antidepresivos.



## TEORIAS PSICOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN

Desde el punto de vista psicológico, diversas teorías han abordado el origen de este padecimiento, ya que la depresión es uno de los problemas emocionales más comunes que interfiere con el funcionamiento social, laboral y familiar de quien la padece.

Es una condición emocional que cambia la forma en la que el sujeto siente y piensa, así como sus relaciones interpersonales y su percepción de bienestar físico. Las percepciones, expectativas, valores, actitudes, miedos, deseos y evaluaciones personales de sí mismo y de otros son elementos de la conducta humana que afectan los estados emocionales y que tienen que ver tanto con procesos conscientes como inconscientes del pensamiento. Por lo que dentro de este contexto, la psicología ha realizado diferentes aspectos sobre el origen de la depresión logrando un conjunto de elementos que ayudan a explicar de manera más extensa el complejo mecanismo que lleva a este padecimiento.

## TEORIAS PSICODINÁMICAS

En 1911 Karl Abraham postuló que el odio era una emoción dominante en los inicios de la depresión, pero que al ser un sentimiento inaceptable es reprimido y proyectado de tal forma que la persona deprimida se siente odiada por los demás y piensa que este odio es debido a sus defectos intrínsecos. De acuerdo con este autor, los pacientes deprimidos son sumamente masoquistas y la culpa que sienten por los impulsos de hostilidad reprimida se juntan con el placer que reciben del sufrimiento y de estar pensando constantemente en sí mismos, y debido a que no pueden establecer relaciones afectivas perdurables, se vuelven inhibidos y satisfacen su tendencia inconsciente de "negación de la vida".





Por otra parte, Freud en su publicación titulada "Duelo y Melancolía" (1917) hace una comparación entre ambas emociones postulando que el duelo es un proceso normal, en el cual, al haberse perdido a un ser querido, se percibe una pérdida real que el sujeto supera sin la necesidad de psicoterapia. Debido a que los lazos afectivos con el ser querido que ya no está como en el caso de la muerte eran fuertes, el sujeto va aceptando poco a poco esta realidad hasta quedar liberado de la sensación de pérdida. A diferencia de ello, en la melancolía, de acuerdo con Freud, no existe una pérdida aparente, ya que se relaciona con una pérdida inconsciente por lo que tanto para el paciente como para el terapeuta no se distingue claramente lo que el sujeto ha perdido, mostrando asimismo "un considerable empobrecimiento de su yo, al percibirlo como indigno de toda estimulación, incapaz de rendimiento valioso alguno y moralmente condenable lo cual lo lleva a dirigirse amargos autorreproches, insultándose y esperando la repulsa y el castigo.

En términos generales, para varios autores que abordan el punto de vista psicodinámico el aspecto más importante en la depresión es una pérdida de autoestima, en la que existe un estado de indefensión e impotencia que lleva a la persona a creer haber perdido algo que era esencial para su bienestar y a considerarse a sí mismo incapaz para anular esta pérdida. El origen de esta pérdida se halla en los procesos inconscientes de la personalidad y en la influencia de lo vivido durante la infancia del sujeto.

## TEORÍA INTERPERSONAL

Por otro lado, se ha explicado el origen de la depresión sobre la base de la Teoría Interpersonal, desde cuya perspectiva este padecimiento es visto como una modalidad de interacción social, en la cual el sujeto depresivo hace lo posible por afirmar su enfermedad y frustrar las tentativas de ayuda



que otros pueden ofrecerle liberándose así de obligaciones y actividades sociales.

## TEORÍA CONDUCTISTA

Para la Teoría Conductista, la depresión se debe a las pocas gratificantes emocionales, verbales y materiales a las que los individuos fueron expuestos durante la infancia; el factor que desencadena la depresión está en la insuficiencia de recompensas que el sujeto ha experimentado en su vida.

Uno de los puntos de vista más interesantes bajo este rubro es el de Martin Seligman, quien creó la Teoría de la desesperanza aprendida, en la cual se plantea que en la persona deprimida no percibe relación alguna entre su conducta y el apoyo que recibe del ambiente, la experiencia de repetidas situaciones en las que comprobó que sus esfuerzos no le redituaban recompensa alguna, hace que las actitudes aprendidas asociadas con dichas experiencias se generalicen y queden internalizadas como un rasgo de personalidad.

## TEORÍA COGNITIVA

La Teoría Cognitiva es otra aproximación psicológica de gran relevancia. Basa su enfoque en el procesamiento humano de información. Albert Ellis fue quien primero planteó la idea de que las llamadas “creencias irracionales” son la base de la mayoría de los problemas psicológicos.

Se trata de ideas poco realistas, incorrectas y maladaptativas como las siguientes:

- “Uno debería ser amado y aprobado casi por cualquier persona”



- “Para ser tomado en cuenta, uno debería ser competente en casi todos los aspectos”.
- “Las personas tienen muy poco control interno sobre su felicidad tristeza personal”.

Desde este enfoque se plantea que un hecho o situación real se distorsiona por la forma en la que un sujeto la interpreta, aumentando así el grado de malestar emocional que le produce. Lo que convierte a estas ideas irracionales es la creencia absolutista de que siempre son correctas, aunque en la realidad habrá ocasiones en las cuales un individuo haga algo bien pero no obtenga el resultado que espera. Si un sujeto mantiene permanentemente estas ideas en su mente y dirigen su vida sin cuestionarlas, el resultado será una deficiente autoestima y en muchos casos depresión. Por otra parte Beck (1963, 1964, 1967, 1970, 1971) cambió el punto de vista generalmente aceptado respecto de la depresión como un trastorno afectivo.

Plantea que existe una secuencia entre la percepción, los procesos del pensamiento y las emociones que es igual en los sujetos deprimidos y en los normales, pero a diferencia de los procesos de pensamiento normales, el contenido de pensamiento de los deprimidos está lleno de distorsiones y concepciones poco realistas. La depresión puede explicarse sobre la base de cuatro principios básicos.

1. Los sujetos construyen activamente su realidad, ya que los seres humanos no son receptáculos pasivos de los estímulos del ambiente y de las sensaciones físicas, sino que constituyen su realidad mediante la percepción y el aprendizaje y un sistema de procesamiento por el cual se selecciona, filtra e interpreta lo que se vive, en el caso de la depresión a personas que la padecen tienden a interpretar las



- experiencias negativas que han vivido como evidencias de su creencia de que son un fracaso.
2. Los procesos de pensamiento median las emociones y las conductas. A su vez éstos, las emociones y las conductas, interactúan recíprocamente y se ven influenciadas unas por otras. En este sentido en la depresión la forma en la que un sujeto se percibe a sí mismo, al mundo y a su futuro no son la causa directa del trastorno, pero juegan un papel determinante en la mediación de otros síntomas motivacionales, conductuales y emocionales del mismo.
  3. Los procesos de pensamiento automáticos pueden hacerse accesibles por medio de la terapia y quedar claros para el paciente con el objeto de que los pueda identificar y modificar.
  4. Debido a que desde este punto de vista la falla en el procesamiento de información del sujeto deprimido o ansioso es crucial para el mantenimiento de sus síntomas, el cambio en la conducta, las emociones y las reacciones físicas se logra modificación en dicho procesamiento.

Para Beck existe una "triada cognitiva" en el paciente deprimido que implica percibirse a sí mismo, su futuro y el mundo de una forma negativa, a medida que esta triada se va haciendo más dominante, el paciente se torna progresivamente más depresivo y muestra otros síntomas de la depresión que no son cognitivos, es decir, que no tienen que ver con un proceso de pensamiento. Debido a que la persona deprimida ha sido rechazada, ella así lo cree, se siente triste y las actividades cotidianas le parecen insuperables y aburridas, se siente desesperanza respecto al futuro y quiere escapar.



Cuando estas sensaciones se intensifican y se combinan con desesperanza y minusvalía, el paciente se siente extremadamente dependiente y puede intentar el suicidio.

Por otra parte, Melges y Bowlby (1969) resaltan la importancia de la desesperanza en la depresión definiéndola como la evaluación que un sujeto hace sobre su habilidad para alcanzar metas, dicha evaluación es tomada de las experiencias basadas en el logro de metas y objetivos. Un sujeto deprimido presenta desesperanza hacia su futuro cuando.

- a) cree que sus habilidades no serán efectivas para alcanzar sus metas.
- b) considera que ha fracasado debido a su incompetencia y debe confiar en otros.
- c) siente que sus esfuerzos para lograr sus metas han fallado.

Aunque el paciente deprimido cree que es incapaz de mantener sus metas siguen siendo importantes para él y le preocupan.

En términos generales, los teóricos cognitivos abordan las causas de la depresión con base en los procesos de pensamiento, aspecto que no es abordado por la teoría psicodinámica ni conductista y en la actualidad juega un papel importante en la comprensión de la depresión.

## ESCALAS PARA MEDIR DEPRESIÓN

En cuanto a escalas diseñadas para hacer el diagnóstico de la depresión, probablemente las más conocidas son la de Newcastle, diseñada por Carney y colaboradores, en 1965, y su versión moderna, creada por Beck y colaboradores, en 1981; además de la Evaluación Estandarizada para Desórdenes Depresivos (EEDD o SADD, por sus siglas en inglés), desarrollada por la OMS en 1983, instrumento que ha evolucionado más



hacia una entrevista estructurada y que por su duración al realizarse, no ha sido tan utilizada como la de Newcastle. Cabe señalar que esta última escala inicia puntualizando la distinción entre lo que considera la depresión endógena versus la neurótica, conceptos que en la psiquiatría contemporánea han perdido validez, por lo que se ha retomado de EEDD. Ambas escalas, la EEDD y la de Newcastle, poseen buenos valores sin embargo dichos valores son similares a los que otras entrevistas estructuradas para hacer diagnósticos en psiquiatría.

El campo de las escalas diagnósticas en la depresión ha progresado poco, por lo que se han empleado los instrumentos que evalúan la severidad de los síntomas, buscándoles puntos de corte a diferentes puntuaciones para hacer el diagnóstico de la depresión; es decir, se ha tratado de identificar un puntaje que permita distinguir con la mayor precisión los casos de los "no casos". Lo anterior en español, se ha realizado para la escala de Beck (Torres y colaboradores, 1991), que tuvo como resultado que la utilización de un puntaje mayor de 14 puntos, tanto la sensibilidad (capacidad para identificar los casos) como la especificidad diagnóstica (reconocer a los no casos) son de 0.86. Asimismo, con este instrumento se han registrado cifras de prevalencia de la depresión en la población estudiantil mexicana de 11.8% (Manetic y colaboradores, 1995). Dentro del subgrupo de escalas para evaluar la severidad de la depresión existen numerosos instrumentos, los cuales se dividen en aquellas escalas que son evaluadas por un observador y las que son de autoevaluación; es decir, aquellas en las que la información es vertida directamente por el paciente. Dentro de las que son valoradas por un observador se cuenta, traducidas y evaluadas clínicamente al español con las siguientes:



## DEPRESIÓN DE CARROLL Y HAMILTON

La escala de Depresión de Carroll se diseñó como un instrumento autoaplicable, a diferencia de la Escala de Depresión de Hamilton que es un instrumento que se aplica por un examinador calificado o entrenado para cuantificar la intensidad de los estados depresivos. Ambas escalas cuentan con 17 reactivos y tienen una calificación máxima de 52 puntos; fueron traducidas por Berlanga en 1999

