
Depresión en enfermedades médicas

Depression and medical illness

F. Serrano

RESUMEN

Existen enfermedades médicas que asocian en su evolución un síndrome depresivo, pudiendo en ocasiones, preceder a los síntomas somáticos. El presente artículo trata de describir la importancia de los síndromes depresivos en la atención al paciente con patología médica. Tras analizar el modo de presentación de la sintomatología depresiva en los pacientes médicos, así como las distintas claves diagnósticas que pueden evitar diagnósticos erróneos o incompletos, se incide en la relación que existe entre los síntomas depresivos y numerosas patologías.

Por último se reseñan aquellos trastornos psiquiátricos que con frecuencia asocian a sintomatología ansioso depresiva, síntomas médicos inespecíficos, pero que terminan complicando el manejo de estos pacientes.

No es objeto del presente artículo analizar aquellos cuadros depresivos reactivos a las dificultades de algunos pacientes de asumir su rol de enfermos o las limitaciones que ciertos trastornos, tratamientos o pronósticos pueden acarrear.

Palabras clave. Depresión. Patología médica. Psiquiatría de enlace.

ABSTRACT

There are medical diseases that associate a depressive syndrome in their evolution, which can on occasions precede the somatic symptoms. This article offers a description of the importance of depressive syndromes in the care of a patient with medical pathology. After analysing the mode of presentation of the depressive symptomology in medical patients, as well as the different diagnostic keys that make it possible to avoid mistaken or incomplete diagnoses, it deals with the relationship between depressive symptoms and numerous pathologies.

Finally, it reviews those psychiatric disorders that frequently associate unspecific medical symptoms with depressive anxiety syndrome, which end up complicating the handling of these patients.

The article does not aim to analyse those depressive pictures that are reactive to the difficulties of some patients in assuming their role as patients with an illness, or the limitations that certain disorders, treatments or prognoses might entail.

Key words. Depression. Medical illness. Liaison psychiatry.

ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 3): 137-148.

Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino

Correspondencia:

Fermín Serrano Osés
Unidad de Psiquiatría
Hospital Virgen del Camino
C/ Irunlarrea, 4
31008 Pamplona
Tfno. 948 422488
E-mail: Jferminserrano@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes, y cuya prevalencia más ha aumentado en los últimos años en la población general. Constituyen, después de los trastornos adaptativos, el motivo más frecuente de consulta psiquiátrica en asistencia primaria, constituyendo entre el 8 y el 10% de las segundas visitas o consecutivas entre médicos generales¹. Se estima que en psiquiatría los pacientes depresivos suponen un 20% de los atendidos. En atención primaria se atiende a diez veces más pacientes depresivos². Se encuentran prevalencias del 10-14% entre los pacientes hospitalizados por problemas médicos y del 9 al 16 % entre pacientes ambulatorios³. Si se valoran únicamente síntomas depresivos se multiplican por tres o cuatro, especialmente en pacientes con enfermedades orgánicas crónicas de los que la mitad sufren síntomas depresivos en su evolución, y entre un tercio a la mitad de ellos no son reconocidos como tales síntomas entre los médicos no psiquiatras, complicando el abordaje del problema médico. Los síntomas somáticos se agravan al aparecer los depresivos, y viceversa.

El síndrome depresivo se puede relacionar con la enfermedad médica de diversas maneras:

- La enfermedad médica como causa de la depresión (depresiones secundarias o somatógenas)⁴. Incluso en algunas ocasiones la sintomatología depresiva precede a la somática. Nos centraremos en este tipo de cuadros.
- Que la enfermedad médica facilite la aparición de depresión en alguien susceptible, como estresante psicosocial.
- Que coincidan ambos cuadros, sin relación entre sí, por azar.
- Que el enfermo médico reaccione de manera desadaptativa, con sintomatología depresiva a las limitaciones, pronóstico o síntomas de la enfermedad médica.
- Que los síntomas depresivos estén producidos, no por la enfermedad sino por los tratamientos empleados para combatirla. Se denominan depresiones

yatrógenas. Algunos de los fármacos que pueden producir síntomas depresivos se enumeran en la tabla 1.

Muchos síntomas depresivos se solapan con los producidos por la enfermedad somática, lo que complica el diagnóstico y el tratamiento. Por ello es muy importante identificar aquellos síntomas depresivos en pacientes médicos que son susceptibles de ser tratados con seguridad con los nuevos antidepresivos, pero también es muy importante no malinterpretar o ignorar síntomas propios de una patología orgánica más o menos grave, ya que en estos casos, no sólo no responderán al tratamiento antidepresivo, sino que se retrasará el tratamiento efectivo de la enfermedad somática.

La importancia del problema aumenta si además tenemos en cuenta que aquellos pacientes médicos en los que aparece un síndrome depresivo, la morbi-mortalidad aumenta de manera notoria. Por otro lado, la depresión desmotiva al paciente y afecta al cumplimiento de los planes terapéuticos⁵.

DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEPRESIVO

En psiquiatría se utilizan de manera generalizada dos sistemas clasificatorios, la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS (CIE), y la de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (DSM), que respectivamente van por su décima edición (CIE-10)⁶ y por el Texto Revisado de su Cuarta Edición (DSM-IV-RT)⁷.

