

La depresión: un desafío en la práctica médica general

Eduardo G. Giacomantone

RESUMEN

Asociada o no a una enfermedad orgánica, la depresión tiene gran prevalencia en la práctica médica pero es subdiagnosticada. El trastorno del ánimo suele coexistir con variadas quejas somáticas y dolores crónicos, configurando síndromes mixtos con un diagnóstico diferencial complejo.

En este artículo se describen distintas presentaciones clínicas de la depresión en medicina general, con énfasis en los estados depresivos atípicos, depresiones *enmascaradas* muy relevantes por su frecuencia y consecuencias: depresión posquirúrgica, cuadros dolorosos crónicos como cefaleas o lumbago, la fatiga crónica y la fibromialgia.

Solo el reconocimiento y diagnóstico de la depresión subyacente posibilitará la implementación de las adecuadas intervenciones terapéuticas. Se revisan también algunas recomendaciones para el uso de antidepressivos en atención primaria y la eventual consulta psiquiátrica.

Palabras clave: depresión, práctica médica general, dolores crónicos, fibromialgia, fatiga, depresión enmascarada.

DEPRESSION: A CHALLENGE IN GENERAL MEDICAL PRACTICE

ABSTRACT

Associated or not with an organic disease, depression has a high prevalence in medical practice but is underdiagnosed.

The mood disorder usually coexists with varied somatic complaints and chronic pain, forming mixed syndromes with a complex differential diagnosis.

This article describes different clinical presentations of depression in general medicine, with emphasis on atypical depressive states, *masked* depressions very relevant for their frequency and consequences: post-surgical depression, chronic painful conditions such as headaches or lumbago, chronic fatigue and fibromyalgia.

Only the recognition and diagnosis of the underlying depression will enable the implementation of appropriate therapeutic interventions. Some recommendations for the use of antidepressant drugs in primary care and the eventual psychiatric consultation are also reviewed.

Key words: depression, general medical practice, chronic pains, fibromyalgia, fatigue, masked depression.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2019; 39(4): 128-134.

INTRODUCCIÓN

Los síntomas depresivos tienen gran prevalencia en la práctica médica general y constituyen un problema mayor de salud pública. Se considera que entre 13 y 20% de la población tiene síntomas depresivos¹, pero existe un amplio rango de prevalencias informadas, debido al distinto nivel de sintomatología depresiva designada como significativa y las posibles diferencias entre las poblaciones estudiadas^{1,2}.

Además, muchos pacientes presentan depresión en el contexto de síndromes mixtos o cuadros atípicos que, si bien sugieren ese diagnóstico, no cumplen fácilmente con los criterios de la nosología psiquiátrica oficial. Los médicos

generalistas o especialistas no psiquiatras los rotulan como “depresivos” con buen criterio clínico, aunque se trate de enfermos en quienes coexisten síntomas de ansiedad, depresión, quejas somáticas y dolores crónicos³, y no sea posible precisar si responden a un trastorno único, a categorías diagnósticas separadas o a condiciones cambiantes que pueden evolucionar o no hacia un típico síndrome depresivo mayor.

Otras circunstancias suelen complejizar el diagnóstico diferencial: varios síntomas de depresión (fatiga, anorexia, pérdida de peso) son similares a los observados en enfermedades orgánicas y, por otro lado, en los cuadros depresivos atípicos, la depresión es usualmente opacada por quejas somáticas funcionales⁴. Empezaremos, entonces, una breve revisión clínica y bibliográfica de estas dificultades diagnósticas y describiremos algunas formas de presentación de depresiones *enmascaradas*, para concluir con ciertas puntualizaciones acerca del manejo terapéutico de la depresión en la práctica médica general.

PRESENTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA GENERAL

1. Depresión de origen psiquiátrico

Clásicamente, los pacientes con una **depresión mayor** presentan sentimientos de tristeza, fatiga, escasa energía, pérdida de interés en las actividades sociales y laborales, junto a síntomas vegetativos como trastornos del sueño o el apetito. Con frecuencia se agregan sentimientos de culpa y autodenigración, ideas recurrentes de muerte y pensamientos suicidas (*DSM-V* de la Asociación Psiquiátrica Americana)⁵. Esta forma de presentación es la más fácilmente reconocible por el médico de cabecera o de familia. Además del complejo sintomático descrito, para el diagnóstico de episodio depresivo mayor de causa psiquiátrica deben investigarse factores de riesgo: antecedentes personales y/o familiares de depresión, situaciones vitales de estrés, pérdida del sostén social, soledad, período de posparto, vejez, etc⁶. El médico clínico no debe desorientarse en cuanto al diagnóstico psiquiátrico de depresión por el hecho de constatar la presencia de ansiedad: es frecuentísima la coexistencia y superposición de ambos trastornos⁷.

2. Depresión que es parte de un síndrome orgánico

Un problema especial lo constituye determinar si los síntomas depresivos son parte de un cuadro con base orgánica. La depresión se observa a menudo en trastornos endocrinos (como el hipotiroidismo o la enfermedad de Addison), en infecciones crónicas, en la enfermedad de Parkinson o la demencia, en el cáncer de páncreas y otras neoplasias, en el lupus eritematoso sistémico, etc. La historia clínica completa, el examen físico y apropiados métodos diagnósticos y de laboratorio permitirán descubrir la enfermedad subyacente en el trastorno del ánimo.

3. Depresión causada por drogas

Un gran número de fármacos han sido considerados causa probable de depresión, entre ellos diversos antihipertensivos (sobre todo los betabloqueantes), anticonvulsivantes (como la carbamazepina), L-dopa, psicofármacos (benzodiazepinas, algunos antipsicóticos), estrógenos, indometacina, los inhibidores de la bomba de protones y bloqueantes H₂, y muchos otros⁸.

Con respecto al abuso de drogas, siempre debe tenerse presente el alcoholismo crónico (que predispone para el desarrollo de depresión mayor) y el consumo de anfetaminas o cocaína: el síndrome de abstinencia de estas dos últimas es también causa de depresión.

4. Depresión reactiva al impacto psicológico de una enfermedad física

Si bien ante la aparición de una enfermedad orgánica de cierta importancia las primeras reacciones emocionales son la ansiedad, el miedo y las manifestaciones somáticas

de angustia, con el transcurso del tiempo es muy común el surgimiento de sentimientos depresivos. Esa depresión dependerá de la naturaleza y gravedad de la enfermedad de base, el grado de discapacidad que provoque, la percepción del paciente acerca de cambios en su imagen corporal o de sus perspectivas futuras de curación o mejoría, entre otros factores.

Aunque el clínico pueda interpretar esa depresión como lógica, como un acompañante natural de la enfermedad física, es necesario destacar que suele afectar la calidad de vida y, en ocasiones, influir sobre la morbimortalidad⁴, lo que señala la conveniencia de su adecuada valoración diagnóstica y terapéutica. En pacientes orgánicos internados nunca es típica la depresión; se caracteriza por sentimientos de soledad y desvalimiento y, sobre todo, por quejas somáticas múltiples y cambiantes⁹, o por transgresiones y falta de colaboración con los tratamientos indicados (este último hecho, aun como dato aislado, obliga a descartar una depresión en los diabéticos o en enfermos renales crónicos, por ejemplo).

5. Depresión asociada al estrés quirúrgico

La situación de estrés quirúrgico puede también ser causa de depresión. En verdad, cierto grado de depresión posoperatoria debe ser considerado un componente normal de adaptación psicológica a la cirugía. En una investigación realizada con 303 enfermos quirúrgicos se comprobó que el 62% de los pacientes con una adaptación por lo demás normal presentó un estado transitorio de depresión leve o duelo por haber enfermado y requerido cirugía¹⁰.

Estos cuadros depresivos raramente afectan el sueño o el apetito: se limitan a tristeza, mayor emotividad y llanto fácil, y una visión pesimista acerca de una recuperación favorable. Es común también que en esos días aumenten las quejas por dolor posoperatorio.

De forma típica, comienzan al tercero o cuarto día después de la operación y mejoran gradualmente con el progreso en la recuperación. Los sentimientos depresivos suelen centrarse en las consecuencias de la enfermedad y la cirugía: cambios en la imagen corporal, secuelas o limitaciones físicas futuras, el paso del tiempo y la decadencia física, la necesidad de depender de otras personas, etcétera.

