

Universidad Del Sureste  
Medicina humana



Docente: Dra. Irma Sánchez Prieto

Alumno(a): Dana Paola Vázquez Samayoa

Semestre: 5to "U"

Materia: Psiquiatría

Trabajo: Investigación de trastornos depresivos

Tapachula, Chiapas

# Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico

Hipócrates aproximadamente en el año 450 a.C acuñó el término melancolía (bilis negra) para denotar la depresión, siendo la primera alusión científica y realizando las primeras conceptuales y clínicas de esta patología.

En los años posteriores existieron otros personajes como Sorano de Efeso, San Agustín los cuales continuaron tratando de vislumbrar la naturaleza de este trastorno, más los conceptos médicos de las enfermedades mentales giraban alrededor de la interacción de cuatro humores del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema) que eran el resultado de una combinación de cuatro cualidades básicas de la naturaleza (calor, frío, sequedad, humedad) marcados por Hipócrates.

La depresión es una enfermedad de la afectividad, cuya característica central es la tristeza patológica. Es decir, una tristeza que se distingue de la tristeza normal que se experimenta comprensiblemente ante un problema o una adversidad importante. En la depresión, la persona está triste incluso sin que detecte causas externas, o bien la tristeza es desproporcionada en intensidad y/o duración con relación al motivo que la desencadena. Esta tristeza patológica se acompaña en mayor o menor medida de otros sentimientos relacionados. En muchas ocasiones, los pacientes experimentan la sensación de «pérdida de sentimientos». Echan de menos la capacidad de siempre para ilusionarse, para disfrutar de las cosas, para interesarse por los demás y relacionarse.

También aparecen ideas de tinte negativo respecto a sí mismo, su entorno, su pasado o su futuro.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como «un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad». Se estima que este estado de bienestar mental se pierde, al menos de forma temporal, en un 25% de la población

mundial. Las enfermedades mentales generan un deterioro de la calidad de vida del paciente y de sus familiares y elevados costes sociales y económicos.

Las personas que sufren estas enfermedades, además, son especialmente diana de exclusión social.

Constituyen un área médica de especial interés social y suponen una de las principales causas de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad en la región europea de la OMS. Además, presentan elevadas comorbilidades con enfermedades físicas crónicas, lo que empeora el pronóstico de ambas condiciones. Por tanto, la patología mental es uno de los grandes retos de la medicina del siglo XXI; de los clínicos en general y de los psiquiatras en particular.

#### Características clínicas

El síntoma más característico de la depresión es la tristeza, aunque puede no estar presente o no ser evidente. Los pacientes se encuentran desesperanzados, inútiles y con un dolor emocional que es una agonía. En los pacientes deprimidos, es común la visión negativa del mundo y de sí mismos. Unos dos tercios de los pacientes deprimidos se plantean el suicidio y entre un 10-15% llegan a cometerlo. Otros síntomas característicos son la apatía, la anhedonia, la anergia y la astenia. Junto a estos síntomas pueden estar presentes numerosas alteraciones a nivel del pensamiento, la atención y la memoria, los impulsos, los hábitos básicos y los ritmos circadianos, otras áreas de la afectividad, la psicomotricidad y aspectos somáticos. Los síntomas somáticos están presentes con gran frecuencia como alteración psicomotriz o múltiples manifestaciones inespecíficas. La expresión en la motricidad incluye tanto la inhibición completa como la agitación grave, de cierto enlentecimiento a la inquietud psicomotriz, y la torpeza motora y el retardo psicomotor o de la marcha. Los síntomas somáticos son múltiples en distintos órganos y aparatos. Incluyen las cefaleas, visión borrosa, sequedad de boca, mareo, acúfenos, opresión precordial, sensación de nudo en la garganta o en el estómago, molestias abdominales inespecíficas como dispepsia y estreñimiento, diarrea, falta de fuerza en los miembros, alteración de la libido, astenia, falta de energía general, dolores inespecíficos y migratorios, etc. Pueden predominar en el cuadro clínico o incluso no expresarse los síntomas afectivos o enmascararlos, lo que puede dificultar su correcta identificación, reconocimiento y diagnóstico. De hecho, se ha

venido etiquetando de depresión enmascarada o larvada a la depresión que se manifiesta casi exclusivamente por la presencia de síntomas físicos.

