

ESCYM00170

GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en Depresión y ansiedad generalizada con presentación de síntomas somáticos

# GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en

*Depresión  
y ansiedad  
generalizada  
con presentación  
de síntomas  
somáticos*

Patrocinado por

*Lilly*

Respuestas que importan.

OMC  
ORGANIZACIÓN  
MÉDICA  
COLEGIAL  
DE ESPAÑA







## Guía de Buena Práctica Clínica en

# ***Depresión y ansiedad generalizada con presentación de síntomas somáticos***

**Coordinador** Dr. José María Rodríguez Vicente  
*Consejo General de Colegios Oficiales  
de Médicos de España.*

**Asesor en  
la especialidad** Dr. Luis Caballero Martínez  
*Médico Psiquiatra. Hospital  
Universitario Puerta de Hierro.  
Departamento de Psiquiatría de la UAM.  
Majadahonda (Madrid).*

**Autores** Dr. José Manuel Benítez Moreno  
*Médico de Familia. Unidad de Trastornos  
Cognitivos y Psicogeriatría CAEM.  
Parc de Salut Mar. Sta. Coloma  
de Gramanet. Barcelona.*

Dr. Rafael Casquero Ruiz  
*Médico de Familia y Psiquiatra.  
Centro de Salud Las Cortes. Madrid.*

Dr. Ricardo Manzanera Escartí  
*GP Teacher Clinical Methods in Primary  
Care. Faculty of Medicine. Imperial  
College. London, United Kingdom.*

Dr. José Carlos Mínguez Villar  
*Médico de Familia. Centro de Salud  
Tórtola Valladolid-Este. Valladolid.*



Alberto Alcocer, 13, 1.º D  
28036 Madrid  
Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73  
imc@imc-sa.es

Ni el propietario del copyright, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra, pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

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

ISBN: 978-84-693-9058-0  
Depósito Legal: M-53007-2010

# ÍNDICE

Prólogos	7-9
Introducción	11
Introducción, epidemiología y prevalencia	13
La entrevista clínica en pacientes con depresión y ansiedad	39
Diagnóstico y diagnóstico diferencial de la depresión somatizada	63
Tratamiento de la depresión y la ansiedad generalizada con síntomas somáticos	107



# PRÓLOGO

---

La formación continuada de los profesionales sanitarios es hoy una actividad ineludible y absolutamente necesaria si se quiere realizar un ejercicio profesional acorde con la calidad exigida. En el caso del ejercicio médico, una forma de mantener ese alto grado de calidad y responder a las exigencias de la Medicina Basada en la Evidencia es el establecimiento de unas normas de actuación acordes con el conocimiento científico.

Ello es lo que pretenden las «Guías de Buena Práctica Clínica» en los distintos cuadros médicos. Han sido elaboradas por médicos pertenecientes al ámbito de la Atención Primaria, que vierten en ellas la experiencia de su trabajo y larga dedicación profesional y se dirigen a médicos que ejercen en ese mismo medio; por tanto, su contenido es eminentemente práctico y traduce lo que el profesional conoce de primera mano, ayudándole a la toma de la decisión más eficiente.

*Dr. Alfonso Moreno González*  
Presidente del Consejo Nacional de Especialidades Médicas





# PRÓLOGO

---

En los países de nuestro entorno, la profesión médica se halla inmersa en una compleja situación, como consecuencia del nuevo entorno social extraordinariamente cambiante que no ofrece tiempo para la reflexión y el análisis. Pero ¿cuándo no ha sido esto así?

La profesión médica, a través de sus organizaciones profesionales, ha sabido dar prioridad a la formación constante de todos sus miembros y son muchos los ejemplos de esto, como así lo atestigua el éxito de las Guías de Buena Práctica Clínica (GBPC). La Organización Médica Colegial (OMC) inició su edición en el año 2004 y desde entonces ha venido poniendo a disposición de todos los médicos estas herramientas de actualización acordes con el conocimiento científico.

Esperamos que estas Guías, de carácter eminentemente práctico, ayuden al profesional a la toma de decisiones, proporcionándole para ello, de manera precisa y esquemática, opciones de actitudes diagnósticas y terapéuticas, basadas en la evidencia científica y en criterios exclusivamente profesionales.

La calidad de sus contenidos viene avalada por los autores de las mismas, todos ellos expertos en la correspondiente materia, además de contar con la colaboración y el sello del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

*Dr. Juan José Rodríguez Sendín*

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos



# INTRODUCCIÓN

---

No es exagerado decir que el estudio actual de las presentaciones somáticas de los trastornos afectivos y por ansiedad es una de las líneas de investigación clínica que más está contribuyendo a materializar la profunda renovación conceptual que se opera actualmente en el dominio de la patología de la afectividad.

Los actuales estudios epidemiológicos, nosológicos, clasificatorios y neurobiológicos, y también los estudios culturales o sobre la discapacidad y el deterioro de los pacientes depresivos y ansiosos, reunidos bajo la rúbrica de «presentaciones somáticas de enfermedades mentales», representan, sin duda, el mayor esfuerzo realizado desde la Escuela de Chicago de mediados del siglo pasado por entender la naturaleza de la interacción entre los síntomas «psíquicos» y «físicos» de la ansiedad, la depresión y otras enfermedades mentales y encontrar medios eficaces de tratarlos.

El desarrollo de la neurobiología actual ha terminado por modificar el vocabulario y los conceptos con los que adentrarse en el estudio de la naturaleza de estos fenómenos y ha dotado a la investigación de unas posibilidades prometedoras cuyo resultado ha de ser, en conjunto, vital para la psiquiatría y para la medicina del futuro.

La identificación y el manejo en Atención Primaria de síntomas somáticos bajo los cuales subyacen tras-

tornos psiquiátricos que tienen hoy un tratamiento eficaz, parece un epílogo, y un refinamiento lógico, de los notables esfuerzos realizados por muchos para dotar al médico de Atención Primaria de instrumentos con los que diagnosticar y tratar los trastornos depresivos y por ansiedad, tal y como los encuentra en su ámbito asistencial.

Realizada por médicos de Atención Primaria de referencia en psiquiatría y salud mental, esta guía pretende acercar al lector a este objetivo, al tiempo que trata de hacerle entrever los cambios que se acercan desde el futuro a este fascinante capítulo de la patología humana, descrito en algún lugar como «la némesis del médico de Atención Primaria».

## BIBLIOGRAFÍA

Dimsdale JE, Xin Y, Kleinman A y cols. Somatic Presentations of Mental Disorders. Washington: American Psychiatric Association; 2009.

*Dr. Luis Caballero Martínez*

Médico Psiquiatra

Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda  
(Madrid). Departamento de Psiquiatría de la UAM

# Introducción, epidemiología y prevalencia

---

Dr. Rafael Casquero Ruiz

*Médico de Familia y Psiquiatra.*

*Centro de Salud Las Cortes. Madrid.*

---

## DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. GENERALIDADES

La depresión mayor (DM) es un síndrome o agrupación de síntomas en que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que puede hablarse de una afectación global de la vida psíquica con especial énfasis en la esfera afectiva y la presencia de otros síntomas con el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña, ya que el conjunto de síntomas suele afectar al funcionamiento social, laboral e interpersonal. La depresión se asocia, con frecuencia, a ansiedad y, en ocasiones, con el abuso de alcohol u otros tóxicos y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.

### **Depresión**

Estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, dismi-

nución de la vitalidad, cansancio exagerado, casi todos los días, durante dos semanas o más. Se deberán presentar también al menos dos de los siguientes síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría sobre el futuro, pensamientos y actos suicidas o autoagresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

### **Depresión enmascarada, depresión somatizada o depresión con síntomas somáticos**

Se habla de ella cuando el estado depresivo es suplido por uno o varios síntomas, por ejemplo, dolores crónicos que no han respondido al tratamiento o quejas desproporcionadas o manifestaciones somáticas no sistematizadas que ocultan el trastorno afectivo en la depresión. Los síntomas pueden convertirse en crónicos o recurrentes y conducir a un perjuicio sustancial de la capacidad de una persona para hacerse cargo de sus responsabilidades cotidianas. Cuando la depresión es el núcleo central, se considera *depresión con síntomas somáticos*. Cuando el cuadro depresivo se manifiesta en los síntomas somáticos se denomina *depresión somatizada*. La OMS, en su Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, distingue la depresión según su gravedad en episodio depresivo leve, moderado y grave. En el *episodio depresivo leve* puede estar ausente alguno de los tres síntomas nucleares: humor depresivo, anhedonia o falta de vitalidad con fatigabilidad.

**Tabla 1. Factores de riesgo para la depresión**

- Antecedentes familiares y/o personales de depresión. Abusos sexuales.	- Migraña. Abuso o violencia doméstica. Traumatismo (accidentes).
- Distimia.	- Trastornos de ansiedad.
- Rasgos de personalidad neurótica.	- Consumo de alcohol y tabaco, de sustancias.
- Circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, bajas laborales por enfermedad o maternidad).	- Enfermedades cardíacas.
- Enfermedades endocrinas (diabetes, hipo o hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison y amenorrea hiperprolactinémica).	- Pobreza, soledad.
- Polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina. Factores genéticos.	- Estrés crónico, reciente alumbramiento.
	- Otras enfermedades crónicas (tanto físicas como mentales con dolor y/o incapacidad).
	- Pérdida reciente, divorcio. Cambios vitales importantes.

## El síndrome depresión-ansiedad, o trastorno ansioso-depresivo

Existe un amplio solapamiento entre la ansiedad y la depresión que ha generado muchos debates. Se ha postulado una causa común para algunos de estos trastornos, ya que el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor comparten factores de vulnerabilidad genética. Muchos pacientes presentan síntomas ansiosos y depresivos asociados y muchos fármacos antidepresivos son útiles en la ansiedad. Aunque en el DSM-IV constituyen dos apartados independientes, en el apéndice B se cita el trastorno mixto ansioso-depresivo. La CIE-10 considera el trastorno mixto ansioso-depresivo (MAD) F41.2 como una entidad definida en la que coinciden estado de ánimo bajo o tristeza, pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar (anhedonia),



ansiedad y preocupaciones predominantes. Con frecuencia aparecen síntomas asociados, como trastornos del sueño, astenia y pérdida de energía, falta de concentración, trastorno del apetito, ideas o actos suicidas, pérdida de la libido, temblores, palpitaciones, mareos, sequedad de boca, tensión o intranquilidad. Son factores predictores de comorbilidad ansioso-depresiva el género femenino, ser joven, el bajo nivel educacional, no vivir con pareja y el desempleo. La asociación de depresión con ansiedad es del 15%. Un estudio de la OMS sobre depresión y ansiedad mostró que hay un 5,6% de pacientes afectados sólo por ansiedad, un 7,5% de pacientes sólo con depresión y un 4,6% que presenta un solapamiento de ambos trastornos. El trastorno de angustia se asocia al trastorno depresivo mayor en el 50-65% de los casos. El 78% de los sujetos con ansiedad generalizada tiene otro trastorno de ansiedad o trastorno depresivo. El 58% de los enfermos con un trastorno depresivo mayor también tiene otro trastorno de ansiedad o depresivo. La depresión es previa en el 15%, y consecuencia de la ansiedad en el 75%, por lo que se supone que la ansiedad es el trastorno de base y que predispone a la depresión. Esta comorbilidad da lugar a mayor cronicidad y deterioro, peor respuesta al tratamiento, peor pronóstico y mayor riesgo de suicidio, por lo que se requiere un tratamiento integral y mantenido.

## EPIDEMIOLOGÍA: INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Los médicos de Atención Primaria sólo detectan la depresión mayor a entre un tercio y la mitad de los

pacientes que la padecen. La depresión es muy común, el riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida es del 7 al 12% para los hombres y del 20 al 25% para las mujeres en Estados Unidos. Un estudio epidemiológico realizado en España sobre una muestra representativa de la población observó una prevalencia-vida del 10,5% y una prevalencia-año del 3,9%. La edad de máxima incidencia está entre los 18 y 44 años. Las recurrencias son muy frecuentes.

La depresión es una condición devastadora para el individuo y tiene una considerable tasa de mortalidad asociada, ya que el *suicidio* se da en un 15% de los casos, lo cual representa la 11.ª causa de muerte en los Estados Unidos. La estimación de la prevalencia de suicidio en los enfermos hospitalizados por riesgo de suicidio es del 8,6%. Unas 58.000 personas se suicidan cada año en la Unión Europea, cifra que supera la de muertes anuales por accidentes de tráfico, homicidios o VIH/SIDA.

El Libro Verde elaborado por la Comisión de la Comunidad Europea recoge los resultados del estudio ODIN, que muestra una prevalencia anual de la depresión en la población europea entre 18 y 65 años del 6,61% para los hombres y del 10,5% para las mujeres. Un estudio epidemiológico realizado sobre una muestra representativa de la población observó una prevalencia-vida de trastornos mentales del 19% y una prevalencia-año del 8,4%, y reveló que el episodio depresivo mayor es el trastorno mental más frecuente, con una prevalencia-vida del 10,5% y una prevalencia-año del 3,9%. Sin embargo, entre los pacientes hospi-

talizados la prevalencia de depresión se eleva hasta un 18,9% y algunos grupos, como los inmigrantes no regularizados, alcanzan un porcentaje del 40,7%.

El European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), realizado en mayores de 18 años de Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia, con 5.473 pacientes españoles, mostró una prevalencia-vida de los trastornos afectivos del 14%. Entre los trastornos del ánimo el más frecuente es el episodio depresivo mayor, aproximadamente un 10% de la población adulta lo padecerá en algún momento de su vida y un 4% lo ha padecido en el último año. Un episodio previo de depresión mayor se asocia con una probabilidad del 50% de un episodio posterior; dos episodios, con una probabilidad del 70%, y los episodios de tres o más, con una probabilidad del 90%.

La prevalencia de la depresión mayor entre los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria siguiendo los criterios de la DSM-IV es del 4,2% y si se siguen los criterios de la CIE-10 aumenta hasta un 11%. La incidencia se puede establecer en torno a 500-1.000 nuevos casos por cada 100.000 habitantes y año. Todo lo anterior muestra que los trastornos depresivos son un problema sociosanitario de primera magnitud cuya importancia está determinada por las siguientes características.

### **Alta prevalencia**

Una de cada cinco personas presentará en su vida un trastorno del estado de ánimo. En los pacientes con

alguna patología cardiovascular, oncológica o neurológica se presentan en más del 20%. Los síntomas depresivos sin llegar a cumplir criterios de depresión son un motivo frecuente de consulta a los médicos de familia, que se da en un 9-20% de la población. En el medio rural la prevalencia de depresión es ligeramente menor.

## Sexo

La prevalencia de la depresión mayor en la mujer es el doble que la del hombre entre los 15 y los 55 años, y el riesgo de cronicidad es también mayor en la mujer. En las mujeres son inductores de depresión la obesidad severa (índice de masa corporal mayor de 40), la pérdida de un progenitor antes de los 17 años (especialmente de la madre antes de los 11 años), tener tres o más niños de 14 o menos años en casa, una relación conyugal pobre, sin confianza, y la pérdida de empleo. En la depresión postparto es frecuente encontrar antecedentes de trastornos del ánimo. En los varones son predictores de depresión la pérdida de un progenitor antes de los 17 años, un matrimonio emocionalmente pobre y el desempleo.

## Edad

La edad promedio para el inicio de la depresión está próxima a los 30 años, y su prevalencia aumenta con la edad, con un pico de morbilidad entre los 45 y los 64 años, para las mujeres, y 35-64 años, para los varones. La depresión mayor se observa también en ancianos con patología vascular cerebral, cáncer, demencia o discapacidad.

## Estado civil

La depresión es más frecuente en divorciados y viudos.

## Nivel socioeconómico

A menor nivel socioeconómico, mayor prevalencia de clínica afectiva, al menos para las depresiones leves. La inmigración es un factor de riesgo para padecer problemas de salud mental. Hay más depresión en el entorno urbano.

## Estrés social

El riesgo de padecer una depresión es seis veces mayor si se ha tenido un acontecimiento vital estresante. Los depresivos presentan tres veces más acontecimientos vitales estresantes en los seis meses previos que los controles. La pérdida de cónyuge y el desempleo son factores desencadenantes, así como la pérdida de uno de los progenitores antes de los 11 años. La jubilación, el desempleo y el trabajo exclusivo como ama de casa son factores favorecedores de depresión. El incremento del estrés, la reducción del apoyo social y el consumo de sustancias asociado a la vida moderna podrían ser también concausas, particularmente en los jóvenes.

Las *complicaciones de la depresión* son tanto más importantes cuanto más crónico e intenso es el cuadro. Entre las más importantes de ellas se encuentran el aumento de la morbilidad general, las bajas y el absen-

tismo laboral, los trastornos psiquiátricos añadidos, el alcoholismo, los conflictos conyugales, las alteraciones conductuales en los hijos, el aumento de muertes por suicidio y el aumento del consumo sanitario.

## SÍNTOMAS SUBUMBRALES

La depresión se diagnostica generalmente por la presencia de síntomas afectivos que persisten por dos o más semanas. Hasta la mitad de todos los pacientes con depresión activa permanece sin ser diagnosticada, debido a que se presenta con síntomas somáticos en vez de los síntomas emocionales clásicos. Los síntomas somáticos pueden incluir fatiga, dolor articular o de las extremidades, dolor de espalda, dolor abdominal, dolor de cabeza o dolores vagos. El malestar psicológico que acompaña a los *trastornos depresivos y ansiosos* plantea menos problemas de diagnóstico diferencial, pues estas entidades tienen unos criterios estandarizados y definidos, al igual que ocurre con los *trastornos somatomorfos*, en los que, si bien lo que predominan son las manifestaciones somáticas, se acompañan de un malestar psicológico muy característico. La dificultad en el diagnóstico diferencial se encuentra, sobre todo, en los casos clínicos por debajo del «umbral» del criterio diagnóstico.

## DIAGNÓSTICO CON SÍNTOMAS SUBUMBRALES

El 14,7% de los pacientes que acuden por cualquier motivo a las consultas de Atención Primaria presentan

depresión, de los cuales es conocido en el 72% de los casos y recibe tratamiento con antidepresivos el 34%. Hay variabilidad en la práctica clínica, ya que la detección se asocia positivamente con el nivel educacional, la gravedad del cuadro, el grado de incapacidad y la queja de síntomas psicológicos explícitos. Un gran porcentaje de pacientes con depresión no es conocido y muchos de los conocidos no reciben el tratamiento adecuado. Tanto las tasas de detección como las de tratamiento son mayores en las formas más graves de depresión y, además, hasta un 26,5% de los pacientes diagnosticados de depresión por el médico de familia no reúnen criterios formales para este diagnóstico.

### **¿Por qué no se detectan precozmente los pacientes con depresión?**

La depresión mayor es, junto a los trastornos de adaptación, la enfermedad psiquiátrica más frecuentemente atendida por el médico de Atención Primaria. Se ha destacado su importancia y, posteriormente, se verá que su diagnóstico es eminentemente clínico, pero pese a ello es una enfermedad infradiagnosticada. Se calcula que sólo el 40% de los pacientes que deberían recibir tratamiento antidepresivo lo recibe en realidad. Las causas de este infradiagnóstico se deben buscar en:

*a) Causas debidas al propio paciente.* A veces los pacientes desconocen que sufren una depresión. Las enfermedades mentales, aunque más aceptadas socialmente en la actualidad, siguen siendo un tabú y

conlleven un estigma; el paciente es reacio a aceptar, sobre todo si las manifestaciones predominantes son somáticas, que padece un trastorno psiquiátrico. Resulta alarmante que sólo un 35% de los afectados por un trastorno mental contactase con los servicios sanitarios durante el último año en el proyecto ESEMED, probablemente debido a la negación de la enfermedad psiquiátrica por el paciente.

