

## Archivos de Medicina Familiar

Volumen **6**  
Volume

Número **3**  
Number




Septiembre-Diciembre **2004**  
September-December

*Artículo:*

La depresión y su manejo en el ámbito  
de la medicina familiar

Derechos reservados, Copyright © 2004

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in  
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

# La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar

## Depression and Its Management in Family Practice

Boschetti-Fentanes B.\*

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica y probablemente sea uno de los más importantes tanto por la incapacidad como por el dolor que causan al ser humano; por otra parte la depresión genera un alto riesgo de suicidio.<sup>1</sup>

Las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, emocional y social; cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento orgánico se ensombrece su diagnóstico y entorpece su evolución.<sup>2</sup> La depresión es difícil de diagnosticar ya que tiende a confundirse con otros padecimientos. Algunos autores<sup>1,3-7</sup> mencionan que la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres; otros<sup>8,9</sup> la describen "como un grave problema de salud pública". Se piensa que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad y ausentismo laboral. Webb,<sup>3</sup> De la Gándara<sup>7</sup> Magill<sup>10</sup> y Moreno<sup>11</sup> refieren que la depresión es uno de los motivos de consulta más frecuentes en medicina familiar. Debido a que una gran cantidad de pacientes con depresión no llegan a ser atendidos por profesionales de la salud mental, el reconocimiento temprano por parte de los médicos familiares —así como su oportuna intervención— son esenciales. Las unidades de medicina familiar desempeñan funciones de puerta de entrada al sistema de salud, encontrándose por tanto en un lugar privilegiado no sólo para diagnosticar y tratar en forma oportuna estos padecimientos sino para desarrollar intervenciones enfocadas a su prevención.

La depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social.<sup>12</sup> Magill<sup>10</sup> menciona que, el término depresión tiene una variedad de connotaciones que dependen del contexto en el que se use. Puede significar un sentimiento de tristeza

que cae dentro del rango normal de experiencias de una persona, o un sentimiento asociado al dolor por la pérdida de algo o alguien importante y finalmente puede representar un grado anormal de humor disfórico asociado a otras características que lo distinguen claramente como un estado anormal. La depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social) también involucra un componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores) que mejora con un tratamiento adecuado.<sup>7,10,13</sup>

Gran número de pacientes que concurren a los servicios de medicina familiar presentan en su cuadro clínico síntomas depresivos insuficientes en número o intensidad para los criterios exigidos en el diagnóstico. Estos pacientes suelen presentar una serie de quejas somáticas, con cuadros mixtos ansioso-depresivos, o con aquellas manifestaciones descritas como depresión enmascarada. El espectro de la depresión en medicina familiar difiere de lo encontrado en psiquiatría. En la primera se observa una proporción mayor de pacientes con depresión leve y es menor el número de casos con manifestaciones clásicas, por esa causa el médico familiar que haya recibido una formación psiquiátrica puede tener dificultad para adaptar los criterios diagnósticos a la medicina generalista.

Ciurana<sup>1</sup> menciona que aproximadamente 50% de los pacientes con depresión no son detectados en atención primaria y que en los países industrializados la incidencia de los trastornos depresivos va en aumento. En cuanto al género se calcula que se presenta en 8 al 12% de los varones y 20 al 26% en las mujeres<sup>3,4</sup> observándose como una constante la proporción de dos mujeres por un varón.<sup>7</sup> La distribución de la depresión según el sexo ha sido objeto de diversas interpretaciones, aunque exactamente no se sabe la causa, probablemente se debe a una combinación de diferencias relacionadas con el género, estilo cognitivo, ciertos factores biológicos y a una alta incidencia de estrés psicosocial en la mujer. Es importante señalar que es mayor el número de mujeres que solicitan atención médica y también que tienen mayor facilidad para expresar conflictos emocionales, lo cual puede incidir en que se diagnostique más la depresión en ellas que en los varones. Dos

\* Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta Familiar. Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez. ISSSTE. Profesora del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Dirección para correspondencia:

Psic. Berta Boschetti-Fentanes

Clínica Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE. Calle Oriental # 10, esquina Tepetlapa. Col. Unidad Habitacional Alianza Popular Revolucionaria C.P. 04800. Delegación Coyoacán. México, D.F.

Santos<sup>16</sup> refiere que la depresión también es frecuente en la adolescencia (25.5%), pero pasa muchas veces desapercibida sin recibir atención médica debido a que se encuentra frecuentemente asociada al abuso de alcohol y drogas, a trastornos alimenticios o conductas de riesgo, promiscuidad sexual, conductas delictivas e hiperagresividad, lo que tiene un alto costo social por las repercusiones comunitarias.