En el DSM-IV-RT, los trastornos depresivos por enfermedad médica se clasifican bajo el epígrafe Trastornos del Estado de Ánimo Debidos a Enfermedad Médica (F 06.3), definidos como una "Prolongada y acusada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica". Exige que esta relación se demuestre a través de la historia clínica, de la exploración, o de las pruebas de laboratorio. Para ello aconsejan tener en cuenta la asociación temporal, la forma en que se presentan los síntomas respecto a los típicos del trastorno mental primario, edades de inicio atípicas, síntomas mentales asociados poco comu-

Tabla 1. Causas farmacológicas de la depresión.

<i>Antihipertensivos y fármacos cardiológicos</i>	<i>Agentes neurológicos</i>	<i>Antibacterianos y fungicidas</i>	<i>Fármacos diversos</i>
Clonidina	Amantadina	Ampicilina	Anticolinesterásicos
Guanetidina	Bromocriptina	Sulfametoxazol	Cimetidina
Hidralacina	Levodopa	Clotrimazol	Ranitidina
Metildopa	Baclofén	Cicloserina	Ciproheptadina
Propranolol	Tetrabenacina	Dapsona	Difenoxilato
Reserpina	Carbamacepina	Etionamida	Disulfiram
Digital	Metosuximida	Tetraciclina	Interferón
Prazosín	Fenitoína	Griseofulvina	Lisergida
Procainamida	Cinaricina	Metronidazol	Metisergida
Lidocaína	Sumatriptán	Nitrofurantoína	Metoclopramida
Acetazolamida		Acido Nalidíxico	Pizotifén
Tiacidas		Sulfonamidas	Salbutamol
		Estreptomina	
		Ciprofloxacino	
		Anfotericina B	
<i>Sedantes, hipnóticos y psicotrópicos</i>	<i>Analgésicos y antiinflamatorios</i>	<i>Esteroides y hormonas</i>	<i>Antineoplásicos</i>
Barbitúricos	Fenoprofeno	Corticosteroides	C-Asparaginasa
Etanol	Ibuprofeno	Anticonceptivos orales	Mitramicina
Benzodiazepinas	Opiáceos	Prednisona	Vincristina
Clormetiazol	Fenacetina	Triamcinolona	6-Azauridina
Butirofenonas	Fenilbutazona	Danazol	Bleomicina
Fenotiacinas	Indometacina	Anabolizantes	Trimetoprim
Anfetamina	Pentazocina		Zidovudina
	Benciclamida		Aureomicina
			Ciclosporina

Adaptado de Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. p. 601. Ed. Panamericana. 1999.

nes o síntomas médicos desproporcionados respecto a los considerados habituales. Que otro trastorno mental no explique mejor la alteración, teniendo en cuenta que las enfermedades también pueden actuar como estresante psicosocial, o pueden agravar la evolución de trastornos mentales preexistentes. Hay que descartar que el paciente no tenga un *delirium*, o que el cuadro se pueda explicar por el consumo de tóxicos.

En la CIE-10, se encuentra bajo el epígrafe de los Trastornos del Humor Orgánicos, y su definición del trastorno es en esencia y en lo que nos ocupa, muy similar.

Los cuadros depresivos se diagnostican como episodio depresivo único, trastorno depresivo recurrente, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado, o depresión en el trastorno bipolar y en la ciclotimia. Se puede especificar si el episo-

odio actual es leve, moderado o grave, en remisión parcial o total; con o sin síntomas psicóticos. Se puede indicar si es crónico, con síntomas catatónicos, atípico, de inicio en el postparto, con patrón estacional o definir el trastorno bipolar de ciclos rápidos.

Principales síntomas que sugieren patología médica

Los cuadros depresivos primarios asocian a síntomas psicológicos como la tristeza, disforia, falta de interés o capacidad de placer y disfrute, sentimientos de inutilidad o culpa, estorbo, pensamientos de muerte que pueden llegar a ser de suicidio, otros síntomas somáticos como la pérdida de peso sin hacer régimen, aumento del mismo por hiperfagia, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía o dis-

minución de la capacidad de concentración. Muchos de los síntomas de este segundo grupo son compartidos por otros síndromes y enfermedades médicas.

Por otro lado, la dificultad para expresar estados afectivos hace que un grupo de pacientes deprimidos expresen con mayor frecuencia e intensidad sintomatología somática que afectiva, y, sin embargo, padecen cuadros depresivos primarios, denominados tradicionalmente depresiones enmascaradas.

Será una historia clínica detallada la que permitirá detectar antecedentes médicos del paciente, así como la prescripción de fármacos potencialmente depresógenos. Datos demográficos como la edad de inicio del trastorno, que si es tardía, sugiere la necesidad de explorar patología médica o los antecedentes personales, por si no se tratara de un primer episodio depresivo. Los trastornos del humor son los que más se heredan en psiquiatría, así como son también hereditarias otras enfermedades médicas, por lo que resultará de interés profundizar en los antecedentes familiares. La ausencia de antecedentes personales y/o familiares de depresión, orienta a su origen médico o yatrogénico.

Es importante prestar atención a los síntomas cognitivos, incluso posibles fluctuaciones de los mismos. Los pacientes depresivos pueden tener alteradas la capacidad de evocación o la atención, pero si se presentan confusos o con deterioro cognitivo será preciso descartar patologías médicas. El paciente depresivo raramente se muestra desorientado en la exploración mental. Sus alteraciones de memoria, cuando las hay, son más subjetivas que objetivas, polarizando el recuerdo en lo negativo. El inicio de estos problemas será brusco.

