

# Depresión: visión holística de la medicina interna\*

Dr. Italo Marsiglia G.

Miembro Correspondiente Nacional

## RESUMEN

*La depresión, y la ansiedad acompañante, es la manifestación psicológica más frecuente e intensa del sufrimiento humano, que en casos extremos termina en el suicidio.*

*A pesar de que puede restringir significativamente la calidad de vida del individuo, su interacción personal o social y productividad, sorprende que a nivel de la atención médica primaria no sea reconocida en la mitad de los casos y sea tratada en sólo la mitad de los diagnosticados.*

*Sin embargo, es responsabilidad del médico internista estar preparado para reconocer la depresión y tratarla eficientemente, por las siguientes razones: 1. La medicina interna propone como concepción fundamental la visión integral del paciente; 2. El funcionamiento de la mente normal y patológica se fundamenta en principios biológicos; 3. La ansiedad y la depresión son las manifestaciones emocionales más frecuentes en la práctica médica, presentándose como desórdenes primarios o como condiciones asociadas a otros desórdenes psiquiátricos y enfermedades médicas (incluyendo a sus tratamientos), o que resultan del impacto emocional de las enfermedades médicas y quirúrgicas.*

*La referencia al psiquiatra debe hacerse en: depresión severa, respuesta terapéutica insatisfactoria, evidencia de psicosis o ideación suicida.*

*En la depresión la herramienta básica es una relación médico-paciente sólida, que garantice la integridad y la libertad del paciente y preserve el secreto profesional, que adquiere especial relevancia al abordar los sentimientos, las emociones y la conducta humana.*

*Aunque útiles, las pruebas y escalas de la depresión no sustituyen a la entrevista personal con el paciente, que*

*permite apreciar el ánimo depresivo y la anhedonia, resultantes de la desolación y el estado de indefensión que abruma al paciente. En la manía, extremo opuesto del espectro del ánimo, la agitación, el lenguaje expansivo y grandilocuente y la irritabilidad, pueden acompañar a la irracionalidad psicótica.*

*Las anomalías de los neurotransmisores norepinefrina y serotonina juegan un rol mayor en los desórdenes del ánimo, siendo sus niveles y efectos, poco activos en la depresión e hiperactivos en la manía. Los pacientes con depresión mayor y buena parte de los pacientes con depresión menor crónica, ameritan tratamiento con antidepresivos y psicoterapia. La terapia electroconvulsiva puede tener indicación en la depresión refractaria, en la ideación suicida aguda y en las psicosis concurrentes sin respuesta a los antipsicóticos. En la manía, los estabilizadores del ánimo, litio, carbamazepina y valproato, son utilizados solos o en combinación con antidepresivos para prevenir las recurrencias. La manía aguda puede requerir tratamiento con neurolépticos.*

## SUMMARY

*Depression, and adjoined anxiety, is the most frequent and intense psychological manifestation of human suffering, which in extreme cases could lead to suicide.*

*Even though it could affect significantly the quality of life, interpersonal and social interactions and individual productivity, it astonishes that at primary care, only half of the cases are diagnosed, and only half of those diagnosed are actually treated.*

*However, it is the responsibility of the Internist to recognize depression and treat it efficiently for the following reasons: 1. Internal medicine proposes the integral view of the patient as its fundamental conception; 2. Functioning of mind, both normal and pathological, is established in biological principles; 3. In medical practice, anxiety and depression are the most frequent emo-*

\* Conferencia del Symposium "Tópicos en Medicina Interna", XIV Congreso Nacional de Medicina Interna, Palacio de los Eventos, Maracaibo, 22 de mayo de 2007.