*b) Causas atribuibles al sistema sanitario.* La saturación de las consultas en el sistema sanitario no proporciona las condiciones óptimas para una buena entrevista clínica, herramienta fundamental para el diagnóstico de los trastornos afectivos.

*c) Causas atribuibles al propio médico.* La formación académica en las facultades de Medicina es eminentemente organicista; moverse en el terreno psíquico genera mayor inseguridad a muchos médicos de Atención Primaria y, en ocasiones, temor a enfrentarse con sus propios «miedos». Por otra parte, la presentación de los trastornos afectivos en Atención Primaria suele suceder en formas incipientes, con manifestaciones leves o moderadas e inespecíficas, que hacen más difícil el diagnóstico. Asimismo, en la forma más frecuente de presentación en Atención Primaria predominan los síntomas somáticos, lo cual determina con frecuencia el retraso en el diagnóstico. La existencia de comorbilidad médica asociada dificulta el diagnóstico de la depresión y da lugar a un diagnóstico focalizado en lo «somático». A veces se niega la depresión justificándola como una respuesta a circunstancias concretas.



## **Alerta sobre los síntomas somáticos**

Son muy frecuentes y relevantes. El 69% de los pacientes con trastorno depresivo sólo comunica síntomas físicos. El 93% de pacientes con trastorno depresivo tiene al menos un síntoma físico doloroso. Los síntomas físicos se asocian a mayor severidad de la depresión, ocasionan retraso y dificultad en el diagnóstico, disminuyen la calidad de vida de los pacientes y aumentan el consumo de recursos sanitarios (número de visitas al médico de AP, uso de analgésicos). Por otro lado, los síntomas somáticos de la depresión responden peor que otros síntomas a los ISRS .

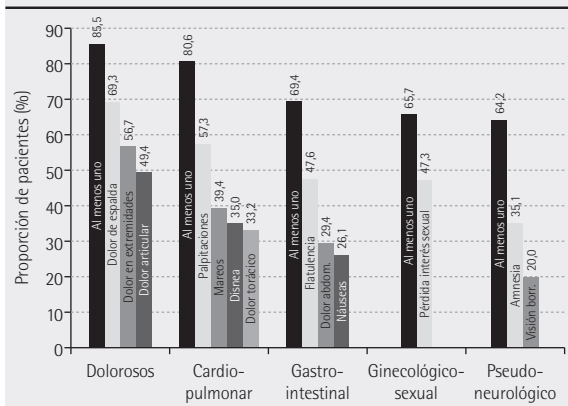
## **Alerta sobre los síntomas ansiosos del trastorno depresivo**

La ansiedad comórbida da lugar a una depresión más grave y recurrente, más invalidante y con más tasas de suicidio y exige el uso de más tratamientos.

## **FRECUENCIA EN INCAPACIDAD TEMPORAL**

El 65% del coste total de la depresión es debido a la pérdida de capacidad laboral que origina. Seis de cada 100 españoles padecen depresión, incluidos el 15% de los ancianos. La depresión es la segunda causa de baja laboral en España, y en la Unión Europea los gastos totales debidos a la depresión se estiman en 161 mil millones de euros anuales. Está aumentando la demanda de tratamiento por síndromes depresivos y la carga de trabajo de los médicos de

**Tabla 2. Frecuencia y relevancia de los síntomas somáticos en depresión en AP**



Caballero L, et al. Intl J Psychiatry Clin Pract 2005; 9:320.

Primaria y los psiquiatras que los atienden. Por término medio, los pacientes con depresión pierden 11 días por cada período de seis meses, mientras que los individuos que no la padecen pierden sólo dos o tres. La depresión es la principal causa de discapacidad medida por APD y la cuarta causa de carga mundial de morbilidad (años de vida ajustados según discapacidad - AVAD), de invalidez o años de vida vividos con discapacidad en el año 2000. La depresión es ya la segunda causa de AVAD en la categoría de edad 15-44 años para ambos sexos. La depresión ocurre en personas de todos los géneros, edades y procedencias. Menos del 25% de los afectados tiene acceso a tratamientos eficaces, aunque puede ser diagnosticada y tratada con fiabilidad en la Atención

Primaria. Es previsible que en el año 2020 la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares.

## DIFICULTAD DEL DIAGNÓSTICO Y DEL TRATAMIENTO

**Tabla 3. Alteraciones somáticas que enmascaran una depresión**

- Trastornos neurológicos: dolor, parestesias, cefaleas...
- Trastornos neurovegetativos: astenia, hiperhidrosis, lipotimias...
- Trastornos sensoriales: vértigos, acúfenos, fosfenos...
- Trastornos digestivos: dispepsia, náuseas, alteración del ritmo intestinal...
- Trastornos cardio-circulatorios: del ritmo cardiaco, dolor precordial, HTA...
- Otros trastornos: alopecia, impotencia, frigidez, disnea, fatiga, trastornos del sueño, aumento o pérdida de peso, deterioro funcional inexplicable, síntomas sin explicación médica.

**Tabla 4. Consideraciones para mejorar el infradiagnóstico de la depresión (OMS 2004)**

- Casi el 50% de las personas que padecen depresión no están identificadas en países con altos ingresos económicos.
- La identificación precoz de la depresión significa un tratamiento más efectivo y evita la discapacidad o la muerte por suicidio.
- Antecedentes psiquiátricos personales.
- Preocupaciones múltiples, cambios en las relaciones interpersonales (discusiones frecuentes, problemas en el trabajo, aislamiento).
- Ausencia de enfermedad física conocida.
- Pacientes con síntomas somáticos.
- Conductas autolesivas y de riesgo.
- Verbalización depresiva o suicida.
- Consumo de fármacos, alcohol y otras sustancias de abuso.
- Malos tratos en la infancia, historia de abusos psicofísicos.
- Pacientes pluriconsultantes o hiperfrecuentadores.

## IMPORTANCIA DE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS DE DEPRESIÓN EN AP

A Tylee y P Gandhi han realizado una amplia revisión centrada en los síntomas somáticos de los cuadros depresivos en la que obtuvieron 2.213, 1.901 y 2.462 citas bibliográficas de MEDLINE, EMBASE y PsychLIT/ PsychINFO, respectivamente. La mayoría de los casos de depresión son sólo reconocidos tras sucesivas consultas, algunas veces varios años después de que el paciente ha empezado a ir a la consulta. La sospecha de depresión habitualmente aumenta con la presencia de síntomas psicológicos. Sin embargo, aproximadamente dos terceras partes de los pacientes con depresión presentan un cuadro clínico dominado por síntomas somáticos, como pérdida de energía y dolores generalizados, que los afectados atribuyen normalmente a causas habituales. Muchos médicos generales llevan a cabo largas investigaciones sobre posibles enfermedades orgánicas encubiertas que expliquen síntomas somáticos atípicos antes de considerar el diagnóstico de depresión. La depresión es más difícil de reconocer cuando se presentan quejas somáticas.

Los síntomas somáticos depresivos son más comunes en ciertos grupos de pacientes, incluyendo mujeres, particularmente embarazadas, los ancianos, personas con bajos ingresos, niños, algunas minorías culturales, pacientes con enfermedades orgánicas asociadas, presidiarios y ciertos grupos culturales, como la población afroamericana en los Estados Unidos. La presencia de síntomas somáticos en sí misma puede

**Tabla 5. Prevalencia de síntomas psicológicos y somáticos en pacientes con depresión en el estudio DEPRES II (1.884 casos con depresión tratada previamente)**

Síntomas psicológicos	% de pacientes	Síntomas somáticos	% de pacientes
Ánimo deprimido o triste.	76	Cansado, sin energía.	73
Llanto, emotividad, ganas de llorar.	59	Sueño interrumpido o disminuido.	63
Ansiedad, nerviosismo, temor.	57	Cambios en el apetito.	40
Escasa memoria, baja concentración.	51	Palpitaciones, taquicardia.	34
Irritabilidad.	50	Enfermedades orgánicas asociadas (dorsalgia, artritis).	65
Desvalorización y baja autoestima.	40		
Apatía, desmotivación.	39		
Preocupación constante.	38		
Interés disminuido en hobbies y amistades.	37		
Pensamientos desagradables o inoportunos.	37		
Sentimiento de que no merece la pena vivir.	34		

Tylee *et al.*

suponer un alto riesgo de desarrollar una depresión. Del mismo modo, los pacientes con depresión tienen más posibilidades de desarrollar síntomas somáticos a largo plazo que otros grupos poblacionales.

## Los síntomas somáticos dificultan y disminuyen el reconocimiento de la depresión

Hay evidencia de infradiagnóstico e infratratamiento en la primera visita a consulta en Atención Primaria. Las presentaciones somáticas y el error de no contemplar esta posibilidad durante la entrevista con

**Tabla 6. Incidencia en tres años de 10 síntomas somáticos comunes y proporción de los síntomas con una sospecha de origen orgánico (N = 1.000)**

	Incidencia en tres años	Causa orgánica	No causa orgánica
Dolor torácico	90	10	80
Fatiga	85	12	73
Mareo	59	10	50
Cefalea	57	5	55
Edema	43	22	20
Dolor de espalda	40	5	38
Disnea	38	7	40
Insomnio	37	3	40
Dolor abdominal	29	4	36
Parestesias, somnolencia	27	5	35

Kroenke y Mangelsdorff.

el paciente son las principales causas de este infradiagnóstico. Es menos probable que la depresión sea reconocida en pacientes que presentan síntomas somáticos que en los que presentan síntomas psicológicos (tabla 6). En AP es muy frecuente que los pacientes con depresión refieran únicamente síntomas somáticos cuando acuden al médico: el 69% de los pacientes con depresión comunicó a su médico únicamente síntomas somáticos. En 1985, Bridges y Goldberg comprobaron que los médicos de Atención Primaria diagnosticaban menos del 50% de depresiones en los pacientes que presentaban síntomas somáticos.

En Atención Primaria los pacientes tienen tendencia a atribuir los síntomas somáticos a una causa no patológica (**atribución normalizada**) y rara vez a una causa psicopatológica (**atribución psicológica**), lo cual es uno de los principales inductores de infradiagnóstico.

Los médicos de Atención Primaria en el Reino Unido no reconocen la depresión (o la ansiedad) en el 85% de los pacientes con un estilo atribucional normalizado, comparado con el 38% de los pacientes que tienen un estilo atributivo psicologizante. Una aproximación holística y narrativa con tiempo suficiente, abierta y con preguntas directas orientadas a las cuestiones psicológicas puede alentar al paciente a revelar su estado de ánimo. Los médicos deben ponderar todos los síntomas sin tener en cuenta si los pacientes se focalizan antes o después en ellos. Es importante que los médicos de AP adquieran habilidades para el reconocimiento de la depresión somática, ya que tienen más tendencia a focalizar en los síntomas psicológicos. Cuando la depresión se reconoce a partir de los síntomas somáticos, la focalización y la gravedad de los síntomas somáticos pueden limitar la voluntad de los pacientes para cumplir el tratamiento.

Cuando en Suecia se aplicó un programa para mejorar la formación de la depresión en los médicos de AP durante 1980, en dos seminarios diarios, aumentó el reconocimiento de los casos de depresión y disminuyó significativamente la atención hospitalaria, morbilidad, mortalidad y costes totales, con un saldo favorable de ahorro de 26 millones de dólares en tres años, pero quedó de manifiesto que hay que repetir estas acciones docentes cada dos años para mantener los efectos positivos a largo plazo.

Hasta la última revisión de los criterios del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor no se mencionaban

los síntomas somáticos en la definición de este trastorno. La más reciente revisión de los criterios del DSM-IV por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR) incluye síntomas somáticos en la depresión y es indicativa del creciente interés por los síntomas somáticos de la depresión. Los nuevos criterios se refieren a «la excesiva preocupación sobre la salud física y las quejas de dolor» (migraña, dolor de espalda, dolor abdominal) entre las características asociadas del trastorno depresivo mayor.

Los trastornos psiquiátricos pueden predecir la aparición de sintomatología somática y, a su vez, estos síntomas (especialmente el dolor) pueden predecir el inicio de la depresión. Las personas con depresión y dolor generan mayores costos del cuidado de la salud y mayor uso de tratamientos complementarios y alternativos. La depresión comórbida con dolor crónico se asocia a consecuencias muy negativas sobre el funcionamiento y cargas económicas que persisten o aumentan con el tiempo, en las personas cerca de la jubilación. La comorbilidad implica aumento del dolor, depresión refractaria, mayor incapacidad funcional y laboral y menos probabilidades de recibir atención especializada en salud mental (estudio HRS, en Estados Unidos, con 8.807 personas, iniciado en 1992).

## GASTOS ECONÓMICOS

La OMS estimó en el año 2001 que un tercio de los años vividos con discapacidad se atribuye a trastornos



neuropsiquiátricos. Conjuntamente, el 12,15% de estos años se debe únicamente a depresión unipolar y constituye la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades. Cuatro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad son enfermedades mentales: depresión, los trastornos por abuso del alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Los impactos económicos se expresan en la disminución de los ingresos personales, en la capacidad de la persona enferma y frecuentemente de sus cuidadores para trabajar, en la productividad en el ámbito del trabajo, en la contribución a la economía nacional y en el aumento de consumo de servicios de atención y apoyo. El coste económico de los trastornos mentales en países desarrollados se estima entre el 3 y el 4% del producto interior bruto. El coste promedio anual, incluyendo costes médicos, farmacéuticos y por discapacidad, para trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser 4,2 veces más alto que el incurrido por asegurado típico. Debido a su alta prevalencia, al coste que origina su tratamiento, a su papel como factor de riesgo de suicidio y a su impacto en la productividad, la depresión juega un enorme papel económico no sólo en el sistema sanitario sino también en la sociedad.

Los síntomas somáticos incrementan la carga y la discapacidad de la depresión. Los pacientes con dolor generalizado y molestias habituales, que incluyen artralgias, cefaleas y dolor de espalda, presentan peor salud física y mental y más cuadros psiquiátricos que los pacientes sin dolores generalizados. Los pacientes

deprimidos con molestias y dolores habituales acuden a los servicios de salud a lo largo del año un 20% más que aquellos que no tienen síntomas dolorosos. Estos pacientes, además, tuvieron un 20% menos de probabilidades de acudir a los especialistas que los que no refirieron molestias ni dolor somático. El número de síntomas somáticos se correlacionaba con el gasto total de los servicios prestados. Un estudio de Estados Unidos mostró cómo los costes subieron de 2,8 y cuatro veces más en pacientes deprimidos con dolor de espalda y con migraña, respectivamente.

## REPERCUSIONES SOCIALES

Aproximadamente el 90% de los pacientes deprimidos sufre un deterioro moderado o severo en el ámbito laboral, doméstico, en sus relaciones o funcionamiento social. En 2005, el coste de la depresión en Europa fue estimado en 120 millones de euros. En Suecia, en los últimos ocho años, se ha doblado el coste social de la depresión. Los resultados del estudio ESEMeD (European Study of Epidemiology of Mental Disorders) muestran que el uso de los servicios sanitarios es seis veces mayor en los pacientes con trastornos afectivos que en la población general (36,5% *versus* 6,4%) por hiperfrecuentación y sobreutilización de los recursos. En el estudio realizado con la escala EuroQol (lumbalgia aguda o subaguda) se observó cómo los síntomas somáticos dolorosos se asociaban a una disminución de la calidad de vida. Los trastornos del estado de ánimo presentan un impacto negativo mayor en

la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el funcionamiento diario de los individuos que las enfermedades médicas crónicas. En el proyecto ESEMeD, la depresión, comparada con otras enfermedades crónicas (como angina, artritis, asma y diabetes), ocasionó un descenso de salud mayor que el ocasionado por éstas. Los pacientes depresivos tienen una morbi-mortalidad superior a la población general. En el estudio ODIN (Depression International Network) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los controles y el grupo de depresión en los marcadores de salud físicos y mentales, independientemente del nivel de gravedad de la depresión; sin embargo, hubo muy pocas diferencias en la calidad de vida entre los niveles de la depresión definidos por CIE-10.

## RESUMEN CON 10 PUNTOS O RECOMENDACIONES

1. No se recomienda el cribado de la depresión, aunque debe tenerse en cuenta su posible existencia en personas con factores de riesgo.
2. Se recomienda la búsqueda activa de la depresión cuando aparecen factores de riesgo y si el perfil epidemiológico induce a sospechar su existencia.
3. Se recomienda la búsqueda activa en los casos de hiperfrecuentación y cuando confluye un conjunto de síntomas somáticos, con alguna sintomatología ansiosa y/o depresiva.

4. Se recomienda no descartar el diagnóstico de depresión en ausencia de tristeza.
5. Se recomienda la búsqueda de ideación suicida en toda depresión, por su elevada frecuencia y potencial peligrosidad.
6. Dado el negativo impacto de la depresión comórbida, se recomienda el tratamiento activo de la depresión entre los pacientes con enfermedades somáticas crónicas.
7. Se recomienda mejorar el conocimiento de los síntomas somáticos en la depresión entre los médicos de AP, perfeccionando la técnica de entrevista clínica y probando técnicas para enseñar a los pacientes a reatribuir la causalidad somática.
8. Se recomienda la enseñanza de la reatribución de los síntomas somáticos a problemas psicológicos para que los pacientes entiendan sus sentimientos (en particular, sus creencias acerca de la causa de sus síntomas), proporcionando un *feed-back* de los resultados de su examen físico y de su historia médica, y sugiriendo que los síntomas somáticos pueden vincularse a factores psicológicos y al estilo de vida.
9. Se recomienda una aproximación holística al reconocimiento de todos los síntomas de la depresión. Los médicos de AP han de elevar el índice de sospecha de depresión cuando se

encuentran síntomas somáticos inexplicados, incluidos dolores generalizados y dolores con falta de energía.

10. Ante una cardiopatía isquémica o una arritmia cardíaca hay que detectar activamente si existe depresión, ya que con frecuencia pasa infradiagnosticada y hay evidencia de que dicha comorbilidad no tratada hace evolucionar desfavorablemente ambas entidades.

## BIBLIOGRAFÍA

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias. Guía de salud mental para Atención Primaria. Guía de recomendaciones clínicas. La depresión. Cuadernos asturianos de salud. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias; noviembre 2007; 81-6.

Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, Arronte-Rosales A, Krug-Llamas E, Olivares-Santos R, Reyes et al. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. Medigraphic Artemeni Isinaea 70 y 72. Salud Mental, vol. 30, n.º 6, noviembre-diciembre 2007.

García Cebrián A, Gandhi P, Demyttenaere K, Peveler R. La asociación de los síntomas de la depresión y el dolor físico. Una revisión de la literatura europea. Una Investigación de Resultados en Salud Europea. Reino Unido: European Psychiatry 2006; 379-88.

Grupo de Trabajo de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la

Depresión Mayor en el Adulto. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Año 2008. Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo. Coord.: Arturo Louro González. <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/resumida/apartado02/definicion02.html>.

Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)* 2006 Apr 1; 126(12):445-51.

Health Care Guideline: Major Depression in Adults in Primary Care. Tenth Edition May 2007. [www.icsi.org](http://www.icsi.org). Scope and Target Population.

Katon W, Lin EH, Kroenke K. Department of Psychiatry, University of Washington School of Medicine, Seattle. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007 Mar-Apr; 29(2):147-55.

Lieb R, PhD, Meinlschmidt G, PhD, Araya R, PhD. Somatic presentations: epidemiology. *Epidemiology of the Association Between Somatoform Disorders and Anxiety and Depressive Disorders: An Up Psychosomatic Medicine* 2007; 69:860-3. © 2007 American Psychosomatic Society.

