

SESIONES CLÍNICAS EN **APS**

**Síntomas  
somáticos**  
en depresión

Con el patrocinio de:



**Boehringer  
Ingelheim**

Empresa colaboradora de la  
Fundación Privada semFYC



**semFYC**  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria

MATERIAL  
PARA EL  
PONENTE

SESIONES CLÍNICAS EN APS

# Síntomas somáticos en depresión

María Jesús Cerecedo Pérez  
Enric Aragonès Benaiges  
Pablo Pascual Pascual

**MATERIAL  
PARA EL  
PONENTE**

**SESIONES CLÍNICAS EN APS**

# Síntomas somáticos en depresión

**Autoras:**

María Jesús Cerecedo Pérez. Médico de Familia.  
Área Sanitaria A Coruña. Servicio Galego de Saude.  
Coordinadora GdT Salud Mental SemFYC

Enric Aragonès Benaiges . Médico de Familia.  
Centre d'Atenció Primària de Constantí. Institut Català  
de la Salut. Miembro GdT Salud Mental SemFYC

Pablo Pascual Pascual. Médico de Familia y psiquiatra.  
Centro de Salud Rochapea. Servicio Navarro de Salud-  
Osasunbidea. Miembro GdT Salud Mental SemFYC

**Coordinador del programa Sesiones Clínicas en APS:**

Albert Casasa Plana. Médico de Familia.  
EAP Sardenya. Barcelona

© 2006 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

**Coordinación y dirección editorial:**

**semfyc**  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2ª planta, of. 14

08002 Barcelona

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito del titular del *copyright*.

**Depósito legal:**

**ISBN:**

# Índice

<b>Síntomas somáticos en depresión</b>	5
Objetivo general docente	5
Objetivos específicos	5
Metodología de taller	5
Cronograma	6
<b>Presentación de la sesión</b>	7
Introducción	7
Caso clínico 1	9
Caso clínico 2	12
<b>Bibliografía</b>	39
<b>Evaluación de la sesión sobre síntomas sintomáticos en depresión</b>	40

# Síntomas somáticos en depresión

## Objetivo general docente

Este taller pretende promover en los médicos de familia una actitud de sospecha continua para mejorar la detección y el diagnóstico de la depresión, especialmente cuando se manifiesta asociada o mediante síntomas físicos, y dotarles de unas pautas útiles para manejar y abordar terapéuticamente a estos pacientes, dada la frecuencia y la relevancia clínica de la depresión con síntomas somáticos en Atención Primaria.

## Objetivos específicos:

Utilizando casos clínicos habituales de nuestra consulta diaria como hilo conductor, se pretende:

- ▶ Mejorar la capacidad de evaluación clínica haciendo especial incidencia en los cuadros depresivos con predominio de sintomatología somática.
- ▶ Aportar estrategias útiles para el médico de Atención Primaria con el objetivo de lograr una entrevista clínica eficaz y empática con el paciente deprimido con síntomas somáticos.
- ▶ Profundizar en el tratamiento farmacológico de la depresión: cuándo iniciarlo, qué fármaco elegir, a qué dosis, durante cuánto tiempo se mantendrá, efectos adversos... intentado establecer criterios claros y coherentes para su utilización.
- ▶ Ofrecer una visión general de la psicoterapia de apoyo como alternativa útil en el tratamiento en el paciente depresivo.

## Metodología del taller

El taller se plantea para ser impartido por uno o dos docentes; esta última opción facilitaría la dinámica del grupo.

La presentación se hace en Microsoft PowerPoint, por lo que se precisa un ordenador personal y cañón de proyección.

El punto de partida son dos casos clínicos habituales en nuestras consultas en el centro de salud, a través de los cuales se va realizando una anamnesis dirigida, que pone de manifiesto las técnicas de entrevista más útiles, los posibles diagnósticos así como los posibles abordajes terapéuticos.

## Cronograma

La sesión está preparada para ser impartida en un tiempo aproximado de dos horas; se halla dividida en los siguientes bloques:

- ▶ Presentación del ponente, del taller y de sus objetivos, y de los participantes (5 minutos)
- ▶ Exposición (1 hora y 15 minutos)
- ▶ Recapitulación, puntos clave y comentarios (15 minutos)
- ▶ Preguntas test (25 minutos)

# Presentación de la sesión

## Introducción

### LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

- ▶ ALTA PREVALENCIA: HASTA EN UN 15% DE LAS CONSULTAS
- ▶ INFRADIAGNÓSTICO: HASTA UN 50% PASAN DESAPERCIBIDOS
- ▶ INFRATRATAMIENTO: SÓLO 1/3 RECIBE TRATAMIENTO ADECUADO
- ▶ ES FRECUENTE QUE SE MANIFIESTE SÓLO CON SÍNTOMAS FÍSICOS
- ▶ FRECUENTE COMORBILIDAD CON ENFERMEDADES ORGÁNICAS CRÓNICAS

Los trastornos depresivos están presentes frecuentemente en la consulta del médico de familia: aproximadamente un 15% de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria sufren depresión (Aragonès et al., 2004a) y, sin embargo, varios estudios ponen de manifiesto que hasta un 50% de los casos pasan desapercibidos (Chocrón et al., 1996; Aragonès et al., 2004b) y una proporción superior no recibe el tratamiento adecuado (Aragonès et al., 2004b).

Los cuadros depresivos que se presentan en la consulta de Atención Primaria tienen unas características claramente diferenciadas de las observadas en las Unidades de Salud Mental: en AP, según se evidenció en el estudio internacional patrocinado por la OMS «Psychological Problems in General Health Care», la depresión se presenta con quejas físicas entre el 45% y el 95% (Simon et al., 1999) y se expresan explícitamente síntomas de tipo emocional con menor frecuencia que en el ámbito psiquiátrico. Este fenómeno representa un serio obstáculo para el reconocimiento, por parte del médico, del trastorno depresivo subyacente, y para la instauración y el mantenimiento de un plan terapéutico orientado al problema psicológico (Kirmayer et al., 1993).

Otra situación frecuente en la práctica asistencial en Atención Primaria es la comorbilidad entre enfermedad orgánica y trastorno depresivo. Los trastornos depresivos son más frecuentes en pacientes con enfermedades orgánicas crónicas (Aragonés et al., 2004a), y en particular en los pacientes de edad avanzada. La depresión mayor se presenta en un 25% de los pacientes con otras enfermedades médicas, y el 90% de los ancianos con depresión presentan, al menos, otra enfermedad orgánica asociada.

Para facilitar el manejo y la comprensión de la sesión recurrimos a un segundo caso clínico en donde, aparte de síntomas somáticos como forma de manifestación de un trastorno depresivo, el paciente presenta pluripatología asociada, hecho muy frecuente en el día a día de las consultas de Atención Primaria.

# Caso clínico 1

Carmen es una mujer de 47 años. En su historia clínica no constan datos de interés; tomó anticonceptivos hasta hace 10 años y en la actualidad no toma ningún medicamento. No fuma, bebe ocasionalmente y no tiene más antecedentes registrados que una cesárea hace 12 años, en su segundo embarazo. Apenas era conocida en el centro de salud hasta hace unos 8 meses, a partir de los cuales comenzó a acudir con más asiduidad a la consulta. Hoy acude porque se siente muy cansada. Pide al médico que le recete unas vitaminas.

-Me siento muy cansada y no puedo tirar de mi cuerpo en todo el día. Me levanto por la mañana y ya estoy cansada. Incluso en el trabajo me lo han notado y mi jefe me ha dicho que si no me encuentro bien, vaya al médico. No sé si tendré anemia. Quizá debería tomar hierro o unas vitaminas.

«ME SIENTO MUY CANSADA Y NO PUEDO TIRAR DE MI CUERPO EN TODO EL DÍA. ME LEVANTO POR LA MAÑANA Y YA ESTOY CANSADA. INCLUSO EN EL TRABAJO ME LO HAN NOTADO. NO SÉ SI TENDRÉ ANEMIA. QUIZÁ DEBERÍA TOMAR HIERRO O UNAS VITAMINAS»

El médico conoce a Carmen, pues en los últimos meses ha acudido a su consulta en cuatro ocasiones, refiriendo dolor de espalda, de hombros y de cuello. Había ido el día anterior a Urgencias del hospital, donde le realizaron una analítica y radiografías de la columna cervical, que fueron normales. En todas estas visitas se le prescribieron analgésicos, que toma casi diariamente desde hace dos meses.

## ¿CUÁL SERÍA LA ACTITUD INICIAL EN ESTE CASO?

- ▶ ¿PREGUNTARLE POR EL ESTADO DE ÁNIMO?
- ▶ ¿REALIZAR UNA CORRECTA ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA?
- ▶ ¿PEDIR UNOS ANÁLISIS PARA DESCARTAR ANEMIA?

Aunque todas las actitudes pueden ser correctas, el planteamiento inicial lógico es realizar una anamnesis y exploración física adecuada evitando catalogar a priori síntomas y signos como datos de alteración psicológica; ante síntomas generales inespecíficos, se debe realizar una exploración física adaptada a la Atención Primaria (Borrell, 2002).

Esta aproximación logra, por una parte, no defraudar las expectativas del paciente, que consulta e interpreta su malestar como un problema físico, y por otra favorece la comunicación entre el profesional y el paciente gracias al contacto físico existente y facilita la aproximación posterior con otro enfoque más psicosocial.

El médico la interroga sobre el inicio y la evolución de la fatiga y Carmen le dice que la nota desde hace unos tres o cuatro meses, en los cuales también comenzó con desarreglos menstruales. Los dolores de espalda son persistentes y los analgésicos que consume la ayu-

dan poco. Y a esto se suma un dolor de cabeza que la acompaña todo el día. Se queja de que tiene mucho trabajo: compagina su trabajo como administrativa con el cuidado de la casa, la atención a dos hijos de 12 y 14 años y, desde hace un año, también se ocupa de atender y ayudar a su madre, viuda, que vive sola y que padece una depresión crónica a la que se ha añadido un incipiente deterioro cognitivo.

▶ EL DÍA A DÍA SE ME HACE UNA MONTAÑA.

*EL MÉDICO LE PREGUNTA SOBRE SU ESTADO DE ÁNIMO, SI SE ENCUENTRA TRISTE O DEPRIMIDA.*

*ANTE ESTA PREGUNTA, LA PACIENTE RESPONDE:*

▶ ¡SÓLO ESTOY CANSADA!

---

### ***¿Es correcto preguntar por el estado de ánimo en este momento?***

Aunque puede ser correcto, es precipitado preguntar por el estado de ánimo en este momento; es recomendable esperar un poco, ya que la negación inicial de esta sintomatología es frecuente y resulta preferible esperar a que la entrevista terapéutica esté más consolidada con una aproximación de preguntas de más abiertas a más cerradas.

---

Estamos ante una paciente que consulta por un síntoma físico, la fatiga, y que niega, al menos inicialmente, un estado de ánimo deprimido. Este efecto de negar una sintomatología psicológica es frecuente, sobre todo si la aproximación a estos aspectos se realiza de un modo brusco. Un modelo útil al respecto de dar este salto consiste en integrar en la entrevista la «anamnesis psicosocial de 5 minutos» (TABLA 1) que propone Borrell, lo que nos permite explorar el conocimiento del problema y las expectativas del paciente.

## Tabla 1: ANAMNESIS PSICOSOCIAL DE 5 MINUTOS

1. Conocimiento del problema por parte del propio paciente. Puede dar una idea de la aceptación de hipótesis psicológica.
  - ▶ ¿Qué le pasa?
  - ▶ ¿Cuál cree que es la causa del problema? ¿Lo relaciona con algo? ¿Por qué cree que le ocurre?
2. Preocupaciones y expectativas:
  - ▶ ¿Qué es lo que le preocupa de lo que me cuenta?
  - ▶ ¿En qué le puedo ayudar? Es muy importante que el paciente nos transmita lo que espera de nosotros, más acentuado si cabe en el tema de las somatizaciones.
  - ▶ ¿Piensa que le puede ayudar contarme alguna cosa que yo debiera saber?
3. Entorno del paciente: explorar
  - ▶ ¿Quién vive en casa
  - ▶ Ambiente laboral
  - ▶ ¿Qué le impide hacer su enfermedad? En casa, en el trabajo, ¿se siente que le entienden, apoyan? ¿Cómo van las cosas en casa, en el trabajo, etc...?
4. Acontecimientos vitales:
  - ▶ ¿Ha vivido situaciones problemáticas o estresantes últimamente? Últimamente o cuando empezó el problema ocurrió algo de cierta importancia en su vida a nivel familiar, laboral o de otro tipo.
  - ▶ Problemas de otro tipo, económicos, legales...
5. Estrés y adaptación: ¿siente que en su (trabajo, familia...) se le está exigiendo más de lo que puede dar?
6. Afectividad y pensamiento:
  - ▶ ¿Está pasando mala temporada? ¿Cómo está de ánimo?
  - ▶ ¿Hay algún tipo de pensamiento o idea que le dé vueltas por la cabeza hasta el punto de molestarle?
7. Personalidad:
  - ▶ ¿Se considera usted una persona nerviosa o que se preocupa fácilmente por las cosas?
  - ▶ Cómo se describiría: como una persona nerviosa, depresiva, alegre, irritable...