### Escala de Depresión de Carroll Autoaplicable.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Mi nivel de energía es igual al de siempre.	SI	NO
2. Estoy perdiendo peso.	SI	NO
3. He abandonado muchos de mis intereses y actividades	SI	NO
4. Desde que me enferme he perdido por completo el interés en el sexo.	SI	NO
5. Me preocupa especialmente el funcionamiento de mi cuerpo.	SI	NO
6. Es obvio que estoy alterado y agitado	SI	NO
7. Todavía me siento capaz de hacer mi trabajo.	SI	NO
8. Puedo concentrarme fácilmente para leer	SI	NO
9. Tardo más de media hora en dormirme.	SI	NO
10. Estoy inquieto y moviéndome constantemente.	SI	NO
11. En las mañanas despierto antes de lo habitual.	SI	NO
12. Para mí la mejor solución sería morir.	SI	NO
13. Tengo constantemente mareo y sensación de desmayo.	SI	NO
14. Me están castigando por algo que hice en el pasado.	SI	NO
15. Mi interés sexual es igual al que tenía antes de enfermarme.	SI	NO
16. A menudo siento ganas de llorar.	SI	NO
17. A menudo deseo estar muerto.	SI	NO
18. Tengo problemas de indigestión	SI	NO
19. Con frecuencia me despierto a mitad de la noche.	SI	NO
20. Me siento inútil y avergonzado de mí mismo.	SI	NO
21. Estoy tan lento que necesito ayuda para bañarme y arreglarme.	SI	NO
22. Tardó más de lo habitual para dormirme en la noche.	SI	NO
23. Estoy asustado la mayor parte del tiempo y no sé por qué	SI	NO
24. Me preocupan cosas de mi vida de las que me arrepiento	SI	NO
25. Lo que hago me da placer y satisfacción.	SI	NO
26. Todo lo que necesito para estar bien otra vez es descanso.	SI	NO
27. Mi sueño es alterado y no reparador	SI	NO



## ALTERACIONES PSICOSOMÁTICAS



28. Mi mente es tan rápida y alerta como siempre.	SI	NO
29. Creo que aún vale la pena vivir.	SI	NO
30. Mi voz es apagada y sin vida.	SI	NO
31. Me siento irritable o nervioso.	SI	NO
32. Me siento de buen ánimo.	SI	NO
33. Con frecuencia mi corazón late más rápidamente de lo normal.	SI	NO
34. Pienso que mi caso no tiene solución.	SI	NO
35. Me despierto antes de la hora habitual por las mañanas.	SI	NO
36. Disfruto de las comidas como de costumbre.	SI	NO
37. Tengo que pasar de un lado a otro la mayor parte del tiempo	SI	NO
38. Estoy aterrizado casi hasta el pánico.	SI	NO
39. Mi cuerpo esta mal y podrido por dentro.	SI	NO
40. Estoy enfermo debido al mal tiempo que ha hecho.	SI	NO
41. Mis manos tiemblan tanto que la gente lo nota.	SI	NO
42. Aún me gusta salir y ver gente.	SI	NO
43. Creo que mi apariencia exterior es la de estar calmado.	SI	NO
44. Creo que soy tan buena persona como cualquiera	SI	NO
45. Mi problema es el resultado de una seria enfermedad.	SI	NO
46. He estado pensando en intentar suicidarme	SI	NO
47. Últimamente se me dificulta hacer las cosas	SI	NO
48. Sólo hay desgracias para mí en el futuro.	SI	NO
49. Me preocupan mucho mis síntomas corporales.	SI	NO
50. Tengo que esforzarme para comer aunque sea poco.	SI	NO
51. Estoy agotado la mayor parte del tiempo.	SI	NO
52. Puedo decir que he perdido peso.	SI	NO

Esta escala se califica con la adición total de los reactivos los cuales generan un puntaje total. Una depresión de más de 21 puntos es considerada como severa, y una remisión de síntomas por debajo de 7 puntos es considerada como completa.





## Escala de Depresión de Hamilton

Nombre: \_\_\_\_\_

Evaluador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Evaluación: \_\_\_\_\_

### 1. **Ánimo deprimido**

Triste, desamparado, autodevaluado

0 Ausente

1 Estos estados de ánimo se mencionaron en el interrogatorio

2 Estos estados de ánimo se reportaron verbalmente en forma espontánea.

3 Comunica estos estados de ánimo en forma "no verbal", es decir mediante expresiones faciales, actitudes, voz, tendencia llanto.

4 Comunica prácticamente estos estados de ánimo sólo en su comunicación espontánea verbal y no verbal

### 2. **Sentimientos de culpa.**

0 Ausente.

1. Autoreproche, siente que ha defraudado a alguien

2. Ideas de culpa sobre errores pasados. Piensa en ellos repetitivamente y con preocupación

3. Piensa que la enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa.

4. Escucha voces acusatorias que lo denuncian y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

### 3. **Suicidio.**

0. Ausente

1. Siente que no vale la pena vivir.

2. Desea morir o tiene pensamientos en relación con su propia muerte

3. Ideas o gestos suicidas.



4. Intentos de suicidio.

**4. Insomnio inicial.**

0. Sin dificultad para conciliar el sueño.

1. Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño, (más de media hora).

2. Se queja de dificultad para conciliar el sueño todas las noches.

**5. Insomnio intermedio.**

0. Sin dificultad.

1. Se queja de estar inquieto y perturbado durante la noche.

2. Se despierta durante la noche y/o necesita levantarse de la cama (excepto para ir la baño.

**6. Insomnio terminal.**

0. Sin dificultad.

1. Se despierta durante la madrugada pero puede volver a dormirse.

2. Incapaz de volverse a dormir si se despierta en la madrugada y se levanta de la cama.

**7. Trabajo y actividades.**

0. Sin dificultad.

1. Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionados con sus actividades, su trabajo o pasatiempos.

2. Pérdida de interés en sus actividades, pasatiempos o trabajo, ya sea reportado directamente por el sujeto o deducido directamente mediante sus negligencias, indecisiones y/o titubeos (siente que tiene que hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades)

3. Disminución del tiempo que dedica a sus actividades o disminución de su productividad. En el hospital se califica con 3 si el enfermo no dedica cuando menos 3 horas diarias a las actividades rutinarias de su servicio de internación, si las hay.



4. Dejó de trabajar debido a su enfermedad actual. En el hospital se califica con 4 al enfermo que no participa en ninguna de las actividades de rutina, si las hay.

### **8. Retardo.**

Lentitud de pensamiento y/o palabra, dificultad para concentrarse, disminución de su actividad motora. .

0. Ausente
1. Obvio retardo durante la entrevista.
2. Entrevista difícil debido al retardo.
3. Estupor completo.
4. Ligero

### **9. Agitación.**

0. Ninguna
1. Jugueteo de objetos (papeles, cabellos, etc.) con las manos.
2. Comerse las uñas, jalarse el cabello, morderse los labios, etc.

### **10. Ansiedad psíquica.**

0. Ausente.
1. Tensión subjetiva e irritabilidad.
2. Preocupación por cosas triviales.
3. Actitud aprehensiva aparente por su expresión.
4. Expresa miedo o temor espontáneamente.

### **11. Ansiedad somática.**

Equivalentes fisiológicos de la ansiedad. Gastrointestinales: boca seca, gases, indigestión, diarrea, cólicos, eructos. Cardiovascular.

Palpitaciones, jaquecas. Respiratorio: hiperventilación, suspiros.

Aumento en la frecuencia urinaria, diaforesis.

0. Ausente.
1. Leve
2. Moderada
3. Severa



4. Incapacitante

**12. Síntomas somáticos gastrointestinales.**

0. Ninguno.

1. Pérdida de apetito, pero come sin la insistencia de sus familiares o del personal. Sensación de pesantez en el abdomen.
2. Dificultad para comer, a pesar de la insistencia de sus familiares o del personal. Toma laxantes y otros medicamentos para síntomas gastrointestinales

**13. Síntomas somáticos en general.**

0 Ninguno.

1 Sensación de pesantez en miembros, espalda o cabeza. Dolores de espalda, de cabeza o musculares. Pérdida de energía y fatiga.

2 Todo síntoma físico específico se califica con 2.

**14. Síntomas genitales.**

Pérdida de la libido, trastornos menstruales.

0. Ausente.
1. Moderados.
2. Severos.

**15. Hipocondriasis.**

0. Ausente.

1. Absorto en su propio cuerpo.
2. Preocupación por su salud.
3. Quejas frecuentes, peticiones de ayuda constantes, etc.
4. Delirios hipocondríacos.

**16. Pérdida de peso.**

Complétese ya sea A o B

- A. Cuando se evalúa por historia (antes del tratamiento)
- B. Cuando se evalúa semanalmente.

(A) 0. Sin pérdida de peso



1. Probable pérdida de peso en relación con la enfermedad actual.
  2. Pérdida de peso definitiva según el paciente.
- (B) 0. Pérdida menor de 0.5 kg. de peso en la semana.
1. Más de 0.5 kg.
  2. Más de 1 kg.

### **17. Introspección.**

0. Reconoce que ha estado deprimido y enfermo.
1. Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas como mala alimentación, al clima, exceso de trabajo, algún virus, etc.
2. Niega estar enfermo

### **18. Variaciones diurnas**

AM 0Ausente.

1Moderada.

PM 0Ausente.

1Moderada.

### **19. Despersonalización y desrealización.**

Sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas.

0.Ausentes.

1 Leves.

2 Moderadas.

3. Severas.

4 Incapacitantes.

### **20. Síntomas paranoides.**

0. Ninguno.

1. Sospechoso

2. Suspica

3. Ideas de referencia

4. Delirios de referencia y/o persecución



## 21. Síntomas obsesivo-compulsivos

0. Ausente
1. Moderados
2. Severos

TOTAL. \_\_\_\_\_

### Escala de Depresión de Beck.

La escala de depresión de Beck (EDB) (Beck y Steer, 1993) es uno de los instrumentos más empleados para evaluar los síntomas depresivos en adolescentes y adultos. Incluye 21 reactivos de síntomas de la depresión, cada uno consiste en un grupo de cuatro afirmaciones, de las cuales una tiene que ser seleccionada en relación con la manera en que se ha sentido el paciente en la última semana. Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 0 (mínimo) a 4 (severo). La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos. La mínima puntuación es de 0 y la máxima 64. Los puntos de corte de la escala se emplean para catalogar la severidad de la depresión, una puntuación de 0-9 indica la ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos; de 10-16 refleja una depresión media; de 17-29, una depresión moderada y puntuaciones de 30-63 evidencian una depresión severa. El tiempo de aplicación es de 5 a 8 minutos. En este contexto, puede concluirse que la versión en español de la EDB tiene propiedades psicométricas adecuadas para evaluar los síntomas depresivos en poblaciones de habla hispana, lo cual queda confirmado por los estudios climimétricos en los estudios realizados en México y en otras poblaciones de habla hispana en el mundo. Esta escala se califica con la adición total de los reactivos, los cuales generan un puntaje total; se ha propuesto como puntaje mínimo para hacer el diagnóstico de depresión de 14 puntos.



## Escala de Depresión de Beck.

Nombre \_\_\_\_\_

fecha \_\_\_\_\_

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo, marque el número (0, 1, 2, 3) que se encuentra junto al enunciados de cada grupo que mejor describa la manera en como usted se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Si considera que dentro de un mismo grupo de enunciados, varios pueden aplicarse de la misma manera, circule cada uno de ellos. Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.

