

¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria?

B. Pérez-Franco^a y J.L. Turabián-Fernández^b

Entre las conductas generalmente aceptadas como recomendables para el abordaje diagnóstico y terapéutico de la depresión en el marco de atención primaria (AP) se incluyen las siguientes: cribado desde la consulta con un test validado sencillo a personas con riesgo (detección oportunista); confirmación y especificación diagnóstica sobre la base de entrevista clínica semiestructurada según criterios DSM-IV o mediante derivación a psiquiatría; tratamiento específico con psicofármacos (sobre todo si es grave) y, probablemente con psicoterapia (sobre todo conductual cognitiva) en el ámbito especializado, más algunas otras intervenciones inespecíficas complementarias; derivación en caso de no manejar bien con las situaciones anteriores, resistencia al tratamiento o ideación suicida seria.

Limitaciones del abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria

Dudosa validez del sistema diagnóstico DSM-IV y dificultad para diferenciar los diversos trastornos depresivos entre sí en la vida real

^aCentro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo. España.

^bCentro de Salud Polígono Industrial. Toledo. España.

Correspondencia:
Benjamín Pérez Franco.
Ceubia, 36. 05400 Arenas de San Pedro. Ávila.
España.
Correo electrónico: bperez1@nexos.e.telefonica.net

Manuscrito recibido el 6 de junio de 2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 5 de septiembre de 2005.

Una versión de este texto se presentó en el VI Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha celebrado en Toledo el 3 de junio de 2005.

Palabras clave: Trastorno depresivo/prevención y control. Atención primaria de salud/métodos. Manejo de la enfermedad. Narración. Escalas de valoración psiquiátrica. Psicoterapia.

Este concepto supone que síntomas agrupados en forma sindrómica –como es el caso de la clasificación DSM IV– pueden producir el efecto de enfermedad biológica cuando simplemente son un sistema para comunicarnos sobre síntomas. Además, hay numerosos solapamientos entre la clasificación de distintas clases que deberían ser mutuamente excluyentes, pero que no lo son. Las fronteras son confusas entre depresión y tristeza, entre depresión y ansiedad, entre depresión recurrente y trastorno de la personalidad, entre ansiedad generalizada y pánico. La intensidad de los síntomas del trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo menor y el trastorno subclínico depresivo habitualmente se alterna a lo largo del tiempo en los mismos pacientes. La ansiedad y las fobias pueden aparecer de manera simultánea^{1,2}.

Intranscendente discriminación entre ansiedad y depresión en la vida real

Depresión y ansiedad son un continuo^{1,3}. En medicina de familia (MF), la mayoría de los trastornos del humor presentan una combinación de depresión y ansiedad⁴.

Falta de contextualización

La utilidad de los diagnósticos psiquiátricos varía a menudo con el contexto. Así, los falsos positivos o negativos del General Health Questionnaire no estarían igualmente distribuidos entre todas las clases de pacientes, sino que depende de cómo éstos se tomen sus problemas, a su vez determinados por las expectativas sociales⁵.

Difícil diferenciación entre salud mental y salud física

En MF, más de la mitad de los pacientes con trastornos de la ansiedad y depresión refieren síntomas somáticos más que psicológicos. La asociación de depresión y enfermedades «orgánicas» está bien estableci-

LECTURA RÁPIDA

▼ Entre las conductas para el abordaje diagnóstico y terapéutico de la depresión en atención primaria se incluyen las siguientes: cribado desde la consulta con un test validado sencillo a personas con riesgo; confirmación y especificación diagnóstica sobre la base de entrevista clínica semiestructurada, tratamiento específico con psicofármacos; derivación en caso de no manejar bien con las situaciones anteriores, resistencia al tratamiento o ideación suicida seria.



