

Abordaje integral de los Trastornos de Adaptación en situaciones vitales complejas

APOYANDO EL BIENESTAR MENTAL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

CURSO ONLINE



Módulo 3: SITUACIONES VITALES DE SOBRECARGA

Capítulo 2 Para la persona con enfermedad física

Capítulo 2: Para la persona con enfermedad física

Dr. Juan de Dios Molina Martin

Jefe del Centro de Salud Mental de Villaverde en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital 12 de Octubre. Madrid

Introducción

Los pacientes llegan a la consulta de Atención Primaria con trastornos de adaptación a situaciones que les desbordan y les generan diversos síntomas ansioso depresivos o comportamentales. Entre estas situaciones adaptativas, probablemente la más prevalente sea el **diagnóstico y el posterior tratamiento de una enfermedad física** en la que el propio médico está involucrado en su manejo.

Entender el impacto que produce la enfermedad en las dimensiones biológica, psicológica y social de una persona, es la base para desarrollar habilidades comunicativas y de acompañamiento, donde **la escucha reflexiva y la empatía nos permiten un tratamiento holístico eficaz, con mejores resultados en salud.**

Existen dos situaciones muy prevalentes:

- ▶ la enfermedad grave con riesgo vital y
- ▶ la cronicidad de los síntomas como el dolor, que representan un auténtico desafío asistencial en el que es esencial un abordaje integral, y centrado en la persona.

El profesional sanitario tiene que ser capaz de **integrar en su agenda médica** (centrada en aspectos biológicos), **la agenda personal del paciente** (aspectos biográficos y psicosocial), para tener éxito en resultados como la **adherencia al tratamiento**, y la **detección y prevención de problemas afectivos.**

Las dificultades clínicas que plantea la **alta comorbilidad entre depresión y enfermedad física** es el punto de arranque de esta revisión.

Los pacientes con enfermedades médicas graves o con síntomas crónicos, **pueden exhibir un espectro de síntomas depresivos sin cumplir criterios formales para un trastorno depresivo.**

Estos síntomas que incluyen dolor, tristeza, desmoralización o pérdida de interés, pueden ser juzgados como apropiados para pacientes que han sido confrontados recientemente a su propia mortalidad.

Los profesionales sanitarios pueden entender estos sentimientos como una respuesta “normal”, y por lo tanto, asumir que el tratamiento no está indicado y **ser** por tanto **reacios a diagnosticar o tratar a pacientes que no cumplen completamente con los criterios** de DSM-5 o la CIE 11¹ de **depresión**.

Este enfoque expectante, contrasta con el hecho de que los síntomas ansioso- depresivos en pacientes con enfermedades médicas, son muy sensibles al **tratamiento que alivia un sufrimiento excesivo y limitante en muchas ocasiones**, y además con el hecho de que **el tratamiento de los estados depresivos consolidados, mejora los resultados de los trastornos médicos²**.

CAPÍTULO 1: ENFERMEDAD GRAVE CON RIESGO VITAL

¿Por qué es importante el enfoque holístico en el estudio de la persona sobrecargada con enfermedad física?

Podemos reflexionar sobre esta cuestión a través de un cuento popular de la India, que habla sobre la perspectiva desde la que analizamos el mundo. De manera breve, el cuento dice así:



Hace mucho tiempo, en un valle de la India, seis hombres sabios ciegos discutían por saber lo que era un elefante, animal al que nunca habían visto. Decidieron ir a buscar este animal a un bosque con la ayuda de un guía. Los seis hombres se turnaron para investigar la forma del mismo. Cada uno se acercó al elefante desde diferentes direcciones. Después de tocar una pata el primer hombre proclamó: "estoy seguro que este elefante es como una gran pared de barro cocida al sol". El segundo exclamó tras tocar la trompa, "puedo decirles qué forma tiene este elefante: es como una serpiente". Los otros sonrieron con incredulidad. "Este elefante es muy parecido a un abanico", gritó el tercero tocando una oreja del mismo. Los otros resoplaron con desprecio y cada uno se imaginaba al animal en función de su perspectiva... con su curiosidad satisfecha, todos se unieron y siguieron al guía, Dookiram, de regreso al pueblo. Una vez allí, comenzaron a discutir. Cada uno tenía ahora su propia opinión, basada firmemente en su propia experiencia, de cómo es realmente un elefante.

Podemos decir que **La comorbilidad entre enfermedad médica y depresión** es nuestro elefante y que al revisar la literatura veremos que hay sabios que plantean diferentes perspectivas (partes del todo) para entender esa presentación clínica:

- ▶ Veremos que algunos investigadores dan datos que demuestran que la enfermedad física produce depresión. Sabemos que las enfermedades neurológicas como el Parkinson o el Alzheimer, alteran los circuitos cerebrales; además que algunas medicaciones utilizadas para patologías físicas, pueden producir alteraciones del ánimo; y por último, que el estrés inespecífico de estar enfermo, puede acabar cristalizando en síndromes depresivos.
 - ▶ Otros sabios insisten en que son, la depresión y los estados emocionales alterados, los que producen enfermedad física. La sobrecarga del eje hipotálamo hipofisario adrenal, la inflamación, las medicaciones antidepresivas o el estilo de vida depresivo, son factores de riesgo conocidos para el desarrollo de enfermedades médicas.
 - ▶ Además hay quien sostiene que hay factores vitales que precipitan ambos sucesos. La depresión y la enfermedad física coexisten por ejemplo tras un accidente de tráfico que provoca ambas situaciones.
 - ▶ Por último hay quien se pregunta si la depresión es una enfermedad física (inflamatoria)?

A su vez algunos de estos sabios que curiosamente plantean perspectivas distintas, coinciden en citar y poner en la pluma de otro sabio más antiguo llamado Platón la siguiente frase:

“El mayor error en el tratamiento de las enfermedades, es que hay médicos para el cuerpo y médicos para el alma, aunque los dos no pueden separarse”.