BORRELL I CARRIÓ F. LA ENTREVISTA PSICOLÓGICO-PSIQUIÁTRICA. EN: VÁZQUEZ-BARQUERO J.L. PSIQUIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID. GRUPO AULA MÉDICA 1998; PP. 91-102.

El médico amplía la anamnesis, anima a la paciente a que le explique más sobre lo que le sucede y finalmente la invita a pasar a la camilla, donde le realiza una exploración médica básica en la que no se constata ningún hallazgo patológico.

*CARMEN, NO HE ENCONTRADO NADA ANORMAL EN LA EXPLORACIÓN REALIZADA... SIN EMBARGO, VEO QUE NO SE ENCUENTRA BIEN. LE VOY A PEDIR UNA ANALÍTICA PARA DESCARTAR ALGUNAS ENFERMEDADES. QUIZÁ HAYA OTROS MOTIVOS PSICOLÓGICOS QUE EXPLIQUEN LO QUE LE ESTÁ PASANDO.*

- ▶ NO CREO, SÓLO ESTOY CANSADA.

---

### **¿Qué analítica básica le recomendaría?**

No está claramente establecido el estudio analítico estándar que se debe pedir en estos casos, ni tan siquiera si se debe pedir cuando no hay ningún dato de sospecha de enfermedad física. Para descartar enfermedades que pueden cursar con depresión, parece razonable incluir hemograma, VSG, pruebas hepáticas, función renal, calcio, iones y hormonas tiroideas (Serrano, 2001). Entre los motivos que justifican la solicitud de una analítica no es desdeñable el de ganarnos la confianza de la paciente al transmitirle que nos planteamos descartar cualquier otra causa que justifique la clínica que nos refiere.

---

#### **ANALÍTICA RECOMENDADA EN EL ESTUDIO INICIAL DE UN SÍNDROME DEPRESIVO**

- ▶ HEMOGRAMA
- ▶ VSG
- ▶ GLUCEMIA BASAL
- ▶ ELECTROLITOS
- ▶ FUNCIÓN HEPÁTICA
- ▶ FUNCIÓN RENAL
- ▶ FUNCIÓN TIROIDEA
- ▶ ORINA ELEMENTAL Y SEDIMENTO

## Caso clínico 2

- ▶ VARÓN DE 74 AÑOS
- ▶ VIUDO, VIVE SOLO
- ▶ DIABETES
- ▶ HTA
- ▶ ARTROSIS
- ▶ CLAUDICACIÓN INTERMITENTE
- ▶ ENFERMEDAD DE PARKINSON
- ▶ LIMITACIONES FÍSICAS Y DOLOR

José es un paciente de 74 años que vive solo porque se quedó viudo hace 8 años, tiene 4 hijos que viven fuera de su ciudad y lo visitan los fines de semana. Una asistente va a su casa todos los días y le ayuda en las tareas domésticas, aunque él es autónomo para las actividades de la vida diaria. Entre sus antecedentes médicos destaca una diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con Glimepirida 4 mg; una hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 20 mg e hidroclorotiazida 12,5 mg; claudicación vascular en tratamiento con clopidogrel; una gonartrosis bilateral en tratamiento con naproxeno y omeprazol e insomnio en tratamiento con flurazepam.

Su situación era estable aunque siempre en las reuniones familiares y fechas importantes manifestaba ciertos sentimientos de tristeza y soledad que desaparecían espontáneamen-

te. Durante el resto del tiempo hacía la vida normal, aunque siempre decía sentirse solo. Hace 6 meses le diagnosticaron una enfermedad de Parkinson y le han pautado tratamiento con levodopa/carbidopa. Desde entonces sus familiares le han notado más inhibido, con tendencia a la hipersomnia, y él refiere fallos de memoria ocasionales.

«ANTES TENÍA UNA MEMORIA PERFECTA. HE EMPEORADO DE LOS DOLORES DE RODILLAS Y AHORA ME DUELE TODO. DONDE MÁS A GUSTO ESTOY ES EN LA CAMA, ALLÍ NO ME DUELE NADA.»

También le notan más irritable. Desde hace un mes y a raíz de pasar una bronquitis ha dejado de ir al Club de Jubilados, pues no puede andar por los dolores de rodilla y no se atreve a coger la bicicleta, medio que anteriormente utilizaba para desplazarse.

### ¿Podemos pensar que José tiene un cuadro depresivo?

- Es posible la existencia de un cuadro depresivo dado que hay síntomas que lo sugieren.
- Es poco probable la existencia de un cuadro depresivo porque lo que le ocurre a José es lo que les sucede a la mayoría de las personas de su edad que están solos y con muchas enfermedades físicas.
- Lo lógico es pensar que su situación es la respuesta al diagnóstico de enfermedad de Parkinson y en cuanto pase un tiempo lo más probable es que todo vuelva a la normalidad.

### TRANSICIONES PSICOSOCIALES CON MAYOR RIESGO DE DEPRESIÓN

- ▶ **INFANCIA**
  - PÉRDIDA O SEPARACIÓN DE LOS PADRES
  - PÉRDIDA DEL CONTACTO CON EL HOGAR FAMILIAR POR:
    - INGRESO EN UN HOSPITAL O INTERNADO EN UNA ESCUELA
- ▶ **ADOLESCENCIA**
  - SEPARACIÓN DE LOS PADRES, DEL HOGAR O DE LA ESCUELA
- ▶ **ADULTOS JÓVENES**
  - RUPTURA MATRIMONIAL
  - EMBARAZO (ESPECIALMENTE EL PRIMERO). ABORTO
  - PÉRDIDA DE TRABAJO
  - PÉRDIDA DE UN PROGENITOR
  - EMIGRACIÓN
- ▶ **ADULTOS**
  - JUBILACIÓN
- ▶ **ANCIANOS**
  - PÉRDIDA DE FUNCIONES FÍSICAS
  - DUELO
  - PÉRDIDA DEL AMBIENTE FAMILIAR (RESIDENCIAS ANCIANOS)
  - ENFERMEDAD O INCAPACIDAD DE FAMILIAR PRÓXIMO

---

Para responder a estas cuestiones hemos de considerar los síntomas que refiere el paciente y tener en cuenta las circunstancias favorecedoras de depresión. La viudedad, el vivir solo, las múltiples enfermedades físicas (no graves pero que limitan la vida habitual de José) son factores asociados a depresión como lo son los factores biológicos (como el antecedente de depresión de la madre de Carmen o la posibilidad de que ella esté en el periodo perimenopáusico) o los psicológicos y sociales (como son el cuidado de la madre y la adolescencia de sus hijos)

---

## ¿Podemos considerar la depresión de José secundaria a su enfermedad de Parkinson o se trata de un cuadro independiente?

Se ha de tener en cuenta la posibilidad de que la depresión pueda ser consecuencia directa de una enfermedad médica mediada por el propio mecanismo fisiopatológico de la enfermedad orgánica (trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica general DSM-IV-TR) p. ej.: hipotiroidismo. Se ha de considerar también la posibilidad de que pueda estar asociada al consumo o abstinencia de sustancias farmacológicas (trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, DSM-IV-TR).

Descartado lo anterior, hemos de pensar en la existencia de un cuadro depresivo asociado a los problemas orgánicos de José. Existe una relación bidireccional entre enfermedades orgánicas y trastornos depresivos. La depresión aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad en el anciano, condicionando la evolución, el pronóstico y la respuesta al tratamiento de las enfermedades orgánicas (Lebowitz et al., 1997).

### RELACIONES ENTRE LA DEPRESIÓN Y ENFERMEDAD FÍSICA

- ▶ COMO REACCIÓN A UNA ENFERMEDAD: ESPECIALMENTE SI ES GRAVE, CRÓNICA, DISCAPACITANTE, CON DOLOR.
- ▶ IATROGÉNICA: ESTEROIDES, ANALGÉSICOS, ANTIHIPERTENSIVOS...
- ▶ DIRECTAMENTE SECUNDARIA POR MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS: HIPOTIROIDISMO, ENFERMEDAD DE CUSHING...
- ▶ DEPRESIÓN COMO FACTOR ETIOLÓGICO: ABUSO DE ALCOHOL CON COMPLICACIONES MÉDICAS SECUNDARIO A UN CUADRO DEPRESIVO.
- ▶ COMORBILIDAD ENTRE DEPRESIÓN Y ENFERMEDAD MÉDICA SIN RELACIÓN ETIOLÓGICA ENTRE AMBAS.

Por otra parte, las enfermedades físicas, especialmente las de carácter crónico, pueden ser un factor precipitante de la depresión. Bien por mecanismos fisiopatológicos directos, bien porque el tratamiento farmacológico pueda tener un efecto depresor o bien porque la depresión puede desencadenarse por un mecanismo reactivo a la enfermedad física (por su gravedad, por el dolor, por la discapacidad física asociada, por la pérdida de independencia...)

En la relación entre depresión y enfermedad de Parkinson, se han descrito cuadros reactivos en relación con la enfermedad y en función de la gravedad clínica y limitación funcional originada. En otros casos, la depresión no sería reactiva, sino fisiopatológicamente relacionada con el proceso neurológico. El diagnóstico de depresión en enfermos de Parkinson se dificulta por la confusión de síntomas (hipomimia, alteraciones en la verbalización, bradicinesia, etc.) (Morínigo et al., 2004).

## ¿Con qué cuadros clínicos debemos realizar el diagnóstico diferencial?

Como en cualquier otra enfermedad se requiere un abordaje integral del proceso y se ha de realizar el diagnóstico diferencial con:

1) Otras enfermedades médicas compatibles con la clínica.

### ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS A DEPRESIÓN

- ▶ **ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS**
  - ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
  - ENFERMEDAD DE PARKINSON
  - ESCLEROSIS MÚLTIPLE
  - ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR
  - DEMENCIAS SUBCORTICALES
  - LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO
  - TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
  - ENFERMEDAD DE WILSON
  - ENFERMEDAD DE HUNTINGTON
  - EPILEPSIA
- ▶ **ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS**
  - CÁNCER DE PÁNCREAS
  - TUMORES CEREBRALES
- ▶ **ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS**
  - LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
  - ARTRITIS REUMATOIDE
  - FIBROMIALGIA
- ▶ **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**
  - SIDA
  - ENCEFALITIS
  - TUBERCULOSIS
  - MONONUCLEOSIS INFECCIOSA
  - CUADROS VIRALES
- ▶ **ENFERMEDADES ENDOCRINAS**
  - HIPO E HIPERTIROIDISMO
  - HIPO E HIPERPARATIROIDISMO
  - ENFERMEDAD DE CUSHING
  - ENFERMEDAD DE ADDISON
  - HIPOGONADISMO
  - DIABETES MELLITUS
  - HIPOGLUCEMIA
- ▶ **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**
  - IAM
  - MIOCARDIOPATÍAS
- ▶ **OTRAS ENFERMEDADES**
  - ANEMIAS
  - DÉFICIT VITAMÍNICO (GRUPO B)

ADAPTADA DE VÁZQUEZ- BARQUERO JL (ED.). PSIQUIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID: AULA MÉDICA, 1998.

2) Consumo de fármacos y sustancias que puedan causar sintomatología depresiva.

### FÁRMACOS Y SUSTANCIAS DE ABUSO ASOCIADAS CON CLÍNICA DEPRESIVA

- ▶ **FÁRMACOS CARDIOVASCULARES**
  - RESERPINA
  - PROPRANOLOL
  - A-METILDOPA
  - CLONIDINA
  - DIGITAL
  - IECA
  - CALCIOANTAGONISTAS
  - HIPOLIPEMIANTES
  - DIURÉTICOS (TIAZIDAS)
- ▶ **HORMONAS**
  - ANTICONCEPTIVOS ORALES
  - CORTICOIDES
  - ESTEROIDES ANABOLIZANTES
- ▶ **ANTIINFECCIOSOS.**
  - ANTIINFLAMATORIOS
  - AINE
  - INTERFERÓN
- ▶ **PSICOFÁRMACOS**
  - NEUROLÉPTICOS
  - BENZODIAZEPINAS
- ▶ **SUSTANCIAS DE ABUSO**
  - ALCOHOL
  - COCAÍNA
  - OPIÁCEOS
  - ANFETAMINAS
  - CANNABIS
- ▶ **ANTINEOPLÁSICOS**
- ▶ **OTROS**
  - ANTICOLINÉRGICOS
  - METOCLOPRAMIDA
  - L-DOPA
  - RANITIDINA

ADAPTADA DE VÁZQUEZ- BARQUERO JL (ED.). PSIQUIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID: AULA MÉDICA, 1998.

### 3) Otras enfermedades psiquiátricas.

#### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DEPRESIÓN MAYOR CON OTROS TRASTORNOS MENTALES**

- |                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| ▶ TRASTORNOS AFECTIVOS            | ▶ OTROS TRASTORNOS            |
| TRASTORNO BIPOLAR                 | TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD |
| TRASTORNO DE ADAPTACIÓN           | ESQUIZOFRENIA (FASE RESIDUAL) |
| TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO | TRASTORNO DELIRANTE           |
| REACCIÓN DE DUELO                 | TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO     |
| DISTIMIA                          | TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN  |
|                                   | TRASTORNO SOMATOMORFOS        |

Al cabo de una semana volvemos a tener a Carmen en la consulta; acude a saber los resultados de su analítica, en la que no se detecta ningún tipo de alteración.