Existe evidencia suficiente de que los trastornos depresivos poseen una base familiar, parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza. De esta manera los hijos de padres con depresión representan un grupo de alto riesgo y un objetivo para la prevención. Dio<sup>20</sup> refiere que el factor que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol; la feminidad misma —tal como está concebida en nuestra cultura— sería el factor de mayor riesgo para la depresión. La mujer en nuestra cultura está formada según modelos y patrones de feminidad, formas de ser mujer que la condicionan a sentir y ser de una determinada manera y que la proveen de mecanismos psíquicos que la hacen más vulnerable al estrés.

## Diagnóstico

La literatura actual sugiere que el médico familiar en atención primaria detecta con baja frecuencia los trastornos depresivos, permaneciendo subdiagnosticados entre un tercio y la mitad de los mismos. Se explica esta evidencia con base en las características de los pacientes, del médico familiar y de la infraestructura o disponibilidad de medios en el área de la salud.<sup>17</sup> En cuanto a las pacientes, Illescas<sup>8</sup> menciona que se dificulta el diagnóstico por la pluriopatología por la que consultan, que engloba múltiples síntomas somáticos que también se incluyen en los criterios diagnósticos de la depresión; son pacientes que consultan por síntomas físicos y no mencionan los síntomas psicológicos. Quieren evitar así que las somatizaciones percibidas como una amenaza a su integridad sean consideradas como producto de su imaginación; se niegan a admitir la posibilidad de depresión e incluso ocultan los síntomas depresivos por temor a ser catalogados como “enfermos mentales” o “débiles de carácter”. Cuando los pacientes son adolescentes no se diagnostica la depresión porque generalmente es leve y focalizada en aspectos específicos de la adolescencia; además de la resistencia del joven a hablar de sus problemas emocionales y su renuencia a consultar a los profesionales de la salud.<sup>16</sup>

En cuanto a los médicos, Kavan<sup>19</sup> menciona que no suelen reconocer la depresión debido a su formación que enfatiza los aspectos biológicos en detrimento de los psicológicos. También por no considerar a la depresión en el diagnóstico diferencial; o por falta de conocimientos sobre el tratamiento de la misma; y cuando llegan a reconocer los síntomas depresivos éstos son leves y de mayor tiempo de evolución y difícilmente pueden catalogarlos dentro de los criterios diagnósticos de depresión. Institucionalmente puede mencionarse escasez de tiempo, elevado número de consultas, rechazo social a este tipo de pacientes y por no contar con los medicamentos adecuados para tratar este padecimiento.

La detección de la depresión por parte del médico familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidios, en la mejoría de la calidad de vida del paciente y en la reducción de los costos en la atención, pues este tipo de pacientes son los que más utilizan los servicios médicos y presentan mayor disfuncionalidad que los pacientes con enfermedades crónicas. Los pacientes que son subdiagnosticados con mayor frecuencia son las mujeres, las viudas, los jubilados, los que han experimentado acontecimientos vitales estresantes en los últimos meses y los que acuden a consulta con mayor frecuencia.<sup>17</sup>

Para tratar adecuadamente este importante problema de salud es necesario detectar los casos y luego categorizarlos, la depresión puede tratarse con farmacoterapia, psicoterapia y una combinación de ambas.<sup>10,19,23</sup> La medicación antidepresiva no es un tratamiento suficiente por sí solo, sino que debe complementarse con otras estrategias como la terapia interpersonal y la terapia cognitiva conductual, que ayudan a resolver conflictos interpersonales y conflictos psicosociales.<sup>5,24</sup>

Para que el tratamiento tenga éxito el paciente y su familia deben participar activamente en el mismo. El médico debe establecer con ellos una relación de apoyo que le permita proporcionar información que les ayude a comprender la naturaleza del padecimiento, proporcionando una retroalimentación continua con relación al tratamiento y pronóstico.<sup>5</sup> Se debe orientar al paciente y a sus familiares sobre aspectos como relaciones interpersonales, el trabajo y ejecución de actividades placenteras.

## Alternativas de tratamiento

Se utilizan con bastante éxito, técnicas terapéuticas conductuales como: desarrollar la habilidad para resolver problemas, la relajación, meditación y respiración; que pueden ser proporcionadas como material de auto-ayuda y podrían formar parte del apoyo psicosocial que los médicos familiares proporcionen en un programa terapéutico contra la depresión.<sup>5,23</sup>

Los médicos deben averiguar qué problemas tienen sus pacientes y deben ayudarlos a encontrar soluciones viables. Cuando esto no es así se puede recurrir a algunas técnicas de terapia cognitiva conductual para contrarrestar el pensamiento negativo automático.<sup>5,23</sup>