Duelo posoperatorio patológico

Aunque raramente llega a conformar un síndrome depresivo mayor completo, en ocasiones el proceso de duelo posoperatorio se agrava y prolonga. Esto puede suceder en enfermos con adaptación psicológica preoperatoria patológica que luego no toleran los sufrimientos físicos durante la convalecencia, o en pacientes que han tenido complicaciones que comprometen su evolución orgánica y dificultan la recuperación anímica.

También la reactualización de antiguos duelos nunca superados puede generar un estado de duelo posopera-

torio patológico. De estas consideraciones se deduce la importancia de una correcta evaluación de los distintos tipos de depresión preoperatoria y el riesgo que implican para el posoperatorio¹¹, tema que excede los límites de esta revisión.

En estos pacientes no cabe esperar una sintomatología depresiva clara; las manifestaciones más comunes son el retraimiento, las quejas frecuentes por dolor posoperatorio difícil de controlar, la detención del ritmo de rehabilitación y el aumento de la dependencia para los cuidados¹¹. Es bastante típico el negativismo –y aun el mutismo– como síntoma cardinal que orienta hacia el diagnóstico de un duelo posoperatorio patológico¹⁰.

6. Presentaciones clínicas atípicas: depresión enmascarada por quejas somáticas

En estos cuadros atípicos, el paciente niega sentirse deprimido o su sintomatología depresiva es mínima, pero el trastorno de ánimo subyacente se manifiesta bajo la forma de síntomas somáticos crónicos que son equivalentes depresivos⁴. Estos enfermos consultan generalmente a médicos no psiquiatras y sus quejas somáticas se relacionan sobre todo con el sistema nervioso central, el aparato digestivo, el aparato cardiovascular o el sistema musculoesquelético¹. Muchos de los síntomas que pueden ser equivalentes depresivos (dolor lumbar, mialgias, fatiga, cefaleas) figuran entre los más comunes motivos de consulta en medicina interna⁴. Por ello se justifica un análisis más detallado de sus formas de presentación, ya sea aislada o en el contexto de síndromes más complejos.

a) Cefaleas y depresión

Con frecuencia las cefaleas se relacionan con factores emocionales, particularmente la ansiedad en la llamada cefalea tensional¹². Pero la cefalea y varios tipos de dolor facial pueden también ser manifestaciones de una depresión subyacente¹³. La distinción entre dolor, ansiedad y depresión puede ser muy difícil de establecer en ciertos casos, por lo que es interesante mencionar algunos datos semiológicos orientadores.

- Cuando la cefalea se asocia o es un equivalente de depresión tiene casi siempre un carácter difuso y suele estar acompañada de parestesias y sensaciones de aturdimiento o vértigo, que hacen que el enfermo tema sufrir un ataque cerebrovascular.
- Puede suceder que la cefalea constituya un foco para las preocupaciones hipocondríacas, y el paciente deprimido esté convencido de tener un tumor cerebral o de padecer deterioro cerebral orgánico. Las ideas de muerte y pensamientos suicidas pueden también aparecer únicamente vinculados a la cefalea, y el enfermo refiere que antes que soportar las cefaleas es preferible morir, o que mejor matarse para no sufrir más ese dolor, etcétera.

- La cefalea asociada con depresión puede tener un componente de contracción muscular, pero no los hallazgos típicos de la cefalea tensional. Esta se caracteriza por un dolor constante bilateral, occipitofrontal, que presiona y comprime la calota “en banda”. En la cefalea depresiva, en cambio, el dolor es generalmente más difuso y su intensidad, más severa; son también mayores la preocupación y el compromiso emocional del enfermo¹⁴.

Finalmente, y con respecto al diagnóstico de jaqueca¹⁴, no debe olvidarse que en realidad se trata de un cuadro periódico y recidivante, de entre 4 y 72 horas de duración, por lo que la persistencia de dolor por semanas o meses no debería ser considerada sin más como jaquecosa, sino que obliga al diagnóstico diferencial con las cefaleas tensional o depresiva.

b) Fibromialgia

El síndrome denominado fibromialgia comprende un complejo sintomático de dolor musculoesquelético crónico y generalizado, fatiga y sueño no reparador¹⁵. (Para que se considere generalizado, el dolor debe darse en ambos lados del cuerpo, y encima y debajo de la cintura). Otros síntomas asociados suelen ser problemas cognitivos, cefaleas crónicas y colon irritable.

