

■ **ARTÍCULO ORIGINAL**

## SOMATIZACIÓN Y DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

**García Campayo, J.**

*Psiquiatra y Profesor Asociado  
Hospital Universitario Miguel Servet  
y Universidad de Zaragoza*

**Alda, M.**

*MIR Psiquiatría  
Hospital Universitario Miguel Servet  
y Universidad de Zaragoza*

**Moreno González, S.**

*Psicólogo. Investigador  
Hospital Universitario Miguel Servet  
y Universidad de Zaragoza*

■ **AGENDA**

■ **EN BREVE...**

■ **ARTÍCULO ORIGINAL**

## Somatización y depresión en atención primaria

### CONCEPTOS ACTUALES SOBRE DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN

Actualmente se considera que existen dos enfoques diferentes para analizar la asociación entre depresión y síntomas somáticos en dependencia de en dónde se sitúa el énfasis, si en la depresión o en los síntomas somáticos. Respectivamente, estos dos enfoques son los siguientes:

### Depresión con síntomas somáticos

En este caso, se considera la depresión como diagnóstico principal y, por tanto, se distinguen aquellas que se presentan con síntomas somáticos asociados como un subgrupo especial de depresión, que se ha denominado en algunas ocasiones depresión melancólica o, simplemente, depresión con síntomas somáticos.

(Continúa pág. 2) ►►►



■ **EN BREVE...**

## LA FALTA DE SUEÑO SE RELACIONA CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

DM 11/01/05

Debido a los problemas de salud asociados, las personas que presentan sobrepeso u obesidad duermen menos que las que tienen un índice de masa corporal adecuado, lo que aumenta su riesgo de sufrir trastornos neurocognitivos y somnolencia, así como accidentes laborales.

Las personas obesas o con sobrepeso duermen menos que las que presentan un índice de masa corporal normal, lo que puede tener un gran impacto en su salud, según un estudio realizado por especialistas de la Facultad de Medicina de Eastern Virginia, en Norfolk (Estados Unidos), que se publica en el último número de Archives of Internal Medicine.

Dormir poco tiempo provoca cambios neurocognitivos, como somnolencia y trastornos del humor, así como un aumento de sufrir accidentes laborales. Según los expertos, en el último siglo se ha reducido el tiempo dedicado a dormir y ha aumentado progresivamente la obesidad y el sobrepeso.

La investigación coordinada por Robert Vorona confirma los resultados ofrecidos por un trabajo anterior, que mostraba la estrecha relación entre el sueño y el peso.

Los autores analizaron el tiempo dedicado a dormir, el IMC y los hábitos de 101 pacientes. Los participantes fueron divididos en tres grupos según su peso: sobrepeso, obesidad y obesidad severa. Los resultados mostraron que el tiempo total dedicado a dormir disminuía a medida que aumentaba el IMC, excepto en el caso de los pacientes con obesidad severa.

(Más breves en pág. 7) ►►►

Salud Global®-Salud Mental es un producto de

**Salud Global®**



Paseo Pintor Rosales, 26 - 28008 Madrid  
Tel.: 91 542 09 55 - Fax: 91 559 51 72

[www.grupoaulamedica.com](http://www.grupoaulamedica.com)

Con la colaboración de



S.V.P.: 269-R-CM

ISSN: 1697-4662

Depósito Legal: M-46657-2003

# Somatización y depresión en atención primaria

GARCÍA CAMPAYO, J.

Psiquiatra y Profesor Asociado. Hospital Universitario Miguel Servet y Universidad de Zaragoza

ALDA, M.

MIR Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet y Universidad de Zaragoza

MORENO GONZÁLEZ, S.

Psicólogo. Investigador. Hospital Universitario Miguel Servet y Universidad de Zaragoza

## Depresión «somatizada» o somatización

Desde esta perspectiva, el énfasis se sitúa en el proceso de somatización, es decir, de presentación de la enfermedad psiquiátrica (en este caso la depresión, pero ocurre lo mismo en otros trastornos como ansiedad) en forma de síntomas somáticos (lo que se denomina «presentación somatizada») y no en forma de síntomas psicológicos («presentación psicológica»).