Es necesario precisar los síntomas somáticos, por otro lado muy frecuentes en las depresiones primarias: por ejemplo, aunque durante los cuadros depresivos es frecuente la hiporexia y la pérdida de peso, en aquel paciente que ha perdido veinte kilos en un mes habrá que sospechar patología médica subyacente.

En cuanto a la exploración física: deberá ser completa, incluso en pacientes con

un diagnóstico anterior de depresión, siempre que aparezcan quejas físicas. En todo caso se deberá incidir en aquellas exploraciones sugeridas por la impresión clínica, y de manera importante en la exploración neurológica.

Resulta además muy útil recabar información de los familiares o personas que convivan con el paciente, ya que los pacientes deprimidos no suelen dar información objetiva de su funcionamiento basal. De la misma manera, concretar si existe consumo de tóxicos por parte de los pacientes. Los pacientes deprimidos suelen consumir más alcohol, tóxico muy depresógeno, que la población normal.

Pruebas complementarias

De manera general se solicitará la analítica habitual, con hemograma completo: bioquímica, electrolitos, calcio, fósforo, urea, creatinina, función hepática, detección de drogas y alcohol en orina, así como la función tiroidea.

En función de la sospecha clínica habrá que complementar con otros parámetros analíticos, tales como la ceruloplasmina, serologías víricas (mononucleosis, VIH) y bacterianas (VDRL, Lyme), electrocardiograma, radiografía de tórax. Habrá que plantearse la solicitud de otras exploraciones más complejas según se oriente la impresión clínica (ecografías abdominales, TAC, RNM, etc.).

ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS A DEPRESIÓN

Por razón de su importancia y de su interés clínico se revisarán en primer lugar aquellos trastornos más frecuentes en los que el síndrome depresivo puede ser la primera manifestación del trastorno. En segundo lugar, las enfermedades médicas en las que la clínica depresiva aparece más tarde. En la tabla 2 se enumeran los principales trastornos médicos que asocian sintomatología depresiva.

Síndrome depresivo como primera manifestación

Los pacientes con endocrinopatías presentan depresión y ansiedad con fre-

Tabla 2. Enfermedades relacionadas con depresión.

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sistema nervioso</i> <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad de Parkinson Parálisis supranuclear progresiva Corea de Huntington Miastenia gravis Hidrocefalia normotensiva Demencias Accidente vascular cerebral Hemorragia subaracnoidea Esclerosis múltiple Epilepsias Traumatismo craneoencefálico Otras afecciones degenerativas Enfermedad de Wilson Tumores del SNC Migrañas Narcolepsia Apnea obstructiva del sueño • <i>Endocrinopatías, metabolopatías y enfermedades carenciales</i> <ul style="list-style-type: none"> Hiper/hipotiroidismo Enfermedad de Cushing Enfermedad de Addison Hiper/hipoparatiroidismo Hipoglucemia Anemia Diabetes Hiperprolactinemia Síndrome adiposogenital Hiperaldosteronismo Porfiria Síndrome de Klinefelter Hipovitaminosis B12 Déficit de Acido fólico Déficit de niacina (pelagra) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Enfermedades infecciosas</i> <ul style="list-style-type: none"> Víricas: <ul style="list-style-type: none"> Encefalitis Gripe VIH Hepatitis Mononucleosis infecciosa Bacterianas: <ul style="list-style-type: none"> Tuberculosis Fiebre tifoidea Urogenitales Enfermedad de Lyme • <i>Enfermedades gastrointestinales</i> <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad de Crohn • <i>Enfermedades cardiopulmonares</i> • <i>Enfermedades renales y uremia</i> • <i>Enfermedades reumáticas y sistémicas</i> <ul style="list-style-type: none"> Artritis Reumatoidea Lupus Eritematoso Arteritis de la temporal Síndrome de Sjögren • <i>Intoxicaciones</i> <ul style="list-style-type: none"> Plomo Benceno Mercurio Bismuto Quinina Monóxido de carbono • <i>Neoplasias</i> <ul style="list-style-type: none"> Cáncer de páncreas
---	---

Adaptado de Menchón y col., Interconsulta Psiquiátrica, p.73. Masson 1997.

cuencia, y en ocasiones, son los síntomas psiquiátricos las primeras manifestaciones de la enfermedad. Se sospechan en casos de cuadros depresivos o ansiosos resistentes a los antidepresivos, con quejas vegetativas muy prominentes y con déficit cognitivos.

Patología tiroidea

Hipertiroidismo. La causa más frecuente es la Enfermedad de Graves. Se asocia con más frecuencia a estados de ansiedad y sintomatología vegetativa, como taquicardias,

disnea, hipersudoración, así como pérdida de peso con hiperfagia. Se ha detectado que los síntomas afectivos preceden a las manifestaciones físicas en un 14% de los casos⁸. El diagnóstico resulta más difícil en los ancianos, en los que puede llegar a predominar clínica de apatía y quejas cognitivas. Es necesario realizar *screening* de hormonas tiroideas en pacientes depresivos con antecedentes familiares de problemas tiroideos, cicladores rápidos, depresiones resistentes y especialmente en mujeres postmenopáusicas y puérperas.