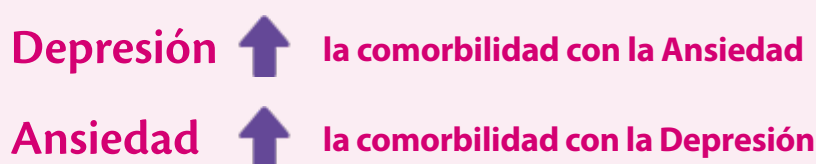
Aunque es difícil imaginarse a Platón expresarse en estos términos, es cierto que en el diálogo de Cármenes existe una reflexión (que remarcamos en negrita), que sí recoge la idea de la necesidad de estudiar “el todo”, sintetizada en la frase anterior:

...Pero Zamolxis, agregó, nuestro rey, que también es un dios, dice además: “que como no debes intentar curar los ojos sin la cabeza o la cabeza sin el cuerpo, tampoco debes tratar de curar el cuerpo sin el alma y esta es la razón por la que los médicos de Hellas desconocen la cura de muchas enfermedades, **porque ignoran el todo, lo que también debe estudiarse; porque la parte nunca puede estar bien a menos que el todo esté bien.**

Para poder abordar el “todo”, **vamos a estudiar el problema de la enfermedad médica y la depresión desde el concepto de comorbilidad:**

- ▶ Hay una comorbilidad **psíquica** (depresión y ansiedad) y
- ▶ hay otra comorbilidad **psíquica-física** entre depresión y enfermedad médica.

Se ha demostrado que la enfermedad depresiva, aumenta la comorbilidad con la mayoría de los subtipos de trastornos de ansiedad, y al revés, que los trastornos de ansiedad presentan altas comorbididades con depresión³.



Sabemos también que **los eventos traumáticos están asociados con la depresión** y que esto ayuda a explicar la fuerte correlación entre diferentes trastornos de ansiedad y afectivos, entre ellos la alta tasa de comorbilidad con el trastorno por estrés postraumática, o de pánico. Esto es especialmente frecuente cuando el factor estresante es una enfermedad grave o limitante que provoca pérdidas, o pone en peligro la vida.

En el contexto de la enfermedad médica concomitante, la aparición simultánea de ansiedad y de depresión puede ser particularmente devastadora para los pacientes.

- ▶ Los síntomas ansiosos pueden contribuir a una **mala calidad del sueño** y **disminución del apetito**, todo lo cuál pueden interferir con el tratamiento y la recuperación del trastorno médico.
- ▶ La ansiedad también puede afectar la capacidad del paciente para **adherirse al tratamiento** y empeorar su tolerancia a las pruebas complementarias y a los procedimientos invasivos o desagradables.
- ▶ Por último, al igual que con la depresión, la ansiedad puede tener un efecto directo en la evolución de las enfermedades médicas. Por ejemplo el **trastorno por estrés postraumático⁴ y la depresión⁵ se consideran factores de riesgo cardiovasculares** independientes.

En definitiva, la comorbilidad tiene un impacto negativo, no solo por sus repercusiones sobre la calidad de vida y la discapacidad del paciente, sino también por factores relacionados con la supervivencia y mortalidad tras incidentes cardiovasculares agudos y el posible riesgo de aparición de nuevos eventos cardiovasculares si no se resuelve el cuadro depresivo o el trastorno por estrés postraumático.

¿Cuándo la “depresión” es un “tipo de trastorno depresivo” en los pacientes con enfermedad médica?

Al igual que la ansiedad, un estado de ánimo bajo es una presentación típica ante estresores de la vida. Y al igual que en el duelo, un cierto nivel de intensidad puede ser considerado adaptativo.

En el caso del paciente con enfermedad médica, son ejemplos de estrés, el diagnóstico, las limitaciones funcionales, las pérdidas socio-laborales o el sufrimiento físico agudo o crónico.

El diagnóstico diferencial de la depresión mayor en pacientes con enfermedad médica grave incluye:

- ▶ el duelo,
- ▶ los trastorno adaptativos,
- ▶ los trastornos inducidos por sustancias y
- ▶ la distimia o trastorno depresivo persistente.

Cada una de estas entidades tiene características diferentes en su presentación y en su curso, que finalmente requieren de abordajes terapéuticos diferenciados.

Es cierto que las reacciones en el contexto del duelo pueden incluir tristeza intensa, pérdida de apetito y trastornos del sueño, pero generalmente no incluyen la culpa generalizada y la pérdida de la autoestima que acompaña a la depresión mayor.

En cambio, la depresión mayor se caracteriza generalmente por anhedonia persistente. Los trastornos de adaptación también tienden a ser menos graves y menos disfuncionales que la depresión mayor. También es importante obtener un historial de medicamentos minucioso, incluidos los cambios recientes que sugieran un trastorno depresivo inducido por sustancias.

La importancia del diagnóstico deriva del hecho de que **el reto clínico con un paciente con enfermedad médica va a ser la decisión de si iniciar o no un tratamiento (psicofarmacológico o/y psicoterapéutico)**. Para ello el médico tendrá que responder a la siguiente pregunta: **¿Dónde está la línea entre el afecto negativo apropiado y la sintomatología patológica en este proceso?**

———— El duelo

Partiendo de la revisión previa sobre este tema realizada en este curso, podemos entender que la enfermedad médica en sí misma, también puede ser experimentada por muchos individuos como una pérdida o una sucesión de pérdidas:

La pérdida de salud física e integridad, comparte muchas de las características del duelo asociado a las pérdidas interpersonales.

Los síntomas pueden incluir tristeza, apatía o disminución del placer e interés, así como dificultad de concentración e insomnio.

Puede ser difícil distinguir el duelo típico en respuesta a la aparición o progresión de la enfermedad, del duelo complicado cuando la enfermedad se prolonga y es entonces necesario abordar el problema con el paciente para considerar tratamiento.

Se ha sugerido que **la terapia cognitiva, es efectiva en el manejo del duelo complicado**.

———— El trastorno adaptativo

En este caso las personas pueden tener algunos síntomas de la enfermedad depresiva, especialmente el humor depresivo en respuesta a un evento estresante agudo.

El diagnóstico y/o desarrollo de una enfermedad médica, es una experiencia particularmente estresante para muchas personas.

Esta respuesta puede incluir angustia marcada y persistente que parece desproporcionada a la gravedad del evento, y puede resultar en un deterioro de la función en una variedad de áreas, incluyendo sociales, interpersonales y ocupacionales.

En la mayoría de los casos, los síntomas no alcanzan el nivel de trastorno de depresión mayor.