La fibromialgia es más frecuente en mujeres de entre 30 y 59 años, con dolores a veces poco definidos pero que persisten durante 3 o más meses en ausencia de otra enfermedad de base que pudiera causarlos (en muchos casos los dolores tienen años de evolución y múltiples evaluaciones médicas). Si bien provoca dolor crónico, el trastorno en su forma primaria no es degenerativo ni deformante; no obstante, en ocasiones, la fibromialgia puede presentarse en asociación con trastornos sistémicos autoinmunes como la artritis reumatoide o el hipotiroidismo.

- La patogénesis del síndrome fibromialgia es desconocida. Se han descrito hallazgos histopatológicos inespecíficos en músculo, antecedentes de traumatismo cervical, trastornos electroencefalográficos durante el sueño, o alteraciones inmunológicas y neuroendocrinas, sin una explicación definitiva del mecanismo de producción del cuadro¹⁶.
- Dada la falta de hallazgos físicos y de laboratorio concluyentes, y la frecuente asociación con síntomas funcionales como fatiga, cefaleas y colon irritable, se ha estudiado su probable relación con factores psicológicos. Varios síntomas de la fibromialgia, además, son sugestivos de depresión (como fatiga, anergia e insomnio).

Una prevalencia significativamente alta de depresión fue hallada entre los pacientes con fibromialgia, depresión que puede preceder al desarrollo del síndrome o acompañarlo¹⁷.

c) El paciente crónicamente fatigado

Otra causa común de consulta en clínica médica es la fatiga, sea esta entendida como cansancio anormal tras las tareas usuales, debilidad o disminución de la energía para concentrarse y/o actuar. La fatiga puede tener una causa orgánica: infecciones crónicas, diabetes, enfermedad de Addison, hipotiroidismo o hipertiroidismo, anemia, neoplasias ocultas o colagenopatías¹⁸; otras veces el diagnóstico es psiquiátrico, con más frecuencia depresión mayor, trastorno bipolar o esquizofrenia.

En algunos enfermos, el origen de la fatiga crónica no puede ser explicado, y presentan una constelación específica de signos y síntomas, el síndrome de fatiga crónica¹⁸ (también denominado encefalomiélitis miálgica¹⁹), diagnóstico que solo puede plantearse una vez excluidas las causas orgánicas y psiquiátricas.

- Este síndrome se caracteriza por fatiga de por lo menos 6 meses de duración, sin trastornos clínicos o psiquiátricos que la justifiquen, y la presencia de síntomas como dolor de garganta, mialgias y debilidad muscular, artralgias sin artritis, cefaleas difusas y trastornos del sueño, además de problemas neuropsicológicos con deterioro de memoria o concentración o ambas¹⁹. Con menos frecuencia tienen signos físicos como faringitis y ganglios linfáticos sensibles. Para este síndrome han sido informadas prevalencias entre 0,42 y 3,28%²⁰.
- Se postulan varias teorías etiológicas (infección viral, trastornos inmunológicos y alteraciones musculares), pero un hallazgo importante es que del 39 al 47% de los pacientes con este síndrome presentan síntomas depresivos¹⁸, que pueden preceder a los trastornos clínicos o tener un comienzo simultáneo. De modo que no es solo un diagnóstico de exclusión: debe evaluarse siempre la coexistencia de componentes depresivos que suelen contribuir a la cronificación del cuadro, aunque no configuren una depresión mayor.

Como puede verse, muchos de estos hallazgos se superponen a los de la fibromialgia (fatiga, mioartralgias, cefaleas y síntomas depresivos). También el síndrome de fatiga crónica es mucho más común en mujeres, que tienen una historia de múltiples consultas médicas por las mismas quejas.

d) Dolor lumbar crónico

El dolor lumbar crónico es un problema muy frecuente en clínica médica y cirugía, y se asocia a factores psicosociales que –independientemente de la patología orgánica de la columna vertebral– influyen notoriamente en la intensidad y persistencia del dolor, así como en las diferentes respuestas de los pacientes al tratamiento quirúrgico o conservador²¹. Si bien el progreso tecnológico ha aumentado enormemente la posibilidad de definir los sitios anatómicos con lesiones, esos hallazgos no siempre se correlacionan bien con la sintomatología dolorosa referida por los enfermos, ni su corrección quirúrgica asegura la eliminación de los sínto-

mas²². Ello se debe, por un lado, a problemas dinámicos y funcionales de la columna lumbar que todavía no pueden ser bien evaluados con el diagnóstico por imágenes, pero también a la influencia de factores psicológicos.