*tional manifestations, either as primary disorders or as associated conditions to others psychiatric and medical diseases (including their treatments), or by the emotional impact of medical and surgical disorders.*

*Psychiatric referral should be made in severe depression, unsatisfactory therapeutic response and evidence of psychosis or suicidal ideation.*

*In managing depression, a solid medical-patient relationship is fundamental to guarantee patient liberty and integrity and to preserve professional secret, which acquires special relevance when dealing with human senses, emotions and behavior.*

*Test and scales for depression, although useful, do not substitute the personal interview with patients that allow us to appreciate depressive mood and anhedonia, which result from the desolation and defenseless state that oppress the patient. In mania, opposite extreme of mood spectrum, the agitation, expansive and grandiloquent language as well as the irritability could be accompanied by psychotic irrationality.*

*Abnormalities in norepinephrine and serotonin neurotransmitters play an important role in mood disorders, their levels and effects are less active in depression and hyperactive in mania. Patients with major depression and the majority of those with chronic minor depression need antidepressant treatment and psychotherapy. Electroconvulsive therapy could be indicated in refractory depression, acute suicidal ideation, and associated psychosis not responsive to antipsychotic drugs. In mania, mood stabilizers as, lithium, carbamazepine and valproate, alone or combined with antidepressant drugs, are used to prevent recurrences. Neuroleptic treatment could be required in acute mania.*

### **Responsabilidad del internista**

La depresión, y la ansiedad acompañante, es la manifestación psicológica más frecuente e intensa del sufrimiento humano, que en casos extremos termina en el suicidio.

A pesar de que puede restringir severamente la calidad de vida del individuo, su interacción personal o social y productividad, sorprende la escasa preparación sobre este tópico de los médicos encargados de la atención médica primaria, que no diagnostican la depresión en 50 % de los casos y sólo tratan adecuadamente al 50 % de los diagnosticados (1). Esta “negación” de una realidad tan ostensible, que vemos pero no miramos, se origina en la inadecuada información de los médicos acerca de los aspectos emocionales del ser humano, pero también, de su natural resistencia para aceptar la importancia de algo que también les inquieta.

Sin embargo, es responsabilidad del médico internista estar preparado para reconocer la depresión y tratarla eficientemente (2,3).

Por una parte y, a diferencia de otras especialidades clínicas, la medicina interna propone como concepción fundamental la visión integral del paciente. Ese enfoque holístico en sí mismo, base y razón de la especialidad, permite ver al paciente como a un todo indivisible, producto de la integración de cuerpo y mente. Esa visión integral del hombre, también se inspira en el modelo biopsicosocial de Engels, que intenta explicar la conducta humana en la salud y en la enfermedad por la influencia mayor o menor de cada uno de sus elementos integrantes, el biológico, el psicológico y el sociocultural.

También, hay que recordar que la mente es un producto corporal y que la ignorancia actual acerca de la etiopatogenia de buena parte de los desórdenes mentales, no justifica la desafortunada creencia de que ellos carecen de causa o mecanismos físicos. El progreso de la ciencia y la tecnología médicas y, en particular, el alcanzado por la genética, la epidemiología y las neurociencias, permite vislumbrar el funcionamiento de la mente normal y patológica y, al darle base científica a la “psiquiatría biológica”, racionalizar el tratamiento de los padecimientos mentales (2-4).

Por otra parte, el internista debe considerar la elevada prevalencia de los desórdenes mentales, que comprenden una amplia gama de condiciones caracterizadas por patrones de conducta anormal y síntomas y signos psicológicos que son causa de disfunción; también, debe tomar en cuenta que ansiedad y depresión constituyen las manifestaciones emocionales más frecuentes en la práctica diaria, presentándose, bien, como desórdenes primarios o, bien, como condiciones asociadas.

La depresión constituye un problema de salud pública a escala mundial, hoy cuarta causa de incapacidad y que, según las proyecciones de la OMS (1,5) para el 2020, será la segunda causa más frecuente en los países desarrollados. La significación de la depresión como problema de salud pública y su repercusión económica, se reflejan en la muy frecuente utilización de los servicios de salud por esa causa y su significativo costo monetario, estimado en EE.UU en 43 billones de dólares anuales, al incluir también las pérdidas por días laborales no trabajados (5). Efectivamente, los desórdenes afectivos son comunes, crónicos y costosos, oscilando las tasas de prevalencia en la

comunidad entre 1,8 % y 3,3 % para la depresión observada en el último mes y 4,9 % a 17,1 % para la vista a lo largo de la vida (5). Un 5 % a 10 % de los pacientes de la consulta externa y un porcentaje mayor de los hospitalizados, presenta depresión mayor, por lo que ya a finales de los años 80 se había establecido que la atención médica primaria era el mejor sitio de acceso a la depresión (1).