Nuevo R, Leighton C, Dunn G, et al. Impact of severity and type of depression on quality of life in cases identified in the community. *Psychological Medicine* 2010 (febrero) [artículo original] [16/3/2010].

Robinson MJ, Edwards SE, Iyengar S, Bymaster F, Clark M, Katon W. Depression and pain. *Frontiers in Bioscience* 2009 June 1; 14: 5.031-51.

Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psycho-

logical disorders in primary health care. Br J Psychiatry 1996 Jun; 30(suppl.):38-43.

Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med 1999 Oct 28; 341(18):1.329-35.

Tylee A, MD, MRC Psich, Gandhi P, MRC Psich. Importancia de los síntomas somáticos de depresión en AP. Prim Care Companion. J Clin Psychiatry 2005; 7:167-76.

# La entrevista clínica en pacientes con depresión y ansiedad

---

Dr. José Manuel Benítez Moreno

*Médico de Familia. Unidad de Trastornos Cognitivos y Psicogeriatría CAEM. Parc de Salut Mar. Sta. Coloma de Gramanet. Barcelona*

---

## GENERALIDADES

El diagnóstico clínico en psiquiatría se realiza a partir de la observación del paciente y del conocimiento que se adquiere, por medio de la entrevista clínica, de su realidad interior, así como de sus condicionantes externos, que configuran el eje central de su biografía y de su historia clínica.

Pese a la aportación innegable de los cuestionarios y escalas en diversos ámbitos de la práctica clínica, de las novedosas técnicas de neuroimagen y de la reciente introducción de la cartografía genética al conocimiento de la enfermedad mental, todavía no se ha podido superar la precisión diagnóstica de la entrevista clínica en psiquiatría.

En la actualidad, la práctica de la Medicina de Familia obliga a asumir el abordaje integral de un mayor espectro de patologías y el profesional debe tener suficientes habilidades para un óptimo desarrollo de la entrevista clínica psiquiátrica, ya que es un instrumento clave en su práctica diaria, especialmente, en lo que a la evaluación del estado de salud mental se refiere (tabla 1).



**Tabla 1. Objetivos de la entrevista clínica en salud mental en Atención Primaria**

- Establecer un diagnóstico.
- Detectar actitudes y sentimientos del paciente (y sus familiares) ante su enfermedad.
- Valorar el momento evolutivo, la gravedad y el pronóstico de la enfermedad.
- Establecer el plan terapéutico conjunto.

La historia clínica se articula sobre los epígrafes de la anamnesis, la exploración física, la exploración psicopatológica, las exploraciones complementarias, la orientación diagnóstica, la orientación pronóstica, los tratamientos, la evolución clínica y los comentarios, concluyendo con la epicrisis. La anamnesis es un elemento crítico de la historia clínica, con sus correspondientes apartados (tabla 2). El diccionario de María Moliner la define como el *interrogatorio a que somete el médico a un paciente a fin de conocer sus antecedentes sanitarios, individuales y familiares*, y el diccionario de la Real Academia nos remite a su origen griego (ἀνάμνησις, recuerdo), es decir, *conjunto de los datos clínicos relevantes y otros del historial del paciente*.

**Tabla 2. Apartados de la anamnesis**

1. Datos de filiación.
2. Motivo de consulta.
3. Historia de la enfermedad actual.
4. Antecedentes personales.
5. Antecedentes familiares.

Al referirse a la anamnesis orientada a la exploración del estado de salud mental de un paciente adulto,

en la mayoría de situaciones propias de la consulta de Atención Primaria es aconsejable seguir el modelo médico clásico, con la aclaración de que más que un *interrogatorio*, lo que resulta más enriquecedor es la *entrevista*, porque conceptualmente *entrevistar* sugiere una situación en la que, como señala una de las acepciones del diccionario de la Real Academia, se trata de *tener una conversación con una o varias personas para un fin determinado*. El término *interrogarse* suele asociar con la idea de ir emitiendo una serie de preguntas que exigen respuestas muy concisas, algo muy útil en situaciones clínicas que requieren rápida intervención o en aquellos apartados de la anamnesis muy estructurados, de manera que se ajusten a un árbol de decisión (por ejemplo, al preguntar por las características de un dolor torácico). Pero en la exploración de la depresión y de la ansiedad, la información debe recogerse de manera que haya un margen para el comentario, para la explicación más o menos detallada de lo que siente el paciente y, en muchas ocasiones, será imprescindible obtener información adicional de otras personas. Por tanto, se recomienda que la *entrevista* sea *semidirigida* (tabla 3), modelo éste que requiere mucha habilidad por parte del entrevistador para que en todo momento sea él quien marque los tiempos, oriente el rumbo de la entrevista y acote el contenido de la misma, sin que el paciente pueda tener la impresión de que se le coarta la posibilidad de expresarse o, por el contrario, de que se le apremia a dar una respuesta inmediata a todo lo que se le plantea.

**Tabla 3. Entrevista semidirigida**

Aquella mediante la cual se orienta y se encauza la narración del paciente sin perder de vista la búsqueda más o menos sistemática de signos y síntomas que configuren el cuadro clínico.

El objeto de este capítulo es la entrevista clínica en pacientes con ansiedad y depresión con predominio de síntomas somáticos, pero no está de más un sucinto repaso de los apartados que debe reunir la entrevista destinada a poner de manifiesto aspectos psicopatológicos del paciente en la consulta del médico de familia.

El abordaje recomendado al médico de familia para la entrevista en salud mental es el *descriptivo*, cuyo fundamento fenomenológico incluye un método basado en la clasificación de síntomas y la aplicación de categorías diagnósticas. El método interpretativo, basado en los conflictos inconscientes, propio del psicoanálisis, escapa al marco de competencias de nuestra especialidad. Resulta de interés el modelo de entrevista conductual de Peterson, que se adapta en este texto a la queja o síntoma principal del paciente, ya que ayuda a tener un esquema claro sobre qué dinámica deberá seguir la entrevista (tabla 4).

La información clínica no suele completarse en un solo acto médico, sino que se enriquece como resultado de los múltiples contactos con el paciente, con sus familiares o personas próximas. La entrevista clínica, cuando se desarrolla con destreza, suele generar confianza en el paciente, lo que a su vez

**Tabla 4. Modelo de entrevista conductual de Peterson, adaptado**

Concreción del síntoma	Determinantes del síntoma
a. Naturaleza (tristeza, desánimo, dolor, insomnio, disfunción sexual, pérdida de apetito, etc.).	1. En qué condiciones se intensifica. 2. Qué condiciones mejoran el síntoma. 3. A qué lo atribuye el paciente. 4. Determinantes sociales y personales relacionados con el síntoma.
b. Gravedad del síntoma (frecuencia e intensidad percibida por el paciente; ¿interferencia en las actividades cotidianas?).	5. Cognitivos (qué convicciones adquiere el paciente como resultado del síntoma). 6. Conductual (qué traducción tiene el síntoma en la conducta del sujeto).
c. Generalidad del síntoma (duración, características específicas en distintas situaciones).	7. Expectativas (qué cambios propone o desea el sujeto para afrontar su situación y qué objetivo persigue). 8. ¿Existen datos suficientes para llevar a cabo exploraciones adicionales?

potencia su implicación en el proceso terapéutico y cimienta su adherencia al tratamiento y la cumplimentación de las prescripciones. Una entrevista clínica provechosa es aquella en la que se expresa la habilidad comunicativa del médico y suele tener, además, una *función terapéutica*, que debe sustentarse en una permanente actitud respetuosa que garantice la confidencialidad, en un lenguaje asequible al paciente, una escucha activa, una actitud empática, empática y asertiva, y una baja reactividad (tabla 5). Su uso inadecuado, sin embargo, puede dar lugar a errores diagnósticos o ser fuente de iatrogenia.

**Tabla 5. Requisitos del entrevistador que favorecen la comunicación**

**EMPATÍA:** capacidad de entender las emociones y los sentimientos de otra persona, evitando cualquier tipo de prejuicio.

**ASERTIVIDAD:** capacidad de afirmarse o de exponer una idea respetuosamente, sin carga emotiva, y con independencia de cuál sea la opinión del otro.

**ECPATÍA:** capacidad de que las emociones del otro no nos invadan y condicionen nuestra conducta.

**REACTIVIDAD:** tendencia del médico a adelantarse a lo que el paciente va a decir, por ejemplo, con otra nueva pregunta. Cuanto menor sea el tiempo que transcurre entre la última palabra pronunciada por el paciente y la siguiente que emite el médico, mayor es la reactividad. Una alta reactividad limita significativamente la posibilidad de expresión del paciente.

Los primeros momentos de la entrevista clínica psiquiátrica son cruciales para el posterior desarrollo de la relación entre paciente y médico y condiciona el tipo y la cantidad de información que se obtenga. Puede distinguirse una fase primera o *fase informativa* (tabla 6), que comprende la presentación y la recogida de los datos de filiación y el motivo de consulta. La presentación sirve para tener una primera impresión del paciente (y él de nosotros). La segunda fase o *de anamnesis* propiamente dicha es en la que se va estableciendo una primera hipótesis sobre lo que le sucede al paciente. La tercera fase, a la que puede denominarse *resolutiva o de negociación*, es aquella en la que se presenta al paciente una primera impresión, en términos comprensibles para él, y la propuesta inicial del plan a seguir (exploraciones, tratamientos, derivaciones a otros dispositivos, periodicidad de las

visitas, etc.), a la vez que se conoce su punto de vista al respecto, sus expectativas y su disponibilidad a seguir o no el plan expuesto. Es fundamental en esta última fase asegurarse de que el paciente o sus acompañantes han entendido las instrucciones, así como garantizar el compromiso del paciente (a veces es recomendable adquirir el compromiso adicional de algún familiar que se responsabilice y actúe como referente o cuidador principal). Siempre, y ante todo paciente, debe saberse si dispone de apoyo familiar o social, ya que la carencia de este tipo de soporte se relaciona con una mayor morbilidad general y con un peor pronóstico.

**Tabla 6. Primera fase de la entrevista**

- Presentación respetuosa y amable (impresión mutua inicial).
- Distribución de los espacios en la sala.
- Identificación de roles que adoptan los acompañantes (modelo relacional).
- Moderación de los turnos y tiempo de palabra.
- Identificación del motivo real de la consulta y de quién ha sido la iniciativa.
- En todo momento, observar y escuchar activamente.

El desarrollo de la anamnesis para obtener información sobre la psicopatología del paciente puede seguir el esquema que se muestra a continuación, teniendo en cuenta que hay que ser flexibles y no forzosamente llevar este orden, sino adecuarlo a cada enfermo; lo importante es obtener toda esta información porque de ella van a depender las decisiones que se tomen:

## 1. Datos de filiación

- a. Nombre y apellidos, domicilio, teléfono, correo electrónico. Datos de localización, en caso necesario, de otra persona de confianza del paciente.
- b. Edad. Fecha y lugar de nacimiento.
- c. Ocupación. Situación laboral.
- d. Estado civil o información sobre su situación interpersonal (soltero, casado, emparejado, separado, divorciado, viudo).

La recogida exhaustiva de los datos de filiación no tiene por qué cumplimentarse en primer lugar o al menos no por completo, especialmente en aquellos pacientes de los que sospechemos desconfianza o conozcamos rasgos autorreferenciales o paranoides.

## 2. Motivo de visita

Debe quedar expresado de forma escueta, utilizando muy pocas palabras (por ejemplo: *se siente muy triste, sin ganas de hacer nada y con cefaleas intensas desde hace unas dos semanas*).

Es necesario establecer el origen de la tristeza y valorar si ésta es normal (si existe un claro desencadenante, su intensidad y duración son adecuadas al motivo que la provoca, no suele acompañarse de componente somático y la interferencia que provoca en las actividades del sujeto es escasa) o es patológica (con un desencadenante no siempre identificable, de

intensidad y duración desproporcionadas, acompañada de un proceso desadaptativo y de una clara interferencia en las actividades del paciente, con frecuentes e intensos síntomas somáticos).

Sobre el llanto, como manifestación más aparente de la tristeza, habrá que descubrir si es motivado externamente, que es propio del neurótico angustiado y aparece como expresión de su estado de ansiedad o reactivo y tiene la función de proporcionar alivio a la tensión. O bien, si es inmotivado, que es aquel muy típico del deprimido y que no le aporta alivio.

### **3. Antecedentes familiares**

Es recomendable desarrollar el árbol genealógico desde los padres, anotando al margen aquellos datos médicos y patobiográficos de interés (un ejemplo de cada uno de ellos podría ser: enfermedades oncológicas y suicidios). Se pedirá información sobre la familia de origen y la familia propia (cuando el paciente tenga hijos). En este apartado se recomienda prestar especial atención a:

- a. Enfermedades del sistema nervioso central.
- b. Enfermedades o trastornos psiquiátricos, preguntando abiertamente por antecedentes familiares de internamientos psiquiátricos, abuso de sustancias, suicidios o cualquier otra circunstancia que en el caso concreto pueda parecer relevante.



#### 4. Antecedentes personales

- a. Médicos: enfermedades, intervenciones quirúrgicas, traumatismos. Aquí conviene preguntar por las posibles alergias e intolerancias medicamentosas y por los hábitos tóxicos.
- b. Psicológicos. Psicobiografía: información sobre la personalidad premórbida:
  1. Origen: lugar de nacimiento, procedencia de su familia biológica, lugares en los que ha residido a lo largo de su vida.
  2. Datos perinatales y de la infancia: desarrollo pondoestatural y psicomotor, socialización, escolaridad; conviene recoger información sobre las relaciones familiares.
  3. Pubertad y adolescencia: obtener datos sobre el desarrollo sexual y las experiencias en este campo. Orientación sexual. Estudios. Relaciones interpersonales. Aficiones y vocaciones.
  4. Información relevante del principio de la edad adulta: inserción al mundo laboral, qué problemas planteó; si es el caso, cómo vivió el servicio militar, etc.
  5. Historia laboral.
  6. Historia afectiva (familia de origen, amigos, parejas, hijos).

#### 5. Historia de la enfermedad actual

- a. Referente a la queja: ¿qué siente?, ¿desde cuándo, cómo y en qué momentos se manifiesta su

malestar?, ¿a qué lo atribuye?, ¿ha seguido algún tratamiento?, ¿con qué resultados?, ¿sus síntomas afectan o no a las actividades cotidianas (sociales, laborales, familiares, etc.)?

Cuando un paciente con síntomas depresivos relate que en un episodio anterior mejoró en muy pocos días con un antidepresivo, habrá que indagar en busca de un posible trastorno bipolar, que siempre va a requerir consulta con el psiquiatra.

- b. Exploración psicopatológica: las áreas que deben ser exploradas son:
- *Conciencia. Orientación. Contacto con la realidad.*
  - *Pensamiento (curso y contenido), explorar ideación delirante e ideas suicidas:* en los episodios depresivos graves pueden darse síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones o profundo estupor), que deberán ser descartados en la exploración, directamente preguntando al paciente, y de forma indirecta por medio de información requerida a los familiares.
  - *Atención. Concentración. Sueño.*
  - *Lenguaje.*
  - *Sensopercepción. Autoimagen. Explorar existencia de alucinaciones.*
  - *Afectividad.*
  - *Interesa conocer detalles sobre los hábitos alimentarios del paciente. En la depresión*

suele ser común la inapetencia o hiporexia, al igual que en los cuadros de ansiedad, si bien en estos últimos no es infrecuente la presencia de conductas bulímicas.

Interrogar sobre la autoimagen corporal puede servirnos para descartar la existencia de algún trastorno alimentario primario o comórbido.

- No debe obviarse la exploración de *conductas de evitación*, tan frecuentes en gran número de trastornos de ansiedad e incluso en trastornos del estado de ánimo de carácter depresivo.
- Informarse sobre el *patrón de conducta sexual* puede aportar datos importantes a la exploración psicopatológica. Los trastornos de ansiedad suelen cursar con disfunciones sexuales. Así, en el varón, la más común es la eyaculación precoz, seguida en frecuencia por la disfunción eréctil; en la mujer con trastorno de ansiedad, lo más frecuente es un trastorno de la excitación sexual, la anorgasmia y el vaginismo. En ambos sexos, los trastornos de ansiedad pueden cursar con dispareunia, especialmente cuando hay rasgos hipocondríacos, obsesivos (miedo a la contaminación) o bien determinadas fobias. En algunos casos de pacientes con ansiedad pueden darse

conductas sexuales hiperactivas con las que, conscientemente o no, procuran calmar su tensión.

La conducta sexual en pacientes deprimidos suele caracterizarse, como en todo su espectro comportamental, por una marcada hipoactividad e incapacidad, que se concretan fundamentalmente en un deseo sexual muy pobre o nulo y en disfunción eréctil o anorgasmia.

Aunque habitualmente el médico de familia es reacio a preguntar sobre sexualidad a sus pacientes, conviene conocer cuál es el punto de partida para, en el caso de tratamiento psicofarmacológico, saber si la posible disfunción será atribuible a su trastorno anímico o a un efecto secundario de la medicación, al tiempo que una recuperación del deseo sexual puede ser un indicador más de mejoría.

Frente a una paciente con síntomas depresivos que afirme que en otros momentos, coincidiendo con estados de ánimo expansivos, su sexualidad estaba incrementada, habrá que sospechar el diagnóstico de bipolaridad y consultar con el psiquiatra.

- Se deberá explorar el *control de los impulsos*, así como el *consumo de sustancias*, la existencia de otras *adicciones* (ludopatía,

Internet, etc.), otras conductas de riesgo, preguntar sobre el historial de accidentalidad del sujeto y sobre la existencia de antecedentes de *problemas con la ley*.

- Por último (aunque a veces puede ser útil al principio de la anamnesis), es recomendable pedirle al paciente que resuma en pocas palabras su vida hasta el presente y preguntarle si tiene *proyecto de futuro*; saber –en definitiva– qué desea hacer con su vida nos aporta datos muy reveladores de la situación interior del sujeto y de su personalidad.

En la tabla 7 se resume el guión presentado.

**Tabla 7. Áreas que se deben explorar durante la entrevista clínica**

- Conciencia.
- Orientación.
- Lenguaje.
- Atención.
- Memoria.
- Pensamiento.
- Percepción.
- Humor.
- Inteligencia (no es preciso ningún test para tener una idea aproximada de la inteligencia de un paciente).
- Conducta (básicamente es el resultado de la percepción, el pensamiento y el humor).

Un pilar fundamental de la entrevista clínica al paciente deprimido (en menor medida en el paciente

ansioso) es la indagación sobre su vida instintiva, que en la depresión mayor se halla profundamente afectada: generalmente hay trastornos del sueño, alteraciones del apetito, afectación de la sexualidad y escaso interés por seguir viviendo. La autoagresividad, producto de sus profundos sentimientos de culpa, puede arrastrarle al suicidio o a conductas autodestructivas más o menos encubiertas: consumo abusivo de alcohol, fumar, consumo de otras drogas, exposición innecesaria a diferentes peligros, abandono de la medicación, etc. Por tanto, es inexcusable preguntar directamente al paciente sobre tales conductas y sobre si alberga ideas de suicidio e informarse sobre la existencia de tentativas previas. Siempre habrá que preguntar con la mayor naturalidad, empezando por saber si piensa a menudo en la muerte, siguiendo con preguntas sobre si ha llegado a pensar que no vale la pena vivir y acabando con la pregunta de si ha llegado a pensar seriamente en acabar con su vida o lo ha intentado.