- 1      0 No me siento triste  
         1 Me siento triste  
         2 Me siento triste todo el tiempo  
         3 Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
- 2      0 No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro  
         1 Me siento más desanimado que antes con respecto a mi futuro  
         2 No espero que las cosas me resulten bien  
         3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y seguirá empeorando
- 3      0 No me siento como un fracasado  
         1 Siento que he fracasado más de lo que debería  
         2 Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos  
         3 Siento que como persona soy un fracaso total
- 4      0 Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan  
         1 No disfruto tanto de las cosas como antes  
         2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar



- 3 Siento que como persona soy un fracaso total
- 5** 0 No me siento particularmente culpable  
1 Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debería hacer  
2 Me siento bastante culpable casi todo el tiempo  
3 Me siento culpable todo el tiempo
- 6** 0 No siento que esté siendo castigado  
1 Siento que tal vez seré castigado  
2 Espero ser castigado  
3 Siento que estoy siendo castigado
- 7** 0 Me siento igual que siempre acerca de mi futuro  
1 He perdido confianza en mi mismo  
2 Estoy desilusionado de mi  
3 No me agrado
- 8** 0 No me critico ni me culpo más de lo usual  
1 Soy más critico de mí mismo de lo que solía ser  
2 Me critico por todas mis fallas y errores  
3 Me culpo por todo lo malo que sucede
- 9** 0 No tengo ningún pensamiento acerca de matarme  
1 Tengo pensamientos acerca de matarme, pero no los llevo a cabo  
2 Me gustaría matarme  
3 Me mataría si tuviera la oportunidad
- 10** 0 No lloro más de lo usual  
1 Ahora lloro más que antes  
2 Ahora lloro por cualquier cosa  
3 Siento ganas de llorar pero no puedo
- 11** 0 No me siento más tenso que lo usual  
1 Me siento más inquieto o tenso que lo usual  
2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto





3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente

**12** 0 No he perdido interés en otras personas o actividades

1 Ahora me encuentro menos interesado que antes en otras personas o actividades

2 He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades

3 Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa

**13** 0 Puedo tomar decisiones casi bien como siempre

1 Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes

2 Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes

3 Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión

**14** 0 Me siento devaluado

1 No me siento tan valioso o útil como antes

2 Me siento menos valioso comparado con otros

3 Me siento francamente devaluado

**15** 0 Tengo tanta energía como siempre

1 Tengo menos energía de la que solía tener

2 No tengo suficiente energía para hacer gran cosa

3 No tengo suficiente energía para hacer nada

**16** 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño

1a. Duermo más de lo usual

1b. Duermo menos de lo usual

2a. Duermo mucho más de lo usual

2b. Duermo mucho menos de lo usual

3a Duermo la mayor parte del día

3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no me puedo volver a dormir

**17** 0 No estoy más irritable de lo usual



- 1 Estoy más irritable de lo usual
- 2 Estoy mucho más irritable de lo usual
- 3 Estoy irritable todo el tiempo
- 18** 0 No he sentido ningún cambio en mi apetito
  - 1 a Mi apetito es menor de lo usual
  - 1 b Mi apetito es mayor que lo usual
  - 2 a Mi apetito es mucho menor que antes
  - 2 b Mi apetito es mucho mayor que antes
  - 3 a No tengo nada de apetito
  - 3 b Tengo ganas de comer todo el tiempo
- 19** 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre
  - 1 No puedo concentrarme tan bien como siempre
  - 2 Me resulta difícil concentrarme tan bien como siempre
  - 3 No puedo concentrarme en nada
- 20** 0 No estoy más cansado o fatigado que lo usual
  - 1 Me canso o fatigo más fácilmente que antes
  - 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer cosas que solía hacer
  - 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que solía hacer
- 21** 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo
  - 1 Me encuentro menos interesado en el sexo que antes
  - 2 Me encuentro mucho interesado en el sexo ahora
  - 3 He perdido completamente el interés en el sexo

TOTAL \_\_\_\_\_



## TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.

Una vez que se ha establecido la presencia de depresión en un individuo, debe ser tratado de forma segura y efectiva. La efectividad del tratamiento de la depresión en personas con una enfermedad médica, implica una o más modalidades de tratamiento como la farmacoterapia y la psicoterapia.

La presencia de una condición médica aumenta la complejidad de la farmacoterapia, pero la clave del éxito radica en una dosificación y duración adecuada del medicamento antidepressivo. El uso de antidepressivos tricíclicos e inhibidores de la monooxidasa ha disminuido dando paso a los inhibidores de la recaptura de serotonina y a otros nuevos agentes para el tratamiento de la depresión.

Aunque la efectividad, seguridad y efectos colaterales de los antiguos antidepressivos son conocidos, los efectos son más problemáticos en el tratamiento de los pacientes deprimidos con alguna enfermedad médica.

En estos sujetos el clínico debe realizar un acercamiento farmacológico que sea efectivo, y que tenga un perfil colateral favorable en relación con la condición médica del paciente y de los tratamientos paralelos que se estén manejando. Los principios básicos en el manejo de antidepressivos

Dado que en la actualidad se conceptualiza a la depresión mayor no como un trastorno que se puede presentar una sola vez en la vida del sujeto, sino que tiende a reaparecer, el tratamiento del episodio depresivo se ha dividido en tres fases.

1. Tratamiento agudo
2. Tratamiento de mantenimiento a corto plazo (continuación)
3. Tratamiento de mantenimiento a largo plazo (profiláctico)



El tratamiento agudo corresponde al uso de las maniobras descritas a continuación durante un lapso corto (dos meses aproximadamente) y tienen como fin disminuir o hacer remitir la sintomatología depresiva.

En el tratamiento de mantenimiento a corto plazo o de continuación tiene como finalidad el evitar la reaparición de los síntomas una vez que a través de algunos de los tratamientos establecidos se ha logrado su remisión. Los pacientes con un primer episodio depresivo, tratados con antihipertensivos deben continuar recibiendo la misma dosis terapéutica antidepressiva por lo menos de cuatro a seis meses más. Puede resultar beneficioso que el paciente se encuentre en alguna forma de psicoterapia para facilitar su rehabilitación, disminuir el estrés de su vida y mejorar su adherencia al tratamiento farmacológico. La medicación debe disminuirse para determinar si no existe reaparición de los síntomas depresivos. Los pacientes que han tenido depresiones recurrentes deben entrar en la fase de mantenimiento a largo plazo.

En el caso de los pacientes que tuvieron que recibir tratamiento con terapia electroconvulsiva, es recomendable instalar posteriormente tratamiento antidepressivo combinándolo o no con carbonato de litio. En el caso de que a pesar del uso de este tratamiento el paciente manifieste sintomatología depresiva, debe valorarse el uso de terapia electroconvulsiva periódica, cada mes por ejemplo o más frecuentemente si es necesario

No hay estudios acerca del tiempo apropiado de tratamiento.

El tratamiento de mantenimiento a largo plazo es necesario debido a que de 50 a 80 % de los pacientes van a tener cuando menos una recurrencia en un período de dos a tres años. Las indicaciones para mantener el tratamiento antidepressivo en la fase de mantenimiento a largo plazo son:



1. Pacientes que tienden a la recurrencia, por ejemplo los pacientes que están en un tercer episodio depresivo.
2. Pacientes que, aunque mejoraron de la sintomatología depresiva, no remitieron completamente.
3. Pacientes que tienen el diagnóstico de distimia
4. Pacientes portadores de una enfermedad médica crónica;
5. Pacientes con intentos suicidas durante los episodios depresivos y
6. Pacientes con episodios depresivos psicóticos.

El tratamiento debe ser a base del mismo medicamento, inclusive a la misma dosis, o bien con carbonato de litio que ha demostrado efecto profiláctico a largo plazo; el disminuir la dosis expone al paciente a una recaída. En la actualidad es posible mantener una dosis "alta" de antidepresivos sobre todo cuando se utilizan los ISRS y los ISRSN debido a que producen pocos efectos secundarios.

No hay estudios que definan cuanto tiempo debe durar la terapia de mantenimiento a largo plazo. Hay que recordar que deben tratarse otros padecimientos que pudieran estar asociados (alcoholismo y uso de drogas, distimia, trastornos de la personalidad, etc). Si se decide suspender el tratamiento antidepresivo después de algún tiempo en esta fase, es recomendable hacer una disminución muy paulatina, tratando de detectar si existe la reaparición de sintomatología depresiva, y para evitar la presencia de los síndromes de abstinencia descritos para los ATC y recientemente para los ISRS.



## FUNCIÓN DEL ODONTOLOGO

- 1 El establecimiento de una relación odontólogo-paciente es necesaria para el tratamiento.
  - a) El odontólogo debe facilitar que el paciente hable acerca de sus problemas, ganar su confianza y estar a su disposición en momentos de crisis del enfermo y en algunos casos de sus familiares.
  - b) Señalar que no es apropiado realizar cambios en su vida.
  - c) Ayudarlo a restablecer sus esperanzas hacia el futuro.
  - d) Buscar el apoyo familiar y modificar algunas creencias erróneas o prejuicios acerca de los síntomas del paciente.
  - e) Establecer objetivos concretos y alcanzables, alentando al paciente a irlos logrando.
  - f) Promover y reconocer las actividades y éxitos que el paciente vaya logrando.
  
2. Orientación acerca de la depresión y su tratamiento, elaborando un plan terapéutico que el paciente acepte
  
3. Vigilancia de los pensamientos acerca de morir y sobre todo de la ideación suicida.



## ESTABLECIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON PSICOTERAPIA

Existen siete formas de psicoterapia que se utilizan en el tratamiento del paciente con depresión:

1. El psicoanálisis y la psicoterapia psicodinámica.
2. La psicoterapia breve.
3. La terapia interpersonal.
4. La terapia conductual.
5. La terapia cognoscitiva.
6. La terapia familiar y de pareja.
7. La terapia de grupo.

El psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica están indicados cuando el paciente ha tenido dificultades en su vida desde la infancia, pérdidas y separaciones, o bien conflictos interpersonales debido a rasgos o trastornos de la personalidad. La teoría psicodinámica se basa en que existen procesos inconscientes que se encuentran causando la depresión y que es necesario traerlos a la conciencia para resolverlos y de esta forma lograr que la depresión desaparezca. Este enfoque aunque quizá es el más antiguo no ha sido sometido a estudios controlados que permitan definir su papel en las diferentes fases del tratamiento de la depresión, ni su utilidad aunada al tratamiento con medicamentos antidepresivos.

La psicoterapia psicodinámica breve puede ser utilizada como una medida coadyuvante de los medicamentos antidepresivos. No existen tampoco estudios controlados acerca de su efectividad, aunque si ha demostrado poseer mayor actividad terapéutica que el placebo



La terapia interpersonal está indicada cuando el paciente ha tenido conflictos recientes con personas importantes de su vida y experimenta dificultades para adaptarse a cambios en su rol (profesión, social, etc.).

Los cuatro temas relacionados con la depresión que esta forma de psicoterapia enfoca son:

1. El duelo.
2. Las dificultades interpersonales, principalmente los conflictos maritales.
3. Las dificultades para asumir rol.
4. Las limitaciones en el trato interpersonal.

Su utilidad quedó demostrada a partir de los resultados del Programa de Investigación en colaboración acerca del Tratamiento de la Depresión del Instituto Nacional de Salud Mental, en donde se observó que su utilidad era similar al tratamiento antidepressivo a base de imipramina. Los factores predictores de respuesta a la psicoterapia interpersonal fueron: disfunción social leve, alteraciones en el funcionamiento y niveles altos de depresión antes del tratamiento. Los estudios de seguimiento no han demostrado que impida la recurrencia de los cuadros depresivos.

Las técnicas involucradas en la terapia conductual son el establecimiento de actividades, la terapia del autocontrol, el entrenamiento en habilidades sociales y estrategias para la solución de problemas. Ha demostrado ser útil en los casos de depresión mayor leve a moderada y como coadyuvante del tratamiento farmacológico antidepressivo. No hay estudios de seguimiento a largo plazo.





La terapia cognoscitiva puede utilizarse cuando el paciente busca una orientación muy estructurada para resolver los síntomas depresivos, sin que pretenda hacer modificaciones en aspectos intrapsíquicos ni en sus relaciones interpersonales. Ha demostrado su utilidad en la fase aguda de la depresión; en algunos estudios demostró un efecto aditivo cuando se combinaba con antidepresivos. Los estudios de seguimiento no han demostrado que impida la recurrencia de los cuadros depresivos.