Una de cada 4 personas presenta enfermedad mental en algún momento de la vida (6,7) y, la OMS ha estimado en 230 millones el número de casos de desórdenes afectivos a escala mundial (3). No obstante, sólo 20 % de los pacientes con enfermedades mentales son vistos por el psiquiatra y 60 % por médicos de cuidados primarios; aunque como señalamos, estos últimos comúnmente no identifican los trastornos emocionales de sus pacientes.

La importancia de los desórdenes mentales en la práctica médica, también se puede inferir del elevado consumo de drogas psicotrópicas que, en EE.UU, comprende del 10 % al 15 % de todos los récipes médicos (4).

Todas estas consideraciones justifican los esfuerzos para que el médico internista y, en especial, los dedicados a las unidades de atención médica primaria o a la emergencia médica, donde acuden muchos pacientes con fobias y crisis de pánico (8), estén familiarizados con el diagnóstico y manejo, al menos inicial, de los desórdenes mentales. En tal sentido, resulta una herramienta confiable el uso del Manual diagnóstico estadístico de desórdenes mentales (DSM-IV) (9).

Pero también, el internista debe sopesar sus limitaciones para el manejo de los trastornos emocionales (2,3), y no caer en la fácil generalización de creer en su capacitación para tratar a todos y a cada uno de estos pacientes. Para muchos de ellos será necesaria la consulta con el psiquiatra y, en otros, la referencia será obligada, basándola en la presencia de síntomas y signos de enfermedad mental y no simplemente, en la ausencia de elementos físicos que expliquen los síntomas del paciente.

Las siguientes situaciones hacen necesaria la referencia al psiquiatra:

1. Cuando el paciente presente evidencias inequívocas de alteración psicótica, como pérdida del sentido de la realidad, deterioro de las funciones mentales —ideas delirantes, alucinaciones, manía, confusión o alteración de la memoria—, o cuando

sufra depresión o ansiedad severas, o síntomas disociativos, o disturbio grave del comportamiento social y personal o, grado significativo de regresión del ego. 2. Cuando exista riesgo de suicidio, especialmente en pacientes deprimidos, que pueden intentarlo después de una respuesta inicial a las drogas antidepresivas aparentemente satisfactoria. Y no debe olvidarse que el riesgo suicida obliga a un interrogatorio adecuado y directo, pues con frecuencia, los enfermos no confiesan abiertamente su ideación suicida, o el riesgo sólo se infiere en forma indirecta al apreciar ideas o fantasías relacionadas con la muerte. Entre 10 % y 15 % de los casos de depresión mayor presentan conducta suicida durante la vida, 2/3 partes de los suicidios ocurren en pacientes deprimidos y el riesgo se duplica en los familiares de suicidas. 3. Añadiría también, que la referencia es obligatoria cada vez que el médico se sienta desbordado por el paciente, bien porque no logre valorar adecuadamente la situación o, bien porque al apreciar su contratransferencia (2,3), la relación con el paciente le resulte angustiosa o de difícil manejo.

### **El deprimido: tarjeta de presentación y abordaje**

Al aceptar que la cuota de subjetividad implícita en la relación médico paciente afecta, tanto al médico, observador y analista de la experiencia, como al paciente, quien la sufre y es la razón de la misma, vislumbramos también las dificultades inherentes a la estimación del sufrimiento humano, visto al través del lente de los propios prejuicios y escala de valores impuestos por nuestra cultura (3).

Por esa razón, la herramienta básica, la relación médico paciente, debe ser sólida y tener como algunos de sus objetivos garantizar la integridad y libertad del paciente y preservar el secreto profesional; éste adquiere especial relevancia al abordar los sentimientos, las emociones y la conducta humana. De esa manera, la comunicación adecuada con el paciente, su abordaje y manejo, dependerá más del arte del médico que de su ciencia (10-14).

Las diferentes pruebas y escalas de valores para indagar la presencia e intensidad de la ansiedad y la depresión, tienen indudable utilidad en la búsqueda de estos procesos a nivel de la atención médica primaria, pero ninguna de ellas podrá sustituir a la entrevista y observación directa del paciente.