Con el esquema expuesto de exploración psicopatológica pueden obtenerse datos suficientes para elaborar una idea aproximada de si el paciente presenta un trastorno psicótico, un trastorno de personalidad, un trastorno depresivo mayor o un cuadro de índole neurótica.

Tras un período de entrenamiento, el modelo planteado permite que toda esa información, que a primera vista pueda parecer que requiere mucho tiempo, se recoja en pocos minutos.

## ENTREVISTA CLÍNICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN Y ANSIEDAD CON PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

La clínica de la depresión se manifiesta en cinco áreas o dominios sintomáticos del paciente (tabla 8) que, ante la sospecha de depresión, conviene explorar. Es condición indispensable, para el diagnóstico, que los síntomas tengan una duración de al menos dos semanas.

Cuando la tristeza no se manifiesta o está muy atenuada, se habla a veces de *depressio sine depressione*, una forma que se observa más frecuentemente en el grupo de las depresiones enmascaradas o equivalentes depresivos y que se manifiesta especialmente en el plano somático.

**Tabla 8. Áreas donde se manifiesta la depresión y principales síntomas**

AFFECTIVIDAD (tristeza, anhedonia, desinterés por las cosas, irritabilidad).
COGNICIÓN (ideas de inutilidad, de culpa, de ruina, ideas autolíticas).
RITMOS BIOLÓGICOS (alteraciones del apetito, del sueño, de la sexualidad).
CORPORALIDAD (fatiga, cambios ponderales, dolor, cefalea, síntomas digestivos).
CONDUCTA (aislamiento, absentismo laboral o académico, suicidio).

Si se ha aplicado el esquema de entrevista propuesto, se tendrán datos suficientes para sospechar un trastorno del estado de ánimo.

El estado de ánimo *subjetivo* es el manifestado y/o verbalizado por el paciente a lo largo de la entrevista,

en tanto que el estado de ánimo *objetivo* es aquel que se deduce de lo observado a partir de las conductas no verbales del paciente, características de su voz, mirada, motricidad, etc.

En las depresiones con presentación de síntomas somáticos (tabla 9) se ha de recordar que:

- El motivo de visita más común es el *dolor*.
- Habitualmente se trata de pacientes *hiperfrecuentadores*.
- A menudo muestran importantes síntomas de *ansiedad*.

Cerca de un 15% de los pacientes que consultan por cualquier motivo a su médico de familia presenta depresión, de los cuales sólo son diagnosticados un 72%, de los que a su vez sólo reciben tratamiento un 34%. Teniendo en cuenta la alta prevalencia de síntomas somáticos en pacientes deprimidos y/o con ansiedad, y que esta sintomatología puede enmascarar otras manifestaciones de índole afectiva o cognitiva, ante todo paciente con síntomas médicos (especialmente dolor) que no encaje en la semiología típica de otras enfermedades, o que responda escasamente a los tratamientos habituales, habrá que descartar la presencia de depresión. La forma de presentación a partir de síntomas cardiopulmonares es más común en los pacientes con ansiedad. Por lo tanto, se recomienda que a un paciente con las características apuntadas se le pregunte directamente:



*¿En las dos últimas semanas se ha sentido triste o sin ánimo?*

*¿En las dos últimas semanas ha sentido poco interés por hacer cosas?*

Una respuesta afirmativa a cualquiera de las dos preguntas anteriores debe poner sobre aviso y obliga a profundizar en la exploración de una depresión (sin olvidar la obligación de practicar una exploración física básica y aquellas exploraciones complementarias que en función de la clínica estén indicadas en cada caso). Se trata de evitar tanto la «psiquiatrización» de lo médico, como la «medicalización» de lo psiquiátrico.

Se acepta en la actualidad que un cribado por medio de dos preguntas como las expuestas más arriba es tan efectivo como un cuestionario más elaborado y se adapta mejor a las características de la Atención Primaria. Aunque se esté ante una depresión con sintomatología predominantemente somática, debe estar entre los síntomas de ésta, bien un estado de ánimo depresivo, bien la pérdida de interés por las cosas o de la capacidad de disfrute.

De forma constante, todo paciente con depresión mayor presenta un grado de incapacidad asociado, de manera que debe comprobarse que se está ante un malestar clínicamente significativo o un deterioro importante de las relaciones sociales, laborales o académicas, especialmente en las formas moderada y grave.

A la hora de profundizar en la anamnesis, se ha de tener en cuenta que en la depresión los síntomas

somáticos son más frecuentes en pacientes ancianos y que los jóvenes suelen mostrar sintomatología eminentemente comportamental.

En ocasiones, unos meses antes del inicio de un episodio de depresión mayor, los pacientes pueden experimentar síntomas de ansiedad, fobias, ataques de pánico o síntomas depresivos leves.

**Tabla 9. Prevalencia de síntomas somáticos en depresión (estudio Pycasso 2005)**

**SÍNTOMAS DOLOROSOS** (85,5% de los pacientes presenta al menos uno).

Dolor de espalda: 69,3%.

Dolor de extremidades: 56,7%.

Dolor articular: 49,4%.

**SÍNTOMAS CARDIOPULMONARES** (80,6% de los pacientes tiene al menos uno).

Palpitaciones: 57,3%.

Mareos: 39,4%.

Disnea: 35%.

Dolor torácico: 33,2%.

**SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES** (69,4% de los pacientes tiene al menos uno).

Flatulencia: 47,6%.

Dolor abdominal: 29,4%.

Náuseas: 26,1%.

**SÍNTOMAS GINECOLÓGICO-SEXUALES** (65,7% de los pacientes tiene al menos uno).

Pérdida del interés sexual: 47,3%.

**SÍNTOMAS PSEUDONEUROLÓGICOS** (64,2% de los pacientes tiene al menos uno).

Amnesia: 35%.

Visión borrosa: 20%.

Está descrita una asociación entre migraña y depresión, de forma que los pacientes con depresión mayor presentan un mayor riesgo de sufrir migraña y, a su vez, aquellos que presentan migraña (no otras cefaleas) tienen mayor riesgo de depresión mayor.

La presencia de enfermedad cardíaca y diversas enfermedades endocrinas (diabetes mellitus, patología tiroidea, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison, amenorrea hiperprolactinémica) se relacionan con un incremento del riesgo de sufrir depresión. Los pacientes con depresión presentan un alto riesgo de enfermedad cardiovascular. La depresión empeora el pronóstico de tales enfermedades y su mortalidad.

La fatiga puede ser la primera y más aparente manifestación de una depresión o de un trastorno de ansiedad. La anamnesis tendrá que ir dirigida a descartar una clara causa psicológica de la misma. Es obligado preguntar sobre las horas de sueño y la calidad del mismo, sobre el apetito y los hábitos alimentarios, con especial atención a los cambios ponderales, y sobre las horas dedicadas al trabajo y si éste exige un gran esfuerzo (físico o intelectual), así como la existencia de estresores identificables que pudieran provocar un estado de cansancio extremo. Cuando se pregunte por el trabajo, no deben omitirse las tareas domésticas y el cuidado tanto de los hijos menores como de otras personas que puedan ser dependientes de quien nos consulta, ya que una jornada de tareas domésticas sumada a una jornada laboral resulta razonablemente fatigante y muy probablemente la solución no resida en medicalizar la situación.

Una vez obtenida dicha información, habrá que ampliar la anamnesis orientándola a descartar pato-

logía médica, como pueda ser una anemia (en las mujeres en edad fértil es relativamente frecuente como consecuencia de hemorragias menstruales abundantes), enfermedades cardíacas, respiratorias o endocrinológicas, como causa más frecuente de dicho síntoma. El consumo de sustancias, la toma de determinados medicamentos y la exposición a tóxicos ambientales o laborales son otras posibles causas de estados de fatiga que aparentemente no se explican.

Esta manera de proceder que se ha expuesto para el síntoma fatiga es extrapolable al resto de síntomas somáticos que frecuentemente ocultan o acompañan de una forma más o menos aparente a un episodio depresivo o a un trastorno de ansiedad como los que se relacionan en la tabla 9.

La presencia de dolor actúa como un fenómeno de peor pronóstico para una depresión y las posibilidades de remisión aumentan con la mejoría de dicho síntoma. En la exploración del dolor por medio de la entrevista clínica puede resultar de utilidad emplear escalas visuales analógicas que permitan conocer las variaciones en la intensidad del síntoma que el paciente expresa. Otra herramienta que a menudo ayuda, especialmente cuando existen suficientes indicios para sospechar que el dolor no responde a una clara causa orgánica, es el test de Madison, que es el acrónimo en inglés de las áreas estudiadas: *Multiplicity* (más de un tipo de dolor o más de una localización), *Authenticity* (interés desmedido del paciente por que

se reconozca su dolor), *Denial* (el paciente niega tener problemas de naturaleza psíquica ni conflictos con nadie), *Interpersonal Relationship* (variaciones en el dolor, en función de a quién se lo esté explicando), *Singularity* (descripción exagerada, pormenorizada y original del dolor por parte del paciente), *Only you can help me* (idealización del médico, *sólo usted puede ayudarme*), *Nothings helps, no change* (el dolor no cambia pese a los diferentes tratamientos). Cada uno de estos siete ítems se puntúa mediante una escala de Lickert, de 0 a 4 puntos: ausente, leve, moderado, severo. Una puntuación superior a 15 sugiere un factor psicógeno importante, que no tiene por qué ser de índole depresiva.

Muchos síntomas somáticos del enfermo con depresión no son más que las repercusiones fisiológicas de su enfermedad: la astenia, la pérdida de peso, las cefaleas, la amenorrea, la sequedad de boca, el estreñimiento, las palpitaciones y un estado general de disregulación vegetativa. Muchos de estos síntomas son debidos a las alteraciones del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal que se producen en la depresión mayor.

A todos estos síntomas pueden sumarse, al menos inicialmente, los efectos secundarios de la medicación antidepresiva y ansiolítica (aumento de peso, disfunción sexual, temblor, sequedad de boca, somnolencia, etc.). Es por ello muy conveniente cumplimentar una primera anamnesis exhaustiva, que aportará la

información necesaria para el diagnóstico de la depresión y del trastorno de ansiedad, y permitirá conocer la evolución de los diferentes síntomas y cuáles de ellos pueden ser atribuibles a la medicación.

## BIBLIOGRAFÍA

Benítez Moreno JM. Depresión, infarto de miocardio y factores de riesgo cardiovascular en atención primaria. *Interpsiquis*. 2004; <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/14875/>

Caballero L, et al. Poster presented at the 5th International forum mood and anxiety disorders. Vienna - November 9-11, 2005. Publicado en *Psychosomatics* 2008; 45.

Conrad A, et al. Circadian affective, cardiopulmonary, and cortisol variability in depressed and nondepressed individuals at risk for cardiovascular disease. *Journal of Psychiatric Research* 2008; 42:769-77.

Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29:409-16.

Fraga D. Prevalencia del dolor en la población española. *Economía de la salud en el área de dolor (IV)*. *Medical Economics* 30 abril 2010; 14-5.

Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado DSM-IV-TR. Barcelona: Masson, SA; 2002.

Soria V, Labad X, Rojo JE. Entrevista psiquiátrica e historia clínica. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 6.ª edición. Barcelona: Masson, SA; 2006.

US Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002; 136:760-4.

# Diagnóstico y diagnóstico diferencial de la depresión somatizada

---

Dr. José Carlos Mínguez Villar

*Médico de Familia. Centro de Salud Tórtola  
Valladolid-Este. Valladolid.*

---

## PERSPECTIVA

En torno al 25% de la población depresiva no está diagnosticada o no está tratada según la OMS y en algunos países esta cifra es mucho mayor. No parece una situación satisfactoria para una enfermedad que afecta a unos 121 millones de personas en el mundo, que se cobra en torno a 850.000 vidas al año y se prevé que en el año 2050 sea la segunda causa de morbilidad. Posiblemente, la carencia de recursos, la limitación de acceso a los servicios o los «estados de necesidad» socioeconómica podrían justificar esa situación en algunos casos. Pero, incuestionablemente, en los países desarrollados estas causas sólo podrían alegarse en contados casos.

Cuando los sistemas sanitarios son mayoritariamente efectivos y gratuitos, cuando la población presenta, en términos generales, grados de cultura e instrucción social suficientes, y el acceso a los servicios sanitarios mantiene frecuentaciones de media docena de consultas por ciudadano y año y el modelo formativo del médico, principalmente del médico de familia,



presenta grados de alta cualificación y excelencia (como sucede en España), esta situación debe hacer pensar en fallos que requieren un abordaje inmediato y general.

Resulta un lugar común citar como causa de este infradiagnóstico la resistencia del paciente a asumir su enfermedad cuando ésta afecta a su entorno psíquico o emocional. Esta negación puede tener varios orígenes, entre ellos no es de menor importancia el ancestral estigma social hacia las «enfermedades de la mente», asentado en una concepción mágica de la enfermedad, en el desconocimiento claro de su etiopatogenia y fisiopatología (fundamentos de la medicina moderna). Hasta hace poco, el escaso conocimiento científico sobre esta patología también generaba importantes conflictos al médico, como es natural, más cómodo en un ambiente de certidumbre positivista, pero inmerso en una visión del individuo como ser dual (mente-cuerpo) que se arrastra en la medicina desde Descartes y que explica mal la unidad biopsicosocial que se atiende en la clínica diaria, y que los recientes avances de la neurobiología y la genómica evidencian y confirman.

Con frecuencia se ha invocado también como causa del infradiagnóstico la complejidad sindrómica del padecimiento mental. Su presentación suele manifestarse con un cortejo sintomático que incluye signos y señales que podrían considerarse poco específicos para el médico sin instrucción concreta. Así, la disnea,

el mareo o las náuseas no son más esclarecedoras que el insomnio, la anhedonia o la hipomanía. En todos los casos se necesita recurrir a una exploración más exhaustiva que conduce lenta y progresivamente por el laberinto de la semiótica. Ello obliga a realizar investigaciones más completas del área psicosocial en la consulta, pero también mejora la eficacia diagnóstica y la precisión de las etiquetas nosológicas.

La medicina, como ciencia positiva, ha conseguido éxitos incuestionables en la clarificación de las relaciones causales y ha disminuido sensiblemente el nivel de incertidumbre. Pero este encuadramiento metodológico en busca de las leyes universales en el enfermar, posiblemente haya fijado al médico en la idea de la causa única, permitiéndole la fantasía de que la enfermedad debe discurrir siempre de la misma manera en todos los individuos. Por ello, su función se limitaría a desenmarañar el cortejo sintomático y, deslindando lo fundamental, establecer el diagnóstico (el tratamiento, claramente fijado por los ensayos clínicos y estudios epidemiológicos se aplicaría con inmediatez, dejando sólo al albur el seguimiento ya protocolizado).

Lamentablemente, esta «caja de hierro de racionalidad» tan cómoda y liberadora de responsabilidades para médicos y pacientes olvida que la realidad del enfermar obliga a aceptar la existencia de múltiples realidades individuales en permanente interacción con el entorno sociofamiliar que originan modos de

*sentir* la enfermedad claramente diferentes. Por ello, sentada la singularidad del paciente, el médico se verá obligado a una búsqueda exhaustiva en el enredo sintomático, atendiendo al entorno del paciente y sus interrelaciones con él. Los síntomas no siempre tienen una traducción lineal. En no pocas ocasiones suponen una suerte de metalenguaje que expresa conflictos, dudas o emociones. Incluso, con bastante frecuencia, son la cristalización de una situación de exclusión o disfunción social o familiar. Muchas veces, se ajustan a la historia personal del individuo y forman parte de su manera peculiar de enfrentarse a la existencia, de su manera de «ser y estar» en el mundo.

En el proceso diagnóstico, sea cual sea la patología a la que nos refiramos, se precisa un abordaje holístico que «escanee» a todo el individuo de manera sistemática, evitando considerar las áreas psicológica, familiar o social como accesorias o secundarias. Y si es necesario, en aquellos casos en los que la patología es ambigua, farragosa, inespecífica o excesivamente exuberante, ese estudio exhaustivo se hace imprescindible, toda vez que sólo un claro análisis que atienda al sujeto en su conjunto permite discriminar lo esencial de lo accesorio y sacar a la luz relaciones poco visibles que aclaren el diagnóstico.

Por último, se hace necesario atender a una importante cuestión, la naturaleza de los síntomas y signos que caracterizan a los trastornos del ánimo. En ellos, al igual que en cualquier otra patología, se encuentran

elementos de carácter discreto, cuya sola presencia orienta al diagnóstico, entremezclados con otras variables de orden continuo que pueden llevarnos a confusión. Esto obliga a la utilización de artefactos numéricos escalares que permitan la categorización del síntoma de manera útil. Así, la presencia de anhedonia puede resultar fácil de manejar (existe o no existe), pero la tristeza, por ejemplo, ¿cuándo se convierte en patológica? La mayor parte de los síntomas y signos se manejan en el contínuum normal-patológico, precisando de la definición de límites o estándares epidemiológicos que permitan su utilización en la práctica. Es el mismo caso del índice de masa corporal (BMI o IMC) para tasar el peso o las cifras de CT-LDL para definir la dislipemia.

En definitiva, el médico, con respecto al diagnóstico de los trastornos mentales, se enfrenta al problema, compartido con otras muchas patologías, de la insuficiente evidencia científica disponible. El médico práctico, a veces, encuentra mucho más positivo acudir a esquemas mecanicistas simples que abordar esta patología con el espíritu abierto, expeditivo y humanista que le es característico.

## CONCEPTUALIZACIÓN

El modelo médico actual expresa líneas de conocimiento que tratan de conectar las vivencias y los procesos químicos celulares integrando las interrelaciones genético-ambientales que se sospechan

primordiales en la aparición de enfermedades con etiologías dudosas o confusas. Pretende, así, definir mecanismos fisiopatológicos que conforman entidades nosológicas diferenciadas pero claramente relacionadas entre sí. La depresión y la ansiedad forman parte de lo que se denomina trastornos del ánimo. Si se entiende el humor como parte de la afectividad, que conforma asociándose a los sentimientos, será difícil establecer si el trastorno inicial está en el engranaje íntimo del humor o estado de ánimo alterado que, secundariamente, modificaría la capacidad de respuesta a los estímulos afectivos, o si el trastorno de base es esa capacidad de respuesta modificada que acaba trastornando la afectividad del individuo.

De cualquier manera, lo que es evidente en los trastornos por ansiedad y en la depresión es que el humor se encuentra alterado y que la reacción a los problemas afectivos cotidianos no sigue, exactamente, los patrones que el individuo venía manifestando con anterioridad. Aunque la lógica invita a pensar que la primera transformación debería darse en el humor, los recientes descubrimientos de la neurobiología, parecen apuntar con más insistencia a que las áreas cerebrales primarias afectadas tendrían que ver más con la modulación de respuestas y, por lo tanto, con la capacidad de reacción del individuo. Posiblemente, sea preciso sedimentar estas informaciones para tener una visión más certera de la situación, pero la disquisición no resulta banal. Poder conocer cuál es la alte-

ración inicial puede representar la oportunidad de una intervención más coherente y certera.

En este sentido, resultan interesantes los estudios recientes que intentan encontrar conexiones entre las enfermedades mentales y los factores sociales, tales como el estatus socioeconómico, la disfunción familiar o el apoyo social. Son un ejemplo de ello los trabajos de McEwen, Karlamangla o Seeman sobre el modelo de carga alostática, relacionando el estrés físico y/o psíquico con los trastornos del ánimo y las enfermedades cardiovasculares.