Recapitulando sobre las últimas visitas, observamos en ambos pacientes algunos indicadores que deberían hacernos sospechar la posibilidad de un trastorno psicológico subyacente: algias diversas e inespecíficas, frecuentación elevada de la consulta y de otros dispositivos asistenciales, poca concordancia orgánica con los síntomas referidos.

Como ya queda comentado, en la consulta de AP es habitual que la forma de comunicarse del paciente sea narrando síntomas físicos. Hay una serie de situaciones clínicas que nos deben alertar sobre la posibilidad de la existencia de un trastorno depresivo (Cerecedo et al., 2005).

#### **INDICADORES DE POSIBLE DEPRESIÓN SUBYACENTE**

- ▶ TRASTORNOS DEL SUEÑO
- ▶ FATIGA
- ▶ SÍNTOMAS FÍSICOS INESPECÍFICOS: DOLOR, MAREOS, SÍNTOMAS DIGESTIVOS, DISNEA...
- ▶ HIPERFRECUENTACIÓN
- ▶ MALA EVOLUCIÓN DE UNA ENFERMEDAD SOMÁTICA
- ▶ DIFICULTAD PARA LA EXPRESIÓN VERBAL DE LAS EMOCIONES
- ▶ PROBLEMAS DE MEMORIA
- ▶ PROBLEMAS DE PAREJA
- ▶ PROBLEMAS EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Descartada razonablemente una enfermedad física y un trastorno por consumo de tóxicos, tenemos datos suficientes para sospechar que existe un trastorno afectivo de tipo depresivo que podría justificar la sintomatología.

### ¿Cómo hacer el cribado de depresión en Atención Primaria?

El PAPPS recomienda la detección precoz de los trastornos de ansiedad y depresión desde la Atención Primaria para evitar el deterioro psicológico de los individuos, su morbimortalidad y el sufrimiento asociado, si se tratan adecuadamente. La población diana incluye aquellos pacientes con síntomas y conductas sugerentes de psicopatología. La herramienta recomendada es la propia entrevista clínica y, si hace falta, la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (PAPPS, 2003).

## ESCALA DE ANSIEDAD-DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADG)

### ► ESCALA «A» (ANSIEDAD)

1. ¿SE HA SENTIDO MUY EXCITADO, NERVIOSO O EN TENSIÓN?
2. ¿HA ESTADO MUY PREOCUPADO POR ALGO?
3. ¿SE HA SENTIDO MUY IRRITABLE?
4. ¿HA TENIDO DIFICULTAD PARA RELAJARSE?

(CONTINUAR SI 2 O MÁS RESPUESTAS SON AFIRMATIVAS)

5. ¿HA DORMIDO MAL, HA TENIDO DIFICULTADES PARA DORMIR?
6. ¿HA TENIDO DOLOR DE CABEZA?
7. ¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: TEMBLORES, HORMIGUEOS, MAREOS, SUDORES, DIARREA?
8. ¿HA ESTADO USTED PREOCUPADO POR SU SALUD?
9. ¿HA TENIDO ALGUNA DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, PARA QUEDARSE DORMIDO?

### ► ESCALA «D» (DEPRESIÓN)

1. ¿SE HA SENTIDO CON POCAS ENERGÍAS?
2. ¿HA PERDIDO USTED SU INTERÉS POR LAS COSAS?
3. ¿HA PERDIDO LA CONFIANZA EN SÍ MISMO?
4. ¿SE HA SENTIDO USTED DESESPERADO?

(CONTINUAR SI HAY RESPUESTAS AFIRMATIVAS A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES)

5. ¿HA TENIDO DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE?
6. ¿HA PERDIDO PESO POR SU FALTA DE APETITO?
7. ¿SE HA ESTADO DESPERTANDO DEMASIADO TEMPRANO?
8. ¿SE HA SENTIDO USTED ENLENTECIDO?
9. ¿CREE USTED QUE HA TENIDO TENDENCIA A ENCONTRARSE PEOR POR LAS MAÑANAS?

APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA EADG: SÓLO SE DEBEN PUNTUAR LOS SÍNTOMAS QUE DUREN MÁS DE 2 SEMANAS. LAS CUATRO PRIMERAS PREGUNTAS DE LAS SUBESCALAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN SON OBLIGATORIAS, Y SÓLO EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE A 2 O MÁS PREGUNTAS DE ANSIEDAD, O AL MENOS UNA DE DEPRESIÓN, SE PROSEGUIRÁ CON LAS 5 RESTANTES (5-9). LA PUNTUACIÓN ES INDEPENDIENTE PARA CADA ESCALA. EL PUNTO DE CORTE PARA «PROBABLE ANSIEDAD» ES MAYOR O IGUAL A 4. PARA LA DEPRESIÓN, ES MAYOR O IGUAL A 2.

Hay dos preguntas que nos permiten evaluar los síntomas clave y que han demostrado un mayor valor predictivo para detectar un trastorno psíquico:

- Explorar el humor depresivo: «¿Se ha sentido triste en el último mes?».
- Explorar el deterioro que provoca el malestar psíquico: «¿En qué medida el cómo se siente afecta a sus actividades diarias?».

Las escalas de evaluación de la depresión son instrumentos cuya utilidad es limitada y en ningún caso pueden sustituir a la entrevista clínica, pues es ésta el instrumento más fiable para realizar el diagnóstico de depresión. Los instrumentos estandarizados más utilizados son:

- La escala de ansiedad y depresión de Goldberg es un cuestionario de detección breve, sencillo, comprensible para todos los pacientes y, por tanto, útil en el cribado de la depresión, además de compatible con los problemas de tiempo de la práctica clínica diaria. Una ventaja añadida del uso de estos cuestionarios es que los pacientes son más receptivos a la hora de hablar sobre temas psicológicos al hacerles preguntas de esta naturaleza.

- El PRIME-MD es un cuestionario también breve, específicamente diseñado para ser utilizado en Atención Primaria, validado en su versión española y que puede ser muy útil para establecer el diagnóstico de depresión mayor y/o trastorno distímico, así como para evaluar otros trastornos mentales que suelen presentarse comórbidos con la depresión: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, trastornos de abuso o dependencia del alcohol, trastornos de somatización y trastornos de la alimentación (Spitzer et al., 1994).
- El Geriatric Depression Scale (GDS) es un cuestionario autoadministrado de 29 ítems que se puntúan como presentes o ausentes y que se desarrolló para la detección de cuadros depresivos en la población anciana no demenciada; no explora los síntomas somáticos tan frecuentes en esta población y que podrían ser respondidos positivamente en otras escalas de depresión por ancianos no deprimidos, falseando resultados. Existen varias versiones en castellano y la que más se suele utilizar es la abreviada o escala de Depresión de Yessavage-15 (TABLA 2).

Tabla 2:

### ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESSAVAGE-15

	Sí	No
1. ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Teme que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

#### PUNTUACIÓN:

- ▶ De 0 a 5 puntos normal
- ▶ De 6 a 9 probable depresión leve. Sensibilidad 84%, especificidad 95%
- ▶ > de 10 depresión establecida. Sensibilidad 80%, especificidad 100%.

Decidimos pasarle a nuestra paciente la escala de Goldberg, y Carmen obtiene una puntuación de 3 en la escala de ansiedad y de 4 puntos en la escala de depresión, resultado, por tanto, positivo. En José, por sus características específicas de edad y pluripatología, utilizamos la Escala de Depresión de Yessavage, en la que obtiene una puntuación de 10.

---

Tenemos la sospecha clínica de un trastorno depresivo aun cuando los síntomas que manifiestan los pacientes son de carácter físico, e inicialmente Carmen rechaza un posible origen psicológico de su malestar. El resultado del test de cribado es positivo, habría que ampliar la anamnesis y determinar la presencia de criterios diagnósticos estandarizados, los del DSM-IV comórbidos con la depresión.

El mejor instrumento a nuestro alcance para realizar el diagnóstico es una entrevista clínica que apunte a los síntomas principales de la depresión.

---

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN CON OTROS TRASTORNOS MENTALES**

- ▶ **EMOCIONALES**
  - TRISTEZA
  - INDIFERENCIA, APATÍA
  - ANHEDONÍA
  - DISFORIA, IRRITABILIDAD
- ▶ **COGNOSCITIVAS O DEL PENSAMIENTO**
  - PESIMISMO
  - IDEAS DE CULPA, DE RUINA
  - FALTA DE CONCENTRACIÓN
  - BAJA AUTOESTIMA
  - CURSO LENTO DEL PENSAMIENTO
  - IDEACIÓN SUICIDA
- ▶ **CONDUCTUALES**
  - INHIBICIÓN PSICOMOTRIZ
  - LLANTO
  - AISLAMIENTO SOCIAL
  - INTENTOS DE SUICIDIO
- ▶ **SOMÁTICAS**
  - INSOMNIO/ HIPERSOMNIA
  - ADELGAZAMIENTO/ AUMENTO DE PESO
  - MÚLTIPLES ALGIAS
  - ALTERACIONES MENSTRUALES
  - DISFUNCIONES SEXUALES

### **¿Tenemos claves que faciliten la entrevista clínica en la depresión?**

En la realización de la entrevista existen algunas claves que nos pueden ayudar a hacer el diagnóstico si estamos familiarizados con el planteamiento de preguntas de contenido psicológico y social:

#### **CLAVES PARA LA ENTREVISTA I**

- ▶ **USAR PREGUNTAS «ABIERTAS» QUE FACILITEN EL DISCURSO DEL PACIENTE EVITANDO AQUELLAS QUE IMPLIQUEN RESPUESTAS CONCRETAS DE «SÍ O NO»:**
  - «¿CON TODO LO QUE ESTÁS SOBRELLEVANDO, CÓMO HA ESTADO DE ÁNIMO EN EL ÚLTIMO MES?» FRENTE A «¿TE ENCUENTRAS TRISTE?»
- ▶ **TOLERAR Y USAR LOS SILENCIOS, ASÍ COMO LAS PROPIAS RESPUESTAS DEL PACIENTE, PARA SEGUIR CON SU DISCURSO.**

Al reinterrogar a Carmen y profundizar en sus síntomas, ya refiere algún problema de insomnio de conciliación, cierta falta de ilusión por las cosas y en algún momento de la entrevista se emociona levemente. Reconoce que estos pensamientos están presentes desde hace semanas y que su actividad diaria también se ve afectada, y todo lo atribuye a esa sensación de incapacidad física. Al preguntarle si el cansancio afecta a su trabajo, si dificulta sus relaciones sociales y su vida familiar, sus respuestas ponen de manifiesto una disminución de su rendimiento laboral, así como desgana y escasa capacidad para el disfrute de su tiempo libre.

Sin embargo, para establecer un diagnóstico específico es preciso determinar la presencia de criterios diagnósticos estandarizados, los del DSM-IV (ver criterios diagnósticos de depresión mayor (TABLA 3) y distimia (TABLA 4).

Tabla 3:

### **CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR**

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representen un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

(DSM-IV. ATENCIÓN PRIMARIA. BARCELONA: MASSON, 1997)

Tabla 4:

### **CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO**

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) pérdida o aumento de apetito
- (2) insomnio o hipersomnia
- (3) falta de energía o fatiga
- (4) baja autoestima
- (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- (6) sentimientos de desesperanza

- C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

(DSM-IV. ATENCIÓN PRIMARIA. BARCELONA: MASSON, 1997)

### **¿Podríamos hablar en este momento de la existencia de un trastorno por somatización?**

Muchos de los pacientes deprimidos que acuden a su médico de familia focalizan su malestar en síntomas somáticos e ignoran, o no manifiestan, su malestar psicológico, no creen sufrir un trastorno mental y atribuyen sus síntomas a un trastorno orgánico. Como se ha comentado en la introducción, este fenómeno representa un serio obstáculo para la detección y el diagnóstico del trastorno depresivo subyacente y para la instauración y el mantenimiento de un plan terapéutico orientado al problema psicológico (Aragonès et al., 2004b; Kirmayer et al., 1993).

## CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR DEPRESIÓN SOMATIZADA Y DEPRESIÓN CON PRESENTACIÓN PSICOLÓGICA SEGÚN BRIDGES Y GOLDBERG.