Hipotiroidismo. El trastorno, que puede tener su origen en la glándula tiroidea o ser secundario, es más frecuente en mujeres. Los síntomas afectivos pueden llegar a ser los más prominentes. Se distinguen tres grados, en función de la deficiencia hormonal. En el grado II, subclínico, es en el que los síntomas psiquiátricos suelen preceder a los físicos, en forma de apatía, tristeza y alteraciones del sueño. Por otra parte, entre pacientes con depresión mayor, se ha visto una relativamente alta incidencia de hipotiroidismo subclínico (4%)⁹. A menudo a este tipo de hipotiroidismo, cuyo significado clínico se desconoce, se denomina de grado III, y asocia únicamente sintomatología psiquiátrica¹⁰. En cuanto al grado I, el más grave, asocia la clínica del hipotiroidismo con sintomatología psiquiátrica, también depresiva grave, que puede llegar a presentarse con síntomas psicóticos, síntomas cognitivos muy prominentes e incluso con *delirium*. El riesgo de suicidio es alto. Los síntomas psiquiátricos de estos pacientes responden en más de un 60% al tratamiento sustitutivo¹¹, mientras que en los grados II y III, la utilidad de este tratamiento no está demostrada.

Por otro lado, la hormona tiroidea T₃ se utiliza como coadyuvante de los antidepresivos tricíclicos en pacientes con depresión resistente, aún sin hipotiroidismo¹². Su nivel en sangre se ha relacionado con el riesgo de recurrencias de los episodios depresivos en el Trastorno Depresivo Recurrente, aumentando el período asintomático conforme los niveles de T₃ eran mayores¹³. La concentración de T₄ no parece influir en el riesgo de recurrencias, y no se ha demostrado útil como coadyuvante de los tricíclicos.

Enfermedad de Cushing

A veces el síndrome depresivo es la primera presentación de la enfermedad. Puede alcanzarse una gran gravedad y llegar a presentarse con sintomatología psicótica. En esta enfermedad existe sintomatología psiquiátrica en el 50% de los casos, depresiva en un 35%. En el 50% de pacientes que la desarrollan se encuentran facto-

res predisponentes para la depresión, tales como antecedentes familiares depresivos o de suicidio o historia de pérdidas y separación. Estos pacientes suelen tener mayor irritabilidad y labilidad emocional que los pacientes con depresión primaria¹⁴. La gravedad del cuadro depresivo se ha relacionado con los niveles de cortisol, y parece responder bien con la normalización de los niveles. La depresión parece más frecuente en las formas hipofisarias que en aquellas de origen suprarrenal. En contraste con el hipercortisolismo resultante de la administración de corticoides exógenos, no son frecuentes los cuadros maníacos¹⁵.

Hiperparatiroidismo

Los síntomas psiquiátricos del exceso de hormona paratiroidea se han asociado más a la hipercalcemia resultante que al papel de la hormona *per se*. Asocia sintomatología psiquiátrica en dos tercios de los casos, frecuentemente depresión y anergia. Se aprecia un deterioro cognitivo progresivo y cambios inespecíficos de personalidad. El proceso se orienta a la exploración y hallazgo de los síntomas somáticos concomitantes, como la sed, poliuria, cólicos y dolores óseos. La evolución e intensidad de los síntomas psiquiátricos se suelen asociar a los niveles del calcio sérico, y la resección quirúrgica es curativa en la mayoría de los casos¹⁶.

Carcinoma de páncreas

La anorexia, pérdida de peso y dolorimiento difuso son a menudo los únicos síntomas y cuando no existían procedimientos diagnósticos con técnicas de imagen llevaron al diagnóstico de un cuadro depresivo³.

Tumores del SNC

Las manifestaciones psiquiátricas de los tumores SNC pueden ser la primera presentación en un 20% de los tumores cerebrales supratentoriales, y en un 5% de los infratentoriales³. Los tumores frontales y temporales de crecimiento lento son los que más se asocian a síntomas afectivos, apatía y depresión. El diagnóstico se reali-

za por la presencia de déficit neurológicos asociados a la sintomatología depresiva.

Los tumores frontales resultan especialmente silentes, y los síntomas que los pacientes presentan suelen ser muy inespecíficos. Los pacientes suelen expresar apatía, indiferencia y dificultad para iniciar actividades. Aunque dependiendo de la localización se suele asociar impulsividad y desinhibición. Algunos autores refieren que los tumores frontales del hemisferio derecho se asocian más frecuentemente a euforia, mientras que los del hemisferio izquierdo lo hacen a depresión.

Enfermedad de Parkinson

La frecuencia de depresión en la Enfermedad de Parkinson se cifra en el 50% de los casos, considerándose los síntomas afectivos como parte de la enfermedad¹⁷. Existe mayor prevalencia entre las mujeres que entre los varones. Se asocia además con las formas de inicio temprano. Los síntomas ansiosos, irritabilidad y pesimismo son muy frecuentes, así como las ideas de suicidio. Se sabe que la depresión no se debe únicamente a los sentimientos de incapacidad que ocasiona la enfermedad, sino que existe un correlato biológico. Precede al desarrollo de los síntomas motores en el 25% de los casos, no existiendo diferencias entre los distintos estadios de la enfermedad.

Aunque los antiparkinsonianos se asocian con depresión, no se ha visto mayor proporción de pacientes deprimidos después de la introducción de la L-Dopa.

