

# Introducción

J.C. Mínguez Villar<sup>a</sup> y J.A. Arbesú Prieto<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud “Tórtola”. Valladolid-Este. Valladolid. España.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud “La Eria”. Oviedo. España. Coordinador del Grupo de Salud Mental de SEMERGEN.

Nadie nos enseñó a hacer prodigios. Y, sin embargo, con frecuencia, en nuestras consultas se produce la magia del entendimiento, de la comprensión y de la comunicación. Y lo que es más, se consigue diagnosticar y tratar a personas cuyos padecimientos adquieren formas heterogéneas de presentación que o no encontramos en los libros académicos, o difícilmente se reconocen.

Possiblemente si en 1784 Luis XVI no hubiera promovido la Comisión Real que informó sobre la existencia del “magnetismo animal”; si sus ilustres miembros Benjamín Franklin y Antoine Lavoisier no se hubieran empeñado en aplicar el método científico en la búsqueda del “misterioso fluido”, y si el inquieto Joseph Guillotin se hubiera demorado más tiempo en perfeccionar su invento no habría formado parte de ella y el conspicuo doctor Friedrich Anton Mesmer habría seguido utilizando su baquet o “cuba mesmérica” consiguiendo las portentosas curaciones que tanto éxito popular le granjearon en tan turbulenta época. Y, a lo peor, continuaría utilizándola en nuestros días.

Porque no olvidemos que los pacientes preferidos por el doctor Mesmer eran aquellos que presentaban “quejas insidiosas, molestias inespecíficas, dolores interminables y generalizados, personalidad inestable y querulante y con tendencia a la melancolía, la histeria o la ansiedad inexplicables”. Nos suenan. Pues en ellos realizaba él también sus prodigios.

Pero, afortunadamente, el mesmerismo no sobrevivió al “siglo de las luces” y hoy conocemos la manera de abordar a ese colectivo de pacientes que, a veces, supone una carga laboral ingrata, insidiosa y desilusionante, pero también un reto para los médicos “inquietos” y una enorme satisfacción cuando se tiene éxito.

Y es que en estas condiciones y en un terreno frecuentemente adverso o descuidado se juega diariamente el partido de la Medicina de Familia.

La depresión es una de esas enfermedades que trasciende el ámbito de las publicaciones médicas, y a ella se han referido pensadores, escritores, sociólogos, etc. Hasta tal punto que una de sus mejores definiciones fue dada por un escritor francés, Rossete, que padeció depresión recurrente y que la describió en su libro “La ruta de la noche” como: “Ese agotamiento general de los recursos energéticos, que afecta tanto a lo físico como a lo intelectual y a lo moral y que inclina al sujeto a la dimisión general de la voluntad”.

Nuestra formación como médicos de familia, de mayor peso organicista, puede haber dificultado el aprendizaje de la importancia del espectro psicológico de las enfermedades, ya que no se nos ha hablado nunca de sentimientos y emociones, ni de la importancia de los estresantes psicosociales. Y, sin embargo, ¿qué enfermedad física no los lleva consigo?, como bien sabemos todos los médicos que intentamos abordar la enfermedad integrando las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de nuestros pacientes.

El DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*) define claramente lo que entendemos por depresión: “Presencia [...] y al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer”<sup>1</sup>. La CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) coincide: “el enfermo sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de vitalidad...”<sup>2</sup>.

Aunque pueda parecer mentira, habitualmente, el médico de familia, con estas redundantes definiciones, esfuerzo y dedicación diagnostica la depresión. Y suele hacerlo en fases iniciales y correctamente. Incluso en pacientes que suelen presentar comorbilidad con otras enfermedades médicas.

El problema surge cuando las cosas no están tan claras. Porque, como le pasaba al profesor Mesmer, muchos pacientes de nuestras consultas presentan cuadros inespecíficos, abigarrados y complejos.