La terapia familiar o de pareja debe utilizarse cuando las dificultades familiares son las que han generado el problema depresivo, o bien la misma depresión ha ocasionado problemas conyugales y/o familiares. Se sabe que estos problemas aumentan la vulnerabilidad de la persona a la depresión, retrasa su mejoría e inclusive influye en la posibilidad de recaída.

La terapia de grupo tiene como base sus elementos terapéuticos relacionados con la observación de los roles de los otros que han sabido resolver sus problemas. Tienen un papel importante, cuando su finalidad es la educación acerca de la enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico.

### MANEJO PSICOTERAPÉUTICO ESPECÍFICO

Aunque muchas formas de psicoterapia se han utilizado en el tratamiento de la depresión, la mayoría no ha sido sujeta a escrutinio científico riguroso. En años recientes se han desarrollado psicoterapias breves psicodinámicas entre las que se encuentra la psicoterapia focal breve, la psicoterapia provocadora de angustia, la psicoterapia de tiempo limitado y la psicoterapia dinámica intensiva. Estos enfoques terapéuticos pueden resultar útiles en el tratamiento de la depresión, pero su efectividad no ha sido comprobada.

Estas psicoterapias tienen una base psicodinámica firme y consideran a los



trastornos psiquiátricos, entre ellos a la depresión como fallas en la adaptación resultado de conflictos internos y más que tener como objetivo el remover los síntomas depresivos, se centra en la relación terapéutica para clarificar y explorar los conflictos neuróticos.

A diferencia de las terapias dinámicas, existen dos formas de psicoterapia, la Interpersonal (IPT) y la Cognitivo Conductual (CT) que han comprobado su utilidad en ensayos clínicos para el tratamiento de la depresión leve a moderada, requiriendo ambas entrenamiento especializado.

La psicoterapia interpersonal fue desarrollada por Klerman y Weissman para el tratamiento breve de la depresión no psicótica (Klerman, Weissman, Rounsavilfe y col. 1984) y tiene como base el enfoque psicobiológico de Adolf Meyer y el enfoque interpersonal de Harry Stack Sullivan. La meta de la terapia interpersonal es hacer desaparecer los síntomas depresivos a través de un mejoramiento de las relaciones interpersonales alteradas. Es un enfoque de tiempo limitado de tres o cuatro meses de duración. Se enfoca en las relaciones interpersonales actuales, más que en las pasadas, y no en aspectos intrapsíquicos o de la personalidad. De acuerdo a Klerman y Weissman esta forma de psicoterapia facilita que el sujeto se recupere de la depresión aguda ayudándolo a manejar de manera más efectiva los problemas interpersonales relacionados con el inicio y mantenimiento de la depresión. En las primeras fases de la terapia se lleva a cabo el diagnóstico, educación, evaluación de las relaciones interpersonales y el establecimiento del contrato terapéutico. El tratamiento se mantiene enfocado hacia alguna área de problema como el duelo no resuelto, las dificultades con el desarrollo de roles, dificultades maritales o limitaciones interpersonales. Las intervenciones son en el aquí y el ahora y se propone el uso concomitante de medicamentos antidepresivos.



En el Programa de Investigación en Colaboración del Tratamiento de la Depresión, del Instituto de Salud Mental de Estados Unidos de América, se realizó una comparación de la utilidad de la imipramina vs terapia interpersonal vs terapia cognitiva vs placebo a lo largo de 16 semanas (Elkin, Shea, Watkins y col. 1989) observándose que en el caso de los pacientes más deprimidos, aunque la terapia interpersonal resultaba menos útil que la imipramina, resultaba claramente más efectiva que el manejo con placebo. Igualmente en los estudios en que se utiliza la terapia interpersonal como maniobra profiláctica para evitar la reaparición de la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo resulta menos útil que la imipramina, pero más efectiva que el placebo.

La Terapia Cognitiva fue desarrollada por Beck y colaboradores (1979) como tratamiento de la depresión unipolar, no psicótica. Esta forma de terapia es focal, directiva, estandarizada y de tiempo limitado y su objetivo es corregir las distorsiones cognitivas que originan a la depresión.

La terapia cognitiva es una forma de psicoterapia basada en una teoría que explica a la psicopatología, un conjunto de principios y técnicas; psicoterapéuticas, y un cuerpo de conocimientos derivado principalmente de la investigación. Su estructura teórica está relacionada con la psicología cognitiva, la teoría de procesamiento de la información y la psicología social. La terapia es activa, estructurada y de tiempo limitado y ha sido usada en forma exitosa en el tratamiento de diferentes trastornos, como son la depresión, angustia, fobias, trastornos psicosomáticos y problemas dolorosos. La terapia está basada en el postulado teórico de que la manera en que el individuo estructura sus experiencias determina como se siente y su comportamiento. Entonces, si interpreta la situación como peligrosa, se siente angustiado y desea escapar. Sus cogniciones-eventos verbales o pictóricos en la corriente de la conciencia se derivan de sus creencias, actitudes y suposiciones.



La denominación de "terapia cognitiva" se aplica en base a los hallazgos de que las alteraciones psicológicas frecuentemente surgen de errores habituales, específicos, en la forma de pensar (cognición). Por ejemplo el paciente puede razonar en base a suposiciones autodevaluatorias, interpretar incorrectamente las situaciones de la vida, juzgarse a si mismo demasiado duramente, llegar a conclusiones inadecuadas, o fallar en generar planes o estrategias adecuados para enfrentar los problemas externos.

Las técnicas psicoterapéuticas específicas se utilizan en el marco del modelo cognitivo de la psicopatología. La estrategia completa es un conjunto de procedimientos verbales y técnicas de modificación conductual.

Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente a identificar; probar la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales que subyacen a las cogniciones. A través de pensar y actuar mas realista y adaptativamente para resolver los problemas psicológicos y situacionales en el aquí y el ahora, se espera que el paciente experimente una mejoría en sus síntomas.

Las bases teóricas de la terapia cognitiva, de acuerdo a las formulaciones de Beck, se derivan de diferentes fuentes. La corriente principal ha sido el enfoque fenomenológico, que asigna un papel central a la visión de uno mismo y al mundo personal en la determinación de la conducta, una idea propuesta por los filósofos Estoicos Griegos. La elaboración contemporánea de esta filosofía, que se encuentra etilos escritos de Adier, Rank y Horney, han hecho operativos algunos de los conceptos fundamentales de la terapia cognitiva.

Una segunda corriente principal ha sido la teoría estructural y la psicología profunda de Kant y Freud, particularmente el concepto freudiano de estruc-



turación jerárquica de la cognición en procesos primarios y secundarios. La tercera corriente principal han sido las contribuciones de la psicología cognitiva, especialmente el principio de estructuras cognitivas y procesamiento cognitivo no consciente. Las contribuciones principales de los cognositivistas contemporáneos han sido el concepto de George Kelly de los constructos personales como determinantes de la conducta y las teorías cognitivas de las emociones.

## PRINCIPIOS BÁSICOS DEL MODELO COGNITIVO

El modelo cognitivo tiene como base los siguientes principios:

- a) La manera en que la gente estructura una situación determina como se siente y como se comporta. Por lo tanto, si interpreta la situación como peligrosa, se siente ansioso y se prepara para protegerse o bien para escapar.
- b) La interpretación de una situación potencialmente estresante es un proceso continuo y activo, que incluye una evaluación sucesiva de la situación exterior, la capacidad de afrontamiento del sujeto y los riesgos, costos y ganancias de diversas estrategias. Cuando la persona juzga que sus intereses vitales están en juego, tiende a hacer una conceptualización altamente selectiva y egocéntrica acerca del peligro, la pérdida. La estructuración cognitiva de la situación es responsable de la aparición de un afecto específico (angustia) y de movilizar al organismo para tomar una acción o bien para impedirla. Dependiendo del contenido de la estructuración cognitiva, la movilización conductual se dirige hacia la huida, el ataque, el acercamiento o el aislamiento. Los afectos respectivos son la ansiedad, la rabia, manifestaciones afectuosas o la tristeza
- c) Todos los individuos tienen sus vulnerabilidades y sensibilidades



idiosincráticas que les predisponen al malestar psicológico. La sensibilidad específica de una persona dada está usualmente disparada por una clase específica de estresor. Debido a que la gente varía ampliamente en cuanto a sus sensibilidades específicas, lo que es un estresor para una puede ser una situación benigna para otra.

- d) Los estresores llevan a una alteración funcional de la actividad normal de la organización cognitiva. Cuando los intereses vitales se encuentran en juego, se activa el sistema cognitivo primitivo, egocéntrico, y la persona es empujada a realizar juicios extremos, unilaterales, absolutistas y globales. Más aún hay una pérdida del control voluntario sobre los procesos de pensamiento y una reducción en la capacidad de "apagar" los pensamientos intensos, idiosincráticos. Hay una reducción concomitante en la capacidad de concentrarse, recordar y razonar.
- e) Las diferencias en la organización de la personalidad dan lugar para las amplias variaciones en la sensibilidad individual a los estresores. De ahí que, las personalidades autónomas y sociotrópicas difieran en el tipo de estresores a las que son sensibles. Consecuentemente, la aparición de un trastorno psiquiátrico, se debe a un amplio rango de vulnerabilidades relacionadas con la estructura de la personalidad.
- f) Los síndromes ansioso y depresivo se deben a esquemas hiperactivos (también llamados hipervalentes) con un contenido idiosincrático específico para ese síndrome. Cada síndrome está constituido por una constelación cognitiva controladora y sus resultantes inclinaciones conductuales y afecto. El contenido cognitivo de estos síndromes tiene continuidad con el contenido específico que dispara el afecto y la conducta en la experiencia normal.
- g) Las interacciones estresantes con otras personas se dan en un círculo de reacciones cognitivas maladaptativas que se refuerzan mutuamente. Mecanismos específicos, como es el modo cognitivo egocéntrico y polarización, llevan a una activación incrementada de los mecanismos asociados con depresión, ansiedad, estados paranoides y otros trastornos



mentales.

- h) La persona puede mostrar la misma respuesta somática a las amenazas psicosociales o simbólicas que a las físicas. La movilización de la lucha-huida-congelamiento involucra los mismos sistemas cognitivo-motores sin importar si se trata de una amenaza física o social.

## INDICACIONES DE LA PSICOTERAPIA

Scott (1995) propone que en el caso de pacientes con depresión leve a moderada pueden utilizarse de manera indistinta fármacos antidepresivos o psicoterapia, de preferencia las que han demostrado su utilidad en ensayos clínicos controlados (terapia cognitiva y terapia interpersonal). Cuando el paciente cursa con un episodio depresivo severo (puntuación en la Escala de Depresión de Hamilton mayor a 21 puntos) si se usa psicoterapia, necesariamente requiere el uso concomitante de medicamentos antidepresivos.

Las indicaciones específicas de la psicoterapia aún se encuentran en proceso de investigación; sin embargo pueden ser benéficas en las depresiones crónicas o en el caso de que coexistan trastornos de la personalidad (Scott 1995).

La psicoterapia casi siempre debe combinarse con medicamentos antidepresivos. Se ha utilizado sola en casos de depresión leve a moderada. Sin embargo si después de algún tiempo no existe mejoría significativa de los síntomas depresivos debe añadirse tratamiento farmacológico antidepresivo.



## FARMACOTERAPIA

Existen en la actualidad varios grupos de medicamentos con efectos antidepresivos. Los grupos más conocidos son los siguientes:

1. Antidepresivos cíclicos, que incluye a los antidepresivos tricíclicos y a otros como la amoxapina, maprotilina, mianserina.
2. Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS): citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina.
3. Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina y norepinefrina (ISRSN): venlafaxina.
4. Inhibidores de recaptura de serotonina y antagonistas de receptores serotoninérgicos: trazodona y nefazodona.
5. Inhibidores de recaptura de norepinefrina y dopamina: bupropion.
6. Inhibidores de la MAO: fenelzina, tranilcipromina, modobemide y selegilina.