El trastorno adaptativo es autolimitado en un gran número de ocasiones y se resuelve en los seis meses siguientes.

Se obtienen buenos resultados con **intervenciones psicoterapéuticas** como la **terapia cognitivo conductual**, aunque **a veces puede requerir un tratamiento breve con antidepresivos y seguimiento intensivo**.

———— El trastorno depresivo inducido por sustancias

Este trastorno se distingue del trastorno depresivo mayor, por el hecho de que una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento o una toxina) parece estar relacionada etiológicamente con la alteración del estado de ánimo⁷.

Por ejemplo, el estado de ánimo depresivo que ocurre solo en el contexto de la abstinencia de la cocaína, se diagnosticaría como un trastorno depresivo inducido por la cocaína.

Este diagnóstico complica el curso y el tratamiento, tanto de la enfermedad médica como del cuadro depresivo.

———— El uso de sustancias también produce depresión

Llegados a este punto es importante recordar que existe evidencia de que los pacientes con depresión tienen tasas más altas de trastornos por uso de sustancias que la población general⁸.

En un análisis de los datos del estudio STAR*D, los pacientes con trastorno depresivo mayor y trastorno por uso de sustancias concomitantes fueron más propensos a⁹:

- ▶ Tener un inicio más temprano de la depresión.
- ▶ Experimentar mayor sintomatología depresiva.
- ▶ Experimentar mayor deterioro funcional.
- ▶ Tener un mayor riesgo de suicidio.

———— Distimia o trastorno depresivo persistente

Es una **forma crónica de depresión que dura 2 años o más**, con fluctuación del estado de ánimo, asociado en muchas ocasiones a trastorno por uso de sustancias.

Aunque hay datos de tratamientos farmacológicos, en las primeras clasificaciones, la distimia era un concepto ligado a problemas de personalidad comórbidos, motivo por el que los datos de tratamiento psicoterapéuticos están muy presentes.

Este caleidoscopio de “problemas depresivos” es un auténtico desafío para el clínico, ya que un correcto diagnóstico y un conocimiento de la evolución del mismo, influye en el diseño del tratamiento integral que es necesarios para el abordaje adecuado del paciente con comorbilidad depresiva y enfermedad médica.

¿Cómo entrevisto a un paciente con enfermedad médica para descartar un trastorno depresivo mayor?

La anamnesis es el instrumento más importante de nuestra práctica, junto con la exploración psicopatológica, para guiar el diagnóstico y el tratamiento de estas personas.

Incluiremos **información sobre el paciente como persona**:

- ▶ la queja principal,
- ▶ la enfermedad actual,
- ▶ la adaptación premórbida,
- ▶ su pasado,
- ▶ su historial médico,
- ▶ el historial familiar de trastornos psiquiátricos y médicos y
- ▶ el historial evolutivo del paciente.

Tanto en el riesgo vital como en el dolor, la técnica más útil para la recogida de datos, es permitir que los pacientes **cuenten sus historias en sus propias palabras en el orden que consideran más importante**. A medida que los pacientes relatan su historia, el entrevistador hábil reconoce los puntos en los que puede realizar preguntas relevantes sobre las áreas descritas en el resumen de la historia y el examen del estado mental.

Respecto a los trastornos de salud mental comunes, existen unas recomendaciones del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE)¹⁰ de cara a mejorar la identificación de los mismos (**Tabla 1**).

TABLA 1. RECOMENDACIONES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES COMUNES DE LA GUÍA NICE¹⁰.

1. Se debe estar alerta para detectar una posible depresión, particularmente en personas con antecedentes personales o que en el momento actual tengan un problema de salud física crónico con discapacidad funcional asociada.

En estos casos es importante realizar dos preguntas, específicamente:

- ▶ "Durante el mes pasado, ¿le ha molestado a menudo sentirse deprimido o desesperado?"
- ▶ "Durante el mes pasado, ¿le ha molestado a menudo tener poco interés o placer en hacer las cosas?"

En el caso de que una persona responda "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, se debe sospechar depresión y se debe proceder a la evaluación de la misma.

2. Se debe estar alerta a posibles trastornos de ansiedad, especialmente en personas que hayan experimentado un evento traumático reciente, que tengan antecedentes de depresión, o en aquellos que tienen posibles síntomas somáticos pertenecientes a un trastorno de ansiedad. En estos casos es muy útil preguntar a la persona sobre sus sentimientos de ansiedad y la capacidad de detener o controlar la preocupación, utilizando la escala de trastorno de ansiedad generalizada de dos ítems (GAD-2)¹¹.

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas:

- ▶ ¿Se siente nervioso, ansioso o nervioso?
- ▶ ¿Ser incapaz de parar o controlar preocuparse?

En el caso de que una persona responda “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores, se debe sospechar depresión y se debe proceder a la evaluación de la misma.

3. Para personas con dificultades importantes de lenguaje o comunicación, por ejemplo, personas con discapacidades sensoriales o con problemas de aprendizaje, considere usar el termómetro de distrés y / o preguntar a un miembro de la familia o cuidador sobre los síntomas de la persona para identificar un posible trastorno de salud mental común. Si se identifica un nivel significativo de angustia, ofrezca una evaluación adicional o busque el consejo de un especialista.

Una vez identificado el probable caso y respecto a la evaluación posterior, destacamos dos de las nueve recomendaciones de esta guía¹⁰:

1ª La primera es que en cualquier caso, **si las preguntas de identificación indican un posible trastorno de salud mental, pero no se es competente** para realizar una evaluación adecuada, se debe **derivar a la persona a un profesional apropiado**.

2ª La segunda es que siempre **pregunte** a las personas con un trastorno de salud mental común **directamente acerca de la ideación y la intención suicida**. Si existe riesgo de autolesión o suicidio plantea tres recomendaciones:

- ▶ **evalúe** si la persona cuenta con el apoyo social adecuado y si conoce las fuentes de ayuda,
- ▶ **organice** la ayuda apropiada para el nivel de riesgo y
- ▶ **aconseje** a la persona que busque más ayuda si la situación se deteriora.

¿Qué es necesario saber de los síntomas del trastorno depresivo mayor en personas con enfermedad médica?