En 193 pacientes con dolor lumbar crónico incluidos en un programa de rehabilitación, se halló una prevalencia de depresión del 32,1%; los enfermos con depresión tenían mayor intensidad del dolor, mayor miedo al movimiento y a la actividad física, y una peor calidad de vida²³. No es simple la relación entre dolor lumbar crónico y depresión, que puede preceder o ser posterior al comienzo del dolor, y genera un cuadro complejo en el que se superponen síntomas físicos con las consecuencias emocionales de vivir con un dolor crónico y recurrente.

Aunque pueden existir otros factores psiquiátricos asociados, es importante tener en cuenta que la patología discal y/o estenótica de la columna lumbar se acompaña frecuentemente de depresión. Esa depresión suele provocar confusiones diagnósticas e influir en el mantenimiento del dolor lumbar crónico, y contribuye así a una prolongada incapacidad social y laboral²².

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN MEDICINA GENERAL

La prevalencia estimada de trastornos psiquiátricos significativos en pacientes atendidos en un hospital general es alta, con tasas que oscilan entre 25 y 30%²⁴. Realizado ya el diagnóstico, habrá una primera cuestión por definir en cuanto al manejo de la depresión:

¿Cuándo indicar una consulta psiquiátrica?

El médico clínico y los especialistas no psiquiatras desempeñan un papel primordial en el diagnóstico y la atención primaria de la depresión, pero es útil que –en determinadas ocasiones– recurran a la interconsulta con un psiquiatra para confirmar el diagnóstico, revisar el esquema psicofarmacológico o derivar al paciente, si requiere un manejo psiquiátrico más específico.

Son *indicaciones para la interconsulta psiquiátrica*^{25,26}: 1) Depresión muy severa, crónica o recurrente. 2) Presencia de alucinaciones u otros síntomas psicóticos. 3) Presencia de ideas suicidas. 4) Historia de episodios previos de manía. 5) Respuesta pobre al tratamiento antidepressivo después de 3 meses. 6) Depresión asociada con otros trastornos psiquiátricos, como alcoholismo o abuso de drogas, que complejizan el manejo terapéutico. 7) Consulta psiquiátrica solicitada por el enfermo o su familia.

Manejo de antidepressivos en atención primaria

Los fármacos antidepressivos, que normalizan la neurotransmisión, son eficaces para mejorar los síntomas depresivos sobre todo graves, acortan el tiempo de recuperación y disminuyen la morbimortalidad. Un error frecuente en la práctica médica es la utilización de dosis inadecuadas

de antidepresivos; buena parte de los médicos generales prescriben dosis subterapéuticas²⁶. También es oportuno recordar que el tratamiento de un episodio depresivo mayor debe ser continuado durante 9-12 meses y en la dosis con la que se logró la mejoría clínica; no hay razón para reducirla a una dosis de "mantenimiento"²⁵.

Cuando se trata de cuadros depresivos asociados a enfermedades médicas, de dolores crónicos o depresiones enmascaradas, se obtiene usualmente mejoría con dosis menores que las requeridas en la depresión mayor^{14,20}; los ensayos con antidepresivos deben continuarse, en esos casos, por lo menos durante 3 meses para evaluar la respuesta terapéutica.