En los casos de depresión severa, la fascies

depresiva y el retardo psicomotor son las tarjetas de presentación de la depresión, que combinada con el llanto inconsolable que surge al abordar en la interacción con el paciente sus aspectos más sensibles, hacen evidente para el médico sin necesidad de otro lenguaje, la extrema desolación y el estado de indefensión del paciente, abrumado por lo que considera una gran tragedia y en circunstancias de sentir perdida su energía para afrontarla. Y así, se siente aprisionado por el peso de sus dificultades, rumiando ideas de desvalorización o minusvalía e intensos sentimientos de culpa.

En el otro extremo del espectro del ánimo, la agitación psicomotora, el lenguaje expansivo y grandilocuente, la fuga de ideas, la irritabilidad y cólera inexplicables, exhibidos en la manía, indican en los casos severos su falsa apreciación de la realidad, al trasponer el terreno de la razón e ingresar en el de la irracionalidad psicótica.

Especial atención debe tener el médico para indagar la ideación suicida, cuyo contenido puede quedar soterrado. Tal pudimos apreciar en un anciano de gran inteligencia que había vivido con la obsesión de ser enterrado vivo. El interrogatorio puso en evidencia el estado depresivo severo y su determinación suicida. Al interpretarle que, deseaba suicidarse para asegurar que no sería enterrado vivo, su mirada triste se iluminó y exhibió una lánguida sonrisa. Fue referido al psiquiatra y pocas semanas después consumó sus intenciones suicidas.

Pero en la mayor parte de los casos con síntomas menos intensos o sutiles, el médico no podrá apreciar las manifestaciones depresivas presentadas por el paciente, sin antes ponerlas en evidencia mediante un interrogatorio inteligente. En tales circunstancias, habrá que superar la suspicacia, desconfianza o timidez del enfermo para suministrar información íntima y establecer una relación médico-paciente satisfactoria. Al comprobar el paciente el genuino interés del médico en su persona y aquellas dotes de profesionalismo y humanitarismo indicativas de sus buenos propósitos, abre su corazón y suministra la información requerida. Sólo el conocimiento y la práctica continua, orientarán al médico para manejar los aspectos emocionales del enfermo, que por la variabilidad de las personas y la diferente complejidad de sus problemáticas, no podrán responder a un estereotipo o patrón único.

No está demás señalar que el médico debe ser delicado, por ser también delicada la intimidad del paciente y, también prudente, para no caer en las

manipulaciones inconscientes y las fantasías del paciente, que pueden llevarlo a emitir juicios de valor apresurados o a tomar decisiones desafortunadas (10-12).

Algunos factores pueden atentar contra la detección y manejo apropiado de la depresión (1):

La duración de la consulta, debe ser suficiente como para apreciar los contenidos psicológicos a la par que los problemas somáticos, requiriéndose muchas veces consultas sucesivas para estimarlos satisfactoriamente.

La somatización, trastorno emocional de especial interés para el internista, hace atribuir al área física las manifestaciones mentales, suministrándole al paciente una explicación plausible y menos ingrata que reconocer su naturaleza mental. Los síntomas aparecen en respuesta a un impacto psicológico, en pacientes con incapacidad para interpretar sus emociones (alexotimia), reflejados por medio de un lenguaje simbólico, y en el que, dolores, molestias gastrointestinales, sexuales y pseudoneurológicas, buscan como ganancia secundaria llamar la atención y obtener la ayuda de allegados y médicos.

La somatización y otras variantes de los desórdenes somatoformes (1,2,15), en su conjunto, son responsables del 5 % de los casos de la consulta de atención médica primaria, incluyendo a la conversión o neurosis histérica, tipo conversivo, en la cual el paciente refiere déficit de las funciones motora voluntaria o sensitiva y, la hipocondriasis, que implica la existencia de temor no realista a padecer una enfermedad seria. El síndrome de Munchausen (11) es una forma de enfermedad facticia con manifestaciones dramáticas, severas y crónicas, donde el "papel de enfermo" es realmente gratificante.

Por sus características, estos enfermos hacen difícil el establecimiento de una relación médico-paciente satisfactoria y están en riesgo de sufrir complicaciones iatrogénicas, habida cuenta de sus frecuentes consultas a diversos médicos.