Con frecuencia, en Atención Primaria, el trastorno depresivo mayor se presenta con síntomas somáticos y dolorosos, que en el **69%** de las ocasiones son los únicos que expresa el paciente. Además en un **60%** de los pacientes, este trastorno se presenta en comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada¹².

La falta de detección adecuada de las enfermedades mentales en entornos de atención primaria es un problema reconocido en la literatura médica. El trastorno mental común, requiere un esfuerzo especial para su detección. Los síntomas pueden superponerse, lo que hace que los trastornos sean difíciles de diagnosticar.

Sin embargo, atendiendo al DSM-5 y a la CIE-11 hay complejos sintomáticos que nos permiten estructurar la exploración.

Describiremos a continuación las características del trastorno depresivo mayor, de cara a entender la heterogeneidad de los síntomas (emocionales, cognitivos y físicos) y sospechar su diagnóstico, aunque la presentación sea con síntomas neurovegetativos físicos que la pueden hacer pasar desapercibida.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por episodios discretos de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran considerablemente más tiempo) que involucran cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y las remisiones entre episodios.

La característica es la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de un grupo heterogéneo de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente al funcionamiento del individuo⁷. Y aunque el diagnóstico basado en un solo episodio es posible, el trastorno es recurrente en un gran porcentaje de casos.

Es importante estar familiarizado con los síntomas de esta entidad a la hora de diferenciar los estados normales de los patológicos. La American Psychiatric Association (APA)⁷ **describe nueve síntomas depresivos con fines diagnósticos:**

1) Estado de ánimo deprimido

Los pacientes pueden describir su estado de ánimo como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o "deprimido". Alternativamente, el paciente puede describir no tener ningún sentimiento o sentirse ansioso. Este estado de ánimo reducido varía poco de un día a otro y no responde a las circunstancias. De acuerdo con los criterios de la APA⁷ para un diagnóstico de trastorno depresivo mayor se requiere al menos uno de los dos: "estado de ánimo deprimido" o "pérdida de interés o placer" (ver siguiente ítem) .

2) Pérdida de interés o placer

La pérdida de interés o placer, llamada “anhedonia”, en todas, o casi todas, las actividades, casi siempre está presente. Las personas pueden decir que sienten menos interés en los pasatiempos, que “no se preocupan más” o que no disfrutan de actividades que antes se consideraban placenteras. A veces son los miembros de la familia, en lugar del paciente, los que notan este abandono de actividades placenteras.

3) Agitación / retardo psicomotor

La “agitación psicomotora” describe la incapacidad de quedarse quieto, la estimulación o retorcimiento de las manos, o frotar la piel, ropa u otros objetos.

El “retardo psicomotor” describe el habla, el pensamiento y los movimientos corporales lentos; o un habla que disminuye en volumen, inflexión, o variedad de contenido.

4) Inutilidad / culpa

La autoestima y la confianza en sí mismos casi siempre se reducen. Aparecen sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada que puede llegar a ser delirante. Los individuos a menudo malinterpretan los eventos cotidianos neutrales o triviales como evidencia de defectos personales.

5) Disfunción cognitiva

Muchas personas reportan una capacidad disminuida para pensar, concentrarse, recordar cosas o incluso tomar decisiones menores. Los pacientes que participan en actividades cognitivamente exigentes a menudo no pueden funcionar

6) Fatiga

La disminución de la energía, el cansancio y la fatiga son comunes. Incluso las tareas más pequeñas parecen requerir un esfuerzo sustancial, y dan como resultado un cansancio marcado. Los pacientes pueden quejarse de que, por ejemplo, lavarse y vestirse por la mañana son agotadores y puede durar el doble de lo habitual.

7) Pensamientos de muerte / suicidio.

Los pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intentos de suicidio son comunes. La severidad de los pensamientos suicidas varía desde un deseo pasivo de no despertarse por la mañana o la creencia de que otros estarían mejor si el individuo estuviera muerto, a pensamientos transitorios pero recurrentes de suicidio, a un plan específico de suicidio.

8) Cambio de peso / apetito

Los pacientes pueden experimentar una reducción o un aumento en el apetito, que puede presentarse como una pérdida significativa de peso (sin dieta) o aumento de peso.

Algunos pacientes informan que tienen que obligarse a comer; otros informan de antojo por alimentos específicos (por ejemplo, dulces u otros carbohidratos)

9) Alteración del sueño

El sueño generalmente se altera, y puede tomar la forma de dificultad para dormir (**insomnio**) o dormir excesivamente (**hipersomnia**).

- ▶ El **“insomnio inicial”** tiene dificultades para conciliar el sueño,
- ▶ El **“insomnio medio”** se despierta durante la noche y luego tiene dificultades para volver a dormir, y
- ▶ El **“insomnio terminal”** se despierta demasiado temprano y no se puede volver a dormir.

La hipersomnia puede tomar la forma de un sueño prolongado durante la noche o un aumento del sueño durante el día.

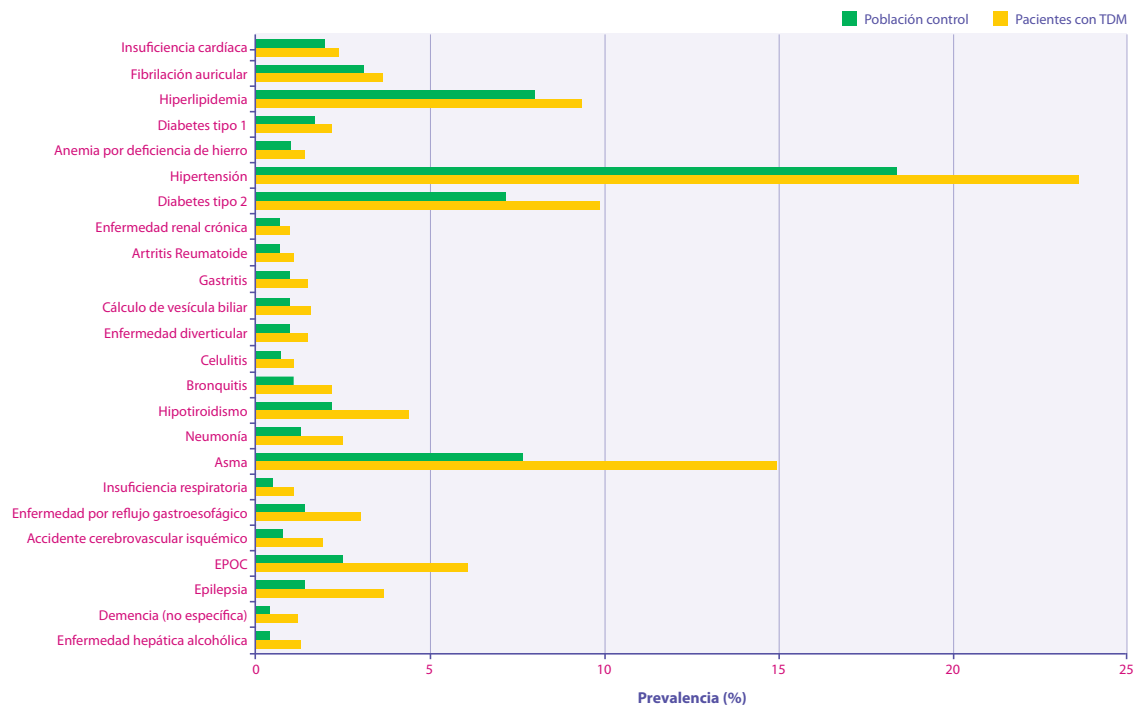
¿En qué enfermedades es más frecuente la comorbilidad del trastorno depresivo mayor?