Enfermedad de Huntington

El trastorno psiquiátrico más frecuente de la enfermedad de Huntington es la depresión, con una prevalencia de la misma del 35%¹⁸. La fenomenología es similar a la del trastorno primario, pudiendo llegar a aparecer sintomatología psicótica. Es más frecuente en los estadios primarios, cuando todavía no se han manifestado los movimientos anormales, precediéndolos una media de cinco años, y en aquellos pacientes con inicio tardío de la enfermedad. Se asocia a un alto riesgo de suicidio.

Demencia de Alzheimer

La frecuencia de depresión en los pacientes de Alzheimer es muy variable, oscilando entre el 1 y el 90%. Diferencias metodológicas y de criterios aparte, la depresión es muy frecuente en estos enfermos¹⁹. Se han realizado gran número de estudios con la finalidad de detectar la relación que existe entre sintomatología afectiva y el mayor riesgo de demencia en pacientes depresivos, detectándose depresión previa a la aparición de deterioro cognitivo en el 44% de los casos. Dichos estudios hasta el momento arrojan resultados contradictorios. Parece que hubiera un grupo de pacientes que, tras un cuadro depresivo con alteraciones cognitivas leves, fueran configurando un cuadro demencial²⁰.

Enfermedad de Wilson

La enfermedad de Wilson evoluciona a la larga a una demencia progresiva. Las manifestaciones psiquiátricas a lo largo de la enfermedad son muy frecuentes²¹, más en la forma tardía de la enfermedad y como primera manifestación de la enfermedad en un 20% de los casos. No es infrecuente la presencia de cuadros depresivos y maníacos.

Esclerosis múltiple

Durante mucho tiempo se prestó más atención a la euforia que a veces acompaña a los pacientes con esclerosis múltiple, y que a su vez está relacionada con el deterioro cognitivo. Sin embargo, la depresión es el síndrome psiquiátrico más frecuente, apareciendo en el 42% de los pacientes. En algunos casos se ha señalado como pródromo de la enfermedad. Estos pacientes presentan un alto riesgo de suicidio, siendo 75 veces más frecuente que en la población general, sobre todo en los primeros cinco años del diagnóstico²².

En cuanto al manejo, estos pacientes son particularmente sensibles a los efectos secundarios de los tricíclicos, así como al desarrollo de crisis epilépticas. De ahí que se prefiera, como en la mayoría de pacientes con problemas médicos, el empleo de ISRS.

Porfiria aguda intermitente

Produce una tríada sintomática que consiste en dolor abdominal agudo, polineuropatía y manifestaciones psiquiátricas, que van desde la depresión a la psicosis²³. No es infrecuente que estos pacientes pasen por conversivos. Es frecuente que existan familiares con el mismo diagnóstico. El tratamiento además deberá ir encaminado a evitar los factores desencadenantes, como los barbitúricos.

Síndrome depresivo de presentación frecuente

Epilepsia

El trastorno psiquiátrico más frecuente en los pacientes epilépticos, después de los trastornos de personalidad, es la depresión sin que la naturaleza de la depresión en los períodos interictales dependa de una simple adaptación a un trastorno crónico. El riesgo es mayor en aquellos epilépticos con foco en el hemisferio dominante. Estas depresiones suelen conllevar un componente endógeno importante, con un riesgo de suicidio que quintuplica al de la población general. Se han propuesto varios mecanismos etiopatogénicos, entre ellos, la lesión focal en las áreas límbicas, falta de metabolismo interictal del área perifocal, o estimulación subclínica de las estructuras límbicas en períodos interictales. Se invoca además al efecto depresógeno de algunos antiepilépticos, e incluso a la deplección de ácido fólico asociada a la toma de algunos de ellos.

Cefaleas

Se observa una relación muy estrecha entre la depresión y las cefaleas. La cefalea, como síntoma, es frecuente en los cuadros depresivos, y a su vez la depresión suele ser frecuente en los pacientes con cefaleas crónicas. De los tipos de cefaleas estudiados, son las migrañas las que más frecuentemente asocian cuadros depresivos²⁴. La frecuencia de depresión en pacientes con migraña es del 20%. Se cree, aunque resulta controvertido, que comparte etiología con la depresión en el sentido de un déficit de serotonina cerebral. También puede resultar de un cuadro desadaptativo ante un dolor crónico.

Varios ISRS se han relacionado con la producción de cefaleas, como la paroxetina.

Enfermedad de Addison

La insuficiencia suprarrenal susceptible de ser confundida con un cuadro depresivo es aquella de larga evolución, por lo inespecífico de los síntomas. Aparece una intensa astenia, originalmente de predominio vespertino y posteriormente generalizada, así como indiferencia y pobreza de pensamiento, unido a sintomatología depresiva. La pérdida de peso y la anorexia son muy frecuentes. Con el tiempo se terminan de instaurar los síntomas cardinales de la enfermedad, como la hiperpigmentación, hiponatremia, hipopotasemia e hipotensión. Son pacientes muy proclives al desarrollo de sintomatología maniforme al ser tratados con esteroides, que por otra parte, son el tratamiento de elección²⁵.

Hipovitaminosis

Déficit de Vitamina B₁₂. Las manifestaciones neuropsiquiátricas de la deficiencia pueden aparecer con niveles de vitamina superiores a los necesarios para producir anemia. Son frecuentes la glositis, mielopatía y polineuropatías. Se han descrito cuadros depresivos en el 20% de pacientes con esta deficiencia, pudiendo presentarse con síntomas psicóticos²⁶. El tratamiento de elección es la aportación parenteral de la vitamina, en dosis más altas y mantenidas que las necesarias para corregir simplemente la alteración hematológica.