Sin llegar al dramatismo de la somatización o conversión histérica, los pacientes con desórdenes mentales, típicamente pueden consultar por fatiga, insomnio, dolor, síntomas gastrointestinales y otras manifestaciones somáticas (1), obviamente no acuden a la consulta con un rótulo que indique su condición de "deprimidos" o "nerviosos". El médico clínico deberá mantener un elevado índice de sospecha para la depresión, sino quiere ver pasar muchos casos no diagnosticados y peor tratados.

Cuando las manifestaciones somáticas resultan un camuflaje de la situación depresiva, el interrogatorio debe dirigirse a valorar y hacer aflorar los síntomas cardinales de la depresión: el ánimo depresivo y la anhedonia, definida esta última como la incapacidad para sentir satisfacción o placer; además, el interrogatorio indagará los sentimientos de culpabilidad o inutilidad y la ideación suicida.

Por su parte, las enfermedades médicas también pueden esconder las manifestaciones depresivas; p.ej.: la fatiga, el insomnio y la anorexia que son comunes en la depresión, también podrían deberse, respectivamente, a hipotiroidismo, disnea paroxística nocturna o cáncer metastásico. Pero se debe enfatizar que las enfermedades somáticas severas son causa directa de depresión. ¿Y cómo no se sentirá deprimido quien sufre de cáncer metastásico, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, infarto del miocardio, angioplastia o cirugía de revascularización miocárdica, o enfermedades del sistema nervioso central (SNC), como, accidente cerebral vascular, enfermedad de Parkinson o demencia? Y muchas veces, la depresión acompañante causa mayor incapacidad que la enfermedad médica crónica que le dió origen, empeorando como consecuencia su pronóstico. Y esta situación tiene especial relevancia en los ancianos (1,16).

La estigmatización (1) de la depresión puede inhibir al médico para hacer preguntas explícitas, que puede juzgar como inoportunas, especialmente cuando no se ha establecido una adecuada relación médico-paciente. No obstante, los médicos tienden a sobreestimar la “resistencia” del paciente, quizás por resultarles más fácil abordar lo físico que lo psíquico, ya que buena parte de los pacientes se sentirían reconfortados al poder ventilar con el médico sus problemas psicosociales.

Algunas de las situaciones anteriores retardan el diagnóstico y tratamiento de la depresión, lo que prolonga innecesariamente el sufrimiento del paciente y deteriora adicionalmente su calidad de vida y funcionamiento social y laboral.

### **CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN**

La depresión se define como la emoción o sentimiento psicopatológico de tristeza que puede acompañarse de síntomas somáticos, cambios en los

ritmos biológicos y alteraciones neuroendocrinas. Es la manifestación fundamental de los trastornos afectivos o del ánimo, en sus dos formas más severas: la depresión mayor y el desorden bipolar, anteriormente denominado psicosis maníaco-depresiva (2,3,7,15,17).

La depresión mayor causa síntomas depresivos severos y crónicos, acompañados de signos vegetativos. En el desorden bipolar se alternan los episodios de manía y de depresión, aunque en la menor parte de los casos la manía puede ser su única manifestación.

La distimia, es una depresión prolongada aunque relativamente menor y, la ciclotimia, una depresión menor que alterna con hipomanía. El DSM-IV (9) establece los criterios para el diagnóstico de los desórdenes afectivos, tomando en consideración, calidad, intensidad y duración de la sintomatología.

Los siguientes son factores de riesgo para la depresión: la ancianidad y las enfermedades neurológicas asociadas, como enfermedad de Alzheimer y parkinsonismo (prevalencia de depresión en los ancianos 7 % a 36 %, en la enfermedad de Alzheimer 40 % y en la enfermedad de Parkinson 50 %); el estado postpartum reciente (depresión en 13 % de los casos), las situaciones recientes de estrés (frecuencia de depresión variable); los antecedentes personales o familiares de depresión (30 % de recurrencias en los 2 años que siguen al diagnóstico de depresión y 87 % en los 15 años siguientes); y las enfermedades médicas concomitantes (riesgo de depresión 2 veces mayor en diabetes mellitus, enfermedad coronaria arterial, accidente cerebro-vascular (ACV), obesidad e infección por HIV) (18).