### ▶ CRITERIOS DE DEPRESIÓN SOMATIZADA

1. EL PACIENTE PRESENTA EXCLUSIVAMENTE SÍNTOMAS SOMÁTICOS
2. EL PACIENTE ATRIBUYE ESTOS SÍNTOMAS A UN ORIGEN ORGÁNICO
3. SE DIAGNOSTICA UN TRASTORNO DEPRESIVO ESPECÍFICO SEGÚN CRITERIOS NORMALIZADOS
4. EN OPINIÓN DEL MÉDICO, ES PLAUSIBLE EL ORIGEN PSICOLÓGICO DE LOS SÍNTOMAS, O LOS FACTORES PSICOLÓGICOS PUEDEN TENER UNA INFLUENCIA DETERMINANTE EN SU EXPRESIÓN O REPERCUSIONES. EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA MEJORARÍA LOS SÍNTOMAS FÍSICOS

### ▶ CRITERIOS DE DEPRESIÓN CON PRESENTACIÓN PSICOLÓGICA

1. EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE CARÁCTER PSICOLÓGICO, O SI LOS SÍNTOMAS SON DE CARÁCTER SOMÁTICO, EL PACIENTE LOS RECONOCE Y LOS ATRIBUYE A UN ORIGEN PSICOLÓGICO
2. SE DIAGNOSTICA UN TRASTORNO DEPRESIVO ESPECÍFICO SEGÚN CRITERIOS NORMALIZADOS

ADAPTADO DE WITTCHEN H-U, AHMOI ESSAU C. ASSESSMENT OF SYMPTOMS AND PSYCHOSOCIAL DISABILITIES IN PRIMARY CARE. EN: PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN GENERAL MEDICAL SETTINGS (SARTORIUS N, GOLDBERG D, DE GIROLAMO G, COSTA E SILVA J, LECRUBIER Y, WITTCHEN HU, EDs). TORONTO: HOEGREFE & HUBER, 1990.

La somatización se ha definido como la experiencia y la expresión del malestar psicológico en forma de síntomas somáticos y la demanda de atención médica por este motivo (Lipowsky, 1987). Esta noción genérica se ha conceptualizado en diferentes formas clínicas que coinciden solamente de forma parcial (Garacía-Campayo et al., 1998). Bridges y Goldberg propusieron el concepto de «presentación somatizada», que implica la presentación clínica exclusivamente somática en pacientes en los que se puede diagnosticar un trastorno psiquiátrico (Bridges y Goldberg, 1985). Esta forma de somatización no es un diagnóstico específico, sino que es un modelo de conducta asociada a la enfermedad (illness behaviour) característico de la Atención Primaria.

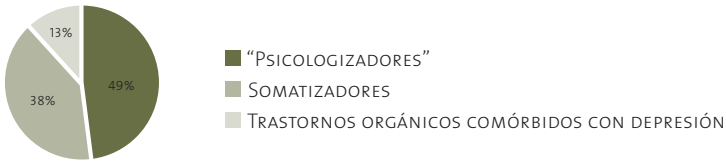
## CLAVES PARA LA ENTREVISTA II

- ▶ NO INTERRUPIR LA DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE, ESTIMULARLE A EXPRESARSE Y AYUDARLE A CLARIFICAR SU QUEJA:  
*¿QUÉ QUIERE DECIR CON QUE EL DÍA A DÍA SE LE HACE UNA MONTAÑA? ¿POR QUÉ CREE QUE SÓLO SE SIENTE A GUSTO EN CAMA? HÁBLAME DE ELLO.*
- ▶ ESTAR PENDIENTE DEL LENGUAJE NO VERBAL: LA EXPRESIÓN FACIAL DEL PACIENTE (INEXPRESIVA, LLO-ROSA, INTRANQUILA...), LA POSTURA AL SENTARSE Y SU ACTITUD EN LA ENTREVISTA.
- ▶ MANTENER UN BUEN CONTACTO VISUAL Y TENER UNA ESCUCHA ACTIVA.

Dado el carácter eminentemente médico de la Atención Primaria, su accesibilidad y la situación como puerta de entrada del sistema sanitario, los pacientes somatizadores pueden buscar fácilmente atención por síntomas somáticos, a menudo inespecíficos, sin desvelar explícitamente su malestar psicológico. Por otra parte, los pacientes que llegan al nivel psiquiátrico, en general, son conscientes de que su malestar tiene un origen psicológico, ya que han pedido o, al menos, han aceptado una derivación desde Atención Primaria.

En un reciente estudio llevado a cabo en centros de salud de Tarragona, solamente el 45% de los pacientes de Atención Primaria con depresión mayor o distimia manifestaban síntomas psicológicos explícitos, mientras que el resto refería síntomas físicos, aunque solamente el 36% cumplían estrictamente los criterios de depresión somatizada.

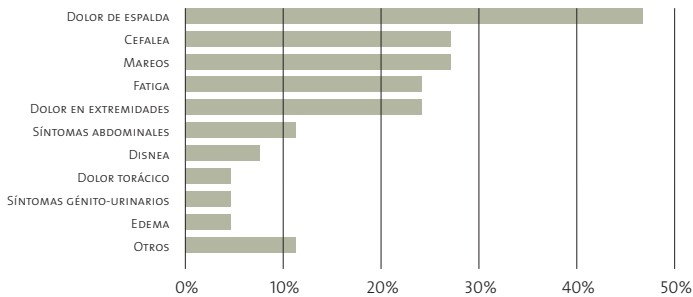
## PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON LOS SÍNTOMAS FÍSICOS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA



Los síntomas más frecuentes en estos pacientes fueron dolor de espalda, cefalea, mareos y fatiga (Aragonès et al., 2005).

La somatización dificulta la detección de la depresión por parte del médico, mientras que la manifestación explícita de síntomas psicológicos facilita el diagnóstico. La no-detección puede ser, en muchos casos, una forma cómoda y rápida de resolver una consulta motivada por síntomas físicos.

## SÍNTOMAS QUE PRESENTARON LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN SOMATIZADA



ARAGONÈS E, LABAD A, PIÑOL JL, LUCENA C, ALONSO Y. SOMATIZED DEPRESSION IN PRIMARY CARE ATTENDERS. J PSYCHOSOM RES 2005; 58 (2): 145-151.

El médico, aun cuando en algunos casos pueda intuir un trasfondo de malestar psicológico, evita entrar a evaluar y a manejar problemas psicosociales que requieren disponer de un tiempo de consulta siempre escaso, son de tratamiento delicado y para los cuales puede sentirse insuficientemente experimentado.

Al mismo tiempo, el paciente adopta el papel de enfermo orgánico, que es una forma social y personalmente aceptable de obtener atenciones y de derivar responsabilidades; con ello evita afrontar su problema psicológico y elude los sentimientos de culpa, responsabilidad o vergüenza que se asociarían al reconocimiento de un problema psicológico

Esto puede explicar por qué la paciente ha acudido en diversas ocasiones al médico manifestando síntomas físicos inespecíficos, que probablemente enmascaraban una depresión subyacente y no ha obtenido más que la prescripción de tratamientos sintomáticos que no han resuelto el problema. Es más, el médico podría haber resuelto también la consulta de Carmen con la prescripción del compuesto vitamínico que pedía la paciente y la de José con prescripción de analgésicos, con lo que hubiese demorado aún más el diagnóstico y el abordaje terapéutico adecuado de la depresión.

Una actitud de alerta diagnóstica hacia los problemas psicológicos y una disposición activa para su detección por parte del médico son elementos necesarios para efectuar el diagnóstico de depresión en aquellos pacientes que no manifiestan abiertamente su sufrimiento psicológico. Por otra parte, el trastorno de somatización es un trastorno mental específico que, si bien puede coexistir con la depresión, es un trastorno independiente. Para su diagnóstico se exige la presencia de múltiples síntomas físicos (ocho o más), en múltiples sistemas, sin explicación por una enfermedad orgánica y un curso de varios años, así como un inicio de la clínica antes de los 30 años. Estos criterios estrictos hacen que en Atención Primaria la prevalencia de este cuadro sea muy baja. Se ha formulado una definición menos estricta y pretendidamente más útil en Atención Primaria: el trastorno multisomatoforme, en el que se exige la presencia de 4 o más síntomas somatoformes (síntomas somáticos no justificados por una enfermedad orgánica) durante un periodo de un mes y una historia de síntomas somatoformes de varios años (Kroenke et al., 1997). En el estudio internacional «Psychological Problems in General Health Care», el 50% de los pacientes de Atención Primaria deprimidos podían ser diagnosticados de un trastorno multisomatoforme comórbido (Simon et al., 1999).

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN Y TRASTORNO MULTISOMATOFORMEMENTALES**

#### **▶ TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN**

HISTORIA DE OCHO O MÁS SÍNTOMAS FÍSICOS SUFICIENTEMENTE GRAVES DURANTE UN PERÍODO DE AÑOS, QUE SE HAYA INICIADO ANTES DE LOS 30 AÑOS. DEBEN HABER AFECTADO VARIAS ÁREAS: CUATRO DE ELLOS DEBEN SER DOLOROSOS, DOS GASTROINTESTINALES, UNO SEXUAL Y UNO SEUDONEUROLÓGICO. LOS SÍNTOMAS NO PUEDEN EXPLICARSE POR UNA ENFERMEDAD MÉDICA Y LOS SÍNTOMAS O EL DETERIORO ASOCIADO SON EXCESIVOS PARA LO QUE CABRÍA ESPERAR DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA O LOS HALLAZGOS DE LABORATORIO.

#### **▶ TRASTORNO MULTISOMATOFORME**

UNA HISTORIA DE CUATRO O MÁS SÍNTOMAS FÍSICOS SUFICIENTEMENTE GRAVES PRESENTES EL ÚLTIMO MES Y UNA HISTORIA DE SÍNTOMAS SEMEJANTES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS. LOS SÍNTOMAS NO PUEDEN EXPLICARSE POR UNA ENFERMEDAD MÉDICA Y LOS SÍNTOMAS O EL DETERIORO ASOCIADO SON EXCESIVOS PARA LO QUE CABRÍA ESPERAR DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA O LOS HALLAZGOS DE LABORATORIO.

En este momento no podemos afirmar la existencia de un trastorno de esta índole, aunque estamos ante una paciente con síntomas físicos inespecíficos en la que los hallazgos no sugieren la existencia de una enfermedad física. Sin embargo, no existe una presentación reiterada de síntomas somáticos ni demanda persistente de exploraciones clínicas. En el caso de Carmen tampoco parece que haya una larga evolución de la clínica.

## ¿Les preguntaría por el riesgo de suicidio?

- No, porque le puede producir más ansiedad.
- No es necesario porque no hay ningún dato que nos oriente hacia un riesgo de suicidio.
- Es conveniente interrogar sobre esta posibilidad.

Un aspecto que nunca deberíamos olvidar cuando diagnosticamos un cuadro depresivo es preguntar por la ideación suicida a pesar de que aparentemente no exista. Está claro que no se induce al paciente a la realización del acto suicida; una gran mayoría de casos se sienten aliviados cuando se les pregunta por dicha posibilidad y el solo hecho de verbalizar esa posibilidad inicia su desactivación.

El médico de Atención Primaria está implicado en la prevención de la conducta suicida y debe de ser capaz de detectar a los pacientes depresivos con elevado riesgo suicida, para lo que debe interrogar sobre la ideación suicida (a pesar de que es una de las situaciones que provoca más angustia en el médico) y ha de tener una actitud que favorezca la comunicación evitando posiciones críticas, moralizadoras o banalizadoras de la tentativa de suicidio (Cerecedo et al., 2005).

CARMEN, ¿ALGUNA VEZ HA PENSADO EN TERMINAR CON TODO?

- ▶ ¿QUÉ QUIERE DECIR DOCTOR?, ¿SI HE PENSADO EN SUICIDARME? NO, ME ENCUENTRO MAL, PERO NUNCA LO HE PENSADO.

---

### **Las recomendaciones de la OMS para evaluar riesgo suicida en la entrevista clínica indican explorar sobre:**

Ideación suicida: esporádica o continua y persistente.

Determinación: suicidio como posibilidad o como decisión firme.

Plan suicida: a mayor estructuración del plan, mayor riesgo que aumenta con la disponibilidad de medios y que debe ser también evaluada.

Soledad: a menor apoyo social y familiar, el riesgo suicida es mayor.

Alcohol y otras sustancias.

Dificultades sociales: la ausencia de identificación social (marginación, desempleo, etc.) es factor de riesgo suicida.

Intentos previos de suicidio: en ellos se ha de evaluar el método empleado (de alta o baja letalidad), las precauciones tomadas para no ser descubierto en la tentativa y la actitud post-tentativa, que podría ser de alivio, de arrepentimiento o de contrariedad por no haber conseguido su propósito.

---

## ¿Cómo manejar al paciente deprimido que presenta síntomas somáticos?

Básicamente existen dos enfoques diferentes para analizar la asociación entre depresión y síntomas somáticos: la depresión asociada a síntomas somáticos y la depresión somatizada en la que el paciente manifiesta únicamente síntomas somáticos y no reconoce en su malestar psicológico subyacente el origen de sus síntomas. En ambos casos, los síntomas físicos más frecuentes son los de carácter doloroso.

Los enfermos diagnosticados de una depresión asociada a síntomas somáticos reconocen su malestar psicológico y no son reacios a aceptar un diagnóstico de depresión y a cumplir con el tratamiento instaurado. Si el dolor es un síntoma importante en el cuadro clínico podemos plantearnos seleccionar un antidepresivo de acción dual noradrenérgica-serotoninérgica con eficacia no sólo en los síntomas emocionales, sino también en los síntomas dolorosos.