## ANTIDEPRESIVOS CÍCLICOS

(tricíclicos y heterocíclicos)

### Indicaciones

La indicación más importante de los antidepresivos cíclicos es el tratamiento de la depresión mayor; otras indicaciones son: trastornos de angustia (crisis de angustia, trastorno obsesivo compulsivo, específicamente la clomipramina, fobias, trastorno de estrés postraumático y la ansiedad generalizada), la bulimia nervosa, la enuresis nocturna, procesos dolorosos (neuropatía diabética, fibromialgia), eyaculación prematura, la narcolepsia y el trastorno por déficit de atención.

### Efectividad

La efectividad de los antidepresivos cíclicos en el tratamiento de la depresión mayor es de 65%, sin que exista diferencia en cuanto a efectividad entre ellos, no así en los efectos colaterales o secundarios en donde algunos





tienen efectos secundarios más importantes (amitriptilina) que otros (desipramina, mianserina).

### Mecanismo de acción

El mecanismo de acción relacionado con el uso de este tipo de antidepresivos es la inhibición de la recaptura de serotonina y norepinefrina. Los estudios en animales han permitido determinar que después de dos a tres semanas de la administración de antidepresivos ocurre una regulación hacia abajo, o una disminución en el número de receptores beta-1 adrenérgicos, serotonina-2 (5HT-2) y probablemente de los receptores SHT-1A en el sistema nervioso central.

Los estudios en pacientes que han respondido a desipramina y fluoxetina sugieren que hay dos tipos de depresión: la que se debe a una deficiencia de serotonina y otra debida a la deficiencia de norepinefrina. Cuando se administra una dieta deficiente en serotonina a los pacientes que han respondido a fluoxetina se observa la reaparición de los síntomas depresivos, efecto que desapareció cuando se dieron suplementos de serotonina (Delgado y col. 1990). De la misma forma cuando se ha administrado un bloqueador de la síntesis de norepinefrina y dopamina (alfa-metil-paratirosina o AMPT) a pacientes que han sido tratados con desipramina (inhibidor de recaptura de norepinefrina) y mazindol (inhibidor de recaptura de norepinefrina y dopamina) muestran empeoramiento de la sintomatología depresiva. Cuando se ha administrado la AMPT a los respondedores a la fluoxetina no se observa este efecto.

### Dosis

El esquema que se describe a continuación es aplicable para la amitriptilina, desipramina, doxepina y maprotilina. El tratamiento se inicia con dosis de 25 a 50 mg/día y se incrementa cada dos o tres días 25 mg hasta llegar a 150 mg diarios con lo que se observa una mejoría paulatina de los síntomas. Si no se observa mejoría al llegar a esta dosis, los síntomas secundarios no son



importantes y no hay contraindicación médica, se puede incrementar la dosis hasta llegar a 300 mg. Es aconsejable realizar un ECG cuando se llega a la dosis de 200 mg diarios y posteriormente si se incrementa aún más la dosis diaria. Se requieren de dos a tres semanas antes de que se observe mejoría en el estado de ánimo. Se debe mantener la dosis máxima tolerada por lo menos tres semanas antes de concluir que no está funcionando el medicamento antidepresivo elegido, la disminución paulatina del tratamiento antidepresivo a una velocidad no mayor de 50 mg por semana o aún más lentamente, para evitar la aparición del síndrome de supresión a tricíclicos caracterizado por náusea, vómito, diarrea, cólicos, congestión nasal, malestar general, mareos, angustia e irritabilidad, así como insomnio, cefalea y diaforesis debido a la hiperactividad del sistema colinérgico. Las manifestaciones van disminuyendo a lo largo de una semana o más, pero pueden controlarse con la administración de difenhidramina.

## NIVELES SÉRICOS DE LOS ANTIDEPRESIVOS CÍCLICOS

Las indicaciones para la determinación de niveles séricos son las siguientes:

- a) Ausencia de respuesta con dosis terapéuticas.
- b) Presencia de efectos secundarios importantes con dosis bajas
- c) Sospecha de falta de adherencia.
- d) Padecimientos físicos, como cardiopatía, falla hepática o renal.
- e) Uso de otros medicamentos que modifiquen los niveles séricos de los antidepresivos. La efectividad de la desipramina es la que correlaciona más fuertemente con sus niveles séricos ( $> 115$  ng/mL). Los niveles para imipramina son de 175 a 850 ng/mL (imipramina + desipramina), los de arnitriptilina de 93 a 140 ng/mL (amitriptilina + nortúptilina) y para nortriptilina 50 a 150 ng/mL. En el caso de este último antidepresivo se ha observado una ventana terapéutica, ya que dosis menores o mayores a las descritas no son tan efectivas.



## INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTURA DE SEROTONINA (ISRS)

Hay cinco ISRS en México: citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina; la trazodona tiene un efecto similar pero además bloquea los receptores 5HT-2A postsinápticos. La clomipramina a pesar de tener una estructura de tricíclico tiene un efecto selectivo sobre la recaptura de serotonina; sin embargo uno de sus metabolitos, también bloquea la recaptura de norepinefrina, razón por la que estos dos antidepresivos no se consideran dentro de este grupo.

### Indicaciones

Su indicación primaria es el trastorno depresivo mayor, aunque también resultan útiles en los trastornos de angustia (crisis de angustia, ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, y el trastorno de estrés postraumático), los trastornos de la alimentación, incluyendo la obesidad, uso de alcohol y drogas, trastorno límite de la personalidad y trastorno de personalidad evitativa, síndrome de tensión premenstrual y procesos dolorosos.

### Efectividad

Cercana a 50% y similar a la de otros antidepresivos en el caso de la depresión mayor

### Mecanismo de acción

La administración crónica de los ISRS desensibiliza los receptores serotoninérgicos SHT-1A, 5HT-1B y 5HT-1D. No se unen a ningún receptor, producen su efecto farmacológico a través de inhibir la recaptura de serotonina en la hendidura sináptica, aumentando la concentración de serotonina que actúa sobre los receptores serotoninérgicos postsinápticos.

Copyright © 2010  
All rights reserved



### Dosis

La dosis que se recomienda para la fluoxetina es de 20 mg diarios, manteniendo el tratamiento por un espacio de cuando menos seis semanas.

En caso de ausencia de respuesta es conveniente incrementar la dosis hasta un nivel máximo de 60-80 mg diarios. La paroxetina debe iniciarse con 20 mg diarios, durante dos a tres semanas y posteriormente incrementarse 10 mg semanalmente hasta la dosis máxima de 50 mg/día. La seifralina debe iniciarse con 50 mg diarios por dos o tres semanas y posteriormente incrementar 50 mg semanalmente hasta un máximo de 200-250 mg/día; la dosis estándar propuesta es de 100 mg/día. La fluvoxamína debe iniciarse con 100 mg/día por dos o tres semanas y posteriormente incrementar la dosis 50 mg por semana hasta 200 mg/día. El citalopram tiene una dosis estándar de 20 mg/día pudiendo utilizarse dosis de 60 mg/ día o aún mayores.

### INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (ISRSN)

Para su aprobación, por parte de la FDA en Estados Unidos, se llevaron a cabo seis estudios clínicos con venlafaxina de los que se obtuvo la conclusión de que era efectiva, inclusive para pacientes hospitalizados y con melancolía y tan útil como el resto de los antidepresivos.

#### Mecanismo de acción

Es un inhibidor potente de la recaptura de serotonina y norepinefrina y un inhibidor moderado de la recaptura de dopamina. Los estudios de unión a receptores de imipramina demuestran que tiene mayor afinidad que la misma imipramina. No tiene afinidad por receptores muscarínicos, adrenérgicos alfa o beta y muestra discreta afinidad por los de histamina tipo 1.

#### Dosis

La dosis mínima de venlafaxina son 75 mg diarios y la máxima 375 mg/día, pero se recomienda dosis de 75 a 225 mg/día. Se inicia con 75 mg



administrados con los alimentos y posteriormente se aumenta a 150 mg diarios de acuerdo a la tolerancia, sin incrementar más de esa dosis antes de cuatro días. Dosis mayores a 300 mg/día se acompañan de mayores efectos secundarios y menor adherencia.

## SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

La selección del tratamiento antidepresivo en un paciente con depresión mayor, pero físicamente sano puede basarse en los siguientes parámetros:

- a) La edad: a menor edad el metabolismo es más rápido, a mayor edad el metabolismo es más lento y la frecuencia de efectos secundarios es más probable.
- b) La historia de respuesta previa a algún antidepresivo: es preferible utilizar un antidepresivo que haya dado buen resultado al paciente en el pasado.
- c) La historia familiar: igual que el uso exitoso de un antidepresivo en un paciente permite predecir una respuesta adecuada posterior; el antecedente de buena respuesta a antidepresivos en familiares directos del paciente, permite predecir, en algún grado una respuesta favorable.
- d) La sintomatología depresiva del paciente: los pacientes con síntomas de melancolía responden bien al tratamiento antidepresivo. La presencia de insomnio o angustia se beneficiará con el uso de antidepresivos con efecto sedante. Por el contrario la anergia o falta de impulso, somnolencia diurna o hipersomnia se beneficiarán con el uso de un antidepresivo "alertador" o que no produzca sedación.
- e) Los efectos secundarios de los antidepresivos: entre menos efectos secundarios tenga el medicamento antidepresivo, mayor tolerancia y adherencia tendrá el paciente, será más factible el llegar a dosis útiles y se pueden evitar complicaciones médicas (alteraciones cardiovasculares). En este apartado debe considerarse también la toxicidad en sobredosis, cuando existen intentos suicidas previos o riesgo suicida actual.
- f) La facilidad de administración.



Debe alentarse al paciente para que utilice los medicamentos con confianza, reporte los efectos secundarios que experimenta y explicarle que normalmente existe un periodo de tiempo, aproximadamente de dos a tres semanas, antes de que se presente un efecto antidepresivo importante, con el fin de evitar que el paciente y/o sus familiares malinterpreten los síntomas secundarios como empeoramiento de la enfermedad o toxicidad del medicamento.

Los antidepresivos triciclicos se han usado durante treinta años y su eficacia es indiscutible. En un principio fueron los antidepresivos de primera elección, debido a que el otro grupo de antidepresivos existentes, los inhibidores de la MAO, resultaban demasiado tóxicos (a nivel hepático) o peligrosos (por su interacción con la tiramina en la dieta podían producir crisis hipertensivas); en la actualidad están siendo reemplazados por los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina y los inhibidores de recaptura de serotonina y norepinefrina. La respuesta al medicamento elegido es satisfactoria en más de 60% de los casos y se recomienda administrar el medicamento cuando menos seis semanas antes de hacer el cambio de medicamento antidepresivo por falta de respuesta. Cuando existe falta de respuesta se utiliza un segundo fármaco antidepresivo distinto. Cuando se ha utilizado un ISRS se puede cambiar a otro antidepresivo del mismo grupo, observándose una respuesta antidepresiva adecuada hasta en 50% de los casos

## TERAPIA LUMÍNICA (LUMINOTERAPIA)

Rosenthal y col (1985) describieron los efectos de este tratamiento en los pacientes con trastorno afectivo estacional, los cuales pueden responder a la exposición de dosis altas de luz blanca brillante artificial por la mañana y la



tarde, durante 30 minutos o más. Los efectos secundarios asociados son: insomnio, irritabilidad, dolor de cabeza y malestar ocular.

## TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

Es usual que se administre la terapia electroconvulsiva cuando no ha habido respuesta a los tratamientos antidepresivos establecidos. Sin embargo se ha utilizado como tratamiento inicial en caso de que se necesite una respuesta urgente como ocurre en los pacientes con alto riesgo suicida, estopor depresivo maniaco o catatónico, y en los pacientes en que se ha observado previamente una respuesta excelente a este tratamiento.

La terapia electroconvulsiva tiene un perfil de seguridad excelente y produce mejoría significativa en un lapso relativamente breve. Las contraindicaciones de este procedimiento son el infarto del miocardio reciente, la presencia de arritmias, hemorragias y lesiones ocupativas, como los tumores y procesos infecciosos, principalmente pulmonares.

Para poder llevar a cabo este procedimiento se requiere la autorización del paciente y de sus familiares y la firma de un documento en donde se describa el tratamiento, sus posibles efectos adversos o secundarios, otras posibles opciones terapéuticas disponibles y el pronóstico.

El procedimiento requiere una valoración médica previa general que asegure no exista contraindicación para su aplicación. La evaluación previa básica debe incluir una historia clínica completa, un perfil de laboratorio completo, radiografía de tórax, electrocardiograma y de preferencia electroencefalograma y tomografía de cráneo para descartar patologías asociadas. Si es necesario deben realizarse otros exámenes o interconsultas (neurología, cardiología). El anestesiólogo debe examinar al paciente y



decidir acerca de la posibilidad de aplicar el procedimiento.

El efecto secundario más importante es el déficit cognoscitivo transitorio, principalmente los problemas de memoria, que se incrementan conforme transcurre el tratamiento y posteriormente empieza a mejorar a lo largo del tiempo. Cabe aclarar que la TEC no produce por si misma un déficit cognoscitivo irreversible.

El procedimiento requiere la aplicación de anestesia y todos los elementos relacionadas con ésta; canalización para mantener vena permeable, monitorización electrocardiográfica durante todo el procedimiento, igualmente la colocación de un oxímetro, toma de tensión arterial antes y varias veces después del procedimiento, registro electroencefalográfico y la aplicación de anestesia general intravenosa de acción y de relajante muscular, así como de ***un protector dental para evitar daño de las piezas dentarias***. Posteriormente aspiración de secreciones bronquiales y vigilancia hasta la completa recuperación.

La técnica de la TEC varía en función a como se colocan los electrodos, si unilateral o bilateralmente. La colocación unilateral de electrodos produce menos deterioro cognoscitivo y se prefiere, sobre todo en los pacientes de edad avanzada o con algún grado de demencia; sin embargo siempre se ha propuesto que resulta menos efectiva que la bilateral. Se ha relacionado el tiempo de duración de las crisis, mayor de 25 segundos con la mejoría clínica, así como el no utilizar benzodiazepinas a lo largo del tratamiento.





## MANEJO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS ESPECÍFICOS

### DEPRESIÓN CON MELANCOLÍA

Es el prototipo de la depresión susceptible al tratamiento farmacológico antidepresivo y a la terapia electroconvulsiva.

### DEPRESIÓN EN EL TRASTORNO BIPOLAR TIPO I Y TIPO II

En el caso del trastorno bipolar tipo 1 la recomendación es tratar la fase depresiva sólo con carbonato de litio durante cuatro semanas, ya que el uso de antidepresivos en pacientes con trastorno bipolar ocasiona la aparición de ciclos rápidos, en algunos de ellos; si existe riesgo suicida alto es necesario valorar la utilización de la terapia electroconvulsiva. En caso de que no haya respuesta al litio en este lapso de tiempo es prudente añadir manejo con antidepresivos de cualquier tipo. No hay un antidepresivo que no pueda producir un ciclaje hacia la fase maniaca.

Hace algún tiempo se invocaba el uso de bupropion e inclusive de los ISRS, sin embargo en la actualidad se han reportado casos de ciclaje hacia la manía con estos antidepresivos. Es recomendable no utilizar fluoxetina, debido a que su metabolito norfluoxetina tiene una vida media de eliminación muy larga, y en caso de que tenga que suspenderse permanece por varias semanas en el organismo. Los IMAO irreversibles, quizá son los antidepresivos más activos para inducir manía; es recomendable no utilizarlos a menos que exista una resistencia a la combinación del litio con los otros grupos de antidepresivos.

El trastorno bipolar tipo II que se caracteriza por episodios recurrentes de depresión mayor acompañados de episodios de hipomanía requiere tratamiento especial. Este tipo de pacientes pueden presentar insomnio persistente, difícil de controlar, a veces no responden adecuadamente a antidepresivos, o bien después de haber mejorado con terapia



electroconvulsiva tienden a recaer a pesar del uso de antidepresivos. Si el paciente responde a antidepresivos solamente, es prudente su vigilancia y en caso de que aparezcan síntomas de hipomanía disminuir la dosis o bien añadir carbonato de litio. Si el paciente no responde al tratamiento sólo con antidepresivos debe añadirse litio, observar la respuesta y en caso necesario cambiar el antidepresivo a otro más potente, inclusive llegando a administrar IMAO no específicos (fenelzina, tranilcipromina) o bien terapia electroconvulsiva.

### DEPRESIÓN CON SINTOMAS PSICÓTICOS

La depresión psicótica representa un riesgo más alto de suicidio y de recurrencia que la depresión mayor no complicada. El tratamiento indicado es la combinación de un antidepresivo con un neuroléptico, que tiene mas o menos la misma efectividad que la terapia electroconvulsiva.

No debe utilizarse solo el antidepresivo o solo el neuroléptico pues tienen una utilidad menor que la combinación de ambos. En casos de resistencia es adecuado añadir a la combinación carbonato de litio, o bien recurrir a la terapia electroconvulsiva. Existe un reporte reciente de la utilidad de la fluvoxamina para este tipo de depresión, sin el uso concomitante de neuroléptico.

### DEPRESIÓN ATÍPICA

Aunque es susceptible al tratamiento con antidepresivos tricíclicos (35-50% de respuesta a tratamiento), los IMAO son la opción más adecuada ya que la frecuencia de respuesta es de 55 a 75 % aunque la necesidad de dieta baja en tiramina y la posibilidad de reacciones graves con estos antidepresivos limitan su uso. Una alternativa actualmente es el uso de ISRS. El bupropion, si está disponible, puede resultar también útil, aunque puede empeorar la sintomatología ansiosa



## DEPRESIÓN CON SÍNTOMAS CATATÓNICOS

El manejo de esta forma de depresión es urgente y puede resultar útil la aplicación, si está disponible, de amobarbital, lorazepam o bien diazepam IV. Si el paciente mejora resulta útil continuar su administración por vía oral. Si no existiera respuesta es conveniente administrar terapia electroconvulsiva, en un principio diariamente y después en días alternos. El tratamiento debe continuarse, después de la remisión, con antidepresivos, carbonato de litio o neurolépticos, o bien una combinación de éstos.

## DEPRESIÓN ESTACIONAL

En el caso de estos pacientes con este padecimiento puede utilizarse el mismo tratamiento de la depresión mayor no complicada combinándola o no con la terapia luminosa.

## DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO

El uso de antidepresivos tricíclicos y de los ISRS no se ha relacionado con un incremento en el número de malformaciones congénitas; sin embargo es preferible no utilizar ningún tipo de fármaco durante el embarazo. En caso de que sea indispensable y una vez que otras maniobras como la psicoterapia no han resultado útiles, es necesario plantear el uso de los antidepresivos tanto a la madre como al esposo, determinando la capacidad de decisión de ambos, anotándolo en el expediente y consultando al ginecólogo a cargo de la evaluación del embarazo de la paciente. Es prudente no utilizar benzodiazepinas que se han relacionado con una mayor frecuencia de **labio y paladar hendido** y tampoco el carbonato de litio, que aunque no produce alteraciones cardiovasculares con una frecuencia tan alta como se describió inicialmente si se asocia a mayor patología cardíaca neonatal.



## DEPRESIÓN POSTPARTO

El manejo de la depresión de inicio en el postparto es similar al de la depresión en general, ya que deben administrarse los antidepresivos a las dosis adecuadas. Mientras que 63% de las pacientes no tratadas experimentan recurrencia, sólo ocurre en 7% de las mujeres que recibieron tratamiento antidepresivo.

Existen estudios que señalan que los niveles séricos de antidepresivos tricíclicos, a excepción de la doxepina, en el niño que está siendo amamantado y cuya madre recibe tratamiento antidepresivo son prácticamente indetectables. En el caso de los ISRS, existe sólo un reporte acerca de niveles altos de fluoxetina en el bebé. Las contraindicaciones establecidas para que un bebé sea alimentado al seno son prematuridad, bajo peso o alteración médica de algún tipo, lo mismo que signos de inmadurez o falla hepática.

Debe considerarse por un lado el riesgo inmediato que representa que la madre tenga depresión (suicidio y homicidio), además de que los estudios a largo plazo señalan el efecto deletéreo en la maduración del niño cuando la madre ha persistido deprimida por más de seis meses después del parto.

## DEPRESIÓN ASOCIADA A TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Debido a que el trastorno obsesivo compulsivo sólo es susceptible al tratamiento con clomipramina (anafranil) 250 mg diarios y a los ISRS como la fluoxetina (Prozac) 60-80 mg/día, sertralina (Altruline) 250 mg/día, fluvoxamina (Luvox) 300 mg/día y paroxetina (Paxil) 50 mg/día y citalopram (seropram) a dosis altas, es recomendable utilizar estos medicamentos para controlar ambos trastornos. En caso de resistencia de uno o de otro, añadir hormonas tiroideas o carbonato de litio puede resultar beneficioso. Otras estrategias de potenciación como el uso de metilfenidato y buspirona pueden



también mejorar el cuadro depresivo. Lo habitual es que el cuadro depresivo se controle antes que los síntomas obsesivo compulsivos; es raro que ocurra pero si el TOC mejora sin que exista mejoría del cuadro depresivo a pesar de las maniobras mencionadas vale la pena valorar el uso de la terapia electroconvulsiva.

## DEPRESIÓN ASOCIADA A CRISIS DE ANGUSTIA

El manejo de esta asociación es prácticamente el mismo del de crisis de angustia sin depresión, que consiste en el uso de alguno de los antidepresivos, tricíclicos, ISRS, ISRSN o en casos raros de un IMAO no selectivo combinado con un ansiolítico del tipo del clonazepam o del alprazolam en la fase de tratamiento agudo. En la fase de continuación se suspende paulatinamente la benzodiacepina y se sostiene el mismo antidepresivo durante un año. Si la depresión es recurrente es mejor llevar una terapia de mantenimiento a largo plazo. La psicoterapia puede resultar útil para las crisis de angustia y evitar su recurrencia; sin embargo los resultados no son tan favorables cuando hay un trastorno depresivo asociado, sobre todo si es primario, o bien si existe uso de alcohol y/o sustancias.

## DOBLE DEPRESIÓN (DISTIMIA COMPLICADA CON DEPRESIÓN MAYOR)

A partir del advenimiento de los ISRS el manejo de la distimia se puede hacer con mayor facilidad y efectividad. Previamente resultaba útil el uso de IMAO no específicos, con las limitaciones en la dieta y el riesgo de interacción con aminas simpaticomiméticas y tiramina de la dieta; algunos informes señalaban la utilidad del alprazolam y el mazindol.



## DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

El trastorno de la personalidad que se asocia con mayor frecuencia a la depresión mayor es el trastorno límite de la personalidad. Si en general se ha observado que la presencia de patologías de personalidad disminuye la adherencia al tratamiento y la efectividad del tratamiento antidepresivo e inclusive de la terapia electroconvulsiva, el trastorno límite de la personalidad representa una dificultad en diversos aspectos, de ahí la necesidad de instalar un enfoque multidisciplinario que incluya psicoterapia de apoyo, ISRS o ATC, uso de neurolépticos, carbonato de litio o carbamacepina para disminuir la impulsividad en la fase aguda y posteriormente el uso de psicoterapia a largo plazo. Aunque los IMAO no específicos pueden resultar muy útiles, el riesgo suicida alto y la impulsividad en estos pacientes dificulta su uso en ellos.