La depresión mayor (3,7,15,17) se manifiesta por ánimo depresivo prolongado no asociado a manía o hipomanía. Entre las características de la depresión (17): el contenido emocional evidencia, tristeza, anhedonia, irritabilidad, ansiedad y dificultad para la relación interpersonal; el contenido del pensamiento denota, culpabilidad, autocrítica e inutilidad (desvalorización y pérdida de la autoestima), pesimismo y desesperanza, distracción, indecisión, ilusión, alucinación o alteración de la memoria; el contenido físico se expresa en las llamadas manifestaciones vegetativas de la depresión, tales como, fatiga, insomnio o hipersomnia, anorexia o polifagia, pérdida o ganancia de peso, disminución de la libido, molestias somáticas, retardo o agitación psicomotora.

Cuadro 1

Motivo de consulta para el internista
1. Depresión en el desorden afectivo primario
Depresión mayor
Desorden bipolar
Distimia
Ciclotimia
2. Depresión secundaria a otras enfermedades mentales
Desorden de pánico y fobias
Desorden obsesivo-compulsivo
Desorden adaptativo a factores de estrés
Desorden somatoforme (conversión, somatización, hipocondriasis)
3. Depresión "reactiva" por enfermedad médica
4. Depresión asociada a enfermedad médica
5. Depresión asociada a medicamentos

Puede llamar la atención la variación diurna del ánimo, más afectado en la mañana, la agitación o el retardo psicomotor, la alteración en la concentración y en la toma de decisiones, los sentimientos de vergüenza o culpa y las ideas de muerte (2,3,7,15,17).

La memoria puede estar severamente afectada especialmente en los ancianos, en los que por su frecuente asociación con demencia puede resultar difícil tal diferenciación.

La depresión mayor es 2 veces más frecuente en el sexo femenino. La etiopatogenia de la enfermedad parece heterogénea: la relación entre desórdenes depresivos puros y desórdenes bipolares no es bien conocida, la depresión es más frecuente en las familias de enfermos bipolares, aunque lo contrario no es verdad. Por otra parte, la disfunción concomitante afectiva, motora y cognitiva, observada tanto en los desórdenes afectivos como en las enfermedades de los ganglios basales, sugiere que los ganglios basales y la corteza prefrontal pueden ser las áreas involucradas en estos procesos (15). El carácter genético de la depresión mayor lo sugiere, la concordancia en 46 % de los gemelos monocigóticos y en 20 % de los dicigóticos. Los estudios en gemelos también demuestran que la mayor prevalencia femenina tiene base genética.

Un 15 % de la población general experimenta al menos un episodio depresivo mayor en algún momento de la vida. En 75 % de los casos la depresión mayor corresponde a desórdenes afectivos,

12 % a enfermedad bipolar y en 10 % a 15 % la depresión es secundaria a enfermedad médica. Los desórdenes depresivos unipolares se inician al comienzo de la vida adulta, pudiendo recurrir a lo largo de la vida, aumentando su frecuencia con la edad. Después de un primer episodio depresivo, 50 % a 60 % de los casos presenta al menos 1 ó 2 episodios adicionales. La duración del episodio no tratado es variable, desde unos meses hasta 1 o más años. Algunos casos muestran patrón estacional directamente relacionado con la distancia que los separa del ecuador (15).

Las anomalías de los neurotransmisores norepinefrina y serotonina juegan un rol mayor en los desórdenes del ánimo, siendo sus niveles y efectos poco activos en la depresión e hiperactivos en la manía (17).

El tratamiento (2-4,7,15,17-21) que modifica estos neurotransmisores incluye a antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoamino-oxidasa e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Todos los pacientes con depresión mayor y la mayor parte aquellos con depresión menor crónica ameritan tratamiento con antidepresivos. El ensayo terapéutico incluye el aumento o el ajuste de la dosis en las primeras 4 a 6 semanas, tiempo en el cual puede apreciarse la mejoría del ánimo. La depresión moderada o ligera responde tanto a la psicoterapia como a las drogas antidepresivas, pero en la depresión mayor deben emplearse ambos tratamientos (18). La terapia electroconvulsiva tiene indicación en la depresión refractaria, en la ideación suicida aguda y en las psicosis concomitantes sin respuesta a los antipsicóticos (2-4,7,15,17,18-21).