Si se asume la «hipótesis reaccional o de la reacción disfuncional», podría establecerse un esquema temporal en el que primero estarían los factores estresantes (físicos o psicológicos), que provocarían una reacción adaptativa (posiblemente por la vía neuroendocrina que lleva desde el eje hipocampo-amígdala hasta el eje hipotálamo-hipofisario) que, de hacerse crónica, o de superar los umbrales de homeostasis, alteraría las diversas estructuras cerebrales o su equilibrio neurotransmisor. Así, se generaría un patrón de reacción anormal y, consecuentemente, una situación patológica en la que se manifestarían alteradas tanto la homeostasis energética general del organismo como el estado de ánimo, que condicionaría, a su vez, la afectación de los sentimientos, principalmente los sensoriales y vitales. Estas alteraciones del estado de ánimo se reflejarían en la vida cotidiana como el cortejo sintomático propio de la depresión o de la ansiedad, des-

de la tristeza patológica hasta la patología dolorosa persistente.

Desde el punto de vista clínico, esta hipótesis integra los acontecimientos etiopatogénicos del modelo de carga alostática con la carga genética y con los distintos paradigmas nosológicos, categoriales o dimensionales, y facilita la constitución del espectro de la ansiedad-depresión en una concepción clasificatoria que mejore la identificación y ubicación nosotóxica de los trastornos y su abordaje terapéutico más adecuado.

Quedan pendientes de resultados estudios importantes sobre los factores de riesgo asociados a la depresión (estudio PREDICT), que podrían permitir intervenciones de manera temprana e incluso actividades preventivas generales e individuales. También los estudios que se realizan sobre la medida de la carga alostática podrían aclarar el futuro de estas hipótesis. Y por último, el conocimiento del genoma previsiblemente revelará valiosa información epigenética para identificar a aquellos individuos más susceptibles de sufrir alteraciones y sobre los que se podrían concentrar actuaciones preventivas o de protección.

## DIAGNÓSTICO

Resulta imprescindible diferenciar los distintos trastornos para permitir su diagnóstico, su diferenciación entre sí y de otros trastornos mentales.

## Las clasificaciones internacionales

El modelo de «espectro» de los trastornos del ánimo viene siendo utilizado con cierto éxito diagnóstico y terapéutico e inspira las dos clasificaciones más extendidas en el mundo médico, la DSM de la APA y la CIE de la OMS, que actualmente llegan a su versión cuarta y décima respectivamente (DSM-IV y CIE-10). Ambas clasificaciones asumen criterios discretos en la definición de los distintos trastornos, pero dotándoles, siempre que sea posible, de cierta dimensionalidad que permita a los clínicos una graduación de la patología en el continuum de la enfermedad y a la vez puedan ser utilizados por los investigadores para establecer elementos comparativos que no invaliden los estudios.

Partiendo de los criterios nosológicos que Kraepelin estableciera a principios del siglo xx, y que la influencia de la psicofarmacología renovó en el último tercio del siglo enfrentándolos a la idea, en aquel momento en boga, del continuum psicosis-neurosis del psicoanálisis, se construyó el DSM-III. Su relevancia reside en que por primera vez se asume el modelo médico de enfermedad, se establecen criterios operativos con propuestas de inclusión y exclusión, se incluye la multiaxialidad para atender todos los aspectos existenciales del individuo y se realiza un programa de validación que incluye a un gran número de médicos. La crítica más importante realizada a este sistema de clasificación surgió no sólo del psi-



coanálisis, sino de personas tan alejadas de éste como los seguidores de Jaspers y su «Psicopatología General», porque entendieron que su exceso clasificatorio favorecía el tratamiento farmacológico pero ponía trabas a la orientación del método psicoterapéutico, creaba confusión entre distintos entes nosológicos, favoreciendo un exceso de comorbilidad, y reducía el diagnóstico a meras etiquetas que incluían clínica, diagnóstico y tratamiento.

La aparición de la DSM-IV, asumiendo el principio del «tipo-ideal» de Weber y Jaspers, por un lado, y del concepto del «continuum» del psicoanálisis, estableció la idea de que la entidad diagnóstica definida es sólo una abstracción, una herramienta que permite conceptualizar al paciente, pero que exige una singularización en el abordaje clínico y terapéutico.

El proceso con la CIE ha sido similar y ha recibido las mismas críticas. No obstante, la metodología utilizada en este caso, basada en los principios de los grupos de consenso y con inclusión de profesionales no psiquiatras, ha evitado enfrentamientos teóricos.

Con respecto a la Atención Primaria, tanto la OMS como la APA han realizado un importante esfuerzo por acercar las clasificaciones a este ámbito de práctica clínica. De esta manera, a partir de los años noventa se inició el estudio para la publicación de la DSM-IV-AP y de la CIE-10-AP, reactualizándose esta

última mediante un procedimiento de círculos de calidad en los primeros años de este siglo.

Mientras la ordenación de los trastornos del ánimo en las dos clasificaciones generales se parecen más en cada versión, la adaptación de ambas para Atención Primaria difieren de manera importante, ya que en el caso de la CIE-10-AP se realiza una importante simplificación, estando conformada por un sistema de 25 fichas (de las que ocho corresponden a trastornos de ansiedad y dos a depresión) en las que, de forma sucinta, se informa sobre diagnóstico, diagnóstico diferencial y pautas terapéuticas.

### **Depresión: criterios diagnósticos**

En la CIE-10-AP se ha realizado un importante esfuerzo simplificador, de tal manera que los distintos apartados de la versión general se reducen simplemente a dos: depresión bipolar (F23#) y depresión (F32#), entendiéndose que este último se corresponde en su definición con el episodio depresivo de aquélla.

Por el contrario, la DSM-IV-AP (tabla 1) diferencia entre el trastorno bipolar, la depresión mayor y la distimia, añadiendo el trastorno adaptativo mixto, y abre un interesante apartado (trastornos depresivos no especificados) en el que se encuadran una serie de procesos de gran interés en Atención Primaria.

**Tabla 1. Trastornos del ánimo depresivo en DSM-IV-AP**

Trastorno depresivo mayor.	
Distimia.	
Trastorno adaptativo.	
Trastorno depresivo no especificado:	TD menor.
	TD breve recidivante.
	TD mixto ansioso-depresivo.
	T disfórico premenstrual.
	Depresión enmascarada.

Modif. de DSM-IV-AP.

El *trastorno depresivo mayor* o *TDM* (296), que se erige como el cuadro principal dentro de estos procesos, se corresponde con el de *depresión* (F32#) de CIE-10-AP y se puede codificar con un nuevo dígito, especificando si es episodio único o recidivante, o si forma parte de un cuadro bipolar. Aún podría añadirse un código más que especificaría la gravedad del proceso (leve, moderado, grave con o sin síntomas psicóticos, único o recidivante en remisión parcial).

Su diagnóstico no presenta, en principio, grandes dificultades cuando en el cuadro predominan los síntomas psicológicos, es decir, los relativos a la afectividad, la cognición o la conducta. El criterio en DSM-IV-AP es el de que deben presentar al menos *cinco síntomas* de los especificados (tabla 2), incluyendo el *ánimo triste o deprimido* o la *disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades*, y persistir duran-

**Tabla 2. Trastorno depresivo mayor (TDM)**

Estado de ánimo depresivo.
Anhedonia o pérdida de interés.
Pérdida o aumento de peso (5% en un mes).
Insomnio o hipersomnia.
Agitación o inhibición psicomotoras.
Fatiga o pérdida de energía.
Sentimiento de inutilidad o culpa.
Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
Pensamiento recurrente de muerte o ideación suicida.

Presencia de cinco síntomas, de los cuales, al menos, uno será de los dos primeros.  
Modif. de DSM-IV-AP.

te un período no menor de *dos semanas*. En CIE-10-AP el criterio es muy similar, exigiendo la presencia de tristeza, anhedonia y astenia más cuatro síntomas añadidos (tabla 3).

Cuando se da, junto a uno de los dos síntomas principales, un único síntoma de los característicos, entonces se habla de *trastorno depresivo menor* (311).

Si la sintomatología del cuadro es más leve e incluye ánimo depresivo con dos o más de los síntomas, pero su duración es de al menos dos años, la mayor parte de los días y la mayor parte del día, entonces se habla de *trastorno distímico* (300.4). Se correlaciona con la distimia del CIE-10-AP (F34.1) que presenta unas características sintomáticas similares e incluye la depresión neurótica, la depresión ansiosa persistente y el trastorno de personalidad depresiva.

**Tabla 3. Depresión en CIE-10-AP**

<b>Síntomas principales</b>
Estado de ánimo bajo o tristeza.
Pérdida de interés o anhedonia.
Astenia o disminución de actividad.
<b>Síntomas asociados</b>
Trastornos del sueño.
Alteración del apetito.
Disminución de la libido.
Variación circadiana del estado de ánimo.
Entecimiento de movimientos y lenguaje o agitación.
Dificultades para la concentración.
Baja autoestima o vivencias de culpa.
Pesimismo o desesperanza respecto al futuro.
Pensamientos o actos suicidas.

Al menos dos semanas: dos síntomas principales y dos asociados (leve) o dos principales y tres asociados (moderada) o tres principales y cuatro asociados (grave).  
Modif. de CIE-10

Desde el punto de vista clínico, si el cuadro tiene la duración de la distimia pero cumple los criterios diagnósticos de la depresión mayor, se habla de trastorno depresivo mayor crónico.

Se pueden diferenciar subtipos de depresiones (postparto, estacional, etc.), de los cuales uno de los más interesantes sería el *TDM con síntomas melancólicos*, caracterizado por la presencia de importantes síntomas somáticos a los que se añade la anhedonia intensa, agitación psicomotora y empeoramiento matinal, y que representa un subtipo de depresión grave con cierta resistencia terapéutica.

Si el estado de ánimo depresivo dura menos de dos meses y se asocia con la muerte de una persona querida, entonces se habla de duelo (V62.82).

Si no responde a la muerte de un ser querido sino a un estresante psicosocial y no cumple criterios de TDM o TD menor, o de otro trastorno mental, entonces se hablaría de *trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo* (309). Los síntomas clínicamente significativos pueden ser emocionales y/o comportamentales, deben aparecer dentro de los tres meses posteriores a la aparición de la causa y no deben permanecer más allá de los seis meses posteriores a su desaparición. Generalmente se expresan como un malestar desproporcionado o con un importante deterioro de la actividad social o laboral. Su importancia radica en el alto grado de suicidios al que se asocia. Presenta una clara relación con la reacción depresiva breve (F43.20) o prolongada (F43.21), que son trastornos de adaptación de CIE-10 (F43.20), aunque allí se incluye, junto con el TEPT, entre los trastornos neuróticos por estrés o somatomorfos (F40-48).

En ocasiones, la depresión aparece asociada a ansiedad y entonces se hablará de un *trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo* (309.28). Se relaciona con la reacción mixta de ansiedad y depresión de la CIE-10 (F43.22) y presenta gran interés en Atención Primaria porque la coexistencia o comorbilidad entre ambas condiciones tiene una altísima prevalencia. Tanto es así, que supone una

de las más importantes razones para que se siga hablando con insistencia del continuo ansiedad-depresión y desde numerosos ámbitos se venga solicitando su inclusión como una entidad nosológica clara.

Si la sintomatología orienta hacia un cuadro mixto de tipo ansioso y depresivo (tabla 4) pero no es posible identificar claramente un agente estresante, entonces se debe considerar el diagnóstico de *trastorno mixto ansioso-depresivo*, dentro de los trastornos depresivos no especificados (311). Los síntomas, situados en la órbita de ambos síndromes, deben ir precedidos de al menos un mes de ánimo disfórico y su duración no debe ser menor de otro mes. Por otra parte, debe estar clara su relación con el deterioro social, laboral o familiar. En la CIE-10 deberá codificarse como F32.9 (trastorno depresivo sin especificación).

**Tabla 4. Trastorno depresivo mixto**

Síntomas del trastorno mixto
Problemas de concentración.
Trastornos del sueño.
Fatiga o falta de energía.
Irritabilidad.
Preocupación.
Llanto fácil.
Hipervigilancia.
Anticipación del peligro.
Desesperanza y baja autoestima.
Sentimiento de inutilidad.

Modif. DSM-IV-AP.

También dentro de los trastornos depresivos no especificados (311) se habla de la *depresión enmascarada*. Se refiere a pacientes que acuden al médico con un conjunto de síntomas físicos inexplicados que suelen incluir fatiga, cansancio e insomnio, que no responden al tratamiento o, incluso, aparecen otros nuevos si éstos se resuelven. Niegan estar deprimidos o tener anhedonia, aunque los acompañantes suelen referir que presentan tristeza. No es infrecuente que con el tiempo, sobre todo si el diagnóstico se demora o no se consigue definir, evolucionen hacia un cuadro depresivo más florido. En CIE-10 se corresponde con el código F32.8 (otros episodios depresivos).

Conviene aclarar que la asociación de síntomas somáticos con síntomas depresivos se produce en todos los trastornos del ánimo, de tal manera que forman parte de los mismos junto a los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales. Así, cuando se habla de depresión con síntomas somáticos, de acuerdo con los criterios ya comentados, es preciso entender que no sólo se refiere a la depresión melancólica o a la depresión enmascarada, sino que se está hablando de cualquier tipo de depresión, principalmente el TDM, en la que los síntomas somáticos tienen gran relevancia sin que tengan, necesariamente, que ser predominantes.

En este epígrafe, no sólo deben incluirse los cuadros depresivos citados con anterioridad, sino que pueden referirse a cualquier aparato del organismo.



De todos ellos, los más importantes serían los dolorosos y los digestivos, curiosamente están ausentes en las clasificaciones internacionales. En uno de los estudios pioneros en este sentido, sólo tres de los síntomas utilizados en DSM-IV aparecen entre los principales síntomas encontrados, y en España, un reciente estudio realizado en Atención Primaria encuentra que más del 93% de los pacientes con EDM presenta al menos un síntoma somático no explicado y más del 57% presenta más de cuatro, siendo los más frecuentes (tabla 5) los dolorosos y los cardiopulmonares.

**Tabla 5. Síntomas somáticos más frecuentes en EDM (en %)**

Dolorosos	85,5
Cardiopulmonares	80,6
Gastrointestinales	69,4
Neurológicos	64,2

Modif. de García-Campayo, 2008.

De esta manera, se debería contabilizar dentro de los posibles síntomas somáticos de la depresión a un amplio espectro que supera los mencionados en las clasificaciones internacionales. Cuando éstos son especialmente relevantes, pero atribuidos por el paciente a causas psicológicas y no a enfermedad orgánica, se puede utilizar el término depresión con síntomas somáticos, que necesariamente deberá distinguirse de la depresión somatizada o trastorno de somatización, que presenta ciertas características diferenciadas.

La importancia de contemplar con detenimiento todos estos síntomas somáticos en la depresión procede de tres hechos incuestionables: suponen una dificultad diagnóstica añadida y consecuentemente retrasan su identificación, dificultan la remisión y representan un núcleo relevante de los síntomas residuales.

Los síntomas dolorosos son los que más dificultan la remisión, de manera que una rápida desaparición de los mismos conlleva, a su vez, una mayor rapidez en alcanzarla.

En relación con los síntomas residuales, que aumentan el riesgo de recaídas, los síntomas somáticos pueden llegar a superar el 90% y se comportan como los más resistentes, y son, además, los que producen un mayor deterioro neurobiológico.

Desde esta óptica, los trastornos depresivos parecen demandar una nueva revisión que, desde el punto de vista clínico y en Atención Primaria, como en la práctica lo hace ya la CIE-10-AP, asuma que el TDM se erige como paradigma, con un origen multicausal y un cuadro clínico relativamente variado que incluye, además de los síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y, frecuentemente, ansiosos, un cortejo sintomatológico somático de dimensión variable pero casi siempre presente. Su curso tiende a la cronicidad y puede presentar recaídas, tras la correspondiente respuesta al tratamiento o tras la remisión, o recurrencias después de la recuperación, según términos acuñados

en el estudio de la Fundación MacArthur. En este contexto, los restantes tipos de depresión o bien quedan integrados o suponen elementos del continuo depresivo-ansiedad con sus correspondientes niveles de gravedad. Así contemplados no parecen revestir especial dificultad diagnóstica, salvo cuando la sintomatología afectiva es escasa o la somática especialmente abigarrada. En el extremo de esa complejidad se sitúa la depresión enmascarada, por la negativa permanente del paciente a asumir el origen de su cuadro. En todas estas condiciones el éxito del enfoque se conseguirá solamente con el abordaje integral del individuo, la entrevista detenida y teniendo siempre presente que la patología mental no es un «subproducto diagnóstico», es decir, que no se puede pensar en ella sólo cuando se ha descartado el problema exclusivamente físico (si es que existe).

La utilización como herramientas diagnósticas de diversos cuestionarios o entrevistas validados para las respectivas poblaciones, como el GADS (Goldberg Anxiety and Depression Scale), el BDI (Beck Depresión Inventory), la MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) o la HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) en sus versiones completa o reducida, facilitan la confirmación del trastorno y permiten la evaluación de la gravedad y la respuesta al tratamiento. Bien entendido que su uso no resulta adecuado como herramienta de cribado, ni parece razonable realizarlo dadas sus limitaciones predictivas.

Por último, la modelización de la depresión como enfermedad crónica y su prevalencia han concentrado la atención en la búsqueda de factores de riesgo predictivos o asociados que puedan permitir acciones preventivas o, al menos, realizar intervenciones multifocales que garanticen mejores pronósticos y menor riesgo de recaídas y recurrencias. Todavía es pronto para confirmar su valor, pero en la tabla 6 se especifican algunos de los factores que soportan evidencias más consistentes.

<b>Tabla 6. Factores de riesgo del trastorno depresivo</b>
<b>Entorno sociofamiliar</b>
Pobreza.
Circunstancias laborales adversas.
Estrés crónico.
<b>Entorno familiar</b>
Antecedentes familiares de depresión.
<b>Antecedentes personales</b>
Rasgo de personalidad neurótica.
Consumo de alcohol y tabaco.
Trastornos de ansiedad.
Algunas enfermedades crónicas.

## **Trastornos de ansiedad generalizada y su diagnóstico diferencial**

Por ansiedad se entiende un estado de activación general del organismo en un intento de adaptarse y compensar vivencias altamente amenazantes por el individuo. Cuando esta reacción comporta la puesta en marcha de mecanismos que desbordan la capacidad

de control (o responde a estímulos que no representan amenazas reales) y suponen un estado de alteración de las capacidades normales del individuo, se habla de ansiedad patológica.

Se habla de los trastornos de ansiedad como parte del continuo de los trastornos del ánimo caracterizados por la presencia de ansiedad, preocupación o miedo, unidos a sintomatología somática, y que suponen un sufrimiento vital que altera la vivencia del individuo.

Como consecuencia de esta alteración, el paciente presenta síntomas somáticos (derivados de la estimulación de los sistemas nervioso simpático y neuroendocrino) y síntomas psíquicos, derivados de la activación de diversas estructuras cerebrales implicadas (principalmente corteza cerebral, sistema límbico, hipocampo, núcleos del rafe y sustancia gris periacueductal). La sintomatología somática de la ansiedad afecta potencialmente a todos los aparatos del organismo. El diagnóstico de los trastornos de ansiedad se basa en la coexistencia de ambos grupos de síntomas, debiendo diferenciarse esta ansiedad de la reacción angustiosa normal que acompaña a cualquier proceso patológico estrictamente físico.