En líneas generales, no hay diferencias muy significativas entre los fármacos antidepresivos en cuanto a su eficacia para mejorar la depresión, pero sí en cuanto a su acción sobre síntomas acompañantes (como ansiedad, insomnio o dolor) y a sus efectos colaterales²⁵. Para la elección del fármaco deberá tenerse en cuenta, entre otros datos, la necesidad o no de una acción sedativa, el antecedente personal o familiar de buena respuesta a una medicación, la tolerancia al perfil de reacciones adversas esperables y la presencia de patologías médicas. Así, pacientes jóvenes y sin otras enfermedades pueden tolerar bien los efectos colaterales anticolinérgicos de los tricíclicos (la amitriptilina, por ejemplo), mientras que para personas ancianas o con problemas clínicos o cardiológicos será ventajoso el perfil de acciones colaterales de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como fluoxetina, citalopram o sertralina, o de los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN, o antidepresivos duales) como venlafaxina y duloxetina, ya que los fármacos de ambos grupos producen pocos efectos autonómicos y cardiovasculares.

Depresión posquirúrgica: los estados de duelo posoperatorio normal no configuran cuadros que justifiquen la indicación de antidepresivos. No obstante, en enfermos que desarrollan duelos patológicos, con síndromes depresivos más serios y prolongados, es conveniente iniciar una terapéutica antidepresiva específica; los datos que deben orientar acerca de la necesidad del tratamiento psicofarmacológico son el retardo psicomotor, la anorexia, el insomnio, estados de negativismo o mutismo y quejas frecuentes por dolores de difícil control médico¹⁰.

Cefaleas y depresión: si bien el dolor y otros síntomas asociados suelen ser muy variables, en la evaluación de los pacientes con cefalea es necesario tener *in mente* la posibilidad de una depresión subyacente: es un predictor significativo de la cronificación del dolor, y el tratamiento con antidepresivos puede ser beneficioso^{13,14}.

Se ha informado, además, la asociación entre depresión y cuadros típicos de cefalea vascular o jaqueca¹², y para la prevención de los ataques de jaqueca se utiliza con éxito la amitriptilina¹⁴. El tratamiento profiláctico debe

plantearse en los pacientes que sufren 2-3 ataques incapacitantes por mes, de duración prolongada y con poco éxito de la terapéutica sintomática. Para esta indicación, aparentemente los tricíclicos son eficaces incluso aunque no haya síntomas depresivos prominentes, y se requieren bajas dosis para lograr un efecto analgésico; no resulta claramente probada todavía la utilidad de los ISRS como fluoxetina, ni de los IRSN, como venlafaxina.

Fibromialgia: la depresión se asocia con mayor frecuencia con fibromialgia que con otros trastornos musculoesqueléticos, y la disfunción del sistema serotoninérgico parece desempeñar un papel²⁷.

Sea como fuere, bajas dosis de antidepresivos mejoran los trastornos del sueño y el dolor en pacientes con fibromialgia y, aunque la evolución en general es crónica y con persistencia de síntomas, los antidepresivos (como amitriptilina y duloxetina) tienen un papel preponderante en su tratamiento.

El paciente crónicamente fatigado: para el tratamiento del síndrome de fatiga crónica, además de los analgésicos suelen ser beneficiosos los antidepresivos, tanto para mejorar el estado anímico y los trastornos del sueño como para atenuar los dolores crónicos²⁰. La elección del fármaco dependerá del objetivo terapéutico y del perfil de efectos colaterales. Si el paciente padece insomnio se indicará un antidepresivo tricíclico con efecto sedativo, como la amitriptilina; para mejorar el control de los dolores son beneficiosas tanto amitriptilina como la duloxetina (también el milnacipram, otro antidepresivo dual que ha probado su eficacia en el tratamiento del dolor en la fibromialgia²⁷, puede ser útil en los enfermos con fatiga crónica).

Dolor lumbar crónico: una importante consecuencia de la depresión es que empobrece el resultado del tratamiento quirúrgico, por lo que es útil su evaluación preoperatoria para detectar los casos psicológicamente propensos a continuar con dolor lumbar crónico e incapacitante, independientemente de la base orgánica de sus trastornos²¹. Exista o no la perspectiva de una intervención quirúrgica, el oportuno diagnóstico y el tratamiento antidepresivo específico permiten atenuar la intensidad y frecuencia del dolor lumbar, al tiempo que se logra aumentar la motivación y la activa participación del paciente en los múltiples aspectos del programa de rehabilitación que estos síndromes requieren²². Entre otras opciones, para esta indicación suelen utilizarse amitriptilina y duloxetina.