LECTURA RÁPIDA

▼ Limitaciones del abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria

- Dudosa validez del sistema diagnóstico DSM-IV y dificultad para diferenciar los diversos trastornos depresivos entre sí en la vida real.
- Intranscendente discriminación entre ansiedad y depresión en la vida real.
- Falta de contextualización.
- Difícil diferenciación entre salud mental y salud física.
- Complejidad innecesaria de los tests diagnósticos estandarizados o entrevista semiestructurada basada en DSM-IV comparada con la simple detección y diagnóstico del médico de familia basándose en su conocimiento del paciente.
- Dificultad para diferenciar la normalidad de la enfermedad en la vida real.
- Falsa especificidad del tratamiento actual de la depresión en atención primaria.
- Abordaje psicosocial.

da y su prevalencia es extremadamente alta, lo que quizás indica que comparten procesos patológicos⁶.

Complejidad innecesaria de los tests diagnósticos estandarizados o entrevista semiestructurada basada en DSM-IV comparada con la simple detección y diagnóstico del médico de familia basándose en su conocimiento del paciente

Una sola pregunta: «¿Se ha sentido usted triste o deprimido en el último mes?», es tan efectiva como cribado de la depresión⁷ como cualquier otra. El médico de familia discrimina entre falsos positivos y negativos según su conocimiento de la historia clínica del paciente⁸ en lugar de basarse en los tests ortodoxos. Por otra parte, el método de trabajo integral de MF da claves diagnósticas propias: la cefalea, la presencia de muchas quejas orgánicas o los síndromes de dolor son marcadores importantes de depresión en MF⁶.

Dificultad para diferenciar la normalidad de la enfermedad en la vida real

Hay una tendencia a dicotomizar normalidad y enfermedad. ¿Significa enfermedad tener síntomas? La enfermedad puede consistir muy bien en no tener síntomas cuando deberían tenerse.

Falsa especificidad del tratamiento actual de la depresión en atención primaria

En MF, el diagnóstico es simultáneo al tratamiento⁹. Un número significativo de pacientes no responde a la intervención o presenta episodios depresivos recurrentes⁶, lo que, añadido a la inespecificidad diagnóstica, está llevando a una nueva visión de la gestión de la depresión como la de cualquier otra enfermedad crónica, como el asma o la diabetes¹⁰. Además, la clasificación de un trastorno nos orienta poco hacia los tratamientos posibles. No hay evidencia clara de un punto de corte para instaurar un tratamiento farmacológico. Las intervenciones psicológicas estandarizadas parecen no ser útiles a largo plazo en el tratamiento de la depresión menor o la distimia, y se han evaluado, principalmente, aquellas modalidades fáciles de evaluar (la terapia conductual cognitiva), pero se sabe menos de la eficacia de otras (como la terapia no directiva) más difíciles de evaluar. Hay otros recursos psico-

sociales en MF que se muestran de gran utilidad cuando se aplican al tratamiento de la depresión, como la alianza terapéutica, que es clave para el funcionamiento de cualquiera de las intervenciones tanto farmacológicas como psicoterapéuticas¹¹, y la resolución de problemas. Esto sugiere también que la especificidad psicoterapéutica necesita ser buscada en un nivel mucho más profundo que el nombre de la terapia¹².

Abordaje psicosocial

No es posible curarse si el contexto no es sano y no es posible sanar a un individuo si no se sana a los que le rodean. Y, si bien en MF no se puede intervenir de forma sensible sobre estos determinantes, sí se puede iluminar tanto la intervención diagnóstica como la terapéutica con este conocimiento.

Alternativa: el abordaje «natural» de la depresión en atención primaria

Postulamos aquí, para el abordaje de los problemas de salud mental, incluidos los depresivos, el modelo de proceso clínico habitual para abordaje de cualquier tipo de problema que se presenta al médico de familia.

Clasificación orientada a la práctica

Teniendo en cuenta la manera en que se suele manifestar la depresión en MF –como una condición subaguda o crónica marcada por la exacerbación o la mejoría a lo largo del tiempo, y con comorbilidad–, nos sumamos a las propuestas de una clasificación diagnóstica orientada a la práctica y más dimensional que categórica: malestar que requiere intervenciones no específicas, malestar que requiere intervención (aunque sus síntomas sean similares a los anteriores) y trastornos psiquiátricos mayores.

Contextualización

La valoración completa de pacientes en el contexto y una perspectiva integral de todos los factores conocidos que se asocian con la depresión es una guía más apropiada para decidir las opciones diagnósticas y terapéuticas. El conocimiento del paciente en MF y de su situación, así como la negociación con los actores implicados, facilitará la decisión de cuándo comenzar el tratamiento farmacológico y cuándo suspenderlo.