Existe un **seguimiento naturalístico de 12 años de duración de los ingresos hospitalarios**.

- ▶ Se compararon los pacientes con trastorno depresivo mayor, con pacientes controles pareados por edad que ingresaron en un hospital en Manchester, Reino Unido, entre enero de 2000 y junio de 2012¹³.
- ▶ La muestra comprendía más de 360.000 pacientes ingresados en ese período, de los cuales se tomaron
 - más de 9.600 pacientes con depresión y
 - más de 96.000 controles pareados por edad.
- ▶ Se identificó una amplia gama de comorbilidades como más prevalentes en pacientes con trastorno depresivo mayor en comparación con los controles emparejados por edad.

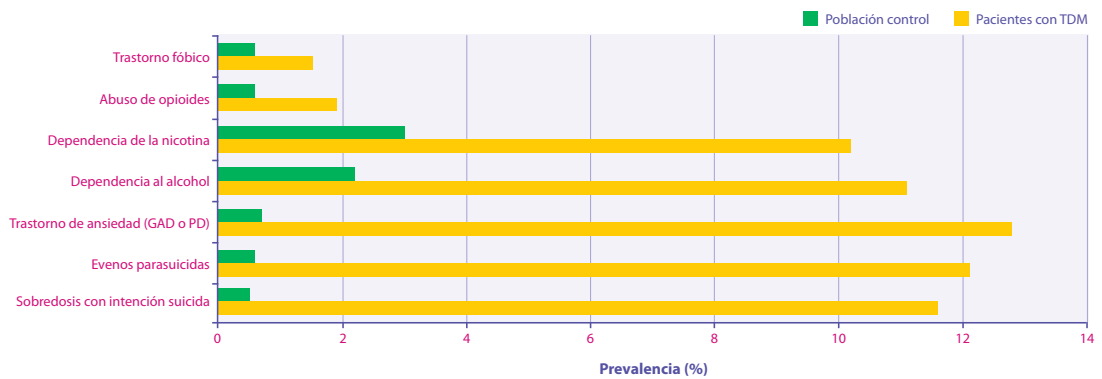
Aunque es posible que algunas de las asociaciones identificadas en el estudio está vinculado a los efectos adversos de los medicamentos, en lugar de a la depresión en sí, da una imagen muy clara de la alta comorbilidad con enfermedades médicas (**Figura 1**) y de la alta comorbilidad con problemas psiquiátricos, uso de sustancias y riesgo de suicidio (**Figura 2**).

Figura 1. Prevalencia de comorbilidades Psiquiátricas en pacientes con TDM en comparación con los controles emparejados por edad



Schoepf D, Uppal H, Potluri R, et al. Comorbidity and its relevance on general hospital based mortality in major depressive disorder: a naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. J Psychiatr Res 2014; 52: 28–35.

Figura 2. Prevalencia de comorbilidades Psiquiátricas en pacientes con TDM en comparación con los controles emparejados por edad



Schoepf D, Uppal H, Potluri R, et al. Comorbidity and its relevance on general hospital based mortality in major depressive disorder: a naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. J Psychiatr Res 2014; 52: 28–35.

¿Cómo influye la enfermedad médica en los trastornos afectivos?

Como en otros muchos trastornos, trabajamos con la hipótesis de que el **trastorno depresivo mayor** surge de una **combinación de factores genéticos y ambientales**. Es decir, se hereda la predisposición a la enfermedad en lugar de la enfermedad en sí misma. Los factores ambientales interactúan con esta susceptibilidad genética en el desarrollo de la depresión.

Sabemos que los factores ambientales tiene un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos afectivos. Las experiencias adversas de la infancia temprana, especialmente cuando estas experiencias son múltiples, constituyen un conjunto de factores de riesgo importante. También se sabe que los eventos estresantes de la vida, pueden precipitar episodios depresivos mayores⁷.

En este contexto, de nuevo más que un evento en particular, es la acumulación de eventos estresantes negativos en la vida, lo que parece constituir el factor predisponente más fuerte para el desarrollo de la depresión.

La enfermedad médica es un estresor que además influye y modifica el curso de la depresión. El riesgo de que una persona desarrolle depresión aumenta en prácticamente todos los trastornos neurológicos y enfermedades médicas generales⁷.

Los pacientes con **trastornos neurológicos pueden presentar síntomas que ocultan y retrasan el diagnóstico del trastorno depresivo mayor**⁷.

Además, los episodios depresivos mayores que se desarrollan en el contexto de otro trastorno, a menudo siguen un curso más refractario⁷.

Por último, no hay que olvidar la comorbilidad psiquiátrica donde también el uso de sustancias, el trastorno de ansiedad y los trastornos de personalidad se encuentran entre los modificadores de curso más frecuentes.

¿Qué enfermedades y factores ambientales se deben explorar?

El origen de la hipótesis de la depresión de *Nedly*¹⁴, surgió atendiendo al fenómeno de la comorbilidad: al hecho conocido de que:

1 de cada 3 pacientes que acuden a medicina interna sufre depresión concomitante.