La psicoterapia conducida por especialistas tiene indicación formal en la depresión. La terapia cognitiva conductista busca modificar pensamientos y conductas patológicas para lograr emociones positivas. La terapia interpersonal analiza los eventos interpersonales, conflictos y roles transicionales relacionados con el episodio depresivo, en pacientes capacitados para la comprensión psicológica y para asumir un tratamiento prolongado. La terapia orientada a solucionar problemas enseña al paciente como mejorar su capacidad para manejar las dificultades más frecuentes (18).

El desorden bipolar (3,7,15,17) se caracteriza por la alternabilidad del ánimo, entre la manía o hipomanía y la depresión. El episodio de manía se presenta con incremento de la actividad psicomotora,

extroversión social excesiva, disminución de las necesidades de sueño, impulsividad, alteración del juicio y humor expansivo, grandioso o irritable. En la forma severa puede observarse delirio y pensamiento paranoide, que en ocasiones no difiere de la esquizofrenia. Las características de la manía (17) lucen contrapuestas a las de la depresión: el contenido emocional exhibe euforia, labilidad emocional e irritabilidad; el contenido del pensamiento es egocéntrico y grandioso, con pobreza del juicio, lenguaje apresurado, ilusiones y alucinaciones; en el contenido físico, llama la atención el insomnio y la disminución de la necesidad de sueño, la pérdida del apetito y la agitación psicomotora.

El riesgo para la enfermedad bipolar es similar en ambos sexos y las evidencias en favor de la predisposición genética son significativas; en gemelos monocigóticos la concordancia es de 80 %, sugiriendo los análisis de segregación herencia autosómica dominante. Los familiares en primer grado resultan afectados en 5 % a 10 % de los casos, en comparación con 1 % a 2 % en la población general. Más del 90 % de los pacientes presentan episodios depresivos. Los episodios de depresión y manía pueden quedar separados por varios años; no obstante, 15 % de los casos, generalmente mujeres, presentan ciclos rápidos que ocurren 4 o más veces al año, y que se han asociado con terapia antidepresiva prolongada o con enfermedad tiroidea.

Los estabilizadores del ánimo, litio, carbamazepina y valproato, son utilizados solos o en combinación con antidepresivos para prevenir las recurrencias y, debe destacarse que en la enfermedad bipolar, el uso exclusivo de antidepresivos no acompañados de estabilizadores del ánimo puede ser desencadenante de la manía (17,18). La manía aguda puede requerir el tratamiento con neurolepticos.

Otras enfermedades psiquiátricas (3,7,15), como trastornos de la personalidad, psicosis o neurosis, pueden acompañarse de ánimo depresivo. Para el internista tiene especial importancia el conocer la llamada depresión reactiva, que ocurre en respuesta a situaciones de estrés (2,3).

Se han utilizado algunos términos y esquemas para identificar a los pacientes deprimidos de buen y mal pronóstico. El esquema endógena vs reactiva es controversial, ya que supone la existencia de una depresión endógena de origen biológico y una reactiva de causa psicológica, basándose en la

presencia o ausencia de estrés precipitante. Los términos psicótica vs neurótica permiten separar los pacientes más severamente afectados de aquellos menos comprometidos y los términos primaria vs secundaria, diferencian los casos de enfermedad afectiva, de la respuesta depresiva a otras enfermedades psiquiátricas o médicas.

La depresión asociada a enfermedades médicas, puede reflejar el estrés psicológico al enfrentar una determinada enfermedad, o ser la respuesta a la enfermedad médica misma o a los medicamentos utilizados, o puede simplemente coexistir con la enfermedad médica.

Ciertas enfermedades médicas tienen una fuerte asociación con la depresión (3,15,17,18): cáncer del páncreas, cáncer del pulmón, tumores cerebrales particularmente de los lóbulos frontales, enfermedad de Cushing, hipotiroidismo o hipertiroidismo, estado pos infarto del miocardio, enfermedad de Parkinson, ACV y enfermedad de Huntington.

La prevalencia de depresión es mayor en las enfermedades cardíacas (20 % a 30 % de los casos), en los enfermos con cáncer (25 %) y en especial cáncer del páncreas y orofaringe (hasta 50 %), en las enfermedades neurológicas, en particular, ACV, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple y lesiones traumáticas del cerebro, diabetes mellitus (hasta 27 %), enfermedad tiroidea, hipo o hipertiroidismo y síndrome de Cushing.