## DEPRESIÓN RECURRENTE

Entre 50 y 85% de los pacientes que han tenido un episodio depresivo tendrán cuando menos un episodio más a lo largo de su vida. La mitad de ellos tendrán una recurrencia dentro de los dos primeros años, existiendo un mayor riesgo en los primeros cuatro a seis meses después de la remisión inicial. Muchas recaídas se deben a la suspensión temprana del antidepresivo además de que 15 - 20% no se recuperaron completamente del episodio depresivo, por lo que un número significativo de pacientes deprimidos requieren de un tratamiento de mantenimiento a largo plazo.

Cuando existen factores de riesgo, ya descritos, para la recurrencia de un episodio depresivo mayor; debe mantenerse un tratamiento con antidepresivos o carbonato de litio, siendo más efectivo el litio para los trastornos bipolares. La OMS recomienda el tratamiento profiláctico cuando han ocurrido tres o más episodios para la depresión mayor y después de dos



episodios en el caso del trastorno bipolar.

## DEPRESIÓN RESISTENTE

Se considera depresión resistente cuando habiendo utilizado dos tratamientos antidepresivos a dosis apropiadas y por tiempo suficiente no se ha observado una respuesta satisfactoria.

El primer paso para el manejo de la depresión resistente consiste en reconsiderar el diagnóstico de depresión, buscando otras posibles enfermedades coexistentes, como el uso concomitante de drogas y/o alcohol y padecimientos médicos (principalmente alteraciones tiroideas) que estén participando en el cuadro, así como los estresores psicosociales que estén interfiriendo con la recuperación. Posteriormente se puede utilizar la adición de medicamentos coadyuvantes como el carbonato de litio que resulta útil en 50 % de los casos resistentes a antidepresivos, y las hormonas tiroideas.

Otras maniobras que pudieran resultar útiles son:

- a) Uso combinado de dos antidepresivos: hace algunos años la combinación más potente resultaba la de antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la MAO (amitriptilina y fenelzina, principalmente); en la actualidad hay algunos informes de la utilidad y seguridad del moclobemide, un inhibidor selectivo y reversible de la MAO con los ISRS sertralina y fluvoxamina. Sin embargo debe tenerse en mente que nunca deben combinarse los inhibidores de la MAO antiguos, esto es, los IMAO irreversibles e inespecíficos, como la fenelzina y la tranilcipromina, y los ISRS (citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina) debido al alto riesgo de síndrome serotoninérgico. En la actualidad la combinación más usual es la ISRS y un antidepresivo de diferente tipo. Los primeros informes en cuanto a potenciación fueron los de fluoxetina y desipramina, en donde se observaba una respuesta rápida antidepresiva con esta combinación.



pudiendo utilizarse cualquier combinación, siempre y cuando se tenga en mente la posibilidad de que exista un aumento en los niveles séricos de los antidepresivos tricíclicos cuando se administran en forma concomitante con los ISRS. Se ha informado también la combinación de ISRS y de la veníafaxina en casos de depresión resistente.

- b) Recientemente se ha propuesto el uso de un bloqueador beta, el pindolol, como coadyuvante del tratamiento antidepresivo en el caso de una depresión resistente o bien cuando se busca una respuesta más rápida. Las dosis propuestas van de 7.5 mg hasta 30 mg, prefiriéndose las dosis bajas.
- c) Uso de estimulantes del tipo del metilfenidato combinado con ATC e ISRS.
- d) El uso de neurolépticos combinándolos con el tratamiento antidepresivo ya establecido aunque es específica para la depresión con síntomas psicóticos, puede utilizarse debido a que el neuroléptico desplaza al antidepresivo de su unión a las proteínas plasmáticas aumentando su nivel en sangre, además de que compite a nivel hepático disminuyendo su metabolismo. Sin embargo el riesgo de disquinesia tardía debe limitar su uso.
- e) Los anticonvulsivantes, principalmente el ácido valproico, el valproato de sodio o magnesio y la carbamacepina y la oxicarbazepina tienen un papel importante en el manejo del trastorno bipolar en cualquiera de sus fases y como profilácticos, sin embargo en el caso de la depresión no muestran una respuesta consistente.
- f) La terapia electroconvulsiva es uno de los tratamientos más efectivos en el caso de una depresión resistente, ya que un poco más de 50% de los casos responden a esta maniobra.





Cuando se ha observa falta de respuesta al tratamiento antidepresivo con ISRS, se han propuesto las siguientes alternativas:

- a) Determinar si se ha prescrito la dosis adecuada, ajustando la dosis diaria paulatinamente hasta llegar a la máxima de cada inhibidor selectivo, de acuerdo a la tolerancia: por ejemplo la fluoxetina hasta 60-80 mg diarios, la fluvoxamina hasta 300 mg diarios, la paroxetina hasta 50 mg diarios y la sertralina hasta 250 mg y el citalopram hasta 60 mg diarios. En la mayoría de los pacientes que han respondido parcialmente, el aumento de la dosis resulta efectivo.
- b) Una vez que se ha llegado a la dosis máxima del ISRS o bien a la dosis máxima tolerada, añadir un antidepresivo tricíclico. Los estudios abiertos han demostrado que con esta maniobra 65% de los pacientes no respondedores se convierten en respondedores. Se debe determinar el nivel plasmático del antidepresivo tricíclico por la interacción de los ISRS con el citocromo P450. Se recomienda añadir al ISRS nortriptilina o desipramina de la siguiente forma: nortriptilina iniciando con 25 mg e ir incrementando la dosis hasta 100 mg diarios; desimipramina iniciando con 25 mg e ir incrementando hasta 150 mg diarios.
- c) Añadir carbonato de litio: el uso del carbonato de litio está mejor documentado en los pacientes no respondedores a antidepresivos tricíclicos que a los ISRS. Hay algunos reportes anecdóticos de fluoxetina combinada con carbonato de litio a dosis de 300-600 mg diarios, de paroxetina más carbonato de litio, y de once pacientes que no habían respondido a sertralina, siete respondieron en una semana al añadir el carbonato de litio a dosis de 400-800 mg diarios., que no habían respondido (depresión resistente)
- d) Añadir pindolol desde 1995 se ha observado que 105 pacientes deprimidos no tratados responden más rápidamente al tratamiento



antidepresivo al añadir pindolol y 105 no respondedores mejoran al añadir dicho medicamento. Hay varios estudios que demuestran como los pacientes resistentes al tratamiento antidepresivo responden a la adición del pindolol. Este efecto se ha demostrado con la fenelzina a dosis de 60 mg diarios, la fluoxetina 20 a 40 mg diarios, la fluvoxamina 200 mg diarios, la imípraminá 200 mg diarios, el moclobemide 900 mg diarios, y la paroxetina 20 a 40 mg diarios.

- e) Añadir un estimulante, como el metilfenidato: se han reportado varios casos con no respuesta o respuesta parcial a ISRS, que mejoraron al añadir metilfenidato a dosis de 10 a 40 mg diarios.
- f) Cambiar a venlafaxina. La venlafaxina es un inhibidor de la recaptura de noradrenalina y de serotonina. Para realizar el cambio se recomienda, en el caso de fluoxetina, suspenderla, en el caso de la paroxetina o de la sertralina disminuir la dosis gradualmente hasta suspender. Iniciar la venlafaxina a dosis bajas de 18.75 mg diaria, aumentando gradualmente para llegar a los 10 ó 14 días a dosis de 112.5 mg diarios, y posteriormente hasta una dosis máxima de 300 a 375 mg/día, dependiendo de la respuesta antidepresiva y de los efectos secundarios. Nierenberg y col. (1994) llevaron a cabo un estudio abierto en pacientes que no habían respondido a múltiples tratamientos antidepresivos. Las dosis que se utilizaron fueron de hasta 375-450 mg diarios observando una respuesta completa o parcial en la tercera parte de los pacientes a las doce semanas, mejoría que persistió en la mitad de los casos. Los pacientes que no habían respondido a terapia electroconvulsiva no respondieron a la venlafaxina.
- g) Cambiar a otro ISRS: se ha visto que los pacientes que no responden igual a todos los ISRS, pueden responder mejor y tolerar mejor un ISRS que otro.
- h) Utilizar la terapia electroconvulsiva (TEC): la TEC está particularmente indicada en la depresión severa, con riesgo suicida, y en la depresión



psicótica, pero ha demostrado ser útil en los pacientes que no toleran los antidepresivos, o en quienes éstos están contraindicados.



## HIPOCONDRIA

### DEFINICIÓN DE HIPOCONDRIA.

Littré (1898), la definió como "especie de enfermedad nerviosa que altera la inteligencia de los enfermos, haciéndoles creer que están afectados de las más diversas enfermedades, de manera que pasan por enfermos imaginarios, a la vez que sufren mucho y están sumidos en una tristeza habitual". En el hipocondríaco toda su atención está anormalmente concentrada en su cuerpo.

La hipocondriasis se llamaba antes Neurosis Hipocondríaca. Se llamaba hipocondríaco al sujeto que se queja de problemas físicos menores, se preocupa de manera irrealista sobre enfermedades graves y busca de manera persistente asistencia profesional y consume muchos medicamentos de venta directa al público.

### SINTOMAS Y SIGNOS DE LA HIPOCONDRIA.

La principal manifestación de la hipocondría es el miedo a tener una enfermedad grave o la creencia de que ya se tiene. Este miedo se basa en síntomas o signos benignos reales, o en sensaciones fisiológicas normales, y existe a pesar de la ausencia de pruebas de trastorno físico para explicar la creencia, aunque en la realidad pueda haber un trastorno físico coexistente. Es bastante natural la interpretación errónea de los síntomas. En caso de hipocondriasis, sin embargo, el miedo a tener una enfermedad grave persiste a pesar de la tranquilización médica e interfiere en el funcionamiento social y ocupacional.

En muchas ocasiones el dolor representa un medio de apelar a la afectividad de los demás, otras veces es un medio para evadir las responsabilidades de su vida. El hipocondríaco con frecuencia teme sufrir una enfermedad grave, exagera cualquier molestia corporal. Por ejemplo un



ligero dolor de pecho le es sospechoso de tener una grave enfermedad del corazón. Visita numerosos médicos. Toma todas las sensaciones físicas que experimenta, por muy leves, por poco importantes que sean, como otras enfermedades, mientras duran, son para él objeto de preocupación, de inquietud, de ansiedad continua, que le impulsa a consultar diversos médicos y clínicas. La hipocondría se manifiesta con más frecuencia en personas que han mostrado previamente una tendencia a implorar afecto o a evadir responsabilidades de la vida por medio de la enfermedad. En sus formas ligeras, la hipocondría puede originarse en una sensación de inseguridad que se racionaliza como una amenaza a la salud física.

El hipocondríaco se halla por lo general aislado aunque esté junto a otros y se interesa sólo por sí mismo; es incapaz de demostrar, ni siquiera de sentir simpatía verdadera por cualquier otra persona, ni de comprender los problemas de alguien más que no sea él. En general es inseguro e inmaduro, se siente inferior, en ocasiones los sentimientos de inferioridad están enmascarados por ideas compensadoras de superioridad o de grandeza, inconscientemente solicita atención, cariño y comprensión, por medio de diversas enfermedades.

Por lo general el hipocondríaco se queja de desórdenes gástricos y dispépticos, espasmos, palpitaciones, latidos vasculares en el abdomen y de la cabeza, desfallecimientos, vértigos, etc. Todo su discurso gira alrededor de sus molestias.