Tras hacer una revisión exhaustiva, encuentran **más de 100 factores que se asocian con un mayor riesgo de depresión que son agrupados en 10 categorías que se denominan "Hit"** (que proponemos traducir como "golpe" activo).

De acuerdo con ésta hipótesis, se considera que una persona puntúa **positivo** en cada una de las dimensiones cuando cumple **al menos un tercio de las características de una categoría "Hit" en particular**. La única excepción es la presencia de cualquier enfermedad en la categoría adicciones o en la categoría enfermedades médicas, que se considera un golpe activo en el área correspondiente, independientemente de la presencia de cualquier otro factor en ese grupo.

Recomendamos leer detenidamente la **Tabla 2** donde, al estudiar los diferentes ítems podemos observar cómo al acumularse por ejemplo limitaciones nutricionales, de ejercicio aeróbico, de minutos de sol al día, de consumo de tóxicos legales... en definitiva de factores de estilo de vida, es más probable desarrollar un cuadro depresivo.

Tabla 2. La hipótesis de los cuatro Hit

Categoría: Genetic hit	• Antecedentes familiares de depresión o suicidio en un familiar del primer grado	
Categoría: Developmental hit	<ul style="list-style-type: none"> • La pubertad temprana en las niñas (a partir de la menstruación a los 11 años o menos) • Historia de la depresión en la adolescencia 	<ul style="list-style-type: none"> • No ser criado por ambos padres biológicos • Abuso sexual • Ser criado o vivir con alguien que es alcohólico o drogadicto
Categoría: Nutrition hit	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta baja en triptófano • Baja ingesta de grasas omega 3 • Baja ingesta de ácido fólico 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja ingesta de vitamina B • Dieta alta en colesterol, grasas saturadas o azúcar • Anorexia marcada y pérdida de peso
Categoría: Social hit	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de apoyo social. • Eventos negativos o estresantes de la vida. • Clase social baja 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser criado por los abuelos • Miembro de la familia inmediata que es un alcohólico o drogadicto
Categoría: Toxic hit	<ul style="list-style-type: none"> • Altos niveles de plomo • Altos niveles de mercurio 	• Niveles altos de arsénico, bismuto u otras toxinas o alto riesgo de exposición a estas toxinas
Categoría: Circadian rhythm hit	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio regular • Dormir rutinariamente > 9 horas por día o < 6 horas por día 	• No tener horarios regulares para dormir y comer
Categoría: Addiction hit	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de alcohol, cigarrillos o tabaco • Uso intenso de cafeína 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso recreativo de drogas (incluida la marihuana) • Uso diario de benzodiazepinas o narcóticos crónicos durante más de 30 días consecutivos
Categoría: Lifestyle hit	<ul style="list-style-type: none"> • No en un programa regular de ejercicios aeróbicos • No se expone regularmente a la luz del día durante al menos 30 minutos al día 	• Rara vez respirar aire fresco
Categoría: Medical condition	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis C • Lesión en la cabeza reciente • Ictus • Enfermedad del corazón • Cáncer terminal • Enfermedad de Parkinson 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes no controlada • Estrés posparto severo • Síndrome Premenstrual • Enfermedad tiroidea o adrenal tratada inadecuadamente • Lupus
Categoría: Frontal lobe hit	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta baja en carbohidratos • Dieta alta en carne o alta en queso o hipercalórica • Entretenimiento TV o adicción al cine • Entretenimiento internet o chat adicción a internet • Estimulación sexual frecuente que activa el lóbulo frontal derecho 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición regular a música rítmica y / o videos sincopados • Supresión consciente de la actividad del lóbulo frontal • Falta de pensamiento abstracto regular • Actuar en contra de la conciencia o sistema de valores conocidos

- Tener una proporción de al menos 1/3 factores cuenta como un golpe activo para cada categoría
- Cuatro o más "golpes", podrían predecir un episodio depresivo.

Nedley & Ramirez. Am J Lifestyle Med 2016;10(6):422-428

Está claro por otro lado que **una sola de las enfermedades señaladas es suficiente para dar positivo en una categoría** (y que en todas ellas está presente el riesgo vital o la cronicidad).

¿Por qué es importante el manejo terapéutico integral en estos casos?

La hipótesis de Nedly¹⁴ es que:



Una persona que de positivo en al menos 4 de las 10 categorías de golpes activos (Hit) probablemente experimentará depresión.

Dadas las muchas causas potenciales de la depresión, puede sorprender incluso que no se desarrolle más todavía este trastorno mental.

La resiliencia puede resistir una combinación de 3 categorías de factores de riesgo y aún así funcionar correctamente. Sin embargo, **cuando se agrega la cuarta categoría es cuando el riesgo permite predecir la casi certeza de que se desarrolle el cuadro depresivo.**

De estos 10 golpes, el autor señala que **sólo los aspectos genéticos y los evolutivos no son reversibles** (aunque en la dimensión golpe activo “enfermedad” nosotros encontramos que algunas de estas enfermedades tampoco lo son: como el cáncer terminal por ejemplo).

La mayoría de los otros “Hit” reversibles, están directamente relacionados con las opciones de estilo de vida. El objetivo de la terapia en el programa que ellos proponen, es **identificar y disminuir o eliminar las categorías “Hit” a menos de 4** como un mecanismo para tratar con eficacia y aumentar la probabilidad de una remisión a largo plazo. Es decir, actuar sobre otros factores reversibles, porque aunque se mantengan algunos irreversibles (algunas enfermedades médicas de riesgo vital por ejemplo) es la acumulación de estresores lo que acaba superando la resiliencia.

Por otro lado, mejorar el estilo de vida y disminuir la cantidad de golpes activo no solo es prevención secundaria sino también primaria en aquellos que no están deprimidos. La identificación de estos factores y la aplicación de **terapias de estilo de vida** podrían desempeñar un papel importante en el tratamiento de las personas con enfermedad física y depresión.

CAPÍTULO 2: EL DOLOR

¿Cómo se define el dolor? y ¿cuál es su relación con los trastornos afectivos?