Ciertos medicamentos también pueden causar depresión, especialmente, los corticoesteroides, el interferon, la l-dopa, el propranolol y los anticonceptivos orales (18).

Cuadro 2

Depresión asociada a enfermedad médica

---

Enfermedades cardiovasculares (infarto del miocardio, vascularización miocárdica y cirugía cardíaca)

Cáncer (páncreas, orofaringe, tumor del lóbulo frontal)

Enfermedades neurológicas (ACV, enfermedad de Alzheimer, parkinsonismo, esclerosis múltiple, traumatismo cerebral, corea de Huntington)

Diabetes mellitus

Hipo o hipertiroidismo

---

## REFERENCIAS

1. Kroenke K. Discovering depression in medical patients: Reasonable expectations. Editorial. *Ann Intern Med.* 1997;126:463-465.
2. Marsiglia I. Ansiedad y depresión en el marco de la Medicina Interna. *Med Inter (Caracas).* 1993;8:101-108.
3. Marsiglia I. Ansiedad y depresión en la práctica de la Medicina Interna. *Med Intern (Caracas).* 2001;17:159-166.
4. Baldessarini RJ. Drugs and the treatment of psychiatric disorders. En: Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW, Goodman Gilman A, editores. *Goodman and Gilman's. The Pharmacological Basis of Therapeutics.* 9ª edición. Nueva York: Mc Graw-Hill; 1996.p.399-459.
5. Pignone MP, Gayness BN, Rushton JL, Mills Burchell C, Orleans CT, Mulrow CD Lohr KN. Screening for depression in adults: A summary of the evidence for US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002;136:765-777.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences. *Clinical Psychiatry.* 6ª edición. Baltimore: Williams and Wilkins; 1991.
7. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, *Clinical Psychiatry.* 6ª edición. Baltimore: Williams and Wilkins; 1991;16:363-427.
8. Marsiglia I. Enfermedad de pánico: Su impacto en la práctica de la Medicina Interna. *Med Intern (Caracas).* 2003;19:83-94.
9. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4ª edición. American Psychiatric Association Washington D.C. 1994.
10. Marsiglia I. La comunicación entre el paciente y el clínico. *Med Inter (Caracas).* 1985;1:120-127.
11. Marsiglia I. Actitud del médico ante la respuesta emocional del paciente. *Med Inter (Caracas).* 1987;3:12-18.
12. Marsiglia I. La relación médico-paciente en la medicina contemporánea. *Med Intern (Caracas).* 2000;16:91-94.
13. Marsiglia I. Physician-patient relationship: Cornerstone in Clinical Medicine. *Venezuela Chapter Governor's News Letter, American College of Physicians.* Spring. 2004;3:12-18.
14. Marsiglia I. Impacto de la tecnología sobre la historia clínica y la relación médico-paciente. *Gac Méd Caracas.* 2006;114:183-189.
15. Reus VI. Mental Disorders. En: Braunwold E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 15ª edición. Nueva York: McGraw-Hill; 2001.p.2542-2557.
16. Kroenke K. Minor depression: Midway between major depression and euthymia. Editorial. *Ann Intern Med.* 2006;144:528-530.
17. Marshall FJ. Disorders of Mood and Behavior En: Andreoli TE, Carpenter Ch CJ, Griggs RC, Benjamin IJ editores. *Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine.* 7ª edición. Filadelfia: Saunders Elsevier; 2007.p.1060-1065.
18. Goldmann D, Laine C. In the clinic: Depression. *Ann Intern Med.* 2007;146:ITC5-1-ITC5-14.
19. Williams JW, Mulrow CD, Chiquette E, Hitchcock Noël P, Aguilar C, Cornell J. A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: Evidence report summary Clinical guideline, Part 2. *Ann Intern Med.* 2000;132:743-756.
20. Dobscha SK, Corson K, Hickam DH, Perrin NA, Kraemer DF, Gerrity MS. Depression decision Support in primary care. A cluster randomized trial. *Ann Intern Med.* 2006;145:477-487.
21. Rubenstein LV, Kroenke K. Improving care for depression: There's no free lunch. Editorial. *Ann Intern Med.* 2006;145:544-546.