

Formas clínicas ambulatorias de la depresión

Ponente Dr. CELESTINO VASALLO MANTILLA.

Colaboración de los Médicos del Servicio de Psiquiatría

Dres.: CLAUDIO PALACIOS, ALBERTO ORLANDINI, SANTOS ZÚÑIGA.

ALBERTO GALVIZ, R. GONZÁLEZ DUEÑAS

La depresión podría ser enfocada como síntoma o como síndrome, si prescindimos de la nosología. Algunos autores estiman necesario ver a la depresión como un síntoma solamente, haciéndolo quizás sinónimo de hipotimia o tristeza y considerándolo como parte integrativa de varias entidades nosológicas tanto psiquiátricas como de las afecciones llamadas médicas y quirúrgicas. Sin embargo, en la práctica clínica tenemos que el enfoque debe de ser más amplio ya que con frecuencia la tristeza no se destaca como el síntoma más evidente.

En el *síndrome depresivo neurótico* hay otras manifestaciones que acompañan a la tristeza, como son: la incapacidad, referida por el paciente, de percibir satisfacción o placer como antes (anhedonia) ; la disminución aparente del interés por lo que lo rodea (pie al propio tiempo se acompaña de pesar por experimentar esta dificultad (pseudopatía) ; astenia más o menos marcada; ideas pesimistas; preocupaciones ideas suicidas discretas que muy rara vez conducen a verdaderos intentos; disminución discreta de la memoria, de la atención y concentración; v manifestaciones funcionales

somáticas de naturaleza neurovegetativa que muchas veces constituyen la única expresión clínica evidente de un estado depresivo, aunque debemos insistir en que siempre están presentes otras alteraciones que por su poca intensidad no son detectadas. Es característico del síndrome depresivo neurótico el hecho de que el paciente habitualmente puede ser distraído de su estado de ánimo triste, cuando tu atención es dirigida hacia otras áreas no relacionadas con su depresión.

En el *síndrome depresivo psicótico* o *síndrome melancólico* la tristeza toma una mayor intensidad y se hace bien evidente en la expresión facial de congoja, de pena, presentando el clásico fruncimiento del entrecejo y marcamiento de los pliegues superciliares y comisuras labiales que se dirigen hacia abajo. La piel toma un aspecto grasiento y avejentado con un color más o menos pálido terroso. Además, el paciente llora por crisis sin aparente motivo o expresa más o menos deseos constantes de llorar sin poder dar una explicación a su estado de ánimo.

Otra característica importante es el retardo psicomotor considerado por algunos como elemento patognomónico de la naturaleza psicótica de una depresión.

Otras manifestaciones son la angustia más o menos marcada, los delirios hipocondríacos (que a veces faltan) y los intentos suicidas y automutilaciones que se presentan con una frecuencia mayor que en otros estados.

Prescindiendo de la naturaleza neurótica o psicótica de una depresión, nosotros nos encontramos un buen número de pacientes en la Consulta Externa que presentan como sintomatología única, aparentemente, cuadros polimorfos y variados constituidos por las manifestaciones funcionales ya citadas y que luego detallaremos. Es precisamente esta característica de algunas depresiones lo que ha motivado nuestro interés en integrar estos síntomas corporales, llamados por algunos "equivalentes somáticos de la depresión", en las diferentes formas clínicas ambulatorias de los estados depresivos con el fin de facilitar un diagnóstico más precoz, lo que nos permitiría:

- a) Evitar la prolongación de una terapéutica sintomática insuficiente.
- b) Evitar la cronificación y hospitalización de algunos estados depresivos.
- c) Prevenir las posibilidades de suicidio siempre probables en las depresiones más o menos intensas.

CUADROS CLINICOS FRECUENTES

Los estados depresivos, insistimos, se caracterizan por la presencia de una sintomatología psíquica y de una sintomatología somática funcional. Aunque con frecuencia estas manifestaciones somáticas parecen ser las únicas presentes a un examen superficial, si hiciéramos un buen examen psiquiátrico encontraríamos algunos de los otros componentes del síndrome depresivo, como son la anhedonia, la pseudopatía, las ideas pesimistas, etc.

Atendiendo al predominio de ciertas características clínicas podríamos agrupar a los estados depresivos ambulatorios en las siguientes formas clínicas:

Al *Formas clínicas con predominio de las manifestaciones somáticas.*

En estos pacientes los síntomas funcionales somáticos los hace consultar diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, hasta que el polimorfismo y la variabilidad del cuadro clínico hacen sospechar su naturaleza funcional. Algunas de estas manifestaciones pueden aparecer en el transcurso de la evolución de un estado depresivo y más tarde desaparece para dar paso a otras de igual naturaleza. La más frecuentes son:

1. Palpitaciones, disnea y astenia (el llamado síndrome de astenia neuro-circulatoria).
2. Llamadas de calor o sensación de quemazón en la piel.
3. Enfriamiento, calambres y otras sensaciones parestésicas de partes distales de las extremidades.
4. Cefalea oecipitocervical y otras sensaciones parestésicas craneoencefálicas.
5. Salto o dolor epigástrico y píloro-espasmo.
6. Fatiga intensa o retardo psicomotor.
7. Sensación de opresión torácica y dolores en el tórax.
8. Anorexia.
9. Constipación o diarrea.
10. Náusea y vómitos.
11. Sudoración profusa.
12. Prurito sine-materia.
13. Cefalea frontal o sensación de opresión sobre el vértex.
14. Mareos.
15. Zumbidos o dolores en los oídos.
16. Saltos musculares o temblores.

17. Amenorrea u otros trastornos menstruales.
18. Frigidez o impotencia.
19. Polaquiuria.
20. Moderada elevación de la temperatura corporal (hasta 38°C).
21. Dolores articulares, sin cambios al examen físico.
22. Elevación transitoria de la tensión arterial.
23. Alteraciones del sueño, sobre todo insomnio matutino.

B) *Formas clínicas a predominio de manifestaciones 'dolorosas.*

El hallazgo habitual es que el paciente se queje de dolores periódicos que no se alivian con la terapéutica habitual, y con frecuencia en que la intensidad de las quejas del paciente enmascaran los síntomas psíquicos de la depresión. El aspecto triste y las crisis de llanto son atribuidas a las molestias dolorosas así como a la negativa del paciente a admitir un estado de ánimo depresivo previo. Ya hemos mencionado algunas molestias dolorosas como otalgias periódicas; la cefalea occipitocervical u otras formas de cefalea que pueden tomar un carácter migrañoso rebelde; precordialgias, y dolor en la región infraclavicular izquierda; dolores articulares periódicos y variables; dolores abdominales sobre todo en las fosas ilíacas; sacrolumbalgias periódicas; etc.

C) El síndrome depresivo psicótico o síndrome melancólico, ya descrito, su aparición conlleva el ingreso hospitalario inmediato.

D) Los síndromes depresivos neuróticos se presentan en la forma ya mencionada y tienen una mayor frecuencia de aparición que el síndrome psicótico.

Existen otras entidades nosológicas neuróticas que se acompañan del síndrome depresivo como son:

1) *La astenia depresiva.*

Algunos autores hablan del síndrome asténicodepresivo debido a la presencia de marcadas manifestaciones depresivas en estos casos. Aquí se hacen prominentes la marcada astenia y la irritabilidad.

2) *La histeria depresiva.*

Se caracteriza por la teatralidad, aparente intencionalidad y exageración de las quejas del paciente, que contrasta con la facilidad con que éste es distraído de su estado de ánimo lográndose inclusive que se muestre más animado y sonriente.

3) *La hipocondría depresiva.*

Se expresa en ideas de naturaleza hipocondríaca que se acompañan de un estado depresivo. No obstante, los síntomas funcionales somáticos pueden iniciar las ideas hipocondríacas que habitualmente se expresan en preocupaciones por la salud física o mental, sobre el funcionamiento de órganos, ideas de que tiene una enfermedad seria, que nunca se va a curar, etc.

FISIOPATOLOGIA

En cuanto a la posible explicación fisiológica de los estados depresivos, diremos que pudieran interpretarse como inhibiciones del tono cortical o sea predominio de procesos inhibitorios de la corteza cerebral, ello se puede demostrar por la dificultad para establecer conexiones condicionadas. La subcorteza también se encuentra afectada funcionalmente, se observa inhibición de las formaciones subcorticales, inhibición de la Formación Reticular lo que se expresa fisiológicamente como disminución de los reflejos incondicionados y que pudiera explicar algunos hechos clínicos en lo que respecta a las necesidades instintivas; como

disminución del apetito, de las necesidades sexuales y del ritmo del sueño.

TRATAMIENTO

En el tratamiento de las diversas manifestaciones ambulatorias de la depresión se utiliza básicamente los *antidepresivos*, también conocidos como "Energizantes psíquicos y Timolépticos". Estas drogas elevan el tono mental aumentando la actividad intelectual e incrementan el tono emocional, elevando el estado de ánimo.

1) *Clorhidrato de Imipramina.*

En 1957 Kuhn informó en Suiza, sobre sus primeras tentativas terapéuticas con la Imipramina. A causa de su relación estructural con las fenotiacinas se utilizó primero en la esquizofrenia con unos resultados muy pobres, pero observó que el compuesto ejercía una acción evidente sobre las depresiones. Su acción farmacodinámica plantea interrogantes.

Algunos autores piensan que la acción de la Imipramina se traduciría por una fase de inhibición de la Formación Reticular y luego una segunda fase de estimulación de la F. Reticular que a su vez determina por las conexiones reticulocorticales aumento del tono cortical.

(La Imipramina, a diferencia de otras drogas antidepresivas no es un inhibidor de la aminooxidasa). Es evidente que ejerce una acción sensibilizante sobre las funciones adrenérgicas.

Moda de administración y dosificación.

La droga puede administrarse por vía oral o por inyección intramuscular. La dosificación media diaria es de 100 a 250 mg o más, siendo las dosis inicial de 25 mg cuatro veces

al día, al final de la Ira. semana de medicación, ya se hacen patente los resultados clínicos, lo que significa una superioridad de la droga sobre los inhibidores de la amino-oxidasa, cuya acción se ejerce de forma mucho más lenta.

Los efectos secundarios de la medicación hace que muchos pacientes ambulatorios, abandonen temporal o definitivo el tratamiento.

Se estima que un 60-70% de todos los tipos de manifestaciones depresivas ambulatorias obtienen resultados favorables.

En las depresiones agitadas y aquellas que se acompañan de sintomatología hipocondríaca, los resultados son menos favorables.

En las llamadas depresiones endógenas o psicóticas, en la melancolía, la acción antidepresiva de la Imipramina. no es tan eficaz. Se han señalado que la combinación de T.E.C. (Terapéutica Electro Convulsiva) y la Imipramina permite curar casi todos los tipos o manifestación depresiva.

Una de las condiciones más importantes requeridas para el éxito terapéutico es el establecimiento de una dosis de mantenimiento tras haber conseguido la mejoría clínica. Las manifestaciones depresivas no desaparecen, sino que quedan disimuladas por la medicación de manera que si se suprime la droga reaparecen los síntomas. Algunos autores sugieren continuar la terapéutica de mantenimiento durante tres meses, a partir del momento en que se haya estabilizado la mejoría.

Efectos secundarios y complicaciones.

Son muchos los efectos secundarios de la Imipramina y, aunque en general inocuos, a menudo dificultan la decisión del paciente de proseguir la medicación.

Las complicaciones graves son raras. Efectos secundarios.

1. La sequedad de la boca es experimentada, aunque con poca intensidad, por casi todos los pacientes al comenzar la medicación, al continuarla prácticamente desaparece siempre.
2. El mareo, aturdimiento, sensación de "vacío en la cabeza".
3. La sudoración. Puede o no ir asociada con rubor en el rostro.
4. Síntomas gastrointestinales, tales como constipación, pérdida de apetito y náuseas.
5. La taquicardia, poco frecuente.
6. Cierta dificultad para la micción, pero puede presentarse una polaquiuria.
7. Una sensación de laxitud, que queda limitada a los inicios del tratamiento. Las complicaciones graves son raras. La sobredosificación de la Imipramina, no parece ser, sea peligrosa para la vida. Se reportan casos que tomaron la droga con intento suicida en cantidad de 1,500 mg., 1.000 mg.; el temblor y la parestesia fueron síntomas más frecuentes de la sobredosificación.

II) *Inhibidores de la monoaminoxidasa.*

Nial-amida, es el menos tóxico, pero al parecer, también el menos activo inhibidor de la MAO (monoaminoxidasa). Pueden administrarse por vía oral de la siguiente forma:

Iniciando el tratamiento con una dosis alta de 300 a 500 mg. diarios, que se reduce progresivamente tan pronto como empieza la mejoría. Hasta un nivel de mantenimiento de 50 a 100 mg. diarios.

El Niamid. Posee un amplio margen de seguridad siendo sus efectos tóxicos, su acción hipotensora en particular, menos señalado que en los otros inhibidores de la M.A.O. hasta ahora existentes.

En los casos de pacientes con ideas suicidas, hay que observarlos estrechamente tan pronto empiezan a mejorar; pues la droga puede aumentar la tendencia suicida, a causa de que mejora la rapidez de la actividad psicomotriz y del pensamiento.

Isocarboxacida (Marplan).

Esta droga posee una potencia mayor que otras del mismo grupo. Usualmente la dosificación inicial es de 20 mg. diarios, aumentándose hasta un máximo de 40 mg. en dos semanas, reduciéndose luego a una dosis de mantenimiento de 10 mg. al día. En general, su acción comienza a apreciarse a los 10 días de tratamiento. La droga se utiliza en todos los tipos de depresión obteniéndose mejorías, aun, en las depresiones psicóticas. Es necesario continuar utilizando el tratamiento tras la aparente remisión completa hasta que la crisis depresiva haya disminuido.

Electroshock.

La terapéutica electroconvulsiva se utiliza, en aquellas manifestaciones rebeldes al tratamiento antidepressivo, donde la quimioterapia no ha obtenido resultados favorables.

Y en aquellas manifestaciones depresivas que presentan una urgente necesidad de solventar sus síntomas, especialmente cuando existe el peligro de suicidio. Ya en estos casos se impone un control hospitalario del paciente.

El nervioso. Está señalado en aquellas formas de asteniadepresiva, en que el agotamiento y malestar general, le im

piden desarrollar labores de tipo manual o intelectual.

Psicoterapia. Se utiliza en todas las depresiones psicógenas por el psiquiatra. Fundamentalmente orientando al paciente sobre sus trastornos funcionales.

CONCLUSIONES

1. Se hace una revisión somera de las formas clínicas ambulatorias ni más frecuentes.
3. Previeniendo las posibilidades del suicidio, siempre probables en la depresión.

Se describen los síntomas psíquicos y funcionales somáticos en la depresión, haciéndose énfasis en estos últimos con el fin de facilitar la labor diagnóstica de los compañeros no especializados.

Se describen las medidas terapéuticas usualmente empleadas en nuestro medio.

BIBLIOGRAFIA

1. —*John D. Campbell:* Manic Depressive Distase. Lippincott 1963.
2. —*John H. Nodine, John H. Moyer:* Psycho-somatic Medicine. Lea & Febiger. 1962.
- 3.—*Claudio A. Palacios:* Equivalentes somáticos de la depresión. XII Congreso Médico Nacional, 1962.
4. *Kennedy F. and Wiesel, B.:* The Clinical nature of "Manic Depressive equivalent and their treatment, 1946".
5. *Florencio Villalanda:* Conferencia de Semiología psiquiátrica, 1962.
6. —*Kolinosuky Hoch:* Tratamientos Somáticos en Psiquiatría, 1963.