Unas veces existe una escasa definición sintomática, limitándose con frecuencia a un “no me siento bien”, “no sé que me pasa, pero no soy la misma”. Otras veces el pro-

Correspondencia: J.C. Mínguez Villar.  
Centro de Salud “Tórtola”.  
C/ Tórtola, 19.  
47012 Valladolid. España.  
Correo electrónico: jcarlosmv@saludalia.com

blema son las prolijas descripciones de síntomas inconexos que crean una cortina que enmascara el cuadro anímico. Y en no pocas ocasiones, el problema es la negación empecinada de la evidente alteración del ánimo, anhedonía o ansiedad.

Estos son, quizás, los cuadros que más problemas crean al médico de familia, porque requieren una serie de habilidades, conocimientos y aptitudes que resultan ajenos a nuestras Facultades de Medicina.

Por eso, en este número monográfico de SEMERGEN hemos querido afrontarlos y analizar esas situaciones que exigen una especial atención por la dificultad de su abordaje y diagnóstico, y en los que con frecuencia encontramos criterios de depresión o ansiedad, bien en su origen o bien en comorbilidad.

Asumimos que en la raíz de muchos de los problemas de relación con nuestros pacientes se esconden alteraciones del ánimo de origen diverso que precisarían un diagnóstico y posiblemente tratamiento<sup>3-5</sup>. Lo mismo podríamos decir de los trastornos somatomorfos, frente a los cuales cada vez son más los médicos que propugnan tratar la depresión y/o ansiedad comórbida que se les suele asociar<sup>4,6,7</sup>.

También hemos querido estudiar todas aquellas situaciones en las que la depresión y la sintomatología somática aparecen relacionadas, bien porque ésta sea parte del cuadro de aquélla, bien porque la depresión aparezca asociada a una enfermedad física, hecho relativamente frecuente.

No hemos querido olvidar la comorbilidad con los trastornos de la personalidad, cuya importancia en los trastornos mentales puede determinar su evolución, ni aquellos aspectos de la depresión que, frecuentemente, no son muy evaluados, pero que suponen dificultades añadidas para el médico: los síntomas residuales y la calidad de vida que pueden condicionar la funcionalidad laboral y social del depresivo.

Por último, parecía interesante abordar el tratamiento en comorbilidad dada la dificultad añadida que supone el

tener que tratar a pacientes que precisan otros medicamentos de forma imperiosa. La cada vez mayor potencia de los principios farmacológicos, nuevas indicaciones y posibles asociaciones beneficiosas generan, en no pocas ocasiones, dudas que precisan respuestas concretas para el ejercicio práctico del médico de Atención Primaria.

Finalmente, un análisis de los resultados del último antidepresivo dual aparecido en el mercado, la duloxetina, con su implicación en el tratamiento de la sintomatología somática nos ha parecido relevante.

Deseamos que este monográfico responda correctamente a las necesidades formativas de nuestros compañeros y sea una útil continuación del anterior número extraordinario dedicado a la depresión en el año 2006<sup>8</sup>.

Y tras esto, querríamos expresar un cariñoso agradecimiento a nuestras familias que nos ayudan diariamente con su paciencia, y a los restantes miembros del GADAP por su amistad y colaboración (no están, únicamente, porque no cabían). Sin las unas y sin los otros, este monográfico sería otra cosa.

## BIBLIOGRAFÍA

1. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M (Dir). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Ed. MASSON; 2002.
2. OMS: CIE10. Zaragoza: Ed. MEDITOR; 1999.
3. Groves JE. Taking care of the hateful patient. N Engl J Med. 1978; 298(16):883-7.
4. Corney RH, Strathdee G, Higgs R, King M, Williams P, Sharp D, et al. Managing the difficult patient: practical suggestions from a study day. J R Coll Gen Pract. 1988;38(313):349-52.
5. Schafer S, Nowlis DP. Personality disorders among difficult patients. Arch Fam Med. 1998;7:126-9.
6. Strous RD, Ulman AM, Kotler M. The hateful patient revisited: Relevance for 21st century medicine. Eur J Intern Med. 2006;17(6):387-93.
7. Servan-Schreiber D, Tabas G, Kolb R. Somatizing patients: part II. Practical management. Am Fam Physician. 2000;61(5):1431-2.
8. Arbesú Prieto JA, coordinador. Abordaje global de la depresión en Atención Primaria. SEMERGEN. 2006;32 Supl. 2.