### Criterios diagnósticos

El sistema de clasificación más utilizado es el DSM-V. En el capítulo de trastornos depresivos se distinguen diferentes entidades clínicas: a) trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo; b) trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor); c) trastorno depresivo persistente (distimia); d) trastorno disfórico premenstrual; e) trastorno inducido por una sustancia o medicamento; f) trastorno depresivo debido a otra afección médica; g) otro trastorno depresivo especificado y h) trastorno depresivo no especificado. No se incluyen otras condiciones con características depresivas como el trastorno bipolar. El trastorno de depresión mayor es la más relevante de estas entidades, y una de las enfermedades psiquiátricas más comúnmente diagnosticadas. La depresión mayor representa una condición de patocronía variable con predominio del patrón recurrente, asociada a un deterioro de la calidad de vida, altos costes sanitarios y farmacológicos, una gran carga de sufrimiento personal y familiar, frecuentes comorbilidades, mayor riesgo de suicidio y una elevada tasa de mortalidad. La prevalencia anual de depresión mayor se sitúa en torno al 6%, variable según los países<sup>11</sup>; y una prevalencia a lo largo de la vida del 15-18%, lo que supone que cerca del 20% de la población sufrirá al menos un episodio depresivo mayor en algún momento de su vida.

Para establecer el diagnóstico se requiere que los síntomas estén presentes al menos durante dos semanas. Los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor según los criterios del DSM-5: A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes que deben estar presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. No se deben incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable. 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi

todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado. 4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor. D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

## Diagnóstico diferencial

### Enfermedades psiquiátricas con manifestaciones depresivas

Trastornos de ansiedad	Cuando la ansiedad es primaria, no suele aparecer anhedonia ni pensamientos de muerte  La ansiedad subjetiva coexiste con la depresión en un 70-80% de los casos
Trastornos adaptativos	Se diagnostica un cuadro adaptativo cuando se considera que la sintomatología está directamente relacionada con un estresor identificable, y su remisión se relaciona con la finalización de dicho estresor
Trastornos del sueño	Aunque la fatiga es un síntoma común, los pacientes deprimidos no suelen tener somnolencia diurna ni ataques repentinos de sueño
Trastornos del espectro psicótico (especialmente trastorno esquizoafectivo)	Los trastornos formales del pensamiento (del discurso y lenguaje) son menos frecuentes en la depresión  En las depresiones con síntomas psicóticos, los delirios y alucinaciones suelen ser congruentes con el estado de ánimo
Trastornos somatomorfos	En cuadros depresivos pueden aparecer quejas somáticas vagas; sin embargo en los trastornos somatomorfos existe una gran preocupación por una enfermedad u órgano concreto  En los trastornos somatomorfos existe una actitud recelosa ante el diagnóstico psiquiátrico

El diagnóstico diferencial de la depresión implica diferenciarla de síndromes orgánicos, otros trastornos mentales y los distintos trastornos del estado de ánimo. La sintomatología depresiva puede aparecer en distintos trastornos o afecciones orgánicas. Asimismo, la sintomatología depresiva es muy frecuente en otros trastornos mentales (sin incluir el grupo de trastornos afectivos).

Finalmente, una vez descartada una patología orgánica subyacente y otro trastorno psiquiátrico que pudiera explicar la sintomatología, debemos, ante la presencia de síntomas depresivos, clasificarlos dentro del grupo de trastornos afectivos.

### Instrumentos de evaluación

Existen escalas, generales y específicas, que evalúan los síntomas presentes con el objetivo de orientar el diagnóstico. Un instrumento de evaluación general es, por ejemplo, la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, que es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (15 minutos de media), que explora los principales trastornos psiquiátricos.

Entre las escalas específicas para la evaluación de sintomatología depresiva, las dos probablemente más utilizadas en la actualidad son la Escala Hamilton para la depresión, que evalúa el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo, y la Escala de depresión de MontgomeryAsberg, que presenta la ventaja frente a la Escala Hamilton de no estar contaminada por ítems que evalúan la ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes con

enfermedades físicas. Ambas escalas son hetero aplicadas, es decir, deben ser administradas por un clínico.

Entre las escalas autoaplicadas, la más extendida es el Inventario de depresión de Beck, que evalúa fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. De todas las escalas mencionadas existen varias versiones de diferentes extensiones. En pacientes hospitalizados por enfermedad no psiquiátrica, en los que se sospeche sintomatología ansiosa o depresiva, es recomendable el empleo de la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión y, en el caso de que puntúe como positivo, debe complementarse con las escalas específicas mencionadas anteriormente.