Los enfermos con depresión somatizada, como Carmen, atribuyen sus síntomas físicos, también en este caso frecuentemente de carácter doloroso, a un origen orgánico y son renuentes a aceptar el diagnóstico de un trastorno mental y a aceptar y cumplir con el tratamiento farmacológico. En ellos debe haber un trabajo previo imprescindible para un abordaje terapéutico efectivo.

Goldberg (Goldberg et al., 1989) describió la técnica de reatribución, diseñada para conseguir que el paciente admita y reconozca su malestar psicológico y transforme la atribución orgánica de sus síntomas físicos en una atribución psicológica. A partir de ahí, será más fácil instaurar y mantener un tratamiento adecuado.

---

**La técnica de reatribución consta de tres fases:**

### **TÉCNICA DE REATRIBUCIÓN DE GOLDBERG: EXPLORACIÓN, EMPATÍA**

▶ **PREGUNTAS ABIERTAS**

*CUÉNTEME MÁS SOBRE ESTO...*

*DICE QUE SE SIENTE AGOTADO, INTENTE CONTARME MÁS SOBRE CÓMO SE SIENTE...*

▶ **FEEDBACK EMOCIONAL**

*ENTIENDO QUE ESTO ES DIFÍCIL PARA USTED...*

▶ **MANIFESTACIONES NO VERBALES**

*PAECE TRISTE Y DECAÍDO, ¿ES ASÍ CÓMO SE SIENTE?*

▶ **EXAMEN FÍSICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

*POR LO QUE ME CUENTA NO PARECE QUE VAYA A HABER NADA GRAVE EN SU CORAZÓN, PERO COMO VEO QUE LE PREOCUPA LE AUSCULTARÉ Y LE PEDIRÉ UN ECG...*

Que el paciente se sienta comprendido. Dejar hablar al paciente, obtener una historia clínica completa, estar atentos a los indicios –verbales o no verbales— de malestar psicológico, conocer la opinión del paciente sobre su enfermedad, las causas de la misma y las expectativas que tiene. Preguntar directamente por los síntomas de depresión o ansiedad. Cabe realizar una exploración física y solicitar, razonablemente, alguna prueba complementaria con especial interés en los síntomas referidos por el paciente.

### **TÉCNICA DE REATRIBUCIÓN DE GOLDBERG: INFORMACIÓN**

▶ **RECONOCER LA REALIDAD DE LOS SÍNTOMAS**

*VEO QUE ESTÁ MUY PREOCUPADO POR SU DOLOR. PARA SU TRANQUILIDAD PUEDO ASEGURARLE QUE NO HAY INDICIOS DE UNA ENFERMEDAD FÍSICA GRAVE. QUIZÁ PODRÍAMOS BUSCAR OTRAS EXPLICACIONES PARA SU DOLOR.*

▶ **RECALCAR LA AUSENCIA DE INDICACIÓN PARA MÁS EXPLORACIONES O TRATAMIENTOS INADECUADOS**

*CON EL ECG VEO QUE SU CORAZÓN FUNCIONA CORRECTAMENTE Y PERMITE DESCARTAR CON SEGURIDAD QUE PADEZCA UNA ENFERMEDAD CARDÍACA GRAVE. NO HAY NINGUNA INDICACIÓN PARA HACER MÁS PRUEBAS...*

Informaremos de la ausencia de signos físicos objetivos en la exploración y pruebas complementarias pero, al mismo tiempo, reconoceremos empáticamente la realidad de los síntomas. Iniciaremos una redefinición del problema señalando los síntomas psicológicos que hayan ido surgiendo.

### TÉCNICA DE REATRIBUCIÓN DE GOLDBERG: SEÑALAR EL VÍNCULO

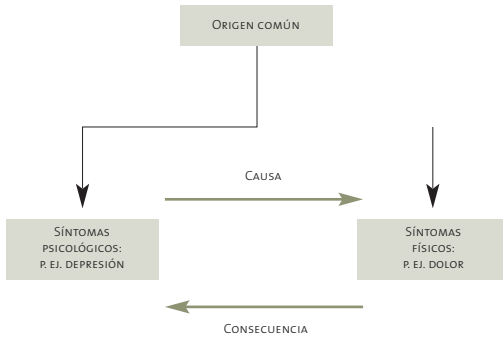
«CUANDO ESTAMOS NERVIOSOS O ESTRESADOS NUESTRO ORGANISMO PUEDE REACCIONAR CON SÍNTOMAS FÍSICOS.»

«CUANDO UNO ESTÁ DEPRIMIDO ES MÁS SENSIBLE A LOS SÍNTOMAS FÍSICOS.»

«ES FRECUENTE QUE ESTOS SÍNTOMAS APAREZCAN EN PERSONAS DEPRIMIDAS O ESTRESADAS. ¿ES POSIBLE QUE ALGO DE ESTO LE OCURRA A USTED?»

Señalar el vínculo. En esta fase se negociarán las discrepancias respecto al diagnóstico y al abordaje terapéutico que puedan existir entre médico y paciente. El médico señalará la relación de los síntomas físicos con una causa psicológica subyacente. Debe vencerse la reticencia del paciente y evitar que pueda sentirse humillado («El doctor dice que no tengo nada, todo está en mi imaginación»).

### TRES POTENCIALES MECANISMOS PARA EXPLICAR AL PACIENTE LA RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS FÍSICOS Y LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS



KROENKE K. PATIENTS PRESENTING WITH SOMATIC COMPLAINTS: EPIDEMIOLOGY, PSYCHIATRIC COMORBIDITY, AND MANAGEMENT. INT J METHODS PSYCHIATR Res 2003;12: 34–43.

Kroenke (2003a) propone explicaciones útiles que vinculen el síntoma físico y el malestar psicológico: ambas son producto de un mecanismo biológico común (neurotransmisores) o que los síntomas físicos pueden ser consecuencia del malestar psicológico o ser la causa del mismo. En cualquier caso, la estrategia de manejo debe ser integrativa integradora evitando la interpretación dual y excluyente entre mente y cuerpo.

## ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?

### OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- ▶ REMISIÓN (RESPUESTA COMPLETA). IMPORTANCIA DE LOS SÍNTOMAS RESIDUALES
- ▶ RECUPERACIÓN FUNCIONAL FAMILIAR, SOCIAL Y LABORAL
- ▶ PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y RECURRENCIAS

En el abordaje terapéutico de la depresión se persigue la remisión con la desaparición completa del cuadro depresivo, el retorno al nivel basal de bienestar con recuperación del funcionamiento familiar, social y laboral y, por último, la prevención de las recaídas y las recurrencias.

Un aspecto controvertido es si en la remisión debiera tenerse en cuenta los síntomas somáticos asociados a la depresión, pero que no forman parte de la definición del episodio depresivo como es el dolor y que no suelen evaluarse en las escalas estandarizadas para la medida de la depresión; se argumenta que la persistencia de síntomas residuales de este tipo aumentaría la probabilidad de recaída como lo hace la persistencia de síntomas residuales nucleares de la depresión (Fava, 2003).

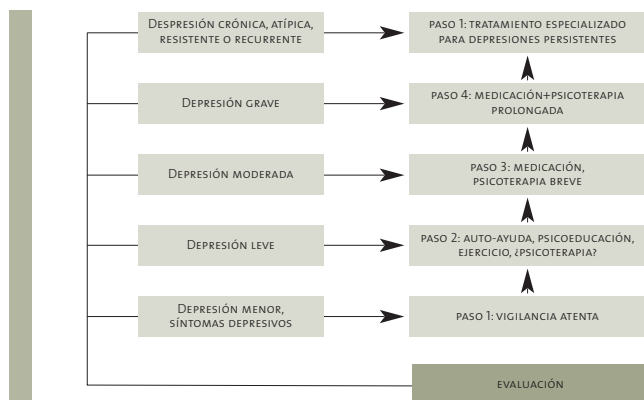
Los dos primeros objetivos deben alcanzarse en el tratamiento de fase aguda, mientras que el tercero es el que justifica el tratamiento de continuación y el tratamiento de mantenimiento.

En ocasiones sólo puede conseguirse una respuesta parcial, pero esto puede ser problemático porque la respuesta sin remisión completa de los síntomas se asocia a un mayor riesgo de recaída (Kanai et al., 2003).

## ¿Cuándo iniciar tratamiento farmacológico?

El tratamiento farmacológico está indicado en casos de depresión moderada o severa. En general, la utilización de antidepresivos no está indicada en casos de depresión menor o en aquellos pacientes con un episodio depresivo mayor de carácter leve porque la efectividad de un tratamiento farmacológico en estos casos está poco establecida y la relación beneficio/riesgo es pobre (Anónimo, 2003). En estos casos, una observación atenta de la evolución del proceso o la instauración de medidas no farmacológicas sencillas (psicoeducación, auto-ayuda, ejercicio físico...) podría ser suficiente. Ante la persistencia o empeoramiento de los síntomas sí cabría plantear la conveniencia de un tratamiento farmacológico.

En pacientes con un episodio depresivo actual de carácter leve y con episodios previos de carácter moderado o severo, se puede interpretar el cuadro leve actual como pródromo de una recaída, por lo que estaría indicado instaurar tratamiento con antidepresivos (NIMH, 2003).



## ¿De qué grupos farmacológicos disponemos?

En la actualidad podemos encontrar más de 25 fármacos con acción antidepresiva que se clasifican y denominan según su mecanismo de acción -inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (IRNA), de acción dual, etc.- o su estructura molecular -tricíclicos (ADT), tetracíclicos...- pero el desarrollo de estas características excede las posibilidades de esta sesión clínica.

### **ANTIDEPRESIVOS**

- ▶ **TRICÍCLICOS**
- ▶ **IMAO**
- ▶ **ISRS: CITALOPRAM, ESCITALOPRAM, FLUOXETINA, PAROXETINA, SERTRALINA, FLUVOXAMINA**
- ▶ **OTROS:**
  - MIRTAZAPINA: NORADRENÉRGICO + SEROTONINÉRGICO
  - INHIBIDORES SELECTIVOS 5HT + NA: DULOXETINA Y VENLAFAXINA
  - INHIBIDORES SELECTIVOS NA: REBOXETINA

La revisión de la literatura científica nos dice que, en general, todos los fármacos antidepresivos son igualmente efectivos para el tratamiento agudo de los trastornos depresivos y una revisión sistemática, publicada en Evidencia Clínica Cochrane (edición 2002), pone de manifiesto que los pacientes toleran mejor los ISRS que los ADT. En una revisión posterior se constató que la eficacia de los ISRS era similar a los ADT, pero que los ISRS eran mejor tolerados y facilitaban la adherencia al tratamiento (Geddes et al., 2004).

La eficacia entre todos los ISRS es similar, pudiendo haber alguna diferencia respecto a ser más desinhibidor (la fluoxetina), o más sedativo (fluvoxamina y paroxetina). Un estudio llevado a cabo en Atención Primaria constató que diferentes ISRS alcanzaban cotas de efectividad similares, aunque en una gran proporción de los casos debía cambiarse de antidepresivo por una respuesta inicial no satisfactoria, concluyendo que si bien en promedio puede atribuirse una efectividad similar a los diferentes fármacos la respuesta tiene que ver con factores individuales de cada paciente (Kroenke et al., 2001).

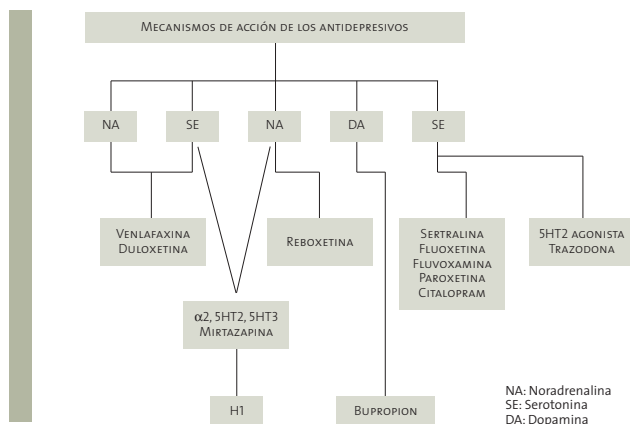
Se ha sugerido que los antidepresivos duales serían más efectivos sobre los síntomas somáticos que los ISRS (Lynch, 2001). Los IRSN (inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina), como la venlafaxina, para obtener efecto dual precisan dosis muy elevadas, superiores a 150 mg/día, con el inconveniente de más secundarismos. Se ha comprobado que la duloxetina era efectiva en reducir los síntomas somáticos, especialmente de tipo doloroso, frente al placebo (Fava et al., 2004), y que este efecto, al menos en parte, era independiente de su actividad antidepresiva.

La duloxetina es un nuevo IRSN disponible en España desde este año que, a diferencia de la venlafaxina, ejerce un efecto serotoninérgico y noradrenérgico a la dosis terapéutica inicial (60 mg/día).