El dolor no es una enfermedad, sino un síntoma. Aunque es verdad que el dolor **tiene valor de enfermedad cuando es limitante y especialmente cuando es crónico.**

La definición de dolor más ampliamente aceptada, es la presentada por el **Subcomité en Taxonomía, de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor:**



“Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión tisular potencial o actual, o descrita en términos de dicha lesión¹⁵”

El subcomité añade también que:



“la actividad inducida por el estímulo nocivo en el nociceptor y en las vías nociceptivas, no es el dolor, el cual siempre es un estado psicológico, incluso aunque podamos apreciar con claridad que el dolor tiene casi siempre una causa física.”

En este sentido, el dolor es descrito como un **fenómeno sensorial al tiempo que como un fenómeno emocional.**

El **dolor crónico** es clasificado habitualmente en dos categorías:

- 1-** Dolor **relacionado con el cáncer** que incluye también el dolor de los tratamientos recibidos en el proceso, como la quimioterapia.
- 2-** Dolor crónico **no relacionado con el cáncer** que en este momento es un inmenso problema intensificado por la crisis de la prescripción de opiáceos que en Estados Unidos ha generado reacciones políticas el propio presidente del país.

El dolor crónico se asocia con varias formas de trastornos depresivos, incluyendo depresión mayor, distimia y trastorno de adaptación con ánimo deprimido.

Aunque a menudo se cree que los pacientes desarrollan una depresión como respuesta a su dolor, no es una opinión aceptada por todos.

En el **consenso de salud física español¹⁶** se revisa si, como ocurre con las enfermedades metabólicas y cardiovasculares, la depresión es por sí misma un factor de riesgo para desarrollarlo (es decir, no sólo que estas enfermedades sean causa de trastornos depresivos, sino que bidireccionalmente la depresión también es un factor de riesgo independiente para enfermedades metabólicas y cardiovasculares).

En el decálogo final se concluye que:



“La alta comorbilidad entre la depresión y el dolor, empeora el pronóstico de ambas entidades clínicas y requiere la detección activa de ambos mediante instrumentos apropiados y una intervención terapéutica integral, tanto farmacológica como no farmacológica¹⁶.”

Dada la comorbilidad de dolor crónico y depresión, sea cual sea la dirección de esta asociación, y teniendo en cuenta las graves limitaciones funcionales biológicas psicológicas y sociales que traduce, **la recomendación** es:

- ▶ Realizar tanto una evaluación del dolor usando instrumentos de medición como las escalas analógicas visuales, como
- ▶ la utilización de preguntas de detección de ansiedad y depresión en los pacientes con dolor.

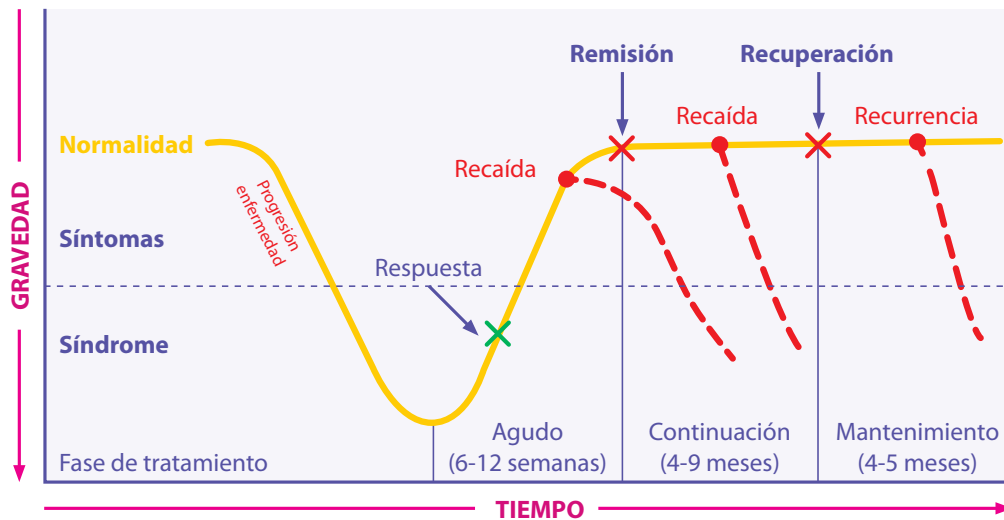
Tanto en consultas especializadas como en consultas de atención primaria, se debe pensar siempre en esta posible comorbilidad y tener claro que ambos síntomas, depresión y dolor, requieren un tratamiento enérgico. En general el tratamiento con un antidepresivo tricíclico o un antidepresivo que actúe sobre más de un mecanismo de acción, incluyendo el noradrenérgico, puede resultar de ayuda y tiende a ser más eficaz que si se realiza esta intervención con fármacos antidepresivos selectivos serotoninérgicos puros.

En cualquier caso, se debe considerar una **intervención terapéutica integral**, en la que se contemplen las distintas posibilidades de **tratamiento farmacológico y no farmacológico, incluyendo la psicoterapia**, llevada a cabo mediante terapias de apoyo en AP o una psicoterapia formal en el medio especializado¹⁶.

¿Por qué es importante conocer las fases del tratamiento antidepresivo y sus objetivos en pacientes con enfermedad médica?

El objetivo del tratamiento de la depresión mayor es la recuperación completa del episodio depresivo mayor de cara a evitar recurrencias. Para ello es importante conocer las tres fases de tratamiento, que corresponden a las diferentes etapas de esa enfermedad descrita por Kupfer¹⁷. Cada una de estas fases tienen un objetivo de tratamiento diferente y son especialmente importantes a la hora de manejar los pacientes con enfermedad física y dolor que se pueden consultar en la **Figura 3**^{17,18}.

Figura 3. Fases Tratamiento de la Depresión



(Adaptado) Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. J Clin Psychiatry 1991; 52 (Suppl 5): 28-34; Ballenger JC. Clinical guidelines for establishing remission in patients with depression and anxiety. J Clin Psychiatry. 1999;60 Suppl 22:29-34

- **Fase de tratamiento agudo.** El tratamiento de fase aguda comprende el intervalo desde el inicio del tratamiento hasta que se alcanza la remisión¹⁷ (**Figura 3**^{17,18}).