También existen escalas para evaluar sintomatología depresiva en situaciones clínicas específicas. Algunos ejemplos son: para la detección de probables casos de depresión en el puerperio puede ser recomendable emplear la Escala de depresión posnatal de Edimburgo; la Escala de depresión geriátrica es específica para detectar la posible existencia de depresión en ancianos y, cuando existe deterioro cognitivo, el instrumento más específico para evaluar la sintomatología depresiva es la Escala de Cornell para la depresión en la demencia.

#### Curso de la enfermedad

La edad media de aparición del trastorno depresivo mayor tiene un primer pico en la segunda década de la vida y un segundo pico en la quinta década de la vida. Además, los períodos de la vida en los que se producen cambios vitales potencialmente estresantes son considerados de potencial riesgo, como por ejemplo la adolescencia o vejez.

El curso del trastorno depresivo mayor es bastante variable, de modo que algunos pacientes apenas presentan remisiones (periodos de 2 o más meses sin síntomas o con solo uno o dos síntomas leves), si es que las presentan, mientras que otros permanecen durante muchos años con pocos o ningún síntoma entre los episodios.

Es importante distinguir a los pacientes que acuden en busca de tratamiento durante una exacerbación de una enfermedad depresiva crónica, de aquellos cuyos síntomas han aparecido recientemente.

La cronicidad de los síntomas depresivos aumenta sustancialmente la probabilidad de que existan trastornos subyacentes de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias, y disminuye la probabilidad de que se siga el tratamiento hasta la remisión completa.

Resulta útil, por tanto, pedir a los pacientes que acuden con síntomas depresivos que identifiquen el último período de al menos dos meses durante el cual estuvieron completamente libres de síntomas depresivos.

La recuperación se inicia normalmente dentro de los tres meses siguientes al comienzo en dos de cada cinco pacientes con depresión mayor, y en el plazo de un año en cuatro de cada cinco enfermos. El carácter reciente del inicio es un determinante fuerte de la probabilidad de recuperación a corto plazo, y se puede esperar que muchos pacientes que solo han estado deprimidos durante varios meses se recuperen de modo espontáneo.

Las características que se asocian a tasas de recuperación menores, además de la duración del episodio actual, son los rasgos psicóticos, la ansiedad intensa, los trastornos de personalidad y la gravedad de los síntomas.

El riesgo de recurrencia es progresivamente menor conforme aumenta la duración de la remisión. Tienen mayor riesgo de recurrencia los pacientes con un episodio previo grave, los sujetos jóvenes o aquellos que hayan presentado múltiples episodios.

La persistencia de síntomas depresivos durante la remisión, aunque sean leves, es un factor que predice claramente la recurrencia. Muchas enfermedades bipolares comienzan con uno o más episodios depresivos y, en una proporción considerable, en algunos pacientes que inicialmente parecen tener un trastorno depresivo mayor se acaba probando, con el tiempo, que en realidad padecen un trastorno bipolar.

Esto es más probable en los pacientes en los que la enfermedad se inicia en la adolescencia, en aquellos que tienen rasgos psicóticos y en los que tienen antecedentes familiares de trastorno bipolar.



La presencia del especificador «con rasgos mixtos» también aumenta el riesgo de un futuro diagnóstico de manía o hipomanía.

El trastorno bipolar, en particular con rasgos psicóticos, puede convertirse también en esquizofrenia, siendo este cambio mucho más frecuente que el contrario.

## Tratamiento

La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional y proporcionar al paciente y familiares información simple y objetiva sobre el tratamiento para promover su adherencia.

Es más efectiva la terapia combinada (Psicoterapia más Farmacoterapia) que la terapia con antidepresivos únicamente. Se debería garantizar la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que lo necesiten. En la depresión leve-moderada se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como la terapia cognitivo-conductual o la terapia de solución de problemas) 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas. El tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave es la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal, 16 a 20 sesiones durante 5 meses. Para los pacientes con depresión crónica y/o recurrente se recomienda el tratamiento combinado de fármacos y terapia cognitivo-conductual. En pacientes con depresión mayor de grado leve-moderado, la guía del NICE recomienda realizar un programa de ejercicio físico estructurado y supervisado (30- 60 minutos tres veces a la semana durante al menos 10-12 semanas), ya que podría ser una intervención con impacto clínicamente significativo sobre los síntomas depresivos.

## Fármacos

Amitriptilina 100 mg al día 25 mgs/envase con 50 tabletas y de 50mg con 20 tabletas. Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta. Mínimo de 6 meses.

Fluoxetina 20mg día 20 mg capsulas, comprimidos. Mínimo de 8 semanas para inicio.