Los antidepresivos tetracíclicos más utilizados son la mianserina y la maprotilina, y en general son bien tolerados en los pacientes ancianos por su menor perfil anticolinérgico. Su mecanismo de acción es predominantemente noradrenérgico, lo que podría permitir su

asociación con los ISRS en casos de resistencia al tratamiento. Entre éstos destacamos por su especial utilidad la mianserina, que puede ser útil en el insomnio y la pérdida de apetito del paciente geriátrico. Otro antidepresivo de este grupo, pero con un mecanismo de acción noradrenérgico y serotoninérgico específico (NASSA), es la mirtazapina, útil si existen problemas de sueño asociados, pues tiene efecto antihistamínico, por bloqueo de los receptores H<sub>1</sub>, del que se deriva su acción sedante y promotora del apetito, lo que en determinadas circunstancias puede constituir una ventaja.

Otros antidepresivos como la trazodona, de efecto predominantemente serotoninérgico, tienen un perfil similar a la amitriptilina pero con menos efectos secundarios y pueden ser útiles si existen trastornos del sueño asociados por su intenso efecto sedante.



MODIFICADO DE PRESKORN SH. ANTIDEPRESSANT DRUG SELECTION: CRITERIA AND OPTIONS. J CLIN PSYCHIATRY. 1994; 55 SUPPL A:6-22.

## ¿Cuáles son las fases del tratamiento?

Es habitual dividir el tratamiento de un episodio depresivo en tres fases: fase inicial o aguda, fase de continuación y fase de mantenimiento. La identificación de cada una de ellas depende de la evolución sintomática. La fase inicial o aguda comienza con el diagnóstico y la instauración del tratamiento antidepresivo y finaliza cuando se obtiene la remisión del cuadro, idealmente entre 4 y 12 semanas. Conviene una primera cita con el paciente entre 7 y 15 días de iniciado el tratamiento para mejorar la adherencia y cumplimentación terapéutica, valorar si hay inicio de respuesta y evaluar los efectos adversos.

La fase de continuación tiene como objetivos consolidar la remisión de los síntomas y prevenir la aparición de recaídas, con una duración entre 4 y 9 meses después de alcanzada la remisión. En esta fase, un 20% de los pacientes puede recaer a pesar de una correcta cumplimentación terapéutica, pero si se abandona el tratamiento las recaídas pueden suceder hasta en un 50% de los pacientes.

La fase de mantenimiento se propone para evitar recurrencias, y su duración es de 1 año o más, como veremos más adelante.

## ¿Cómo elegir un antidepresivo?

### CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE UN ANTIDEPRESIVO

- ▶ RESPUESTA PREVIA
- ▶ EFICACIA
- ▶ EFECTOS ADVERSOS Y RIESGO DE SUICIDIO
- ▶ INTERACCIONES
- ▶ EXPERIENCIA DE USO
- ▶ COMODIDAD
- ▶ COSTE
- ▶ COMORBILIDAD

Si bien no existen reglas fijas sobre cuál es la mejor opción en la elección del antidepresivo a utilizar, en general en Atención Primaria los antidepresivos de primera elección son los ISRS (NICE, 2004); aúnan experiencia de uso, efectividad similar al resto de los antidepresivos, facilidad y comodidad en la dosificación, mejor perfil de efectos adversos que los ADT y mayor tolerabilidad. Todo ello facilita una menor tasa de abandonos del tratamiento y seguridad en caso de sobredosis.

Otros aspectos que nos pueden orientar en la elección son:

- ↗ La respuesta previa: Si un antidepresivo fue eficaz y bien tolerado en episodios anteriores, se aconseja utilizarlo de nuevo. Por el contrario, si fue usado con anterioridad y no fue efectivo o fue mal tolerado, debería evitarse.
- ↗ Las características del cuadro clínico: Es importante identificar síntomas sobresalientes y tenerlos en cuenta a la hora de elegir un antidepresivo en función de su perfil farmacológico. Parece racional elegir uno con perfil sedativo (amitriptilina, trazodona, mirtazapina, fluvoxamina) cuando existe insomnio, o un fármaco activador si destaca la hipersomnia (la mayor parte de los ISRS, reboxetina). Si existe una marcada pérdida de apetito y disminución del peso corporal podemos usar mirtazapina, paroxetina, amitriptilina o imipramina.
- ↗ La presencia de síntomas somáticos y dolor: El dolor es un síntoma muy frecuentemente asociado a la depresión y constituye la queja principal (dolor de espalda, cefalea, dolor de extremidades...) o única de los pacientes deprimidos que acuden a su médico de familia (Kroenke, 2003b). Los ADT se han usado a menudo para tratar cuadros de dolor crónico y neuropático y su eficacia está bien establecida y parece independiente de su acción antidepresiva. Las evidencias de la efectividad de los ISRS en esta indicación son más débiles. Recientes investigaciones sugieren que los antidepresivos selectivos con una acción dual (serotoninérgica y noradrenérgica) como la venlafaxina o la duloxetina podrían combinar la eficacia analgésica de los ADT (superior a los ISRS) con una mayor tolerabilidad, pero estos resultados aguardan una evidencia más sólida (Lynch, 2001). En recientes ensayos clínicos diseñados específicamente para evaluar el efecto de la duloxetina frente a síntomas físicos asociados a cuadros depresivos, se ha comprobado su efectividad, especialmente ante los síntomas de tipo doloroso, frente al placebo (Fava et al., 2004), y que este efecto, al menos en parte, era independiente de su actividad antidepresiva.

➤ La comorbilidad psiquiátrica: Los trastornos depresivos suelen coexistir con otros trastornos psiquiátricos, sobre todo trastornos de ansiedad, y cuando esto sucede lo prioritario es tratar la depresión. Sin embargo, los antidepresivos tienen, en general, un efecto ansiolítico y algunos tienen indicaciones aprobadas para trastornos concretos.

	EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	TRASTORNO DE ANGSTIA CON Y SIN AGORAFOBIA	FOBIA SOCIAL	TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	BULIMIA NERVIOSA	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL
FLUOXETINA								
PAROXETINA								
SERTRALINA								
CITALOPRAM								
ESCITALOPRAM								
FLUVOXAMINA								
MIRTAZAPINA								
REBOXETINA								
VENLAFAXINA								
DULOXETINA								
MOCLOBEMIDA								

INDICACIONES APROBADAS EN FICHA TÉCNICA PARA LOS DIFERENTES ANTIDEPRESIVOS. AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO. [HTTP://SINAEM.AGE-MED.ES:83/PRESENTACION/PRINCIPAL.ASP]. EN AZUL, INDICACIONES COMPLEMENTARIAS APROBADAS POR LA FDA.

## ¿El hecho de que José tenga otras patologías médicas asociadas va a condicionar la utilización de una determinada medicación antidepresiva?

Salvo peculiaridades muy específicas a tener en cuenta, con la introducción de los ISRS y otros nuevos antidepresivos este problema, que anteriormente era fundamental, ahora ha perdido bastante importancia.

José es un paciente diabético y por ello los ISRS y los antidepresivos heterocíclicos (maprotilina, mianserina, mirtazapina y trazodona) pueden alterar su perfil glucémico. Los últimos pueden producir en pacientes en tratamiento con insulina o antidiabéticos orales hipoglucemias, por lo que su uso debe seguirse de una monitorización adecuada de la glucemia. Dentro de los ISRS conviene evitar la fluoxetina.

Enfermedad de Parkinson: Los ISRS son de primera elección, aunque pueden producir síntomas extrapiramidales o empeorarlos si el paciente toma neurolépticos. Se podrían utilizar trazodona y en caso de precisar un tricíclico se podría utilizar nortriptilina.

## Algoritmo de tratamiento

### SUGERENCIAS PARA UN ALGORITMO

- ▶ SI SE USA MEDICACIÓN, EMPEZAR CON UN ISRS: EFICACIA, EXPERIENCIA, SEGURIDAD, COMODIDAD Y COSTE.
- ▶ EN ANCIANOS O SI HAY UN T.? DE ANSIEDAD O PÁNICO COMÓRBIDO INICIAR CON DOSIS BAJAS.
- ▶ EVALUACIÓN FRECUENTE DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA
- ▶ UTILIZAR DOSIS NECESARIAS PARA ALCANZAR LA REMISIÓN TOTAL.

En general, los ISRS constituyen el tratamiento de primera línea en la depresión en Atención Primaria. Presentan ciertas ventajas sobre los ADT, en cuanto a facilidad de uso y seguridad: se puede iniciar el tratamiento con una dosis terapéutica para la mayor parte de los pacientes, a diferencia de los ADT, en los que hay que ajustar progresivamente las dosis, son más tolerables, facilitan el cumplimiento terapéutico y, finalmente, no presentan el riesgo de letalidad en sobredosis que presentan los ADT. En cuanto a la eficacia, los distintos ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram) son comparables entre sí y son comparables a los ADT (NIMH, 2003).

Con los ISRS, habitualmente iniciaremos el tratamiento con dosis eficaces en la mayor parte de los pacientes. Sin embargo, en ancianos es recomendable usar inicialmente dosis menores a las habituales porque este grupo de edad es más sensible a los efectos adversos de los fármacos.

Los antidepresivos tienen un efecto ansiolítico y están indicados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad/trastorno de angustia, sobre todo si se presentan en un paciente con depresión. En estos pacientes, las dosis iniciales también deben ser menores y el incremento progresivo ya que, a pesar del efecto ansiolítico, inicialmente pueden exacerbar los síntomas de ansiedad.

Un aspecto crucial en la efectividad del tratamiento antidepresivo es el cumplimiento del mismo. Se ha constatado que en Atención Primaria una alta proporción de los pacientes abandonan el tratamiento prematuramente comprometiendo la efectividad del mismo (Donoghue y Hylan, 2001). Para evitarlo hay que explicar al paciente la indicación del anti-depresivo y la necesidad de cumplir con la prescripción. No debemos olvidar que la relación médico-paciente es una herramienta terapéutica fundamental y que la efectividad del mismo va a depender en gran medida del grado de colaboración y confianza médico/paciente. Por ello, previamente a pautar un antidepresivo, debemos explorar las ideas preconcebidas del paciente, sus miedos y posible resistencia a iniciar el tratamiento. Conviene ofrecer una explicación sencilla y detallada de su necesidad, de las diferentes fases, de su duración y de los posibles efectos secundarios, habitualmente leves y pasajeros, que no deben hacer que el paciente deje la medicación, e informar de que los antidepresivos tienen un tiempo de latencia de 2-4 semanas antes de que se pueda comenzar a percibir el efecto terapéutico.

### **PROMOVER LA ADHERENCIA AL PLAN TERAPÉUTICO**

- ▶ COMPARTIR CON EL PACIENTE LA DECISIÓN DE INICIAR UN TRATAMIENTO.
- ▶ EXPLICAR QUE HAY UN PERÍODO DE LATENCIA DE 2-4 SEMANAS ANTES DE OBTENER RESPUESTA TERAPÉUTICA, Y UN TIEMPO MAYOR PARA UN EFECTO COMPLETO.
- ▶ COMENTAR LOS EFECTOS ADVERSOS MÁS ESPERABLES/QUE SE PUEDEN ESPERAR.
- ▶ ADVERTIR DE LA NECESIDAD DE CONTINUAR LA MEDICACIÓN AUN CUANDO EL PACIENTE SE ENCUENTRE MEJOR.
- ▶ EXPLICAR EL RIESGO DE INTERRUMPIR EL TRATAMIENTO PREMATURAMENTE.

Debe citarse al paciente a menudo al inicio del tratamiento, p. ej., cada semana, para verificar y reforzar la adherencia, evaluar la posible aparición de efectos secundarios y comprobar

la efectividad del tratamiento y el inicio de la mejoría clínica. Posteriormente haremos un seguimiento activo de la evolución del paciente para comprobar que se alcanza la remisión.

A las 4-6 semanas, se puede esperar que haya habido una respuesta clínica significativa, y a las 8 semanas una remisión completa con un tratamiento efectivo pero, en una proporción de casos no ocurre así y podemos encontrarnos con una mejoría insuficiente o, incluso, una falta de respuesta.

## ¿Qué actitud tomaremos ante la ausencia de respuesta al tratamiento?

Hemos de valorar si se ha superado el período de latencia del fármaco con una correcta cumplimentación terapéutica y con la utilización del antidepresivo a dosis antidepressivas, dado que éstas son las causas más frecuentes de falta de respuesta al tratamiento.

Si no se diesen ninguna de estas situaciones, las alternativas serían:

- incrementar las dosis de antidepresivo, especialmente si hay una respuesta parcial o insuficiente.

### **RESPUESTA PARCIAL O NO RESPUESTA**

- ▶ CON LAS DOSIS ADECUADAS SE PUEDE ESPERAR VER UNA RESPUESTA A LAS 4-6 SEMANAS
- ▶ EVALUAR EL CUMPLIMIENTO
- ▶ REEVALUAR EL DIAGNÓSTICO
- ▶ AUMENTAR LAS DOSIS SI SE CONSTATA UNA RESPUESTA PARCIAL
- ▶ CAMBIAR DE MEDICACIÓN SI NO HAY RESPUESTA
- ▶ ASOCIAR DOS ANTIDEPRESIVOS
- ▶ INTERCONSULTA/DERIVACIÓN A PSIQUIATRÍA. PSICOTERAPIA COADYUVANTE, POTENCIACIÓN...