Déficit de Acido fólico. Cursa con manifestaciones similares al déficit de Vitamina B₁₂, aunque sin la neuropatía periférica. La depresión, junto con los déficits cognoscitivos son los cuadros neuropsiquiátricos más frecuentemente asociados. Se piensa que por la función de coenzima en la síntesis de neurotransmisores del tetrahidrofolato. Por otra parte, la reducción de la ingesta alimentaria de los pacientes depresivos puede originar una deficiencia de folatos secundaria²⁷.

Pelagra. A los síntomas médicos de dermatitis en guante y calcetín, y diarreas, se asocian los de depresión y alteraciones cognitivas²⁸.

Lupus eritematoso sistémico

La sintomatología depresiva es la clínica psiquiátrica más frecuentemente referida²⁹. Aproximadamente, el 11% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico cumplen criterios de depresión mayor. Parece que las mujeres tienen más riesgo, especialmente si las dosis de corticoides son altas, aunque también se han asociado los síntomas depresivos, entre otros síntomas neuropsiquiátricos a la presencia de anticuerpos antiproteína P del ribosoma³⁰. En estudios seriados, el nivel sérico de estos anticuerpos se correlacionaba con la actividad del cuadro neuropsiquiátrico y no con la actividad del resto de las manifestaciones del lupus eritematoso sistémico.

Enfermedad de Lyme

La depresión asociada a la enfermedad de Lyme tiene lugar a los seis meses o incluso años después de haberse presentado el llamado eritema crónico migratorio, con la fiebre, mialgias y cefalea acompañantes. Puede aparecer un cuadro meningoencefálico que asocia irritabilidad, confusión y labilidad emocional, para evolucionar en un tercer estadio con sintomatología depresiva con marcada labilidad afectiva, y síntomas cognitivos. En ocasiones evoluciona a una demencia progresiva. Se diagnostica por la serología específica de la *Borrelia burgdorferi*, y la historia de viajes durante el verano a zonas boscosas endémicas.

Mononucleosis infecciosa

Aparecen cuadros depresivos asociados a una intensa fatiga y sensación de malestar³¹. A menudo el cuadro depresivo aparece en el mes posterior a la clínica característica de la infección. Es debatida la relación entre el denominado síndrome de fatiga crónica y las infecciones de los virus de Epstein-Bar y Citomegalovirus.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN ASOCIADA A PATOLOGÍA MÉDICA

Al valorar la sintomatología depresiva en estos pacientes existe un alto riesgo de caer en posiciones extremas, en el sentido de "comprender" los síntomas depresivos

del enfermo como normales y no tratarlos, o bien, en el extremo contrario, de interpretar como "psicológicos" síntomas que corresponden a la patología orgánica.

En general, las enfermedades que hemos revisado se dividen en aquellas con causa tratable, y las no tratables. De entre estas últimas, la gran mayoría tienen tratamientos sintomáticos. Como regla general la enfermedad somática deberá estar bien tratada, así como las alteraciones metabólicas que se hayan podido producir, y el dolor acompañante.

Hay que tener en cuenta que, en ocasiones, una vez desarrollado el cuadro depresivo, éste evoluciona de manera independiente aunque se solucione la causa médica que lo originó. Esto ocurre con gran frecuencia con los trastornos tiroideos; de ahí que sea aconsejable realizar un seguimiento de los síntomas depresivos, hasta bastante tiempo después de haber realizado este tratamiento, y en su caso, añadir tratamiento antidepressivo.

En el resto de los casos, en pacientes con enfermedades no tratables o con tratamiento sintomático, los síntomas depresivos no propiamente adaptativos deberán manejarse como si se tratara de un cuadro depresivo primario.

En cuanto a la medicación utilizada para tratar o paliar la patología médica, deberemos descartar que ésta pueda tener efectos depresógenos. Si un paciente comienza con síntomas depresivos, o se agravan los preexistentes al poco tiempo de iniciar un tratamiento, es aconsejable suprimir éste, observar la evolución de estos síntomas, y sustituir por otro fármaco siempre que sea posible.

El antidepressivo de elección deberá ser, en principio, aquél que muestre mejor perfil de eficacia, con menos efectos secundarios. Los nuevos antidepressivos ISRS, resultan aconsejables como fármacos de inicio, dada su mejor tolerancia, teniendo en cuenta que deberemos evitar aquellos fármacos con efectos anticolinérgicos en personas mayores o en afectaciones del SNC y cardiovasculares. Los pacientes con patologías médicas son mucho más sensibles a los efectos secundarios, y además pueden existir variacio-

nes farmacocinéticas relacionadas con la velocidad de eliminación, e interacciones con otras medicaciones, por lo que se aconseja iniciar el tratamiento con dosis más bajas que en el trastorno primario. No obstante se intentarán alcanzar dosis terapéuticas durante tiempo suficiente (al menos seis semanas), y mantener al menos seis meses si se alcanza la remisión del cuadro.

La indicación de Terapia Electroconvulsiva (TEC), es una buena opción en casos en los que existe sintomatología muy intensa, con síntomas psicóticos y alto riesgo de suicidio, y se necesite una resolución rápida del cuadro. De la misma manera está indicada en pacientes que no toleran medicación oral, o que no han respondido a un tratamiento reglado. Como dato a reseñar, la TEC en la enfermedad de Parkinson consigue mejoría, no sólo del cuadro afectivo, sino de la sintomatología motora. La contraindicación relativa más importante para aplicar esta técnica, además de las propias de la anestesia general, consiste en la presencia de tumores cerebrales u otras circunstancias que produzcan aumento de la presión intracraneal.