Cuando la ansiedad responde a múltiples situaciones sin predominio de ninguna en concreto, la mayor parte de los días y su duración es mayor de seis meses, de manera que lo que existe es un fondo permanente de angustia, se habla de *TAG o trastorno de ansiedad generalizada* (300.02 o F41.1). Su presen-

tación es más frecuente en mujeres y se caracteriza por presentar ansiedad y preocupación excesivas difíciles de controlar, ante la posibilidad de que sucedan múltiples situaciones temidas (calamidades, dificultades personales, etc.), junto a un muestrario de síntomas muy variables: motores (temblores, tensión muscular, calambres, inquietud, fatiga, distermia, etc.), vegetativos (sudor, palpitaciones, boca seca, taquipnea, mareos, disnea, etc.) o de hiperactivación (sobresaltos, insomnio, hiperreactividad, aprensión, mente en blanco, irritabilidad, etc.).

La ansiedad (que, a diferencia del trastorno de angustia, no presenta un carácter crítico), la preocupación excesiva o la abigarrada sintomatología llevan al individuo, no sólo a un estado de queja permanente, sino que provoca el deterioro de su medio familiar, social y laboral, no siendo infrecuente que sea éste el motivo de consulta inicial empujado por su entorno. Su relación con el TDM resulta muy frecuente y gravosa. En un reciente estudio con población española que acude a la consulta del médico de familia, se encontró una prevalencia del 14% de TAG y el 60% de éstos se presentan asociados. La asociación produce peor calidad de vida (medidas con la Escala de Discapacidad de Sheeham) y la presencia de síntomas dolorosos es mucho mayor (78% en la asociación, frente al 59% de los que sólo padecen TAG). Además, el TAG se encuentra frecuentemente asociado con enfermedades cardiovasculares (cardiopatía, hipertensión o diabetes) y su presencia en esas patologías llega al

10-12%. Todas estas cuestiones hacen que estos pacientes intenten liberar su ansiedad mediante la resolución de su sintomatología somática, lo que les hace convertirse en pacientes hiperfrecuentadores y consumidores crónicos de benzodicepinas.

Una investigación meticulosa de los motivos de estrés permitirá delimitar el cuadro y diferenciarlo de las otras entidades que conforman los trastornos por ansiedad, sin olvidar que, como ya se ha puesto de manifiesto, su comorbilidad con el Síndrome Depresivo Mayor es alta.

Resulta entonces imprescindible, de cara al correcto tratamiento, diferenciar el TAG de los otros procesos incluidos en los trastornos por ansiedad, puesto que el abordaje necesariamente va a ser diferente.

I. En el DSM-IV-AP, se define el *trastorno de angustia* como un cuadro de aparición brusca e inesperada, caracterizado por temor intenso con sensación de gravedad, que le hace huir del lugar de aparición, y precisa de la concurrencia de al menos cuatro de los síntomas físicos característicos (tabla 7). No obstante, su presentación puede ser muy abigarrada, y con frecuencia puede remedar un ataque cardíaco, con intenso dolor precordial de aparición nocturna y acompañado de disnea y sensación de muerte inminente.

Si la crisis se presenta de forma recurrente, se habla de *trastorno de angustia con* (300.21) *o sin agorafobia* (300.01) y precisa que al menos una de las crisis

**Tabla 7. Síntomas somáticos de la crisis de angustia**

<b>Síntomas cardiopulmonares</b>
Opresión torácica.
Disnea.
Palpitaciones o taquicardia.
<b>Síntomas autonómicos</b>
Sudoración.
Escalofríos o sofocos.
<b>Síntomas gastrointestinales</b>
Disfagia.
Náuseas o dispepsia.
<b>Síntomas neurológicos</b>
Temblores o sacudidas.
Parestesias.
Inestabilidad, mareo o desmayo.
<b>Síntomas psiquiátricos</b>
Desrealización o despersonalización.
Temor a perder el control o volverse loco.
Temor a morir.

Modif. de DSM-IV-AP

haya sido seguida, un mes o más, de inquietud por su repetición, preocupación por las consecuencias y cambios significativos del comportamiento en relación con ellas. La CIE-10 engloba estos cuadros como *agorafobia con trastorno de pánico* (F40.01) y *trastorno de pánico* (F41.0), respectivamente.

La crisis de angustia no es definitoria del trastorno de angustia y a veces se da en el contexto de otro trastorno mental, en cuyo caso se debe asumir ese otro diagnóstico.



II. Cuando la recurrencia se da ante una o varias situaciones específicas, aunque el cuadro no se ajuste exactamente a la crisis de angustia, se habla de *trastorno fóbico*.

Si se produce cuando el individuo se expone a personas que no pertenecen al círculo familiar o por temor a posible evaluación sobre él, se habla de *fobia social* (300.23, F40.1 de CIE-10). Suele comenzar en la adolescencia o al menos presentar en la juventud signos de timidez o inhibición social. Las situaciones desencadenantes pueden ir desde simplemente comer en público, p. ej., hasta estados tan generalizados que el simple contacto visual resulte doloroso, pero las situaciones más frecuentes serían hablar en público, asistir a fiestas o relacionarse con personas del sexo contrario.

La conducta de evitación puede ser muy poderosa, de manera que lleve a un auténtico aislamiento social. En general, se suele acompañar de baja autoestima y con cierta frecuencia se manifiesta por preocupación por ruborizarse, sudor o temblor de manos o del habla, necesidad imperiosa de micción, opresión en epigastrio, etc.

De cualquier manera, a pesar de su aparente banalidad, presenta una alta comorbilidad con el TDM; es fuente de aislamiento social importante, abuso de drogas y/o alcohol, y resulta siempre necesario explorar la ideación suicida. Sin embargo, a pesar de todo ello, su infradiagnóstico es muy alto.

La *fobia específica* (300.29 o F40.2) es un cuadro de ansiedad en respuesta a muy variados estímulos

(animales, sitios cerrados, alturas, microbios, etc.) que cursa con un temor reconocido como excesivo e irracional. Suele comenzar en la infancia tras un acontecimiento traumático y su grado de incapacitación dependerá de la facilidad con que cuente el individuo para evitar la situación. El cuadro clínico, por lo tanto, podrá variar desde situaciones de ansiedad ante la perspectiva de presentación de la causa hasta auténticas crisis de angustia si la exposición se consume. No obstante, los cuadros suelen ser leves, se identifican bien porque la causa se hace evidente, generalmente aparecen en la infancia, y entre ellas las causas desencadenantes más frecuentes suelen ser los animales, los espacios pequeños y cerrados y las relacionadas con la enfermedad (sangre, inyecciones, daño, etc.).

La *agorafobia sin trastorno de angustia* (300.22 o F40.00), clínicamente poco relevante, parece tener importancia en estudios poblacionales probablemente porque las evitaciones resulten exitosas. El cuadro se define por la ansiedad con el cortejo sintomático general que sea, pero sin que aparezcan crisis de angustia.

III. Cuando la ansiedad se refiere a la separación de las personas a las que el individuo está vinculado o al alejamiento del hogar, se habla de *trastorno de ansiedad por separación* (309.21 o F93.0 porque CIE-10 lo sitúa entre los trastornos de la infancia o adolescencia). Es un cuadro raro en los adultos, y en los niños se manifiesta de manera polimórfica: ansiedad

ante la perspectiva de la separación, negativa a ir a la escuela, sintomatología somática (a veces remediando algún cuadro ya padecido, como apendicitis, amigdalitis, parotiditis, etc.), negativa a acostarse, etc. A veces se puede encontrar algún estresante como antecedente del padecimiento (accidente, pérdida de un familiar, etc.).

IV. Cuando la ansiedad se relaciona con pensamientos persistentes y recurrentes que se reconocen como propios pero intrusos, causando malestar (obsesiones) o comportamientos estereotipados y ritualizados, inútiles pero inevitables, porque disminuyen la ansiedad o previenen algún acontecimiento negativo improbable (compulsiones), se habla de *TOC o trastorno obsesivo-compulsivo* (300.3 o F42.8). Aunque los rituales forman parte de la vida cotidiana (comprobar el cierre de puertas y ventanas, apagado de luces, evitar andar por un lado concreto de la calle, lavado de manos, comprobación de llaves, repetir palabras, etc.), éstos deben ser entendidos como simples protocolos que alivian las situaciones de ansiedad o estrés. Cuando se convierten en reiterados y molestos, interfieren en el desarrollo de las labores cotidianas o de la vida social, sobrepasan el perfeccionismo o el gusto por el orden de algunos tipos de personalidad y, sobre todo, cuando el sujeto intenta resistirse de manera ineficaz a alguna de esas situaciones, se habla de obsesiones y compulsiones patológicas y, por lo tanto, de TOC. Con frecuencia se asocian síntomas depresivos que dificultan su diagnóstico.

En general, los contenidos más frecuentes en el TOC (existe un tipo de TOC en la infancia relacionado con el estreptococo  $\beta$ -hemolítico, el PANDAS o pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections) suelen estar relacionados con la higiene, el orden, la puntualidad, las reglas, etc., y siempre presenta esas características de propios pero intrusos, reiterados, carentes de sentido, desagradables y, lamentablemente, resistentes a los esfuerzos por evitarlos.

El curso suele ser crónico y con frecuencia se produce una amortiguación de las compulsiones que marca «valles» pero mantiene el componente obsesivo. Sin embargo, las compulsiones pueden alcanzar tal envergadura que requieran hospitalización. No es descartable, principalmente en casos graves y resistentes al tratamiento, el riesgo de suicidio.

Por otra parte, el TOC muy frecuentemente se asocia a TDM o a otros trastornos de ansiedad. Frecuente es también su asociación con trastornos de la conducta alimentaria, principalmente en adolescentes femeninas que presentan una personalidad excesivamente rígida, preocupada por las normas y el éxito académico.

Tampoco resulta rara la asociación con abuso de alcohol o drogas, aunque principalmente consumen fármacos que les alivien de sus obsesiones hipocondriacas.

V. Cuando el cuadro se relaciona con la existencia de un acontecimiento biográfico traumático, se habla

de *trastornos por estrés*. Durante el mismo o con posterioridad (en reiteradas rememoraciones que son auténticas reexperimentaciones de los acontecimientos), el sujeto sufre un claro embotamiento de la conciencia, desorientación y escasa respuesta a estímulos. Más tarde, puede incrementar este estado de inhibición, incluso llegar al estupor disociativo, o reaccionar con agitación e hiperactividad; siempre presenta un aumento de la activación con sobresaltos, alteraciones de sueño, hipervigilancia y signos vegetativos.

Se requieren, como condiciones básicas para el encuadramiento en este epígrafe, la existencia de un acontecimiento altamente estresante, la reexperimentación del trauma, la pertinaz evitación de estímulos que le rememoren y el aumento de activación.

Cuando el cuadro dura entre dos días y cuatro semanas y aparece en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático, se habla de *trastorno por estrés agudo* (308.3 o F43.0). El cuadro clínico es sumamente variable, desde el estado estuporoso hasta el florido «ataque de nervios», con abundante sintomatología motora y vegetativa. En DSM-IV-AP se requieren al menos tres síntomas de los considerados capitales (tabla 8).

Suele existir una cierta vulnerabilidad individual que, muy posiblemente, esté relacionada con el desarrollo de la capacidad de adaptación individual al estrés, factores ambientales o personales (fatiga, baja

**Tabla 8. Síntomas del trastorno por estrés agudo**

Embotamiento, desapego o falta de respuesta emocional.
Reducción del conocimiento del entorno.
Desrealización.
Despersonalización.
Amnesia disociativa.

Modif. DSM-IV-AP.

autoestima, etc.) o incluso factores genéticos. El TEA se asocia con frecuencia al TDM.

En el caso de que la duración exceda de un mes, se habla de *TEPT o trastorno de estrés postraumático* (309.81 o F43-1). Tras el proceso inicial, de duración variable, se suele producir un período de latencia que generalmente no dura más de seis meses. El curso posterior es altamente variable y suele presentar una relación directa con la capacidad traumática del acontecimiento causal. Con cierta frecuencia, cuando el suceso (o su consecuencia) es especialmente intenso, se mantiene mucho tiempo o es especialmente cercano, hay una auténtica modificación de la personalidad (transformaciones persistentes de la personalidad tras experiencias catastróficas, F62.0) con actitudes hurañas, irritables, desconfiadas, etc., y, en no pocos casos, se presentan patologías crónicas relacionadas con el acontecimiento. Generalmente, aunque no siempre, se da tras catástrofes naturales o artificiales (accidentes, guerras, agresiones, etc.) o tras haber sido testigo de muertes o actos violentos. La rememoración del suceso puede darse como en sueños, malestar ante

situaciones que lo recuerdan y reviviscencias que pueden repetir en el individuo el cuadro inicial. En algunas situaciones la evitación y el tiempo acaban en verdaderas pérdidas de memoria que anclan al individuo en la exclusión social voluntaria o impuesta. Por otra parte, esta actitud «cronificada» supone un verdadero riesgo para los descendientes, que sufren un auténtico aprendizaje tóxico en la evitación y el olvido.

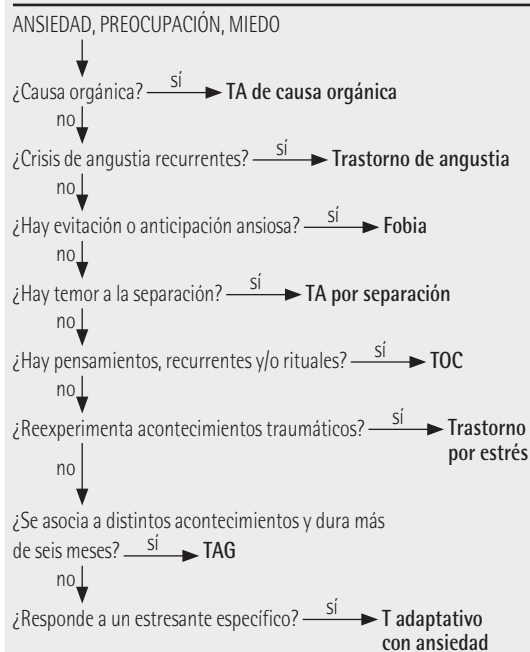
En el TEPT es todavía más frecuente la asociación con el TDM que en el trastorno por estrés agudo, y la presencia de rasgos neuróticos parece actuar como factor predisponente. Con cierta frecuencia existe la tendencia a sentirse culpables de haber sobrevivido, aunque la disposición al intento autolítico es escasa.

VI. Con frecuencia se confunden los procesos ansiosos y depresivos, de manera que su diagnóstico puede ser complicado. Un motivo, posiblemente, radique en que ambos procesos utilizan las mismas vías neuroendocrinas y medulares descendentes en sus manifestaciones orgánicas, por lo que las expresiones sintomáticas, habitualmente, se solapan, dando una apariencia de inespecificidad que induce a confusión. Otro motivo quizás sea que hay un frecuente trasiego entre ambos diagnósticos, y que pacientes que comienzan siendo diagnosticados de uno de ellos, acaban siéndolo del otro, no sólo porque la sintomatología somática no permita una clara distinción, sino porque, ordinariamente, en ambos tipos de cuadros acaban apareciendo la tristeza y la ansiedad como manifestaciones visibles, si antes no lo hacían. Esto hace que su

diagnóstico dependa muchas veces de su relación con los acontecimientos vitales del individuo, del curso de la propia enfermedad o de la respuesta a un tratamiento, muy habitualmente, realizado de forma intuitiva.

En el DSM-IV se establece un algoritmo diagnóstico en función de la evolución y el contexto de los síntomas de ansiedad, que se organiza en función de la previsible intensidad sintomática (tabla 9). En la CIE-10

**Tabla 9**



Modif. de DSM-IV.



se organizan los trastornos de ansiedad bajo el epígrafe de «Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos» en función de su relación histórica con el concepto de neurosis. Ambas clasificaciones presentan ventajas e inconvenientes. Quizás la sencillez y comodidad del algoritmo diagnóstico y del tratamiento que hace la DSM-IV del trastorno mixto ansioso-depresivo, tan frecuente en Atención Primaria, le dé cierta ventaja; por otro lado, la ubicación de los trastornos somatomorfos en el mismo epígrafe que los ansiosos parece una ventaja de la CIE-10.

VII. En los casos en que el estresante psicosocial sea específico y evidenciable, se habla de *trastorno adaptativo con ansiedad* (309.24 o F43.28). Su aparición debe darse en los tres meses siguientes al acontecimiento y, cesado éste, no debe persistir más de seis. Además, debe demostrarse una relación clara entre el suceso y el trastorno, de manera que no hubiera sido posible que éste apareciera en ausencia de aquél.

Con frecuencia se aprecia una predisposición o vulnerabilidad individual, de manera que estos sujetos suelen haber padecido ya el trastorno en la infancia (enuresis nocturna, chuparse el pulgar, etc.) o la adolescencia (comportamiento agresivo, gamberrismo, etc.).

El cuadro, que resulta desproporcionado para la magnitud del acontecimiento causal, se manifiesta por multitud de síntomas (ansiedad, humor depresivo, preocupación, sentimiento de incapacidad, etc.) y se

produce un claro deterioro de la actividad social y laboral del individuo.

En definitiva, en el diagnóstico de los trastornos de ansiedad se podría hablar, de una manera simplificada, de aquellos que se caracterizan por ansiedad, más o menos recurrente, en relación con distintos acontecimientos desencadenantes (trastorno de angustia, trastornos fóbicos, trastornos de ansiedad por separación y TOC) o en relación con el estrés (trastornos por estrés agudo y TEPT, TAG y trastorno adaptativo).

El elemento básico del cuadro clínico es la ansiedad y la preocupación excesiva, unidas a un cortejo sintomático variable abigarrado (motor, vegetativo y de hiperactivación), que genera un claro deterioro en la actividad social y laboral. Su curso suele ser largo, con recurrencias, y presenta un grado de comorbilidad alto con otros trastornos mentales (incluidos los del ánimo) y con enfermedades físicas crónicas.

Si bien la mayoría de los trastornos de ansiedad cursan con abundante sintomatología somática, algunos de ellos presentan básicamente síntomas psíquicos y otros son principalmente somáticos. Mientras que los de predominancia psicológica suelen formar parte de las agendas de los psiquiatras, principalmente aquellos cuadros complejos con grave deterioro social o personal, en Atención Primaria los pacientes suelen acudir con quejas físicas y, no raramente, ocultan, disimulan o incluso niegan la afectación del ánimo.

Esta circunstancia, junto con el hecho de que el diagnóstico precoz y la intervención temprana mejoran la respuesta al tratamiento y el curso de la enfermedad, hacen que tenga especial relevancia el manejo por el médico de familia de este grupo de trastornos con síntomas somáticos. Resulta imprescindible asumir que su diagnóstico no debe hacerse por exclusión, sino que su prevalencia, su importancia para la calidad de vida del sujeto y su pronóstico obligan a ser tenidos en cuenta desde el principio, como un apartado medular del diagnóstico diferencial.

Con respecto a las herramientas de ayuda diagnóstica, en el caso de la ansiedad las más utilizadas pueden ser el GADS (Goldberg Anxiety and Depression Scale), la MINI (Mini-Interview Neuropsychiatric International), la HAM-A (HRS para ansiedad) y la escala de ansiedad manifiesta de Taylor.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

I. El principal problema de diagnóstico diferencial en los trastornos del ánimo se produce, consecuentemente, con los *trastornos de somatización* (300.81 o F45.0). Si el cuadro somático que los acompaña es además abundante, la situación se complica. Las dos clasificaciones, CIE-10 y DSM-IV-TR, definen estos trastornos de la misma forma aunque los ubiquen de forma diferente. Su principal característica sería la existencia de múltiples síntomas somáticos recurrentes y persistentes (más de dos años), que no pueden explicarse por una enfermedad médica conocida y que

ocasionan un deterioro personal, familiar y social importante (en todo caso, superior al esperable por su sintomatología).