CONCLUSIONES

Nivel de sospecha: el médico clínico, de cabecera o de familia debe mantener un alto grado de sospecha de depresión cuando los pacientes consultan por síntomas somáticos poco definidos, tales como fatiga; dolores crónicos con respuesta pobre a los analgésicos; escasa energía, cansancio y otras quejas imprecisas.

Características de estos cuadros de depresión enmascarada⁹:

- a. Las quejas somáticas son vagas, difusas o generalizadas, muchas veces sin un patrón consistente (así, los dolores irradian ampliamente pero sin una distribución anatómica precisa).
- b. Ausencia de lesiones orgánicas a las cuales atribuir con certeza las molestias o dolores.
- c. Coexistencia de dos o más quejas funcionales.
- d. El enfermo parece tener un estado básico de ánimo “subdepresivo” (sobre todo, el médico debe investigar activamente la presencia de fatiga, anergia y signos vegetativos de depresión).
- e. Una mayor cronicidad de los síntomas anímicos en comparación con los episodios depresivos mayores.
- f. La buena respuesta terapéutica a bajas dosis de antidepresivos.

Relación entre dolor crónico y depresión: todos estos cuadros que hemos revisado brevemente y pueden ser formas atípicas de depresión enmascarada, tienen en común la presencia de dolores crónicos: cefaleas, lumbalgias, mioartralgias, etc., junto a síntomas depresivos.

Por ello se ha postulado que los síndromes dolorosos crónicos y la depresión tal vez compartan un mecanismo neurobiológico común: además de otros factores, una disfunción en la neurotransmisión serotoninérgica y noradrenérgica, lo que explicaría su frecuente coexistencia en la práctica clínica y la eficacia de los antidepresivos para tratar ambos estados²⁸ (así, al mejorar la neurotransmisión en vías de dolor inhibitorias descendentes, logran una reducción del dolor).

Debe mencionarse también que, para evaluar la importancia de la depresión u otros factores psíquicos en todo dolor crónico, es conveniente tener siempre en cuenta la personalidad del paciente, su conducta frente al dolor, la manera en que lo describe y una periodicidad anómala de las quejas: variaciones caprichosas o llamativas del dolor (ya sea variaciones espontáneas durante el día, con el reposo o el movimiento, o posteriores a los distintos intentos terapéuticos), al igual que los cambios vinculables a situaciones de estrés psicosocial. El análisis de toda esta información permitirá colegir la probable existencia de factores psicógenos asociados.

Actitudes frente al problema y subdiagnóstico: los trastornos psiquiátricos diagnosticados con mayor frecuencia en atención primaria son ansiedad y depresión; no obstante, se estima que alrededor del 50% de los enfermos que consultan con depresión no son reconocidos y diagnosticados por el médico general³.

Un problema que contribuye a esa dificultad diagnóstica es que —como hemos visto hasta ahora— la depresión suele asociarse a variadas quejas somáticas y síndromes clínicos, lo que orienta al profesional a pensar en causas orgánicas. La forma en que el paciente mismo se presenta pidiendo ayuda y cómo responde a las intervenciones del médico son también elementos importantes⁴; así, las personas que mencionan tempranamente en la consulta sus síntomas psicológicos serán más fácilmente diagnosticables.

— Influyen, además, la formación y entrenamiento del médico para abordar los aspectos emocionales de sus enfermos, y su capacidad para escuchar. Una consulta excesivamente focalizada en los síntomas físicos tranquilizará a médico y paciente en cuanto a la posibilidad de un trastorno orgánico grave, pero puede fracasar en la identificación de un estado depresivo.

— Por otra parte, un enfoque así es probable que origine nuevas consultas y la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios, que no aportarán datos positivos y aumentan el costo económico de la atención médica primaria.

Finalmente, el temor a efectuar un diagnóstico psiquiátrico, entendido como “estigma” o como acusación de anomalía mental, puede ser otra causa de error médico²⁹. El miedo a sentirse estigmatizado suele también demorar el pedido de ayuda profesional por parte del paciente, o impide que informe sus síntomas psicológicos de forma más directa: solo lo hace mediante quejas funcionales o somatoformes, al modo de una alusión.