Además de los tratamientos biológicos será necesaria una psicoterapia de apoyo, especialmente en los estadios iniciales del tratamiento. La psicoterapia más reglada, de corte cognitivo, conductual o dinámico, se aplicará en pacientes con cuadros depresivos reactivos a la incapacidad provocada por la enfermedad.

PATOLOGÍA MÉDICA EN PACIENTES DEPRESIVOS

Trastornos somatomorfos

Estos trastornos se distinguen al no explicarse los síntomas somáticos del paciente en su totalidad por una enfermedad médica, abuso de sustancias u otro trastorno mental. Sin embargo, los síntomas son lo suficientemente graves como para provocar estrés significativo o deterioro en la calidad de vida del paciente, sin que los síntomas sean intencionados. En el DSM-IV-RT se distinguen cinco trastornos, el trastorno de somatización, el trastorno de conversión, el trastorno por dolor, el

trastorno dismórfico corporal y la hipochondría. De ellos interesa sobre todo el trastorno de somatización, por asociar sintomatología depresiva. Se inicia generalmente antes de los 30 años con una constelación de síntomas que afectan a varios aparatos, y dolor en al menos cuatro zonas distintas. Las historias que narran los pacientes son poco consistentes, y suelen estar siendo valorados por varios médicos a la vez. Es frecuente que se asocien síntomas depresivos y ansiosos. Se cree que para estos pacientes los síntomas médicos son un modo de comunicar sus conflictos y emociones, y como tales se deben manejar. Dado que estos pacientes son frecuentadores simultáneos de varios médicos o servicios sanitarios, el primer paso del tratamiento consiste en racionalizar el tratamiento por medio de un solo médico, quien asumirá un tratamiento regular y controlará los procedimientos diagnósticos según una estricta indicación clínica, sin olvidar que estos pacientes también pueden presentar patología médica genuina³².

Factores psicológicos que afectan al estado físico

En el DSM-IV-RT se define un epígrafe de Factores Psicológicos que Afectan al Estado Físico. Este término sustituye al más tradicional y manido de "psicosomático" y en él se incluyen aquellos trastornos en los que se observa que los factores psicológicos influyen negativamente en la enfermedad médica (en estos trastornos sí que es posible diagnosticar una enfermedad médica, a diferencia de los trastornos somatomorfos). Se observa una íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o exacerbación de la enfermedad médica y el retraso en su recuperación. Los factores psicológicos que pueden afectar a las enfermedades médicas son de muy diversa índole: los trastornos mentales (entre los que por supuesto se encuentra la depresión), la personalidad, las conductas desadaptativas, y otros factores no estrictamente psicológicos como los sociales o personales (p. ej., componentes de renta).

Existen estresantes específicos e inespecíficos, de manera que interfiriendo con los niveles de ansiedad, provocarían reacciones fisiológicas que, en función de la vulnerabilidad predispondrían a estos trastornos. Estas reacciones podrían involucrar al sistema hormonal hipófiso-adrenal, al sistema nervioso autónomo o al sistema inmunitario, todos ellos involucrados de una u otra manera en las hipótesis etiopatogénicas de la depresión y la ansiedad. De entre los trastornos de este grupo destacan el colon irritable, en el que predominan síntomas ansioso-depresivos, con una comorbilidad del 38% con la depresión mayor³³ y la distimia³⁴. En algunos trastornos cardiovasculares, especialmente en el infarto de miocardio, se relacionó el índice de supervivencia con la presencia de depresión mayor postinfarto³⁵.