Existen evidencias sobre la elevada prevalencia de la depresión en atención primaria, sin embargo más de la mitad de los afectados no son detectados; ello puede deberse a causas relacionadas con la formación y motivación de los médicos, a características de los pacientes, o a la infraestructura o disponibilidad en el sistema de salud. Los cuadros de depresión que con mayor frecuencia se presentan en atención primaria son leves, de larga duración, a veces difíciles de diagnosticar por encontrarse enmascarados por síntoma somáticos. Existe consenso acerca de la naturaleza reactiva de la mayoría de los cuadros de depresión, frecuentemente son la manifestación de una dificultad de adaptación ante acontecimientos vitales estresantes, muchas veces relacionados con etapas de transición en la vida de las personas, así como a alteraciones en las redes sociales, aislamiento, pobreza y desorganiza-

ción social. El médico familiar no debe olvidar que estos enfermos presentan riesgo de suicidio por lo que en caso de duda diagnóstica, falta de respuesta, deficiente control terapéutico o complicaciones médica o psicológicas, debería solicitar ayuda al psiquiatra, aunque conviene tener en cuenta que incluso en estos casos el seguimiento del caso por el médico familiar suele ser necesario y además muy bien acogido y aceptado por el paciente y la familia.

## Referencias

1. Ciurana MR. Detectar la depresión: el primer paso hacia un tratamiento más eficaz. *Aten Primaria* 2002; 29(6): 329-337.
2. Berlanga CC. La evaluación del trastorno depresivo. Cuarta parte. *Aten Médica* 1999; 12(4): 53-64.
3. Webb MR, Dietrich AJ, Katon W, Schwenk TL. Disponible en [URL/www.aafp.org/aafp/monograph/2002/index.html](http://URL/www.aafp.org/aafp/monograph/2002/index.html) 36 pantallas.
4. Bhatia SC, Bhatia SK. Depression in Women: Diagnostic and Treatment Considerations. *Am Fam Physician* 1999; 60(1): 225-234.
5. Shelton RC, Simon GE, Stahl SM, Treisman GJ, Williams JWT. Tratamiento de la depresión. *Aten Médica* 2000; 13(3): 51-60.
6. Sandoval GLX, López RJ, Flores DJJ, Mendieta CD, Lugo J. La influencia de la personalidad en la valoración de la depresión, mediante el cuestionario autoaplicable de Beck. *Psiquiatría* 1999; 15(3): 56-60.
7. De la Gándara MJJ. Manejo de la depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20(7): 389-394.
8. Illescas RR. Diagnóstico del trastorno depresivo mayor. Segunda parte. *Aten Médica* 1999; 12(2): 51-57.
9. Caraveo AJJ. Epidemiología de los trastornos depresivos. *Psiquiatría* 1997; 13(supl): 2-5.
10. Magill MK, Garrett RW. *Problemas psiquiátricos y conductuales*. En: Taylor RB (Director). Medicina de Familia: Principios y Práctica. Doyma Tercera Edición, España 1991: 585-615.
11. Moreno LME, Clemente LE, Piñero AMJ, Martínez MMR, Alonso GF, Rodríguez AFJ. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Aten Primaria* 2000; 26(8): 554-558.
12. González S. *Aspectos clínicos de la depresión*. Trabajo presentado en Simposio: Nuevos horizontes en el tratamiento de la depresión, Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica. Aca-pulco, México. Octubre 1990.
13. De la Fuente R. *Psicología Médica*. Fondo de Cultura Económica, México 1994.
14. CIE-10. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 10a. revisión 1995; (1): 317-326.
15. DSM-IV. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona. 1996; Ed. Masson, p. 20.
16. Dos Santos PL, Beria JU, Fernández FA, Tomasi E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28(8): 543-549.
17. Gabarrón HE, Vidal RJM, Haro AJM, Boix SI, Jover BA, Arenas PM. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Primaria* 2002; 29(6): 329-337.
18. Son SE, Kirchner JT. Depression in Children and Adolescents. *Am Fam Physicians* 2000; 62: 2297-2308, 2311-2312.
19. Kavan MG, Pace TM, Ponterotto JG, Barone EJ. Detección de la depresión: El uso de cuestionarios para pacientes. *MF Revista Internacional de Medicina Familiar* 1991; 3(2): 84-89.
20. Dio BE. *La depresión en la mujer*. Ediciones Temas de Hoy 1999: 21-74.
21. Marcas VA, Mariscal LE, Muñoz PMA, Olid CF, Pardo RMJ, Rubio SE y cols. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. ¿Existe tal Asociación? *Aten Primaria* 2000; 26(7): 453-458.
22. Diagnosis of Depression/Diagnosis and Management of Depression. *Am Fam Physician*. Monograph No 2, 2000: 1-7.
23. Marsellach UG. La depresión. Disponible [vrl:http://www. Psicólogo en la red.edu.com](http://www.Psicólogo en la red.edu.com) 5 pantallas.
24. M.C Whinney IR. Fatiga. En: *Medicina de Familia*. Mosby/Doyma; 1996: 67-278.