El objetivo es lograr la remisión completa de los síntomas para evitar recaídas. Hay hasta tres veces más de recaídas entre los que no logran la remisión¹⁹. Respuesta, es decir, una mejora del **50%** desde el inicio, es sólo un objetivo de tratamiento intermedio que se utiliza para evaluar si un tratamiento produce beneficios en paciente²⁰.

- **Fase de tratamiento de continuación.** El tratamiento de fase de continuación del comienza cuando se alcanza la remisión¹⁷ (**Figura 3**^{17,18}). El objetivo es prevenir una recaída, es decir el aumento de los síntomas que lleva a cumplir criterios de depresión mayor otra vez²⁰. La fase de continuación del tratamiento continúa hasta que se logra la recuperación el final de un episodio depresivo mayor, este momento de la n es difícil de identificar en la práctica clínica.
- **Fase de tratamiento de mantenimiento.** El tratamiento de fase de mantenimiento continúa a partir del tratamiento de fase de continuación, siempre que el paciente no haya sufrido una recaída¹⁷ (**Figura 3**) Los objetivos del tratamiento de fase de mantenimiento son prevenir un nuevo episodio de depresión (recurrencia)²⁰, prevenir el suicidio y permitir una recuperación

funcional completa y duradera. Por lo general, el tratamiento de mantenimiento está indicado en pacientes con trastorno depresivo crónico o recurrente.

En el caso de los trastornos depresivos en personas con riesgo vital o con dolor crónico, puede no conseguirse siempre una remisión completa de los síntomas, situación que indica un tratamiento de mantenimiento para evitar recaídas.

CONCLUSIONES

- ▶ **La depresión**, incluyendo la depresión mayor, **no es un fenómeno unitario**.

Está definido desde una descripción de síntomas con diferentes constelaciones de síntomas (cognitivos, emocionales y físicos), pudiendo un paciente cumplir o no criterios para diferentes trastornos afectivos cuando está expuesto a situaciones de estrés. Por otro lado, existe un solapamiento generalizado con los trastornos de ansiedad que tienen una presentación clínica con sintomatología física y signos neurovegetativos.

- ▶ Dentro del rango de **enfermedades médicas**, aquellas que plantean una confrontación con la propia mortalidad del individuo, y aquellas en las que el dolor crónico es limitante, **son de especial interés a la hora de estudiar las reacciones adaptativas de nuestros pacientes** por su prevalencia, dificultad de detección, enmascaramiento de síntomas, modificación del curso evolutivo, y necesidad de adquirir herramientas que permitan un diagnóstico y una abordaje integral.
- ▶ La **presencia de enfermedades físicas en pacientes con depresión puede condicionar, la elección del tratamiento antidepressivo**. La mejor alternativa farmacológica debe tener en cuenta el tipo de enfermedad física comórbida y los efectos secundarios, e interacciones de los distintos antidepressivos.
- ▶ Por último, la **psicoterapia cognitivo conductual** o la que contempla otros factores como los estilos de vida, **sola o en combinación con psicofármacos**, ha demostrado ser **eficaz en la depresión leve a moderada en la mayoría de los pacientes con enfermedad física comórbida y contribuye a una recuperación integral del enfermo¹⁶**.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer*. 1984;53(10 Suppl):2243–2249.
- 2.- Katon W. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci* . 2011;13(1):7–23.
- 3.- McKinnon MC, Yucel K, Nazarov A, MacQueen GM. A metaanalysis examining clinical predictors of hippocampal volume in patients with major depressive disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2009;34:41–54.
- 4.- Edmondson D, Kronish IM, Shaffer JA, Falzon L, Burg MM. Posttraumatic stress disorder and the risk of coronary heart disease: A meta-analytic review. *Am Heart J*. 2012;166(5):806–814.
- 5.- K. Van der Kooy, H. van Hout, H. Marwijk, H. Marten, C. Stehouwer, A. Beekman. Depression and the risk for cardiovascular diseases: Systematic review and meta analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2007; 22: 613-626
- 6.-Hameed U, Schwartz T, Malhotra K, West R, Bertone F. Antidepressant treatment in the primary care office: Outcomes for adjustment disorder versus major depression. *Ann Clin Psychiatry* . 2004;17(2):77–81.
- 7.- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition: American Psychiatric Association. 2013
- 8.- Rappeneau V, Béro d A. Reconsidering depression as a risk factor for substance use disorder: insights from rodent models. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 77: 303–316.
- 9.- Davis LL, Frazier E, Husain MM. Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: a confirmatory analysis of the STAR*D cohort. *Am J Addict* 2006; 15 (4): 278–285.
- 10.- Pillen S, Whittington C, Taylor C, Kendrick T. Identification and care pathways for common mental health disorders: summary of NICE guidance. *BMJ* 2011;342:d2868
11. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Lowe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Ann Intern Med* 2007;146:317-25.
- 12.- Rodríguez Vicente JM (Coord.) Atención Primaria de Calidad. Guía de buena Práctica Clínica en Depresión y ansiedad generalizada con presentación de síntomas somáticos. Madrid: IMC, 2010. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/200093292/depression-ansiedad-generalizada>. Fecha acceso marzo 2019.
- 13.- Schoepf D, Uppal H, Potluri R, Chandran S, Heun R. Comorbidity and its relevance on general hospital based mortality in major depressive disorder: a naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *J Psychiatr Res* 2014; 52: 28–35.
- 14.- Nedley N, Ramirez FE. Nedley depression hit hypothesis: identifying depression and its causes. *Am J Lifestyle Med* 2016; 10 (6): 422–428.
- 15.- Merskey H: Classification of chronic pain. *Pain Suppl* 1986; 3:S1-S226
- 16.- Giner J, Saiz Ruiz J, Bobes J, Zamorano E, López F, Hernando T, et al.; Grupo para el Desarrollo de Recomendaciones sobre Salud Física en el Paciente con Depresión. Consenso español de salud física del paciente con depresión. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2014;7:195-207.
- 17.- Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1991; 52 (Suppl 5): 28–34.
- 18.- Ballenger JC . Clinical guidelines for establishing remission in patients with depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 22:29-34
- 19.- Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med*. 1995 Nov;25(6):1171-80.
- 20.- Nierenberg AA, DeCecco LM. Definitions of antidepressant treatment response, remission, nonresponse, partial response, and other relevant outcomes: a focus on treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 16): 5–9.



Patrocinado por:

