

La depresión: Una enfermedad médica

Depression

GALLI Enrique¹

¹Jefe del Departamento Académico de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

INTRODUCCIÓN

La descripción de la depresión es tan antigua como la historia. Desde Hipócrates hasta la actualidad ha tenido una evolución epistemológica y clínica, donde los síntomas somáticos son frecuentes y ocupan un lugar preferencial en el trastorno vital.

Sin embargo, la depresión permanece aún poco conocida por la mayoría de las personas y mal conocida por la mayoría de los médicos.

Los estudios epidemiológicos revelan que en el Perú, tiene prevalencia del 11,7% de donde entre el 4-6% /1 320 000 habitantes) de la población, necesita de un tratamiento antidepressivo farmacológico. El 30% de los pacientes que consultan en hospitales y clínicas son pacientes depresivos. El 80% de las personas que sufren depresión no consultan con su médico. La mayoría de estas personas no son conscientes de su enfermedad y viven justificando sus síntomas; además, se puede observar el estigma de la enfermedad mental en la población.

La depresión tiene múltiples repercusiones: psicológicas, biológicas, sociales, espirituales, laborales, económicas, conyugales, conductuales, sexuales, entre otras. Estas repercusiones influyen en el desarrollo psicobiológico del recién nacido, del pre-escolar, del escolar, del adolescente y del adulto en su vida conyugal, sexual y profesional. El suicidio es la complicación más importante e irremediable.

El reconocimiento, el diagnóstico diferencial y el tratamiento de la depresión como enfermedad es una tarea exclusiva de los médicos, sin olvidar el enfoque biopsicosocioespiritual del paciente.

Son todas estas razones las que en el momento actual nos confirman que la depresión fue, es y será un problema prioritario de la salud pública.

La depresión es una enfermedad médica con etiopatogenia, epidemiología, semiología, clínica, historia natural, laboratorio (marcadores biológicos), pronóstico y tratamiento biológico. Se usa como sinónimos: depresión endógena, melancolía y depresión mayor. La depresión psicológica no es una enfermedad médica y se le denomina también depresión exógena, neurótica, distimia y depresión menor. Pero esta última o es realmente una depresión endógena, como la corrobora un estudio de Akiskal en 1978, que e 100 pacientes con "depresión neurótica", el 40% se convierten en depresión endógena después de un seguimiento de 4 años; o es un trastorno depresivo de

personalidad como lo menciona Fahrer y colaboradores en su manual de Psiquiatría de 1993; o es una disforia histérica o ansiosa; o es una reacción psicógena como postulaba Delgado en su clasificación siquiátrica de 1950.

Delgado no consideraba a estas reacciones psicógenas dentro de la neurosis, y tampoco dentro de los cuadros endógenos, a los que él consideraba biológicos, que corresponden a una terapéutica también biológica, y los denominó melancolía; a diferencia de la melancoliamitis, cuando eran leves, más frecuentes y con quejas somáticas, encontradas particularmente en la consulta médica general.

Dimensión histórica

Los conocimientos sobre la depresión, en un contexto epistemológico tienden a sistematizarse a través de una clasificación. Hipócrates fue el primero en definir la melancolía. Galeno, en el siglo II, adhiriéndose a la patología humoral identifica tres formas de melancolía: la cerebral, la corporal y la del tubo digestivo. A la caída de la cultura Gregolatina, sobrevino una etapa de oscurantismo en la psiquiatría, de la que, sin embargo se rescatan dos obras: El tratado de la melancolía de Bright en 1586 y la Anatomía de la melancolía de Burton en 1624.

Aunque Kraepelin en la 8va edición de su obra (1896) considera la depresión como unitaria y dentro de la psicosis maniaco depresiva, la mayoría de autores del presente siglo como Lange, Gillespie, Buzzard, Pollit, Van Praag, Robins, Winokur, y la escuela de New Catle en la que Roth, Kiloh, Garside, Carne y Nerr son los exponentes principales y basándose en ellos Mezzich en nuestro país en 1971, concuerdan en una clasificación binaria.