En cuanto al manejo, además del tratamiento del cuadro ansioso o depresivo, será necesario centrarlo en procedimientos como técnicas de modificación de conducta, de relajación muscular, *biofeedback*, respiración controlada o la fisioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. BLACKER CV, CLARE AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 737-51.
2. TANSELLA M, WILLIAMS P, BALESTRIERI M, BELLANTUONO C, MARTINI N. The management of affective disorders in the community. *J Affect Disord* 1986; 11: 73-79.
3. CARDONER N, BENLLOCH L. Depresión Orgánica en Trastornos Afectivos. En: J. Vallejo Ruiloba y C. Gastó Ferrer Editores. *Ansiedad y Depresión*. 2ª Edición. Barcelona: Masson S.A., 2000: 396-435.
4. MENCHÓN MAGRIÑÁ JM, VIDAL RUBIO S, CARDONER ALVAREZ N. Los grandes síndromes. En: E. Rojo Rodes y E. Cirera Costa. Edit. Interconsulta Psiquiátrica. Barcelona: Masson S.A., 1997: 72-82.
5. CARNEY RM, RICH MW, FREEDLAND KE, SAINI J, TEVELDE A, SIMEONE C et al. Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. *Psychosom Med* 1988; 50: 627-633.
6. Organización Mundial de la Salud. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10^a)*. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Ed. 4, Revisited Text. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 2000.
8. SONINO N, FAVA GA, BELLUARDO P, GIRELLI ME, BOSCARO M. Course of depression in Cushing's syndrome: response to treatment and comparison with Graves' disease. *Horm Res* 1993; 39: 202-206.
9. EXTEIN I, GOLD MS. Psychiatric applications of thyroid tests. *J Clin Psychiatry* 1986; 47(1 Suppl): 13-16.
10. HAGGERTY JJ JR, STERN RA, MASON GA, BECKWITH J, MOREY CE, PRANGE AJ JR. Subclinical hypothyroidism: a modifiable risk factor for depression? *Am J Psychiatry* 1993; 150: 508-510.
11. SMITH CK, BARISH J, CORREA J, WILLIAMS RH. Psychiatric disturbance in endocrinologic disease. *Psychosom Med* 1972; 34: 69-86.
12. BAUER MS, WHYBROW PC, WINOKUR A. Rapid cycling bipolar affective disorder. I. Association with grade I hypothyroidism. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 427-432.
13. JOFFE RT, MARRIOTT M. Thyroid Hormone Levels and Recurrence of Major Depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1689-1691.
14. STARKMAN MN, SCHTEINGART DE. Neuropsychiatric manifestations of patients with Cushing's syndrome. Relationship to cortisol and adrenocorticotrophic hormone levels. *Arch Intern Med* 1981; 141: 215-219.
15. STARKMAN MN, SCHTEINGART DE, SCHORK MA. Cushing's syndrome after treatment: changes in cortisol and ACTH levels, and amelioration of the depressive syndrome. *Psychiatry Res* 1986; 19: 177-188.
16. SOLOMON BL, SCHAAF M, SMALLRIDGE RC. Psychologic symptoms before and after parathyroid surgery. *Am J Med* 1994; 96: 101-106.
17. STARKSTEIN SE, MAYBERG HS, LEIGUARDA R, PREZIOSI TJ, ROBINSON RG. A prospective longitudinal study of depression, cognitive decline, and physical impairments in patients with Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992; 55: 377-382.
18. FOLSTEIN SE, CHASE GA, WAHL WE, McDONNELL AM, FOLSTEIN MF. Huntington disease in Maryland: clinical aspects of racial variation. *Am J Hum Genet* 1987; 41: 168-179.
19. WEINER MF, EDLAND SD, LUSZCZYNSKA H. Prevalence and incidence of major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1006-1009.

20. BASSUK SS, BERKMAN LF, WYPIJ D. Depressive symptomatology and incident cognitive decline in an elderly community sample. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 1073-1081.
21. DENING TR, BERRIOS GE. Wilson's disease: a longitudinal study of psychiatric symptoms. *Biol Psychiatry* 1990; 28: 255-265.
22. BERNARDO M, BUISÁN E. Trastornos Depresivos en Neurología. En: M. Roca Bennasar y M. Bernardo Arroyo, editores. *Trastornos Depresivos en Patologías Médicas*. Barcelona: Masson S.A., 1996: 87-100.
23. MILLWARD LM, KELLY P, DEACON A, SENIOR V, PETERS TJ. Self-rated psychosocial consequences and quality of life in the acute porphyrias. *J Inher Metab Dis* 2001; 24: 733-747.
24. MERIKANGAS KR, STEVENS DE, ANGST J. Psychopathology and headache syndromes in the community. *Headache* 1994; 34: S17-22.
25. URRETAVIZCAYA M, MARSAL F, CRESPO JM. Sistemas endocrino y metabólico. En J.E. Rojo Rodés y E. Cirera Costa, editores. *Interconsulta Psiquiátrica*. Barcelona: Masson S.A., 1997: 233-272.
26. SHORVON SD, CARNEY MW, CHANARIN I, REYNOLDS EH. The neuropsychiatry of megaloblastic anaemia. *Br Med J* 1980; 281: 1036-1038.
27. ABOU-SALEH MT, COPPEN A. The biology of folate in depression: implications for nutritional hypotheses of the psychoses. *J Psychiatr Res* 1986; 20: 91-101.
28. YOUNG SN. The use of diet and dietary components in the study of factors controlling affect in humans: a review. *J Psychiatry Neurosci* 1993; 18: 235-244.
29. WEKKING EM. Psychiatric symptoms in systemic lupus erithematosus: an update. *Psychosom Med* 1993; 55(2): 219-228.
30. SCHNEEBAUM AB, SINGLETON JD, WEST SG, BLODGETT JK, ALLEN LG, CHERONIS JC et al. Association of psychiatric manifestations with antibodies to ribosomal P proteins in systemic lupus etithematosus. *Am J Med* 1991; 90: 54-62.
31. GREENBERG DB. Neurasthenia in the 1980s: chronic mononucleosis, chronic fatigue syndrome, and anxiety and depressive disorders. *Psychosomatics* 1990; 31: 129-137.
32. GOLDBERG RJ, NOVACK DH, GASK L. The recognition and management of somatization. What is needed in primary care training. *Psychosomatics* 1992; 33: 55-61.
33. MASAND PS, KAPLAN DS, GUPTA S, BHANDARY AN, NASRA GS, KLINE MD et al. Major depression and irritable bowel syndrome: is there a relationship? *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 363-367.
34. MASAND PS, KAPLAN DS, GUPTA S, BHANDARY AN. Irritable bowel syndrome and dysthymia. Is there a relationship?. *Psychosomatics* 1997; 38: 63-69.
35. LESPERANCE F, FRASURE-SMITH N, TALAJIC M, BOURASSA MG. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation* 2002; 105: 1049-1053.