## EVOLUCIÓN NATURAL

La hipocondría se acompaña a menudo de ansiedad, depresión y rasgos de personalidad compulsiva. Cuando se les pregunta sobre su estado de salud, los sujetos hipocondriacos suelen reaccionar con grandes



explicaciones expresando a menudo frustración a causa de los miedos y el tratamiento médico inadecuado que han recibido.

Este trastorno suele iniciarse en la adolescencia, pero quizá no empiece hasta la cuarta década de la vida en varones y en la quinta década en mujeres. Suele ser crónico, pero caracterizado por fluctuaciones en la intensidad con la que se sostiene la creencia y el grado de alteración del funcionamiento social y ocupacional.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- A. Preocupación con el temor de tener, o la creencia de que se tiene una enfermedad grave, basada en la interpretación de la persona de signos o sensaciones físicas como pruebas de enfermedad física.
- B. La evaluación física apropiada no apoya el diagnóstico de ningún trastorno físico que puede explicar signos o sensaciones físicas, o la injustificada de interpretación de ellos por parte de una persona, y los síntomas en el criterio A, no son sólo síntomas de crisis de angustia.
- C. El temor, o la creencia de que se tiene una enfermedad persistente a pesar de las palabras tranquilizadoras del médico.
- D. Duración de la perturbación de seis meses por lo menos.
- E. La creencia en el criterio de A no es de intensidad delirante, es decir la persona puede reconocer la posibilidad de que su temor de tener, o la creencia de que se tiene una enfermedad grave, es infundada.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial incluye, desde luego, una enfermedad física grave real. En ocasiones la hipocondriasis requerirá diferenciación con la esquizofrenia o la depresión mayor con delirios somáticos. En estos casos, aunque el diagnóstico final se basará en criterios de diagnóstico específico, la creencia de que existe una enfermedad física no tiene la cualidad



rígidamente fija de un delirio verdadero, puesto que el paciente hipocondriaco suele aceptar la posibilidad de que no exista la enfermedad temida. La diferenciación del trastorno de somatización es por lo general, en múltiples síntomas físicos más que el temor de tener una enfermedad específica.

## PRONÓSTICO

La mayoría de los psiquiatras considera la hipocondría como un trastorno crónico de pronóstico muy pobre.

## EPIDEMIOLOGÍA

La hipocondriasis es común en el ejercicio médico general y parece ocurrir con igual frecuencia en varones y en mujeres. No se sabe si hay un aumento de incidencia en miembros de una misma familia.

## ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Se cree que la hipocondría se origina en intentos inadaptativos para afrontar las necesidades psicológicas no satisfechas o en conflictos psicológicos inconscientes, pero no hay acuerdo sobre los mecanismos psicológicos específicos que participan.

Algunos investigadores creen que el hipocondriaco manifiesta simplemente preocupación excesiva por sí mismo, mientras que otros sugieren que la hipocondría representa una expresión física de la autoestima pobre; otros más han propuesto que esta manera de considerarse a sí mismo protege al individuo de la conciencia de impulsos destructivos hacia otras personas (al considerarse a sí mismo lesionado en vez de desear lesionar a otras personas).



## TRATAMIENTO DE LA HIPOCONDRIA

A causa de la fijeza e inflexibilidad de sus ideas y de sus numerosos fracasos terapéuticos, el paciente hipocondríaco es difícil de tratar; el médico debe indagar la conducta del enfermo, tratar de comprenderla y nunca juzgarla.

Solamente después de horas de escuchar al paciente y de mostrar su comprensión logrará el médico ganarse la confianza del paciente hipocondríaco. Con frecuencia los pacientes hipocondríacos son criticados por familiares y amigos, es conveniente decirle al paciente que debe ser muy penoso el verse criticado y molestado sobre síntomas y molestias diversas que él, no tiene el menor control.

Es frecuente que después de relatar sus síntomas el paciente hipocondríaco pregunte "¿Existe alguna esperanza?", "¿Cree que puede ayudarme?" el médico debe contestar diciéndole que cuanto más hable de sus problemas mayor será la ayuda que pueda darle. Además de la psicoterapia, que en numerosas ocasiones es únicamente de apoyo, los sedantes ligeros mejorarán la ansiedad, asimismo, los antidepresivos mejorarán el estado de ánimo que siempre es francamente depresivo. En algunos casos, en los que los enfermos se muestran inválidos a causa de la hipocondría y que los familiares son incompetentes para cuidar al enfermo, se podrá recurrir a la cirugía del lóbulo frontal, que algunas veces mitiga la enfermedad.

La psicoterapia parece ser de utilidad sólo para unos cuantos pacientes hipocondríacos. La mayoría se resiste a la idea de un tratamiento psiquiátrico y se debe ofrecer sólo a los pacientes muy motivados y con gran introspección que aceptarán con facilidad la recomendación. No se cuenta con pruebas de que sean eficaces los tratamientos somáticos.





Como el paciente hipocondriaco suele presentarse a médicos generales y no a psiquiatras y se oponen al tratamiento psiquiátricos, el médico general tiene la mejor oportunidad de ser de utilidad en estos casos. Con objeto de beneficiar al paciente hipocondriaco, el médico debe renunciar a la idea de la curación en el sentido ordinario de aliviar los síntomas. Debe ser capaz de aceptar los temores y quejas del paciente como manifestaciones de un trastorno psiquiátrico crónico que cumple con una función psicológica importante (aunque se conozca poco), y que proseguirá por tiempo indefinido. Con este criterio el médico será capaz de evitar la frustración, ira y desesperanza, y conservará la sensibilidad por las necesidades y los problemas sociales y psicológicos de su paciente. Existe la posibilidad de que, como consecuencia de esta relación de apoyo entre médico y paciente, ocurra reducción de la ansiedad de el paciente, lo que dará como resultado la disminución de los temores de enfermedad y mejoría del funcionamiento social y ocupacional. El médico debe ofrecer citas con regularidad de duración invariable al paciente hipocondriaco y seguirá reaccionando de manera adecuada a las quejas físicas y a la verdadera enfermedad a la vez que evita los procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios. Este criterio prevendrá por lo menos la "compra de médicos" por el paciente y reducirá el riesgo de complicaciones yatrógenas.



## MECANISMOS DE DEFENSA

NEGACIÓN	El inconsciente literalmente borra de la conciencia una realidad desagradable o que provoca ansiedad. Un paciente al que se le diagnostica una enfermedad terminal se "olvida" de haber recibido tal información.
SUBLIMACIÓN	Redirigir un impulso inaceptable hacia una manera aceptable de conducta. Un individuo con intensos impulsos inconscientes voyeristas se convierte en terapeuta sexual.
FORMACIÓN REACTIVA	Redirigir un impulso inaceptable en su opuesto. Un exfumador apoya celosamente la nueva ley de "no fumar"
DESPLAZAMIENTO	Un impulso hacia una persona o situación determinadas se redirige hacia un objeto "más seguro", menos opresivo. Un residente es humillado por un médico de guardia y se enfurece con sus internos subordinados y estudiantes de medicina.
PROYECCIÓN	Un impulso o afecto inaceptable o que provoca ansiedad se traslada a otro sujeto o situación. Por tanto, está ahora "ahí afuera" más que en uno mismo. Un padre de familia está preocupado por la supuesta promiscuidad de su hija adolescente, proyectando así sus propios impulsos hacia la joven
RACIONALIZACIÓN	Se utiliza una explicación aceptable para un sentimiento o conducta con el fin de camuflar el motivo o impulso inaceptable subyacente. Un hombre obeso cree que come de más en una fiesta para no ofender a sus anfitriones.
INTELECTUALIZACIÓN	El acto de evitar "sentimiento" refugiándose en el "pensamiento" El jugador de defensa en un equipo de fútbol, tras una derrota y para evitar sentimientos de culpa e inadecuación, explica meticulosa y lógicamente los detalles de sus errores estratégicos
REPRESIÓN	Un material psicológico inquietante se saca de la conciencia de una manera secundaria, o bien, primariamente no se le permite hacerse consciente. Recuerdos y sentimientos reprimidos asociados con el abuso sexual infantil emergen a la conciencia cuando, ya como adulta, la paciente ve una película sobre una mujer violada
AISLAMIENTO DEL AFECTO	La separación del afecto, que es molesto e inquietante una idea o acontecimiento, manteniéndose con apasionamiento los detalles o la descripción relativos. Un veterano de guerra cuenta una y otra vez cómo vio que mataron a un amigo pero habla en un tono frío y distante. Ha "aislado" y "reprimido" el miedo y horror intensos (afecto) que podrían acompañar el recuerdo.
SUPRESIÓN	Es la represión intencional de un material consciente desagradable. Un estudiante de medicina sale de la primera parte de un examen con la sensación de haber reprobado. Decide no preocuparse al respecto hasta que lleguen los resultados por correo ya que de todas maneras no logrará nada.
HUMOR	Es una defensa consciente e inconsciente que permite tolerar mejor en la conciencia al material que remueve efectos desagradables. Un paciente vociferante es sujeto de risa e imitación burlesca en la privacidad del consultorio



## CONCLUSIONES

Los trastornos somatoformes constituyen un grupo de síndromes psiquiátricos caracterizados por síntomas físicos que sugieren la presencia de una alteración física. No debe haber datos físicos o fisiopatología demostrable que expliquen los síntomas, y será indispensable que existan pruebas directas o francamente presuntivas de origen psicológico; Las personas que experimentan estos trastornos no suelen percibirse como sujetos con una alteración psiquiátrica y, por lo tanto, se presentarán con frecuencia ante médicos odontólogos para recibir tratamiento. Es importante que los odontólogos conozcan bien estos síndromes con objeto de que eviten las intervenciones diagnósticas y terapéuticas innecesarias y dañinas en potencia, y que vuelvan mínimas las ganancias secundarias en el contexto del tratamiento médico o en las relaciones del paciente con otras personas. En la actualidad no se cuenta con ningún tratamiento específico para la mayor parte de estos trastornos, aunque en algunos casos han sido eficaces diversas medidas psicoterapéuticas.



## BIBLIOGRAFIA

1. Howard H. Goldman. PSQUIATRIA GENERAL. Ed. Manual Moderno. México 1996. Pags. 167-176, 196-201 y 331-348.
2. Lord Brain. NEUROLOGIA CLÍNICA. Ed. Medica Panamericana. Argentina 1998. Pags. 413-420.
3. Dr. Evans Diamond. ENFERMEDADES QUE ALTERAN EL SISTEMA NERVIOSO. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. Ed. El Manual Moderno. México 1999. Pags. 58-76.
4. Patiño José Luis. PSQUIATRIA CLÍNICA. ED. Salvat. México 1999. Pags. 180-192, 281-279.
5. Caso Agustin. FUNDAMENTOS DE PSQUIATRIA. Ed. Limusa. México 1994. Pags 23-26, 113-116, 829,845 y 866-867.
6. Howard H. Goldman. PSQUIATRIA GENERAL. Ed. Manual Moderno.
7. Dr. Illescas Rico Renato. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR. Ed Apolo. México Diciembre 2000.
8. Stahl. S M: Essential psychopharmacology of depression and bipolar disorders Cambridge, UK. Cambridge University Press, 2000.
9. Chávez León Enrique. TRASTORNOS DEPRESIVOS, PSQUIATRIA México 2001.

## PÁGINAS WEB

2. [www.terra.com.mx](http://www.terra.com.mx)
3. [www.galenonet.com.mx](http://www.galenonet.com.mx)
4. [www.neurología.com.mx](http://www.neurología.com.mx)
5. [www.gbsystems.com.mx](http://www.gbsystems.com.mx)
6. [www.psiquiatria.com.mx](http://www.psiquiatria.com.mx)
7. [www.psicología-latina.com.mx](http://www.psicología-latina.com.mx)