- adición al antidepresivo inicial de un segundo antidepresivo con un mecanismo de acción complementario. Hay que ser cauteloso en esta opción, ya que la administración conjunta de dos antidepresivos puede resultar en efectos adversos como hipotensión, somnolencia y, ocasionalmente, síndrome serotoninérgico.

- cambiar de fármaco. Parece razonable, en este caso, cambiar a un antidepresivo con un diferente mecanismo de acción, p. ej. venlafaxina o mirtazapina. Sin embargo, se ha comprobado que los pacientes que no responden a un ISRS pueden responder bien a otro fármaco del mismo grupo (Geddes et al., 2004).

En casos de depresión resistente puede optarse por potenciar el efecto de los antidepresivos con la adición de sales de litio, hormona tiroidea a dosis bajas, pindolol, metilfenidato u otros fármacos. El manejo de estos casos precisa la interconsulta o derivación al psiquiatra.

Una vez alcanzada la remisión se plantea el objetivo de evitar las recaídas. Con este fin se establece la fase de continuación del tratamiento. El tratamiento, en esta fase, debe consistir en seguir con el mismo fármaco/s con que se ha obtenido la remisión y a las mismas dosis. La duración de esta fase debe ser de 4 a 9 meses más después de haber logrado la remisión.

Una vez finalizada esta fase cabe plantearse la suspensión del tratamiento o, si se considera que existe un riesgo de recurrencias significativo, continuar con el tratamiento antide-

presivo durante un período más prolongado: fase de mantenimiento. La decisión de un tratamiento de mantenimiento prolongado debería tomarse de acuerdo con el paciente y valorando el riesgo de recurrencia, la gravedad de los episodios depresivos previos y las preferencias del paciente.

### **CONSIDERAR TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO**

- ▶ DECISIÓN DE ACUERDO CON EL PACIENTE A PARTIR DE LA INFORMACIÓN DEL RIESGO DE RECURRENCIA, DE LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE Y DE LA GRAVEDAD DEL EPISODIO O EPISODIOS PREVIOS.
- ▶ SI NO HAY ANTECEDENTES DE EPISODIOS PREVIOS:  
50% PROBABILIDADES DE RECURRENCIA SIN MEDICACIÓN
- ▶ SI HAY 1 EPISODIO PREVIO:  
75% DE PROBABILIDADES DE RECURRENCIA
- ▶ SI HAY ANTECEDENTES DE 2 O MÁS EPISODIOS:  
90% DE PROBABILIDADES DE RECURRENCIA
- ▶ LA DOSIS DE MANTENIMIENTO ES LA DOSIS PLENA TERAPÉUTICA

El mejor indicador del riesgo de recurrencia es el número de episodios previos: se considera que, si no hay antecedentes de episodios previos, la probabilidad de recurrencia es de un 50%, si ha habido un episodio previo la probabilidad es del 75% y si ha habido dos o más episodios ésta se eleva al 90%. Otros indicadores de riesgo son la aparición de los episodios previos en un corto intervalo de tiempo (menos de tres años) o la presencia de síntomas residuales. La duración del tratamiento de mantenimiento también debe ser individualizada y puede prolongarse de 1 a 5 años, o indefinidamente en los pacientes con alto riesgo de recurrencia.

### **¿Qué complicaciones pueden surgir al retirar el tratamiento?**

El síndrome de discontinuación ocurre tras la retirada o disminución de dosis de ISRS, IRNA y mirtazapina. Se caracteriza por malestar generalizado con un cuadro pseudogripal, molestias gastrointestinales, vértigo, parestesias, ansiedad, trastornos del sueño, crisis de llanto, y activación paradójica con reacciones hipomaniacas. Es autolimitado con una duración de dos semanas y que desaparece a las 24 horas de reiniciar el tratamiento con el fármaco retirado.

Para prevenir la aparición de este cuadro se ha propuesto la disminución lentamente progresiva de la dosis, previa a la retirada del tratamiento.

Parece ser que la fluoxetina, seguramente por su larga vida media, es el antidepresivo que produce con menos frecuencia este cuadro, mientras que la paroxetina es el que lo ocasiona con mayor frecuencia y con una sintomatología más marcada.

### **¿De qué alternativas terapéuticas no farmacológicas disponemos?**

Puesto que la depresión es un trastorno psicopatológico complejo, necesitaremos un abordaje psicoterapéutico de los factores emocionales, conductuales y cognitivos presentes en el paciente que influyen en el proceso de curación y que no responden al tratamiento farmacológico. Esto exige explorar el significado de la enfermedad para un paciente concreto en un momento puntual de su vida.

Los datos disponibles respecto a la eficacia de técnicas de psicoterapia estructurada breve son escasos, en parte por las dificultades metodológicas para llevar a cabo ensayos clínicos para la evaluación de intervenciones complejas y que dependen de tantos factores. La aplicación de estas psicoterapias en Atención Primaria se ve condicionada por la necesidad de formación específica y la escasa disponibilidad del tiempo necesario para aplicarlas (Scott y Watkins, 2004).

Todavía el médico de Atención Primaria percibe la psicoterapia como una herramienta lejana y no instaurada en la práctica habitual, cuando algunas son técnicas útiles y posiblemente aplicables en la actividad diaria de nuestra consulta.

La **psicoterapia de apoyo**, que va implícita en todo acto médico, tiene el objetivo de conseguir que el paciente recupere la iniciativa y la seguridad mediante la sugestión, la comprensión y la desdramatización del conflicto con una escucha empática, tranquilizadora y directiva no autoritaria que propone actividades y objetivos realistas mejorando la adherencia y la cumplimentación terapéutica.

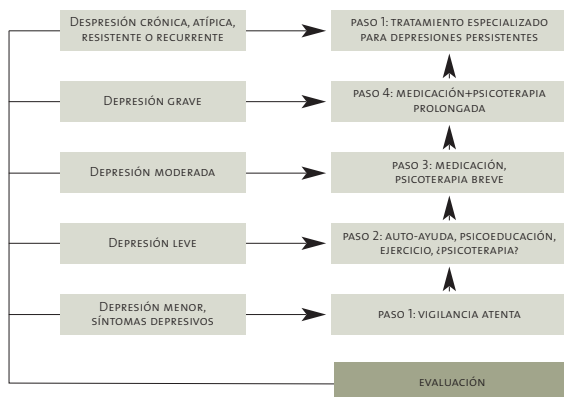
La **terapia cognitivo-conductual** se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión en el ámbito de la Atención Primaria en personas con depresión leve a moderada. El abordaje estructurado pretende modificar las creencias disfuncionales y los pensamientos negativos automáticos que caracterizan a los trastornos depresivos. La psicoterapia cognitiva resalta la importancia de las cogniciones: pensamientos disfuncionales de culpa, inferioridad, visión negativa de sí mismo y del entorno... Promover un cambio en estas cogniciones es un elemento esencial en el tratamiento de la depresión y en la prevención de futuras recaídas.

La **terapia interpersonal** mejora los síntomas de la depresión leve a moderada centrándose en que la persona mejore su funcionamiento interpersonal y que identifique los problemas asociados con el inicio del episodio depresivo.

La **terapia de resolución de problemas** también es efectiva, es más breve que la terapia cognitiva y su uso puede ser factible en la Atención Primaria, pues es una técnica que puede ser fácilmente aprendida por el médico o la enfermera y su aplicación es breve y sencilla. Se compone tres etapas: identificación de los principales problemas de la persona, generación de soluciones y ensayo de esas soluciones.

Las indicaciones de las psicoterapias estructuradas estarían en el tratamiento de primera línea de las depresiones leves y moderadas, y como coadyuvante de la farmacoterapia en las depresiones de carácter severo o resistente al tratamiento.

## TRATAMIENTO ESCALONADO DE LA DEPRESIÓN



ADAPTADO DE NATIONAL INSTITUTE FOR MENTAL HEALTH IN ENGLAND/NORD WEST DEVELOPMENT CENTRE. ENHANCED SERVICES SPECIFICATION FOR DEPRESSION UNDER THE NEW GP CONTRACT. CHESHIRE, 2003.

### ¿En qué situaciones está indicada la derivación al psiquiatra?

La mayoría de los pacientes, hasta un 80%, pueden ser tratados en el marco de la Atención Primaria de una manera segura y eficaz, pero la derivación al psiquiatra debe valorarse en las siguientes situaciones:

#### CRITERIOS DE DERIVACIÓN O INTERCONSULTA CON PSIQUIATRÍA

- ▶ RIESGO ELEVADO DE SUICIDIO
- ▶ DEPRESIÓN POSPARTO SI EXISTE RIESGO PARA EL LACTANTE
- ▶ CUADROS DE AGITACIÓN SEVERA O DELIRIO
- ▶ DEPRESIÓN BIPOLAR
- ▶ DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
- ▶ DEPRESIÓN RECURRENTE Y CRÓNICA
- ▶ FALTA DE RESPUESTA A TRATAMIENTO ADECUADO
- ▶ PETICIÓN EXPRESA DEL PACIENTE
- ▶ CIRCUNSTANCIAS SOCIALES DE ALTO RIESGO
- ▶ DIFICULTAD O DUDA DIAGNÓSTICA

## Puntos clave

#### PUNTOS CLAVE (I)

- ▶ LA DEPRESIÓN ES EL TRASTORNO MENTAL MÁS FRECUENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. SU PREVALENCIA EN ESTE ÁMBITO ES DE ALREDEDOR DEL 15% DE LOS PACIENTES.
- ▶ HASTA UN 50% DE LAS DEPRESIONES PUEDEN PASAR DESAPERCIDAS DEBIDO EN PARTE A SU FRECUENTE PRESENTACIÓN CLÍNICA ENMASCARADA.
- ▶ LA DEPRESIÓN EN EL ÁMBITO DE LA AP SUELE MANIFESTARSE A TRAVÉS DE SÍNTOMAS FÍSICOS.

- ▶ LOS TEST DE CRIBADO DIAGNÓSTICO SUPONEN UNA AYUDA, PERO NUNCA SUSTITUYEN A LA ENTREVISTA CLÍNICA.
- ▶ ANTE SÍNTOMAS DEPRESIVOS, SIEMPRE SE DEBE DESCARTAR LA EXISTENCIA DE CAUSA ORGÁNICA SUBYACENTE.

### **PUNTOS CLAVE (II)**

- ▶ ES PRIMORDIAL EXPLORAR LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PACIENTE DEPRESIVO.
- ▶ CUALQUIER ACTUACIÓN QUE MEJORE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO, AUMENTA SU EFECTIVIDAD.
- ▶ UN TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO ÓPTIMO IMPLICA DOSIS ANTIDEPRESIVAS Y TIEMPO DE TRATAMIENTO ADECUADO.
- ▶ EL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO ES LA CAUSA PRIMORDIAL DE LA FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO.

### **PUNTOS CLAVE (III)**

- ▶ CON UN TRATAMIENTO ADECUADO ENTRE EL 80-90% DE LAS DEPRESIONES SE RECUPERARÁN DEL EPISODIO.
- ▶ EL USO DE LOS ANTIDEPRESIVOS ESTARÁ DETERMINADO POR SU EFICACIA, TOLERANCIA, PERFIL DE SEGURIDAD Y COSTE. LOS ISRS, COMO LOS ISRNA, SON FÁRMACOS IDEALES PARA EL MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA.
- ▶ LA EVIDENCIA ACTUAL DEMUESTRA QUE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL ES LA MÁS EFICAZ PARA PROBLEMAS COMO ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

# Bibliografía

- Anónimo. Mild depression in general practice: time for a rethink? *Drug and Therapeutics Bulletin* 2003; 41: 60-64.
- Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Masdieu RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *Int J Psychiatry Med* 2004a; 34: 21-35.
- Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Folch S, Mèlich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med* 2004b; 34: 331-343.
- Aragonès E, Labad A, Piñol JL, Lucena C, Alonso Y. Somatized depression in primary care attenders. *J Psychosom Res* 2005; 58 (2): 145-151.
- Borrell i Carrió F. La entrevista psicológico-psiquiátrica. En: Vázquez-Barquero J.L. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid. Grupo Aula Médica 1998; pp. 91-102.
- Borrell i Carrió F. La exploración física orientada a problemas. *Atención Primaria* 2002; 30: 32-45.
- Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM-III disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985; 29: 563-569.
- Cerecedo Pérez MJ, Ruiz Gomes M. «Doctora estoy deprimida». Abordaje de las alteraciones del estado de ánimo por el médico de familia. *El Médico* 25-1 julio 2005; 37-48.
- Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L, Ramírez R. Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 18: 52-58.
- Donoghue J, Hylan T. Antidepressant use in clinical practice: efficacy vs. effectiveness. *Br J Psychiatry* 2001; 179 (suppl 42): S9-S17.
- Fava M, Mallinckott CH, Detke MJ, Watkin JG, Phil D, Wohlreich MM. The effect of duloxetine on painful physical symptoms in depressed patients: do improvements in these symptoms result in higher remission rates? *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 521-530.
- Fava M. Depression with physical symptoms: treating to remission. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (suppl 7): 24-28.
- García-Campayo J, Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Campos R. Three forms of somatization in primary care in Spain. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 554-560.
- Geddes JR, Freemantle N, Mason J, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depression. En: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, RU: John Wiley & Sons, Ltd.
- Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *J Psychosom Res* 1989; 33: 689-695.
- Kanai T, Takeuchi H, Furukawa TA, et al. Time to recurrence after recovery from major depressive episodes and its predictors. *Psychol Med* 2003; 33: 839-845.
- Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 734-741.
- Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV, et al. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch gen Psychiatry* 1997; 54: 352-358.
- Kroenke K, et al. Similar effectiveness of paroxetine, fluoxetine and sertraline in primary care. *JAMA* 2001; 286: 2947-2995.
- Kroenke K. The interface between physical and psychological symptoms. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2003a; 5[suppl 7]:11-18.
- Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity, and management. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003b; 12:34-43.
- Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *JAMA* 1997; 278: 1186-1190.
- Lipowski ZJ. Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom* 1987; 47: 160-167.
- Lynch ME. Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials. *J Psychiatry Neurosci*. 2001;26:30-36. Accesible en <http://www.cma.ca/multimedia/staticContent/HTML/No/12/jpn/vol-26/issue-1/pdf/pg30.pdf>
- Moriñigo A, González S, Labrador J. *Depresión geriátrica*. En: Gilaberte I (editora). *Nuevas perspectivas en depresión*. Madrid: Aula Médica, 2004.
- NICE-National Institute for Clinical Excellence. *Depression: management of depression in primary and secondary care*. London, 2004. Accesible en [www.nice.org.uk/CG023/NICEguideline](http://www.nice.org.uk/CG023/NICEguideline)
- NIMH-National Institute for Mental Health in England/Nord West Development Centre. *Enhanced Services Specification for depression under the new GP contract*. Cheshire, 2003. Accesible en [www.nimhenorthwest.org.uk](http://www.nimhenorthwest.org.uk)
- PAPPS-Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. *Resumen. SEMFYC*, Barcelona 2003. Accesible en [http://www.papps.org/recomendaciones/01\\_recomendaciones.pdf](http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf)
- Scott J, Watkins E. Brief psychotherapies for depression: current status. *Curr Opin Psychiatry* 2004; 17: 3-7.
- Serrano Santos P (coordinadora). *Recomendaciones semFYC. Depresión*. EDIDE: Barcelona, 2001.
- Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Eng J Med* 1999; 341: 1329-1335.
- Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272: 1749-1756.

# Evaluación de la sesión sobre la incontinencia urinaria

El presente cuestionario le permitirá obtener la acreditación solicitada a la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Acreditación de Atención Primaria.

Las 20 preguntas planteadas tiene cuatro opciones de respuesta de las cuales sólo una es la correcta. Por favor, traslade las opciones elegidas a la hoja de respuestas que se le ha facilitado, leyendo detenidamente las instrucciones para su cumplimentación.

Una vez haya rellenado la hoja de respuestas, envíela a semFYC mediante el sobre con franqueo en destino adjunto.



## 1. RESPECTO A LA PRESENTACIÓN DE LOS CUADROS DEPRESIVOS EN AP ¿QUÉ ES CIERTO?

- a) Podemos encontrarlos hasta en un 15% de los pacientes que acuden a las consultas de AP.
- b) Hasta un 50% de los casos pasan desapercibidos y una proporción superior no recibe el tratamiento adecuado.
- c) La depresión se presenta con quejas físicas en la mayoría de los casos.
- d) La frecuente comorbilidad con enfermedades físicas.
- e) Todas las anteriores son correctas.

## 2. ¿CUÁL DE ESTAS TRANSICIONES PSICOSOCIALES NO ESTÁ ASOCIADA CON UN MAYOR RIESGO DE DEPRESIÓN?

- a) Jubilación.
- b) Ascenso laboral.
- c) Pérdida de funciones físicas.
- d) Emigración.
- e) Enfermedad en familiar próximo.

## 3. ¿RESPECTO A PEDIR UNA ANALÍTICA EN CUADROS DEPRESIVOS CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES NO ES CORRECTA?

- a) No existe acuerdo unánime sobre si hay que pedir un analítica de sangre.
- b) Un perfil analítico adecuado puede ser hemograma, VSG, pruebas hepáticas, función renal, calcio, iones y hormonas tiroideas.
- c) Entre las finalidades de pedir una analítica de sangre puede estar ganarnos la confianza del paciente.
- d) El resto de la analítica a pedir se debe guiar según los hallazgos exploratorios.
- e) Todas las anteriores son correctas.

**4. EN LA RELACIÓN ENTRE TRASTORNO DEPRESIVO Y ENFERMEDAD FÍSICA, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA?**

- a) Si la depresión es consecuencia directa de una enfermedad médica mediada por el mismo mecanismo fisiopatológico hay que diagnosticar de trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica.
- b) Si la depresión está asociada al consumo o abstinencia de sustancias farmacológicas hay que diagnosticar el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
- c) Existe una relación bidireccional entre enfermedades orgánicas y trastornos depresivos.
- d) En ocasiones existe una comorbilidad entre el trastorno depresivo y la enfermedad física.
- e) Todas las anteriores son correctas.

**5. DENTRO DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS HAY QUE CONSIDERAR:**

- a) Otras enfermedades médicas compatibles con la clínica.
- b) El consumo de fármacos que puedan causar sintomatología depresiva.
- c) Otras enfermedades psiquiátricas.
- d) Consumo y abuso de sustancias.
- e) Todas las anteriores son correctas.

**6. ¿CUÁL DE ESTAS ENFERMEDADES ES MENOS FRECUENTE QUE SE ASOCIE CON DEPRESIÓN?**

- a) Fibromialgia.
- b) Enfermedad de Parkinson.
- c) Hiperparatiroidismo.
- d) EPOC.
- e) Enfermedad cerebrovascular.

**7. ¿CUÁL DE ESTOS MEDICAMENTOS ES MENOS FRECUENTE QUE SE ASOCIE CON DEPRESIÓN?**

- a) IECA.
- b) AINE.
- c) L-Dopa.
- d) Omeprazol.
- e) Benzodiazepinas.

**8. ¿CUÁL DE ESTAS CIRCUNSTANCIAS PUEDE HACERNOS SOSPECHAR UNA DEPRESIÓN SUBYACENTE?**

- a) Hiperfrecuentación.
- b) Síntomas somáticos inespecíficos.
- c) Problemas de memoria.
- d) Fatiga.
- e) Todas las anteriores.

**9. SEGÚN EL ESTUDIO LA DEPRESIÓN SOMATIZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA, ¿CUÁL DE ESTOS SÍNTOMAS ES MENOS FRECUENTE COMO SÍNTOMA PRESENTE EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS?**

- a) Dolor de espalda.
- b) Cefalea.
- c) Dolor torácico.
- d) Mareos.
- e) Fatiga.

**10. ¿CUÁL DE ESTAS PREGUNTAS NO SE CONSIDERA DE PRIMERA ELECCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN LA ESCALA DE GOLDBERG?**

- a) ¿Se ha sentido con poca energía?
- b) ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- c) ¿Ha perdido su interés por las cosas?
- d) ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- e) ¿Se ha sentido usted desesperado?

**11. SEGÚN LA DSM-IV, ¿CUÁL DE ESTOS SÍNTOMAS NO SE CONSIDERA EN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN MAYOR?**

- a) Ánimo deprimido.
- b) Pérdida de interés por las cosas.
- c) Quejas de pérdida de memoria.
- d) Dificultades de concentración.
- e) Ideación suicida o deseo persistente de morir.

**12. DENTRO DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN PODEMOS ENCONTRAR SÍNTOMAS QUE AFECTEN A LAS ÁREAS SIGUIENTES, EXCEPTO:**

- a) Emocional.
- b) Cognitiva.
- c) Conductual.
- d) Somática.
- e) Todas las anteriores.

**13. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS SE CONSIDERA FUNDAMENTAL A LA HORA DE DIAGNOSTICAR UN TRASTORNO DEPRESIVO?**

- a) Una adecuada técnica de entrevista clínica.
- b) El uso de pruebas de laboratorio.
- c) El uso de escalas psicológicas de diagnóstico.
- d) La entrevista a los familiares.
- e) Todo lo anterior.

**14. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES HABILIDADES DE ENTREVISTA CLÍNICA NO FAVORECEN LA DETECCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA?**

- a) Uso de preguntas abiertas.
- b) Adecuada tolerancia y uso de los silencios.
- c) Atender la comunicación no verbal.
- d) Contacto visual con el paciente.
- e) Adecuadas técnicas de negociación.

**15. ¿QUÉ OBJETIVOS NOS PLANTEAMOS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO?**

- a) La remisión completa de la sintomatología.
- b) El mantenimiento del estado conseguido.
- c) La recuperación funcional.
- d) La prevención de las recaídas.
- e) Todo lo anterior.

**16. ¿CUÁL ES LA ACTUACIÓN MÁS ADECUADA ANTE UN CUADRO DEPRESIVO LEVE?**

- a) La psicoterapia breve.
- b) La psicoterapia cognitivo-conductual.
- c) El tratamiento antidepresivo durante el menor tiempo posible.
- d) La vigilancia atenta.
- e) Todo lo anterior.

**17. RESPECTO A LOS ANTIDEPRESIVOS, ¿QUÉ ES CIERTO RESPECTO A SU MECANISMO DE ACCIÓN SOBRE LOS NEUROTRANSMISORES CEREBRALES?**

- a) Justifica plenamente su efecto antidepresivo.
- b) Está firmemente establecido para todos los antidepresivos.
- c) Los ISRS son medicamentos que actúan sobre varios neurotransmisores.
- d) La venlafaxina tiene un efecto dual a las mismas dosis.
- e) Nada de lo anterior es cierto.

**18. RESPECTO AL MECANISMO DE ACCIÓN DE ESTOS ANTIDEPRESIVOS, ¿QUÉ ES CIERTO?**

- a) Los ISRS actúan bloqueando la recaptación de serotonina.
- b) La venlafaxina y duloxetina son antidepresivos con un efecto dual, inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina.
- c) La mirtazapina tiene un efecto dual, pero no por inhibición de la recaptación de aminas, sino por un efecto directo en los receptores post-sinápticos.
- d) La reboxetina es un antidepresivo que actúa por inhibición selectiva de la recaptación de noradrenalina.
- e) Todas las anteriores afirmaciones son correctas.

**19. ¿CUÁL DE ESTOS ISRS NO TIENE AUTORIZADA LA INDICACIÓN EN EL TRASTORNO POR ANGUSTIA?**

- a) Paroxetina.
- b) Sertraliva.
- c) Fluoxetina.
- d) Citalopram.
- e) Escitalopram.

**20. ¿CUÁL DE ESTOS ISRS TIENE INDICADA LA AUTORIZACIÓN EN EL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA?**

- a) Paroxetina.
- b) Sertraliva.
- c) Fluoxetina.
- d) Citalopram.
- e) Escitalopram.

**21. ¿QUÉ CRITERIOS SON IMPORTANTES A LA HORA SE SELECCIONAR UN ANTIDEPRESIVO?**

- a) La respuesta previa.
- b) Las características del cuadro clínico.
- c) La presencia de síntomas somáticos y dolor.
- d) La comorbilidad psiquiátrica.
- e) Todo lo anterior es cierto.

**22. RESPECTO AL ADECUADO PLAN DE TRATAMIENTO, ¿QUÉ ASPECTO NO SE CONSIDERA FUNDAMENTAL?**

- a) Explorar las ideas preconcebidas del paciente, sus miedos y posible resistencia a iniciar el tratamiento.
- b) Advertirle de la posible aparición temprana de efectos secundarios, habitualmente leves y pasajeros.
- c) Señalar le existencia de un tiempo de latencia de 2-4 semanas antes de que el paciente pueda comenzar percibir el efecto terapéutico.
- d) Debe citarse al paciente a menudo al inicio del tratamiento.
- e) Explicarle al paciente el mecanismo de acción de los antidepresivos.

**23. ANTE LA FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO, ¿QUÉ ACTITUD LE PARECE INCORRECTA?**

- a) Reevaluar el diagnóstico.
- b) Evaluar el cumplimiento.
- c) Aumentar la dosis si se constata una respuesta parcial.
- d) Cambiar de medicación si no hay respuesta.
- e) Todo lo anterior es correcto.

**24. RESPECTO AL SÍNDROME DE DISCONTINUACIÓN DE  
LOS ANTIDEPRESIVOS, ¿QUÉ ES FALSO?**

- a) Se caracteriza por malestar generalizado con un cuadro pseudogripal y otros síntomas: molestias gastrointestinales, vértigo, ansiedad.
- b) Es autolimitado.
- c) Tiene una duración aproximada de dos semanas.
- d) Para prevenir la aparición de este cuadro se ha propuesto la disminución lentamente progresiva de las dosis.
- e) La fluoxetina es el que lo ocasiona con mayor frecuencia.

**25. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS HAY QUE CONSIDERAR  
A LA HORA DE LA DERIVACIÓN A PSIQUIATRÍA?**

- a) Riesgo elevado de suicidio.
- b) Petición expresa del paciente.
- c) Falta de respuesta al tratamiento adecuado.
- d) Depresión recurrente y crónica.
- e) Todas las anteriores.

# Notas

# Notas

# Notas