TABLA 1

- Participación de los pacientes en un trabajo conjunto de resolución de problemas
- Utilización del reconocimiento de patrones, tendencias y regularidades de las presentaciones clínicas de un paciente a lo largo del tiempo
- Sentido común
- Una buena alianza terapéutica entre médico y paciente
- Empatía

TABLA 2**Intervenciones pequeñas pero continuadas para el abordaje de los problemas crónicos de salud**

- Reforzar las conductas útiles
- Explicar a los pacientes su posible evolución
- Programar revisiones
- Controlar o seguir la evolución a largo plazo
- Prevenir recaídas
- Participar en grupos de autoayuda
- Facilitar la educación para la salud con pequeños consejos, así como el debate individual y colectivo sobre ítems de interés en el proceso dado

Entrevista clínica de medicina de familia y aproximación diagnóstica narrativa

Una buena entrevista clínica de MF suele incluir las preguntas mínimas de los tests diagnósticos validados, más la descripción –narración– de los hechos en los términos de sus actores implicados, y hace del diagnóstico un proceso en permanente cambio, evitando la pasividad del encasillamiento, con el valor añadido de resultar terapéutica por sí misma (ayuda a detectar y negociar significados de paciente y médico) y es, por tanto, un método barato y eficaz⁶⁻⁸.

Aplicación de los métodos habituales de gestión de la incertidumbre en medicina de familia

Los métodos que habitualmente utilizan los médicos de familia para resolver la incertidumbre clínica (tabla 1) son también considerados de utilidad para el abordaje de los problemas de salud mental^{11,12}.

Abordaje de la depresión como un problema de salud crónico

Intervenciones pequeñas pero continuadas, del mismo modo que en otros problemas

de salud crónicos (tabla 2) como la diabetes o la hipertensión arterial, son igualmente efectivas en el abordaje de la depresión¹⁰.

Comprendión amplia del concepto de cura

Donde curar no sea estrictamente considerado como una normalización de los parámetros fisiológicos o conductuales, sino como alivio o simplemente como el desbloqueo de una situación, el paso de un escenario a otro con nuevas perspectivas⁹.

LECTURA RÁPIDA **Alternativa: el abordaje «natural» de la depresión en atención primaria**

- Clasificación orientada a la práctica.
- Contextualización.
- Entrevista clínica de medicina de familia y aproximación diagnóstica narrativa.
- Aplicación de los métodos habituales de gestión de la incertidumbre en medicina de familia.
- Abordaje de la depresión como un problema de salud crónico.
- Comprensión amplia del concepto de cura.

Bibliografía

- Kendler KS, Gardner CO Jr. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry*. 1998;155:172-7.
- Angst J, Sellaro R, Merikangas KR. Depressive spectrum diagnoses. *Compr Psychiatry*. 2000;41 Suppl 1:39-47.
- Merikangas KR, Zhang H, Avenevoli S, Acharyya S, Neuenschwander M, Angst J. Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:993-1000.
- Shorter E, Tyrer P. Separation of anxiety and depressive disorders: blind alley in psychopharmacology and classification of disease. *BMJ*. 2003;327:158-60.
- Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ*. 1999;318:436-40.
- McMillin D. A holistic approach to the treatment of depression. Virginia: ARE Pres; 1997.
- Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ*. 2003;327:1144-6.
- Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, et al. False positives, false negatives, and the validity of the diagnosis of major depression in primary care. *Arch Fam Med*. 1998;7:451-61.
- Turabián JL, Pérez Franco B. Habilidades cruciales del médico de familia y sus implicaciones en la Gestión y la formación: diagnóstico, tratamiento, cura y resolución. *Cuadernos de Gestión*. 2003;9:70-87.
- Klinkman MS, Schwenk TL, Coyne JC. Depression in primary care-more like asthma than appendicitis: the Michigan Depression Project. *Can J Psych*. 1997;42:966-73.
- Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64:532-9.
- Mecer SB, Wampold BE. Let's face facts: common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Psicol*. 2002;9:21-5.