Los síntomas pueden afectar a cualquier órgano y el DSM-IV-AP exige que al menos incluyan cuatro síntomas dolorosos (en cuatro zonas o cuatro funciones), dos gastrointestinales distintos del dolor (náuseas, dispepsia, vómitos, diarrea, etc.), uno sexual (disfunción, alteraciones menstruales, etc.) y uno pseudoneurológico (diplopía, hipoacusia, alucinaciones, vértigos, parestias, etc.).

A pesar de lo abigarrado del cuadro, estos pacientes suelen presentar una apariencia de gravedad mucho menor de la que podría esperarse. Incluso en fases tempranas (antes de que se genere un deterioro sociofamiliar notorio), sorprenden por su apariencia saludable ante tanto problema como manifiestan.

En general, suelen descubrirse disfunciones interpersonales y, aunque coincidan acontecimientos emocionales relevantes o sucesos biográficos estresantes, los pacientes negarán esa relación y exigirán una explicación física para su mal. Esta situación les hace peregrinar por múltiples consultas y hospitales sin hallar remedio, y aumenta progresivamente su grado de histrionismo en la exposición de su cuadro.

En general, suele aparecer antes de los 30 años y frecuentemente ya se detectan síntomas en la adolescencia.

No es raro que acaben desarrollando abuso a alcohol o drogas y muy frecuentemente asocian síntomas depresivos o ansiosos, lo que dificulta aún más el diagnóstico.

Tanto la CIE-10 como el DSM-IV diferencian entre *trastorno de somatización* y *trastorno somatomorfo indiferenciado* (F45.1) para casos iniciales, en que el cuadro es menos florido y no ha aparecido todavía el deterioro personal y sociofamiliar.

El diagnóstico, obviamente, es complicado. Como herramienta de ayuda puede utilizarse el test de Othmer y Desouza, validado para España por García Campayo, con una sensibilidad y especificidad relativamente altas (88% y 78%).

Para distinguirlo de los cuadros depresivos resulta conveniente tener en cuenta que en éstos los síntomas físicos sólo se dan en las fases depresivas, mientras que en los cuadros somatomorfos persisten en el tiempo y suelen presentar pocas variaciones.

Con relación a los cuadros ansiosos, en el TAG la excesiva preocupación no sólo se limita a los síntomas somáticos y éstos no suelen presentarse fuera de las crisis de angustia.

II. En cuanto al resto del diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos, las principales dificultades se presentan en el TDM con el *trastorno bipolar* (pero aquéllos no presentan episodios de hipomanía) y la *demencia*, principalmente en los ancianos (pero no hay antecedentes de alteraciones cognitivas y el uso del MiniMental y el TAC cerebral suele ser definitivo).

El TDM y la *distimia* se diferencian por el tiempo de evolución y la intensidad del cuadro (en la *distimia* no se dan criterios de episodio mayor).

En el *trastorno adaptativo con depresión* hay un estresante como antecedente o desencadenante que no aparece en el TDM.

III. En el caso de los trastornos de ansiedad generalizada las dificultades pueden darse en:

- a. En la *ansiedad asociada a otro trastorno*, la preocupación se centra en éste. En el *TEPT* existe reexperimentación del acontecimiento traumático y, en el trastorno por estrés agudo, el cuadro aparece en el primer mes posterior. En el *trastorno adaptativo con ansiedad* debe existir un estresante y no se dan criterios de crisis de ansiedad, lo que lo diferencia del TAG.
- b. *TEPT*. En el *trastorno por estrés agudo postraumático*, el cuadro aparece en el primer mes posterior. En el *trastorno adaptativo* hay un estresante específico y no existe reexperimentación.
- c. *TOC*. En la *fobia específica* no hay obsesiones. En el *TAG* existe preocupación excesiva pero no compulsiones.
- d. *Agorafobia*. En el *trastorno de angustia con agorafobia* hay crisis de angustia que la precede y en el TAG, no. En la *fobia social* hay un claro temor a la opinión de los demás. En la

*fobia específica* existe evitación al objeto o situación condicionante. En la *inhibición que acompaña al TDM* se distingue claramente la anhedonia.

- e. Crisis de angustia. Se diferencia del TAG en que aquí la preocupación está centrada en el proceso asociado.

Aunque los trastornos del ánimo con síntomas somáticos tienen un alto grado de comorbilidad y suelen presentar asociados depresión, ansiedad y múltiples síntomas físicos, es posible establecer criterios diferenciadores, si bien ello requerirá de un abordaje del individuo integral, en su contexto biopsicosocial. Estar atento a situaciones que puedan alertar sobre exclusión social, estrés sociolaboral o malestar psíquico, representa una actitud necesaria ante este tipo de patología.

## BIBLIOGRAFÍA

Arbesú Prieto, JA. Abordaje global de la depresión en atención primaria. SEMERGEN 2006; 32(suppl. 2):2-5.

Artiles R, López-Chamón S. Síntomas somáticos en la depresión. SEMERGEN 2009; 35(suppl. 1):39-42.

Benítez Moreno JM. Calidad de vida y funcionalidad en la depresión. SEMERGEN 2009; 35(suppl. 1):39-42.

Bridges K, Goldberg D. Somatic presentation of depressive illness in primary care. Journal of Psychosomatic Research 1988; 32(2):137-44.

Briley M. New hope in the treatment of painful symptoms in depression. *Curr Opin Invest Drugs* 2003; 4:42-5.

Caballero L, Aragonés E, García-Campayo J, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL, et al. Results of a Spanish Nation wide cross-sectional study on mayor depression in primary care I: prevalence and characteristics of somatic symptoms. *Intl Psychiatry Clin Pract* 2005; 9:320.

Casquero Ruiz R. Diagnóstico de la depresión. *SEMERGEN* 2006; 32(supl. 2):19-25.

CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Zaragoza: Meditor; 1999.

Fava M, et al. 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; 65:521-30.

Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. Depression as an antecedent to heart disease among men and women in the NHANES I study. *Arch Intern Med* 2000; 160:1.261-8.

Fernández Soria JM. Usos y dimensión moral de la memoria y del olvido en la historia de la educación. *Sarmiento* 2006; 10:25-58.

Frodl TS, et al. Depression-related Variation in Brain Morphology Over 3 Years. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:1.156-65.

García-Campayo J, Alda M, Pascual A. Relación entre síntomas somáticos y depresión. En: Gilabert I, ed. *Nuevas perspectivas en la depresión*. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2003.

García-Campayo J, Ayuso-Mateos JL, Caballero L, Romera I, et al. Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients



with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 2008;10(5):355-62.

Gasull Molinera V. Trastornos somatomorfos y depresión. *SEMERGEN* 2009; 35(suppl. 1):17-24.

Ghaemi SN. Nosologomania: DSM & Karl Jasper' Critique of Kraepelin. *Philosoph, Ethics, and Humanities in Medicine* 2009; 4:10.

Gureje O, Simon GE, Üstun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry* 1997; 154:989-95.

Henningesen P, Zimmerman T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression: A meta-analytic review. *Psychosom Med* 2003; 65(4):528-33.

Jaspers K. *Psicopatología General*. México: Fondo de Cultura; 1959.

Kapfhammer HP. Somatization and somatoform disorders: etiopathological models. *Fortschrittdeder Neurologe Psychiatrie*; 69:58-77.

Karp J, Buysse D, Houck P, et al. Relationship of variability in residual symptoms with recurrence of major depressive disorder during maintenance treatment. *Am J Psychiatry* 2005; 8(1):36-43.

King M, Walker C, Levy G, Bottomley C, Royston P, et al. Development and Validation of an International Risk Prediction Algorithm for Episodes of Major Depression in General Practice Attendees. The Predict D Study. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65(12):1.368-76.

Kirmayer LJ, et al. Somatization and there cognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150:734-41.

Klein DF, Wender PH. Understanding Depression. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2005.

Kupfer DJ. Long-term treatment of Depression. J Clin Psychiatry 1991; 52(suppl. 5):28-34.

Lozano JA. Síntomas residuales y tratamiento de la depresión. SEMERGEN 2009; 35(suppl. 1):43-9.

Manzanera Escartí R. Tratamiento de la depresión en comorbilidad y en situaciones complicadas. SEMERGEN 2009; 35(suppl. 1):57-68.

McEwen BS. Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. Neuropsychopharmacology 2000; 22(2):108-23.

Mínguez Villar JC. El miedo del recuerdo. En: Silva E (coord.). La memoria de los olvidados. Valladolid: Ámbito; 2004.

Mínguez Villar JC. Relaciones difíciles. SEMERGEN 2009; 35(suppl. 1):3-16.

Mitchel AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. Br J Gen Pract 2007; 57(535):144-51.

Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, et al. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. Psychol Med 1995; 25:1.171-80.

Pincus HA, Wise T, et al. DSM-IV. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 1997.

Rivera Peñaranda S. Depresión y enfermedades somáticas. SEMERGEN 2009; 35(suppl. 1):26-9.

Romera I, et al. Póster presentado en el congreso anual de la APA. Washington; mayo 2008.

Ruiz-Vargas JM. Trauma y memoria de la Guerra Civil y de la dictadura franquista. Hispania Nova; 2006.

Scharfetter CH. Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. Stuttgart: Georg Thieme; 1976.

Sherbourne CD, Jackson CA, Meredith LS, Camp P, Wells KB. Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care out patients. Arch Fam Med 1996; 5:127-34.

Simon GE, Vonkorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ornell J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. NEJM 1999; 341:1.329-35.

Szadoczky E, Rozsa S, Zambori J, Furedi J. Predictors of 2-year outcome of major depressive episode. J Affect Disord 2004; 83(1):49-57.

Van Praag HM, De Kloet R, Van Os. Stress, the Brain and Depression. Cambridge University Press; 2004.

Weber M. El político y el científico. Trad. de Rubio Llorente F. Madrid: Alianza Ed.; 2003.

Weitbrecht HJ. Manual de Psiquiatría. Madrid: Gredos; 1969.

# Tratamiento de la depresión y la ansiedad generalizada con síntomas somáticos

---

Dr. Ricardo Manzanera Escartí  
*GP Teacher Clinical Methods in Primary Care.  
Faculty of Medicine. Imperial College.  
London, United Kingdom.*

---

## INTRODUCCIÓN

La depresión y el trastorno de ansiedad (generalizada) son procesos patológicos complejos que afectan al individuo globalmente, esto es, en su dimensión biológica, psicológica y social. Ambos trastornos tienen una expresión clínica polimorfa (síntomas somáticos y emocionales) y producen una claudicación del sujeto en sus tres dimensiones. El abordaje de ambos será, por lo tanto, integral, utilizando recursos biológicos (farmacológicos y físicos), psicológicos (psicoterapéuticos) y sociales. El objetivo del tratamiento es también triple: curación de los síntomas somáticos y emocionales, corrección de las alteraciones neurofisiológicas e integración social. La intensa investigación en psicofarmacología iniciada hace medio siglo, con la introducción de los primeros inhibidores de la monoaminoxidasa y la imipramina, ha permitido obtener moléculas potentes y seguras y ha contribuido en el progresivo esclarecimiento de los mecanismos neurofisiológicos de los trastornos depresivos y

los de ansiedad. Desde la imipramina hasta la reciente introducción de la duloxetina, potente inhibidor mixto de la recaptación de serotonina y adrenérgica, los fármacos antidepresivos y los ansiolíticos no sólo han mejorado su perfil de seguridad y manejabilidad sino que han sido factor decisivo en la progresiva implicación de los médicos de familia en el tratamiento y manejo del enfermo depresivo y/o ansioso. Estos fármacos constituyen hoy herramientas seguras y eficientes que permiten un manejo más cómodo y eficaz de los enfermos en su propio medio de salud.

Los tratamientos psicoterapéuticos también han mejorado considerablemente. Desde el psicoanálisis hasta la más reciente psicología cognitiva existe casi un siglo de intensa investigación psicoterapéutica. Pocas técnicas se han desarrollado específicamente para el tratamiento de la depresión y no todas han demostrado experimentalmente su valor terapéutico. Una técnica con valor demostrado, entre otras, es la terapia cognitivo-conductual, que es la psicoterapia de elección. Estas mismas técnicas, junto a las de relajación y modificación conductual, son de utilidad en el tratamiento de la patología ansiosa. A pesar de disponer en conjunto de potentes tratamientos, las tasas de recaída, recurrencia y tendencia a la cronicidad de estos enfermos siguen siendo muy altas. Factores como la utilización inadecuada de los psicofármacos y el incumplimiento terapéutico contribuyen a este mal manejo.

El tratamiento de elección de los enfermos depresivos con síntomas somáticos y el ansioso con sínto-

mas somáticos es el mismo: el combinado psicofarmacológico y psicoterapéutico.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE AMBOS TRASTORNOS

Es el pilar fundamental del tratamiento y resulta de elección en los cuadros de intensidad moderada y grave; así mismo, debe ser ofrecido a todo enfermo leve que no desee un abordaje psicoterapéutico o porque este último no sea posible por falta de recursos (situación común en nuestro medio).

El tratamiento farmacológico de elección para ambos trastornos son los fármacos antidepresivos (AD). Por su potencial adictivo, las benzodiazepinas (BDZ) no deben utilizarse como tratamiento de base; de considerarse oportuno su utilización, ésta será de corta duración (máximo dos semanas).

Los AD son recursos terapéuticos eficaces, coste-efectivos, la mayoría seguros y de fácil manejo. Cuando son utilizados correctamente, a dosis anti-depresiva y/o ansiolítica eficaz y mantenidos durante todas las fases evolutivas de la enfermedad, ayudan a conseguir tasas de remisión sintomática y prevención de recaída y recurrencia en la gran mayoría de los enfermos.

### **Fármacos antidepresivos**

Los AD se clasifican según su mecanismo global de acción en la transmisión aminérgica, siendo una cla-

sificación más práctica que la estrictamente farmacodinámica. Todos ellos mejoran la biodisponibilidad de uno o más neurotransmisores (NT) por uno o varios mecanismos: bloqueando receptores presinápticos o autorreceptores, estimulando receptores postsinápticos, bloqueando su recaptación desde la hendidura sináptica o inhibiendo las enzimas que los inactivan. El resultado final es aumentar la cantidad de NT en la sinapsis, mejorando la neurotransmisión aminérgica.

En la tabla 1 se resumen los aspectos farmacológicos de los AD más utilizados en Asistencia Primaria (APS). Todos los AD mencionados tienen uso autorizado para el tratamiento de la depresión, sin embargo, no todos ellos están recomendados para el tratamiento de los cuadros de ansiedad. En conjunto, según los metaanálisis más recientes, los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN o duales: duloxetina a 60-120 mg y venlafaxina 75-300 mg) tienen eficacia superior a los inhibidores selectivos en la recaptación de serotonina (ISRS) (fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y escitalopram) en el tratamiento de los trastornos depresivos con componente somático y los ansiosos con componente somático.

Cuando se utilicen fármacos ISRS o IRSN en el tratamiento de base de los cuadros de ansiedad generalizada, y debido al potencial de desencadenar reacciones ansiosas agudas al principio del tratamiento (frecuentemente descritas tras utilización de ISRS principalmente), la dosis de inicio debe ser menor que

la recomendada en el tratamiento de la depresión y debe ser aumentada progresivamente hasta alcanzar la dosis recomendada. Las dosis recomendadas para el tratamiento de los cuadros de ansiedad generalizada suelen ser las mismas que las recomendadas para el tratamiento de la depresión. Se recomienda revisar las fichas técnicas de los productos a utilizar.

### **Fármacos adyuvantes (no antidepresivos)**

Se utilizan en aquellas formas de depresión que no responden adecuadamente a los AD o en ciertas formas de depresión atípica. Deben ser instaurados por el psiquiatra o bien supervisados por éste. Son fundamentalmente de tres tipos: estabilizadores del humor, neurolépticos y hormona tiroidea.

Del grupo de los estabilizadores del humor el mejor conocido es el litio. El litio tiene propiedades antidepresivas y antimaniacas. Se utiliza junto a los AD cuando no existe una respuesta adecuada a estos últimos. El litio se utiliza en la prevención de fases depresivas y maníacas en el tratamiento del trastorno bipolar, tiene una estrecha ventana terapéutica y un gran potencial de interacciones medicamentosas. Sus efectos secundarios son numerosos y en sobredosis produce toxicidad grave. Todo paciente depresivo tratado con litio debe ser monitorizado con litemias periódicas para mantener un nivel óptimo terapéutico que oscile entre 0,6 a 1 mEq/ml, con especial cuidado a los fármacos previamente prescritos para evitar interacciones.



**Tabla 1. Clasificación de antidepresivos,**

Grupo farmacológico	Mecanismo de acción	Dosis (mg/día)
<b>ISRS (a)</b>	Inhiben la recaptación de serotonina (acción principal).	
Fluoxetina		20-40
Paroxetina		20-40
Sertralina		50-200
Citalopram		20-40
Escitalopram		10-20
<b>IRNS («duales») (b)</b>	Inhiben la recaptación de serotonina y noradrenalina (acción principal) debido a la inhibición de sus transportadores.	
Venlafaxina		75-225
Duloxetina		60-120
<b>ATC (clásicos) (c)</b>	Inhiben la recaptación de varios neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina). Todos tienen un gran efecto inhibidor colinérgico.	
Amitriptilina		50-300
Bupropion	Inhibe la recaptación de dopamina (acción principal).	150-300
Maprotilina		75-200
<b>Fármacos mixtos</b>	Actúan bloqueando autorreceptores alfa <sub>2</sub> y serotoninérgicos. Incrementan indirectamente la transmisión noradrenérgica y serotoninérgica.	
Mirtazapina		30-60
Mianserina		30-120
Trazodone		200-600
<b>IMAOs (d)</b>	Inhibición irreversible de la monoaminoxidasa.	
<b>Reversibles (RIMA) (e)</b>		
Moclobemida	Inhibición reversible de la monoaminoxidasa tipo A.	300-600
<b>ISRN (f)</b>	Inhibe selectivamente la recaptación de noradrenalina.	
Reboxetina		4-12

(a) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; (b) Inhibidores de la recaptación de

(c) Inhibidores clásicos de la recaptación de serotonina, noradrenalina y dopamina; (d) Inhibidores irreversibles de la monoaminoxidasa tipo A; (e) Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa tipo A; (f) Inhibidores selectivos de la recaptación

## tipos, dosis y comentarios especiales

### Comentarios

Fármacos muy bien tolerados. Seguros en sobredosis. Sus principales efectos secundarios son gastrointestinales (náuseas, diarrea, etc.). Producen disfunción sexual, sobre todo la paroxetina. La paroxetina y la sertralina son más sedativas. La fluoxetina es la de vida media más larga y es más estimulante que sedativa. El citalopram es el inhibidor más selectivo con menor potencial de interacción farmacológica. Leve potencial cardiotoxico. No producen aumento de apetito. Pueden producir el llamado síndrome hiperserotoninérgico (diarrea, acatisia, temblores, hipertermia, agitación, etc.), que es raro pero grave. Son bien tolerados en sobredosis. Pueden producir hemorragia por alteración de la coagulación.

Fármacos potentes. La mayoría de efectos secundarios son gastrointestinales y bien tolerados (náuseas, sequedad de boca, estreñimiento, etc.). A dosis altas la venlafaxina puede producir aumento de la tensión arterial y cardiotoxicidad en sobredosis. Producen moderada disfunción sexual. Duloxetine es más específica que venlafaxina, actuando como fármaco dual ya en su dosis mínima antidepressiva.

Potentes a dosis altas. Gran secundarismo, sobre todo anticolinérgico (sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria, etc.). Gran riesgo cardiotoxico y letalidad en sobredosis. Moderada disfunción sexual. Ganancia de peso. NO deben ser empleados como tratamiento inicial de la depresión ni de la ansiedad.