El reconocimiento y diagnóstico de la depresión determinará que se completen los pasos necesarios para el diagnóstico diferencial y la implementación de las adecuadas intervenciones terapéuticas.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Alvarado R, Rojas G. Evaluation of the program for detection and treatment of depression in Chilean primary health care centers. *Rev Med Chile*. 2011; 139(5):592-9.
2. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013; 34:119-38.
3. Williams J, Nieuwsma J. Screening for depression in adults [Internet]. Elmore JG, Roy-Byrne MG, eds. UpToDate. Waltham,

- MA: UpToDate Inc.; last updated 2020 Apr 17 [citado 26 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults>
4. Martínez P, Rojas G, Fritsch R. et al. Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Rev Med Chile*. 2017; 145(1):25-32.
5. American Psychiatric Association.

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
6. Siu AL; US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K, et al. Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016; 315(4):380-7.
7. Möller HJ, Bandelow B, Volz HP, et

- al. The relevance of 'mixed anxiety and depression' as a diagnostic category in clinical practice. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2016;266(8):725-36.
8. Durandal Montaña JR. Psychiatric disorder induced by medications. *Rev Cient Cienc Med.* 2011;14(1):21-4.
9. Schumann I, Schneider A, Kantert C, et al. Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: A systematic review of qualitative studies. *Fam Pract.* 2012;29(3):255-63.
10. Giacomantone E, Mejía A. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. 2.a ed. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1997.
11. Ghoneim MM, O'Hara MW. Depression and postoperative complications: an overview. *BMC Surgery.* 2016;16:5.
12. Beghi E, Bussone G, D'Amico D, et al. Headache, anxiety and depressive disorders: the HADAS study. *J Headache Pain.* 2010;11:141-50.
13. Lampl C, Thomas H, Tassorelli C, et al. Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project. *J Headache Pain.* 2016; 17:59.
14. Minen MT, Begasse De Dhaem O, Kroon Van Diest A, et al. Migraine and its psychiatric comorbidities. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2016;87:741-9.
15. Wolfe F, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria. *Ann Medicine.* 2011;43(7):495-502.
16. Hidalgo FJ. Fibromialgia. Consideraciones etiopatogénicas. *Rev Soc Esp Dolor.* 2011;18(6):342-50.
17. Revuelta Evrard E, Segura Escobar E, Paulino Tevar J. Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor.* 2010;17(7):32632.
18. Yancey JR, Thomas SM. Chronic Fatigue Syndrome: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician.* 2012; 86(8):741-6.
19. Johnston S, Brenu EW, Staines D, et al. The prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a meta-analysis. *Clin Epidemiol.* 2013; 5:105-10.
20. Friedberg F, ed. ME/CFS: a primer for clinical practitioners [Internet]. New York: International Association for Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis; 2014 [citado 2019 agosto 26]. Disponible en: https://www.iacfsme.org/assets/docs/Primer_Post_2014_conference.pdf
21. Bener A, Verjee M, Dafeeah E, et al. Psychological factors: anxiety, depression, and somatization symptoms in low back pain patients. *J Pain Res.* 2013;6:95-101.
22. Baber Z, Erdek MA. Failed back surgery syndrome: current perspectives. *J Pain Res.* 2016; 9: 979-87.
23. Antunes RS, MacedoI BG, da Silva Amarall T, et al. Dor, cinesiofobia e qualidade de Vida em pacientes com lombalgia crônica e depressão. *Acta Ortop Bras.* 2013;21(1):27-9.
24. Sansone RA, Sansone LA. Psychiatric disorders: a global look at facts and figures. *Psychiatry (Edgmtont).* 2010;7(12):16-9.
25. Bohórquez Peñaranda AP, García Valencia J, Rodríguez Guarín M, et al. Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. Parte II: Aspectos generales del tratamiento, manejo de la fase aguda, continuación y mantenimiento del paciente con diagnóstico de depresión. *Rev Colomb Psiquiat.* 2012; 41(4):740-73.
26. Barley EA, Murray J, Walters P, et al. Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Fam Pract.* 2011;12(1):47.
27. Bellato E, Marini E, Castoldi F, et al. Fibromyalgia Syndrome: Etiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Pain Res Treat.* 2012;2012:426130.
28. Holmes A, Christelis N, Arnold C. Depression and chronic pain. *Med J Aust* 2013;199(6):S17-S20.
29. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health.* 2013;103:777-80.