La teoría unitaria de la depresión defendida por Mapother en 1926, Lewis en 1934, Delgado en 1940 y sobre todo Kennell entre los años de 1968 y 1983, la compartimos a lo largo de nuestro 20 años de experiencia y docencia psiquiátrica.

Dimensión conceptual

La muerte es el destino inexorable de la vida. La depresión es la muerte lenta de la vida. Después de la crisis viene la lisis con el devenir del envejecimiento hasta llegar a la muerte. La depresión es la lisis de la vida. Por lo tanto la depresión (muerte y/o lisis), es el destino inexorable de la vida, si no fallecemos antes.

Estas reflexiones son hechas con el objeto de intentar demostrar que hay un "endon" (algo endógeno) en cada depresión.

Lo endógeno viene de la taxonomía botánica, su uso médico se debe a Dioscorido y su uso psiquiátrico a Mobius en 1853, quien lo define como: "Lo que no es relativo a condiciones internas y/o externas de tipo psicológico, ni es consecuencia directa de alteración corporal". Lo que sale del interior, brotando con la genética, trasuntando al ser humano en lo biológico y se ubica entre lo psicológico y lo biológico con una conceptualización espiritual y en un marco social. Es un arquetipo ordenador primigenio.

Es un mediador, dice Lolas, "entre lo psicológico y lo somático, cuyo valor no radica solamente en su condición de producto de la observación científica, sino fundamentalmente en su fuerza productora de futuras observaciones" y la toxicomanía

como trastorno endógeno de los "impulsos", entre otras. Lo endógeno es un constructo que a pesar de tener más de 100 años de existencia mantiene intacta su validez.

Han tenido que pasar más de 50 años para que el DSM-III y el ICD -10 coloquen a las depresiones mayores y menores en un mismo grupo. Nos basamos en Delgado para reconocer la depresión unitaria, endógena, con una fisiopatología, una clínica médica y un tratamiento farmacológico.

Dimensión clínica

La "depresión vital" como la denomina Honorio Delgado es más un trastorno instintivo-volitivo, que su afectivo-emocional, que paraliza al individuo en su grado extremo o lo lleva en un principio sólo a una merma de la fuerza psicobiológica, a la paresia leve, moderada o severa. Delgado también nos habla de la inhibición del devenir subjetivo, que luego Jean Sutter la llama parálisis de la anticipación y que tiene vigencia actual. Berríos revela que la semiología de la afectividad ha sido estudiada insuficientemente en occidente, donde lo cognoscitivo adquiere mayor importancia. Estos conceptos nos hacen meditar en la necesidad de formular algunas características de la depresión que como síntomas primarios tienen un compromiso instintivo-volitivo y de las vivencias temporales, y secundariamente un trastorno afectivo cognoscitivo y "somático". Delgado tampoco hablaba de una tristeza vital, como la mayoría de autores repiten iterativa sus definiciones, sino de una pérdida de la energía y luego "una propensión a la tristeza".

Para nosotros, la enfermedad depresiva es única, endógena, que no admite subdivisiones, en lo que concordamos con Dorr en el Libro "Las psicosis endógenas". Tiene su trastorno fundamental en un compromiso vital que denominamos CAMBIO de la personalidad, de las funciones biológicas y de los ritmos circadianos, y que tiene como substrato a una disfunción fundamentalmente serotoninérgica y del eje límbico hipotalámico -hipofisario.

Un cambio permanente, que no se modifica realmente al estímulo ambiental y que hace decir algo tan simple al paciente o a la familia: "ya no el mismo de antes".

Se debe considerar el diagnóstico diferencial entre "depresión endógena" y las llamadas "depresiones psicógenas", (distimias), y las "crisis espirituales". La distimia no es sino una reacción en una personalidad premórbida anormal, a las pérdidas significativas, reales o imaginarias, pasadas, presentes y futuras, para el individuo. Realmente no son depresiones, sino verdaderas reacciones de duelo. Las crisis espirituales, las vivimos todos, excepto los anéticos, pero a veces podemos confundirlas con una depresión. No debemos olvidar, como viene repitiendo en los últimos años Chiappo, los valores del espíritu. Anatómica, bioquímica y psicológicamente, ¿dónde podemos ubicar: el amor, la amistad, la verdad, la lealtad, la bondad, la misericordia, el perdón, la felicidad, la consideración, la benevolencia, la grandeza, la profundidad, el respeto, admiración, la calidad humana, la mística, etc.

En el ser humano hay tres perspectivas, la biológica, la psicológica y la espiritual. En la primera mitad de este siglo lo psicológico era lo fundamental y todo podía explicarse desde esa perspectiva. En la segunda mitad, lo biológico comienza a cobrar fuerza y en

esta década denominada "década del cerebro", los fármacos constituyen la quinta revolución en psiquiatría, abriéndose un horizonte enorme para la psiquiatría biológica.

Pero, lo espiritual ha brillado por su ausencia. En que estructura biológica o psicológica podemos ubicar a lo espiritual? ¿Cómo es la psicopatología de la lealtad y cuál es su psicodinámica? Hay crisis morales que pueden confundirse con depresión, en la que médicos y psicólogos solemos equivocarnos, y que son resueltas por legos, brujos y religiosos.

Dimensión terapéutica

La terapéutica de la depresión ha experimentado un notable avance, desde los afrontes asilares, climáticos, morales, en comunidad, psicoterapéuticos, hasta los afrontes biológicos. En 1938 Cerletti y Bini usan la electroconvulso terapia en 1949 Cade usa el Litio, en 1957 Kuhn usa la imipramina, en el mismo año Loomer usa la Ipriozanida. Desde 1961 los antidepresivos tricíclicos antiguos, los tetracíclicos, los IMAO lo nuevo RIMA y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina han cambiado el pronóstico y el curso de las depresiones. Delgado reconoce la eficacia temprana del tratamiento con ECH, en la melancolía; concepto que es actual. Si queremos resolver una depresión, es decir endógena, médica, la única forma es usando antidepresivos, a dosis adecuadas y por el tiempo necesario.

Si queremos resolver una depresión reactiva, debemos de recurrir a la psicoterapia, en especial, a la cognitiva-conductual: la terapia de Beck (1970-1976).

Si queremos resolver una crisis moral, tenemos que contemplar y discutir los problemas del paciente, darle un apoyo paternal y el reconocimiento de los valores espirituales de la persona, por ella misma y su entorno afectivo.

La depresión es biológica. El duelo es psicológico. La crisis moral es espiritual. En el manejo integral de cualquier depresión, tenemos que considerar lo biológico, lo psicológico y lo espiritual, porque es la única forma de estar seguro de una aproximación total y más profunda de la neurona, su expresión psicológica y su alma.

Dimensión preventiva.

En 1950 Delgado definía la psiquiatría preventiva como higiene mental, cuyo objetivo era la prevención de enfermedades y anormalidades psíquicas y la elevación de la eutonía y la calidad espiritual de la persona. Delgado agrega: "la atmósfera espiritual óptima es la de los más variados incentivos de la cultura que realzan la existencia, acrisolan la estimativa y templan la voluntad". En 1975 empezaba a nacer el programa de tratamiento y prevención de la depresión (PTD) en el Mundo, bajo la presencia del Profesor Kielhoz. Klerman en 1978 afirmaba que habíamos entrado en "la era de la melancolía". En agosto de 1981 introducimos en el pre-grado de medicina la clase "depresión en la práctica médica", para los alumnos del 5º año de las universidades Cayetano Heredia y Federico villarreal (actualmente ha sido sacada de los syllabi).

En 1982 propusimos la enseñanza de la depresión a los médicos generales en un Congreso Nacional de Psiquiatría. En 1985 propusimos, en el Congreso de Psiquiatría

Peruano-Ecuatoriano, en Trujillo la formación de un comité para hacer docencia al gremio médico. En 1986 se formó un PDT presidido por el profesor Mariátegui, que no pudo accionar por falta de apoyo de los laboratorios auspiciadores.

Desde la práctica psiquiátrica hasta la tribuna docente nacional e internacional, hemos insistido en la importancia del conocimiento de la depresión entre el gremio médico y la sensibilización de las autoridades y la concientización pública.

La psiquiatría preventiva es una rama de la psiquiatría que está íntimamente ligada a la medicina, la epidemiología y la salud pública. Hacer psiquiatría preventiva primaria era un ideal sólo factible en los países desarrollados. En nuestro país, ahora, con la utilización de los medios de comunicación masiva, es posible hacer no sólo psiquiatría secundaria y terciaria, sino también primaria.

Cuando hablamos de tratamiento de la depresión, está tácitamente entendido que la rehabilitación va de la mano con la prevención secundaria. Entendemos por prevención secundaria a la disminución de incidencia y frecuencia de la depresión en la población general, con un diagnóstico precoz y efectivo; esto es sólo posible con médicos-cirujanos que conozcan lo que es la depresión, la sepan reconocer en sus pacientes y le apliquen el tratamiento más inmediato y correcto posible.

Entendemos por prevención primaria, el logro de que la población llegue a tener un conocimiento respecto a las causas, incidencia, características y consecuencias de la depresión, por medio de la sensibilización, información y difusión adecuadas en una promoción de Salud Mental (para lograr dichos objetivos requerimos de una serie de estrategias).

La epidemiología en la depresión nos permite conocer su importancia en la salud pública, por su alta morbilidad y prevalencia, y por la existencia de tratamientos efectivos. Las revisiones sobre estudios epidemiológicos son abundantes. El 30% de pacientes que consultan al médico general por algún problema psiquiátrico, sufren alguna forma de trastorno depresivo.

La depresión es, después de los problemas de adaptación, la causa psiquiátrica más frecuente de visitas consecutivas a los servicios de atención primaria. Cabe resaltar también que los estresores psicosociales pueden estar implicados en la presentación y evolución de cualquiera de los trastornos depresivos. La incidencia de los cuadros depresivos en la práctica médica general se ha incrementado de 3 a 10 veces (Gastpan, 1986). Estudios posteriores señalan que la morbilidad psiquiátrica en la práctica médica permanece estable, contrastando con el incremento de los cuadros depresivos. Cabe mencionar que sólo el 50% de los pacientes depresivos reciben tratamiento (Angst, 1983). En América Latina esa cifra se eleva al 80% y las cifras de la prevalencia de la depresión son similares, así en encontramos: 9.1% en República Dominicana 11.7% en Perú, 12% en Argentina y 15 en Chile (García, 1986).

Mariátegui y Sogi en un estudio epidemiológico del alcoholismo, en el INSM "Honorio Delgado Hideyo Noguchi", encuentran buen contingente depresivo (1983). Perales y col. (1985) encuentran una prevalencia de 11.7% de depresión. En el INSM "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", se encontró que el 23.4% de sus pacientes eran deprimidos (1987).

La depresión infantil despierta en la actualidad un gran interés, después de casi 30 años de escasa investigación. Es probable que muchos de estos niños tengan a su vez padres depresivos (Donech, 1988).

Existe una mayor incidencia de depresión en el sexo femenino, a partir de la adolescencia, mientras que existe un predominio del sexo masculino en la infancia (Angold, 1988).

La dificultad para reconocer los síntomas de la depresión es un problema frecuente y mundialmente compartido. Sólo la depresión mayor (depresión monopolar, depresión endógena, melancólica) compromete 880, 000 mujeres (4%) y 440,000 hombres (2%) de la población peruana. La mayoría de estos pacientes no tienen conciencia de enfermedad en un primer momento. Estos tres conceptos antes vertidos, sumados al riesgo suicida, inherente a todo cuadro depresivo como su peor desenlace, hacen que la depresión se convierta en un problema de Salud Pública. Cabe mencionar también, que el costo de la depresión para el estado, la empresa privada y las compañías de seguros, por un lado, es cuantioso. Las horas-pacientes no trabajadas, las horas-profesional de la salud desperdiciadas, los análisis, exámenes especiales, e internamientos sin razón manifiesta, producen un despilfarro de dinero simplemente por desconocimiento de la población general, la familia del paciente, el paciente mismo y los profesionales de la salud, acerca de las características típicas y atípicas de la depresión.

Las compañías de seguros viven cegadas ante una realidad indiscutible, cual es la depresión es una enfermedad médica, con patogenia, epidemiología, clínica, historia natural, pronóstico y tratamiento farmacológico.

Comentario final

A pesar que en 1950 el profesor Delgado dijo acerca de la depresión: "la forma principal y arquetípica de este desorden de las tendencias instintivas es la "Depresión vital, endógena". El profesor Pichot en 1986 decía: "La clasificación de los estados depresivos es en el momento presente, un problema abierto. La depresión está ambiguamente definida. No existe acuerdo en los problemas básicos, como la naturaleza categorial o dimensional de la clasificación..." . Por eso, nosotros intentamos una conceptualización endógena, unitaria y dimensional en un continuo nosológico desde la depresión menor hasta la depresión mayor, basándonos en Delgado y Kenell. Definimos como núcleo básico de la depresión al trastorno instintivo-volitivo y vivencial del tiempo, con un compromiso secundario de lo afectivo, lo cognitivo y lo somático. Consideramos para el diagnóstico clínico de depresión que lo fundamental es el CAMBIO congruente de la personalidad, de las funciones biológicas y de los ritmos circadianos.

Proponemos una terapéutica básicamente biológica pero desde una perspectiva biopsicosocioespiritual, contrariamente a cualquier tipo de perspectiva exclusivamente psicológica.

Insistimos en el enfoque biológico contemporáneo y en el enfoque espiritual propuesto y mantenido solidariamente durante este siglo por el profesor Honorio Delgado.

Al fin, estamos convencidos que la depresión es un problema álgido, poco estudiado y no resuelto de la Salud Pública. Tenemos pues que trabajar intensamente, tanto las universidades, el Ministerio de Salud, la Seguridad Social, Privada y Pública, el Colegio Médico y los médicos todos con el apoyo de los medios de comunicación masiva para lograr una prevención no sólo secundaria, sino también primaria y terciaria; acorde a los postulados de Honorio Delgado dentro del concepto de higiene mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso-Fernández F. Las Depresiones. Madrid: Ediciones Morata SA 1990.
2. Akiskal HS, Cassano GB, Mussetti L, Perugi B, Tundo A, Mignani V. Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions. 1. Review of evidence for a bipolar spectrum. *Psychopathol* 1989.
3. American Psychiatric association: *Diagnosis and statistical Manual of Mental Disorders* 3° ed. Revisada APA Washington. 1987.
4. Angold D. Childhood and adolescent depression. I Epidemiological and Aetiological Aspects. *Br J Psychiatry* (en prensa).
5. Berríos G. The Psychopathology of affectivity: conceptual and historical aspects. *Psychol Med* 1985; 15: 754-758.
6. Boyd J, Eissman M. Epidemiology of affective disorders. A reexamination and future directions. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 1039-1046.
7. Craig T, Van Natta P. Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms: The relation of prevalence and persistence of symptom with sex, age, education, and marital status. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 149-154.
8. Delgado H. *El Médico la Medicina y el Alma*. ED científica Médica. Barcelona 1960
9. Delgado H. *Enjuiciamiento de la Medicina Psicosomática*. ED Científica Médica: Barcelona.
10. Delgado H. *Freud y el Psicoanálisis*. ED UPCH. Lima-Perú. 1989.
11. Delgado H. *Curso de Psiquiatría*. ED UPCH. Lima-Perú 1993.
12. Dorr-Zegers O: *Dimensiones de la depresión*. Apuntes Medicina Clínica 1988.
13. Galli. *La Depresión en la práctica médica*. Separat. Dpto. Psiquiatría UPCH y UNFV. Lima, Perú 1981.
14. Galli. *Clasificación de los desórdenes afectivos VII Cong Nac. de Psiquiatría*. Lima Perú. 1982.
15. Galli. *Diagnóstico de la depresión*. Congr Peruano Ecuatoriano de Psiquiatría. Trujillo Perú. 1985.
16. Galli. *Indicadores Biológicos II Congreso Peruano-Ecuatoriano*. Ecuador, 1986.
17. Galli. *Educación en Psiquiatría*. Seminario Int. De la Soc SB Santiago de Chile, 1971.
18. Galli. *Actualización terapéutica en depresión*. XIII Congr Peruano de Neurología. Lima-Perú. 1991.
19. Galli. *Televisión y salud mental*. XVII Congr Latinoamericano de Psiquiatría, Venezuela 1992.
20. Galli. *Anteproyecto de un programa de prevención y tratamiento para la depresión*. Colg. Med, Perú 1992.
21. Galli. *El rol del eje HPA en la depresión*. VIII Congr Nac de Psiquiatría Biológica. México, 1992.
22. Galli. *Taza de transporte de Litio como marcador diagnóstico y terapéutico*. VI Congr. Int del Coleg. Europeo de Neuropsicofarmacología. Hungría 1993.

23. Galli. Marcador diagnóstico en la depresión bipolar. II Congr. Latinoamericano de psiquiatría Biolog. Uruguay 1993.
24. García. Epidemiology of depression in Latin America Psychopathology, 1986, 1986.
25. Gastpar. Epidemiology of depression (Europe and North America) Psychopathology, 1986.
26. Janzarik. Struktur-dynamische Überlegung zur Entwicklung des endogenitätsbegriffes. En: Kranz. Henrich (eds): Psychiatrie Stuttgart, Georg. Thieme Verlag 1969.
27. Kielholz. Diagnostik und Therapie der depressiven Zustände. Wochenschr 1957.
28. Kleinman y Good: Culture and depression: studies in the anthropology and cross cultural psychiatry of affect and disorders. University of California, Berkeley, 1985.
29. Klerman. Affective disorders. Eb Armand y Nicholi: The Harvard, guide to modern psychiatry belnap, 1978.
30. Klerman. The current age of youthful melancholia evidence from increase in depression among adolescent and young adults Br J Psychiatry 1988.
31. Kraepelin. Dementia Praecox and Paraphrenia. Huntington, N.Y. Robert Krieger, publishing Co. Inc. 1971.
32. Mariátegui. Prevalencia de vida en trastornos mentales en independencia. Rev Psiqui Lima-Perú 1968.
33. Mariátegui. Estudios epidemiológicos de alcoholismo en Lima. Rev Neur Psiqui Lima-Perú, 1983.
34. Matusek, Holsboer: Affective psychoses. Biologischer Hintergrund. Kisker, Lauter, Meyer; Muller, Strongen (eds): Psychosen. Berlin. Heidelberg. NY, Verlag 1987.
35. Mobius. Abriss der lehre von den nervenkrankheiten. Leipzig 1983.
36. Perales. Prevalencia de vida de trastornos mentales. Anales del INSM. Lima-Peru, 1985.
37. Pichot. Les dimensions des dépressions. Evolution psychiatrique 1969.
38. Santorius, Davidian, Ernberg, y col. Depressive disorders in different cultures. World Health Org. Geneve 1983.
39. Tellenbach. La melancolía Madrid. ED. Morata, SA. 1978.
40. Weissman, Myers, Leaf, y col. The affective disorders: results from the epidemiologic catchment area. En Hippus. Klerman. Matusek N. (dirs): New results in depression research. Springer, NY, 1986.