Son bien tolerados. Tienen un perfil sedativo. Producen escasa disfunción sexual. Posible ganancia de peso. La mianserina puede producir alteraciones sanguíneas (agranulocitosis). La mirtazapina puede producir importante ganancia de peso en algunos sujetos.

Debido a su gran toxicidad y potencial de interacciones alimenticias y medicamentosas SON USO EXCLUSIVO DEL PSIQUIATRA.

Fármaco potente que exige monitorización por su potencial de interacciones. Mejor tolerado que los IMAOS irreversibles. De utilización en asistencia primaria.

Fármaco bien tolerado. Sus efectos secundarios más destacados son la agitación y el insomnio. Mínimos efectos secundarios gastrointestinales.

noradrenalina y serotonina; (c) Antidepressivos tricíclicos; (d) Inhibidores de la monoaminoxidasa; de noradrenalina.

Ciertos anticonvulsivantes, como son la carbamazepina, ácido valproico y lamotrigina, tienen acciones estabilizantes del humor. Se utilizan cuando el litio está contraindicado o como alternativa a éste. La lamotrigina tiene acciones antidepresivas y algunos autores la utilizan como tratamiento de la depresión bipolar. La pregabalina está recomendada para el tratamiento del trastorno de ansiedad.

Los neurolépticos de nueva generación se pueden utilizar en el tratamiento de la depresión resistente y, en algunos casos, como adyuvantes al tratamiento AD de base. Se aconseja consultar las fichas técnicas de los productos ya que no todos tienen concedida esta indicación.

La hormona tiroidea se ha venido utilizando en ciertos cuadros que no respondían inicialmente a AD. Debido a su potencial tóxico, su utilización es exclusiva del psiquiatra y en gradual desuso.

## **Benzodiazepinas (BDZ)**

Las BDZ no tienen actividad antidepresiva, por lo que en depresión sólo deben utilizarse para el control de dos síntomas asociados muy frecuentes: la ansiedad aguda y el insomnio, este último muy habitual, así mismo, en los cuadros de ansiedad. Estos dos síntomas deben ser tratados debidos al gran estrés físico y emocional que producen. Tan pronto se controlen estas manifestaciones, las BDZ deben reducirse progresivamente hasta su retirada. En ancianos se

recomienda la utilización de BDZ de vida media ultracorta. En los casos de trastorno de ansiedad y en particular en la forma de crisis de ansiedad/pánico son efectivas sobre todo si se utilizan vía sublingual (lorazepam). Las BDZ no son el tratamiento de elección de los trastornos de ansiedad. Diazepam, clordiazepóxido y alprazolam son las BDZ ansiolíticas más utilizadas. El alprazolam tiene un poder adictivo importante, por lo que se desaconsejan tratamientos prolongados con este fármaco. Dentro de las BDZ hipnóticas, lormetazepam y lorazepam son bien toleradas. Zoplicona y zolpidem no tienen mejor eficacia hipnogénica que los clásicos (p. ej., lorazepam), sin embargo, presentan mejor tolerancia y menos efectos secundarios posthipnóticos.

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

### **Tratamiento psicológico o psicoterapéutico (TPT)**

La historia de la psicoterapia es prácticamente paralela a la historia de la psicología médica, existiendo tantas formas de psicoterapia como de escuelas doctrinales. Sin embargo, la historia de la psicoterapia de los trastornos afectivos es relativamente reciente y sometida a mayor escrutinio experimental.

Entre otras, las técnicas psicoterapéuticas que han demostrado experimentalmente ser útiles en el tratamiento de la depresión y de la ansiedad son: psicoterapia psicoanalítica breve, psicoterapia interpersonal,

psicoterapia de solución específica de problemas y la terapia cognitivo-conductual (TCC). De todas, la mejor conocida y más evaluada experimentalmente es la TCC, por lo que se la considera el tratamiento psicoterapéutico de elección en los cuadros depresivos. Las técnicas de relajación muscular son muy efectivas en el tratamiento de los cuadros ansiosos. Ambas pueden utilizarse por profesionales de APS.

La TCC tiene su fundamento doctrinal en la moderna psicología cognitiva desarrollada en la década de los setenta del siglo pasado por Aaron Beck. La psicología cognitiva postula que toda expresión emocional y su conducta relacionada van precedidas de un pensamiento o creencia que actúa como desencadenante conductual. Así, nuestras emociones son fruto de nuestros pensamientos. Por lo tanto, la depresión y la ansiedad serían fruto de nuestra manera de ver la vida, de vernos a nosotros mismos y de cómo entendemos nuestras relaciones con los demás. Si bien esta concepción doctrinal no explica el enfermar psicológico en su globalidad, supone un acercamiento claro y práctico que huye del concepto del subconsciente como origen de la enfermedad y otorga al sujeto un papel activo tanto en el enfermar como en la modificación de sus síntomas.

La TCC es cada vez más usada en el tratamiento de los trastornos depresivos, de ansiedad y de personalidad. Puede administrarse con o sin fármacos en cualquier fase del tratamiento.

## Preparaciones herbales

Ciertas preparaciones herbales, como el *Hypericum perforatum* (hipérico, hierba de San Juan), el extracto de Kava, las preparaciones con pasiflora, etc., están ganando popularidad como tratamientos no farmacológicos alternativos para el tratamiento de la depresión y la ansiedad. El *Hypericum* contiene un conjunto heterogéneo de alcaloides, de los cuales algunos han demostrado tener actividad antidepressiva. Esta acción antidepressiva parece ser debida, en gran medida, a la inhibición de la recaptación de serotonina. Estos alcaloides se metabolizan vía citocromo P450, por lo que presentan múltiples interacciones farmacológicas que pueden provocar toxicidad grave. Las preparaciones de hipérico disponibles en el mercado difieren entre ellas en el tipo y dosis de alcaloides que contienen y en la preparación. Esta falta de homogeneidad ha sido fundamental a la hora de desaconsejar su uso como tratamiento de las depresiones leve y moderada. Hacen falta más estudios clínicos donde se utilicen preparaciones homogéneas estándares de *Hypericum* y compararlas no sólo con placebo sino con diferentes antidepressivos, antes de poder indicar racionalmente su uso en el tratamiento de cualquier forma de depresión. Así mismo, es importante saber que estos compuestos no están exentos de contraindicaciones y que poseen potencial de interactuar con tratamientos tales como antiepilépticos, benzodiazepinas, contraceptivos hormonales, digoxina, omeprazol,

anticoagulantes orales, antirretrovirales, etc., pudiendo ser causa de toxicidad grave.

## Tratamientos físicos

Sobre todo de aplicación en trastornos depresivos crónicos y/o resistentes a la medicación. No se utilizan en el tratamiento de los cuadros ansiosos. Los más importantes son la terapia electroconvulsivante (TEC), la luminoterapia y la estimulación magnética transcraneal (EMT).

La TEC, a pesar de su mala prensa social, constituye un recurso terapéutico de indudable valor. Es el tratamiento de elección en formas graves de depresión psicótica, en la depresión grave durante el embarazo, en aquellos casos en que estén contraindicados los fármacos o no haya respuesta a ellos y en cuadros de mutismo acinético graves. La respuesta a la TEC, aunque rápida, no es duradera, por lo que se debe continuar con el tratamiento farmacológico. Se administra a nivel hospitalario bajo anestesia general en diferentes sesiones. Sus efectos secundarios más frecuentes son la confusión postsesión, la alteración de memoria anterógrada y retrógrada, todos de carácter leve. La luminoterapia se utiliza en el tratamiento del trastorno afectivo estacional con buenos resultados. La EMT no provoca alteraciones de memoria ni convulsiones y constituye una alternativa válida a la TEC. Los tratamientos físicos se deben completar con fármacos anti-depresivos. No son incompatibles con la psicoterapia.

## TRATAMIENTO GLOBAL

El tratamiento debe individualizarse, ofreciendo un esquema terapéutico que contemple todos los recursos efectivos disponibles, y en donde el sujeto juegue un papel activo en su elección. El pacto terapéutico entre el profesional, el enfermo y su entorno es de suma importancia en el buen manejo de los trastornos mentales. Ayuda al enfermo a entender su enfermedad dándole un valor activo en la elección de su tratamiento, consiguiendo, de esta forma, una mayor adherencia terapéutica, la cual es fundamental para la resolución de su enfermedad. La tabla 2 resume un conjunto de puntos claves en el manejo del enfermo en APS.

**Tabla 2. Recomendaciones prácticas en el tratamiento del enfermo depresivo y ansioso en Asistencia Primaria**

1. Valorar al paciente como conjunto biopsicosocial.
2. Dar una explicación clara de la enfermedad, de sus riesgos y sus posibilidades terapéuticas.
3. Explorar abiertamente la ideación suicida y entender las preocupaciones fundamentales del sujeto.
4. Ofrecer un esquema terapéutico que contemple todas las posibilidades. Sugerir los recursos.
5. Escuchar las preferencias del sujeto: NO imponer el tratamiento, PACTARLO.
6. Información clara y precisa sobre los remedios herbales y los tratamientos alternativos.
7. Explorar abiertamente la función sexual.
8. Controlar periódicamente al sujeto, vigilando tolerabilidad y *compliance*.
9. Reforzar la idea de adherencia al tratamiento y explicar claramente los riesgos del abandono.
10. Derivación al equipo de salud mental si no hay respuesta o en cualquier momento que sea preciso o lo solicite el enfermo.



El tratamiento debe ser mantenido durante el tiempo suficiente para evitar la aparición de recaídas de ambos cuadros y con ello la tendencia a la cronicidad. Tras conseguir la remisión de los síntomas, se aconseja mantener el tratamiento, en el caso de depresión, al menos entre nueve y 12 meses, y en caso de trastorno de ansiedad, tiempos más largos. Al tratamiento farmacológico se le puede asociar psicoterapia en cualquier momento y de hecho se aconsejan intervenciones psicosociales iniciadas, a ser posible, por el profesional de APS.

### **Tratamiento de los cuadros leves**

Si se dispone de recursos adecuados y el enfermo lo prefiere, los tratamientos psicológicos, y entre ellos la TCC, son los de primera elección. Si no se dispusiera de recursos o bien el sujeto no quisiera someterse a psicoterapia, puede tratarse con fármacos antidepresivos a dosis antidepressiva. TCC y antidepresivos no son excluyentes, por lo que pueden utilizarse conjuntamente. La utilización conjunta es eficaz tanto para el tratamiento en sí, como en la prevención de recurrencias. Se desaconseja el uso de preparaciones herbales y/o benzodiazepinas como tratamiento de base de ambos cuadros.

### **Tratamiento de los cuadros de intensidad moderada y grave**

Los AD son el tratamiento de elección en las formas moderadas y en la grave. Los tratamientos psico-

lógicos serían de primera elección si el enfermo se negara a ser tratado con AD o simplemente porque prefiriera la psicoterapia. Si los AD estuvieran contraindicados, en aquellas formas psicóticas graves o depresiones resistentes, la terapia física es de elección (TEC, EMT). En cualquier momento evolutivo de la enfermedad puede iniciarse un tratamiento psicológico con TCC. La TCC es de gran valor en el manejo de las formas resistentes y en aquellas con tendencia a la cronicidad. La terapia combinada (TCC y AD) ha demostrado ser eficaz en la prevención de recurrencias del trastorno depresivo mayor. A todo enfermo con trastorno depresivo se le deben ofrecer todos los recursos sociales disponibles (cobertura laboral, grupos de autoayuda, asistencia social) para lograr un mejor funcionamiento global y sociolaboral. Los mismos principios pueden aplicarse en el tratamiento de los cuadros de ansiedad; los tratamientos físicos no se utilizan en el manejo de estos últimos.

## **Tratamiento en situaciones clínicas especiales**

### *Niños y adolescentes*

Los trastornos depresivos y de ansiedad en esta población son frecuentes y difíciles de manejar, por lo que son de exclusiva competencia del psiquiatra y del psicoterapeuta. El tratamiento de elección de estos cuadros es el psicoterapéutico. La fluoxetina ha demostrado ser eficaz y segura en el tratamiento de la depresión en esta población.

### *Embarazo y lactancia*

Si el primer episodio aparece durante el embarazo y es de carácter leve puede intentarse, si existieran recursos disponibles, el tratamiento psicológico. Si por cualquier razón se decidiera tratar farmacológicamente, se aconseja consultar con el psiquiatra y/o el ginecólogo previamente. La fluoxetina ha demostrado ser eficaz y segura. Si la depresión es grave, su manejo es exclusivo del psiquiatra, al igual que lo es la depresión postnatal.

### *Disfunción sexual*

Las alteraciones en la función sexual, en general, pueden ser parte de la enfermedad depresiva y la ansiosa, y frecuentemente como consecuencia del tratamiento con ciertos fármacos AD. Son motivo de abandono precoz del tratamiento y, por lo tanto, indicadores de riesgo de falta de adherencia terapéutica. Debe ser explorada sistemáticamente en las consultas iniciales y durante la evolución de la enfermedad. Los ISRS producen frecuentemente alteraciones sexuales (falta de libido, anorgasmia, retardo eyaculatorio y disfunción eréctil). Los IRNS producen menor disfunción. La mirtazapina produce escasas alteraciones sexuales, si bien, en ciertos casos, la ganancia de peso como efecto secundario puede desaconsejar su empleo. Si se presenta disfunción sexual, es buena práctica cambiar el antidepresivo original por uno de familia diferente, aunque no siempre se consigue mejorar la alteración.

### *El anciano*

Las personas mayores son más propensas a presentar efectos secundarios a los fármacos antidepresivos. Se aconseja la utilización de fármacos de bajo poder cardiotoxico, como son los ISRS, la duloxetina y la mianserina. Se aconseja instaurar el tratamiento a dosis más bajas y escalonarlo progresivamente. Los ancianos suelen responder más lentamente a los fármacos AD, por lo que se aconseja tratar durante periodos de tiempo más prolongados. El insomnio y la agitación deben tratarse. Las BDZ deben utilizarse con cautela, pues una sedación excesiva aumenta el riesgo de sufrir caídas y puede provocar síndrome confusional. En aquellos cuadros que cursan con agitación, sobre todo nocturna, la mianserina y la trazodona son buenas opciones terapéuticas.

### *Paciente cardiovascular*

La depresión y la ansiedad son factores de mal pronóstico en el enfermo cardiovascular, aumentando la probabilidad de nuevos eventos. Toda depresión en enfermos cardiovasculares debe ser tratada, pues mejora la supervivencia y la calidad de vida. Los fármacos de baja toxicidad cardiovascular son los de elección, aconsejándose la utilización de ISRS e IRNS. La venlafaxina a dosis elevadas puede producir incrementos de la presión arterial y en sobredosis puede producir alteraciones cardíacas graves. La duloxetina es una buena alternativa para el tratamiento de la

depresión en esta población al no poseer efectos importantes sobre la presión arterial o el ritmo cardiaco; de los ISRS, la sertralina es la que mejor se ha estudiado en esos enfermos.

### *Depresión, ansiedad y dolor*

El dolor es el síntoma físico más frecuente tanto en el paciente depresivo como en el ansioso. Los IRNS (duales) son el tratamiento de elección. En sujetos con depresión o ansiedad y polineuropatía diabética, la duloxetina es el AD de elección.

### *El paciente polimedicado*

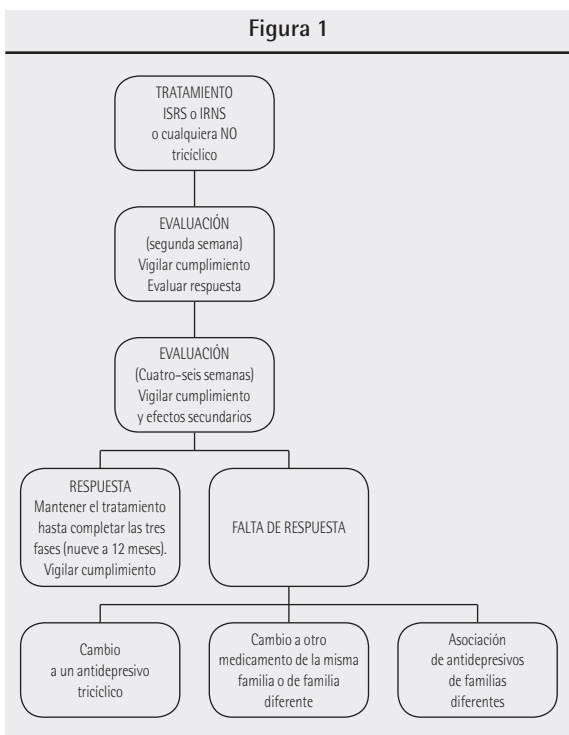
Mención especial merece el paciente polimedicado debido al potencial de interferencias medicamentosas. Antes de instaurar un tratamiento farmacológico es importante hacer una revisión exhaustiva de la medicación de base y elegir aquel AD que no interfiera con ellas. Se deberá tener especial vigilancia de aquellos fármacos que se metabolizan en el hígado vía citocromo P450. Evitar ISRS en aquellos enfermos con riesgo de hemorragia, como son los anticoagulados y los enfermos de úlcera péptica activa. Individualizar el tratamiento evitará en gran medida la existencia de interacciones.

### *Depresión resistente y depresión crónica*

Son cuadros de manejo complicado que precisan de la utilización de varios recursos terapéuticos

combinados, generalmente farmacoterapia con psicoterapia, y en algunos casos más graves tratamientos físicos (TEC). Son de manejo del equipo de salud mental.

La figura 1 muestra un esquema general de manejo del enfermo depresivo en Asistencia Primaria.



Se recomienda iniciar el tratamiento con ISRS o IRNS o cualquier otro fármaco no tricíclico. Visitas de seguimiento a la segunda y cuarta semana, luego mensualmente. Reforzar *compliance*, vigilar efectos secundarios o interacciones. Derivar al psiquiatra si no hay respuesta o mal manejo.

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El abandono del tratamiento farmacológico es uno de los factores implicados en el fracaso terapéutico y en la elevada tasa de recaídas y recurrencias que se observan en el enfermo depresivo y ansioso en general. El estudio de los factores que influyen en la mala adherencia del paciente al tratamiento prescrito es relativamente frecuente y escaso. Los estudios coinciden en que el hecho fundamental por el cual un paciente abandona el tratamiento es debido al hecho de «sentirse mejor» y en menor grado debido a efectos secundarios, falta de eficacia o miedo a la dependencia. Las cifras son desalentadoras: el 40% de los pacientes abandona el tratamiento en las fases iniciales y, de los que lo siguen, el 60% lo hace sin completar la fase de mantenimiento.

El tratamiento no sólo consiste en ofrecer un esquema terapéutico eficaz y adecuado sino en lograr que el enfermo se adhiera a éste durante todas sus fases. La información completa sobre la enfermedad y de los riesgos de no tratarla adecuadamente, dados claramente al paciente, son, sin duda, la mejor arma contra el fracaso terapéutico debido al incumplimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

Caballero MF, Caballero ML. Importancia de la prevención de recaídas y recurrencias en la depresión. Salud global 2005. V. vol. 5.

Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1991; 52(5 S):28-34.

Mann JJ. The medical management of depression. *N Engl J Med* 2005; 353:1.819-34.

Manzanera Escartí R. Tratamiento de la depresión en comorbilidad y en situaciones especiales. *SEMERGEN* enero 2009. Vol. 35. Extraordinario 1.

Manzanera Escartí R, et al. Terapia cognitivo-conductual y medicina de familia en el tratamiento integral de la depresión. *SEMERGEN*. Vol. 33:425-9.

Stephen M. Sthal. *Essential Psychopharmacology of depression and bipolar disorder*. 1<sup>st</sup> ed. Cambridge University Press; 2000.