## DEPRESIÓN CON SÍNTOMAS SOMÁTICOS

### Concepto

Tradicionalmente, se ha aceptado que la clínica de la depresión se compone, fundamentalmente, de cinco grandes grupos de síntomas<sup>1</sup>:

1. Afectividad.
2. Pensamiento y cognición.
3. Conducta.

4. Ritmos biológicos.
5. Síntomas somáticos.

En este sentido, se sabe que el trastorno depresivo se acompaña, con frecuencia, de un amplio rango de síntomas somáticos, siendo los principales los que se reseñan en la tabla I<sup>2</sup>.

Por tanto, los síntomas somáticos en la depresión podrían clasificarse en dos grupos: En el primero, se encontrarían aquellos incluidos en el concepto de depresión melancólica ya descritos. En el segundo grupo, otros síntomas, como el dolor en cualquier parte del cuerpo, la fatiga, las molestias digestivas u otros síntomas que pueden afectar cualquier sistema fisiológico y que no se han considerado nucleares en la depresión.

En este momento, se utiliza el concepto de depresión con síntomas somáticos para referirse, de una forma amplia, a las depresiones que incluyen, entre otras manifestaciones, síntomas físicos de cualquier tipo, y no sólo los específicamente asociados a melanco-

lía. En estas depresiones el peso de la sintomatología somática debe ser importante, aunque no necesariamente predominante, y tampoco es necesario que sea la forma de presentación. En cualquier caso, y a diferencia de la depresión somatizada que luego veremos, el paciente atribuye los síntomas somáticos a una causa psicológica y nunca a una enfermedad orgánica. La depresión con síntomas somáticos no se asocia a una personalidad premórbida melancólica, a variaciones diurnas y estacionales o a anomalías biológicas. Sin embargo, la existencia de síntomas somáticos en la depresión sí se correlaciona con una mayor gravedad de la enfermedad y con una mayor resistencia al tratamiento<sup>3</sup>.

### Características de la depresión con síntomas somáticos

La mayoría de los autores consideran que los síntomas somáticos son muy importantes en la depresión pero que, sin embargo, están infrarrepresentados en las nosologías psiquiátricas. Por ejemplo, un síntoma tan importante como el dolor crónico no está incluido ni en las clasificaciones psiquiátricas ni en las escalas que evalúan la depresión<sup>4</sup>. Se considera que tres de cada cuatro pacientes con depresión presentan síntomas somáticos como dolor, dificultad para respirar, fatiga, náuseas y anorexia. En relación a la distribución por género de la depresión

**TABLA I**  
Principales síntomas somáticos de la depresión

- Anorexia\*.
- Pérdida de peso\*.
- Insomnio\*/Hipersomnia.
- Trastornos digestivos/Estreñimiento.
- Algias.
- Astenia.
- Disfunciones sexuales.

\*Síntomas utilizados para el diagnóstico de depresión con características melancólicas en el DSM-IV.

*La depresión con síntomas somáticos no se asocia a una personalidad premórbida melancólica, a variaciones diurnas y estacionales o a anomalías biológicas*

con síntomas somáticos, los datos del estudio Epidemiological Catchment Area (ECA)<sup>5</sup>, demuestran que la prevalencia de depresión con síntomas somáticos es mucho más elevada en mujeres, circunstancia que no ocurre en la depresión pura. La depresión somática se asocia, en las mujeres, a trastornos de ansiedad y disforia crónica. La conclusión es que la diferencia de género en la prevalencia de la depresión puede ser debido a que las mujeres presentan más frecuentemente un tipo específico de depresión con síntomas depresivo-ansioso-somáticos.

### Tratamiento de la depresión con síntomas somáticos

En este tipo de depresión (a diferencia de la depresión somatizada), el paciente posee conciencia de padecer una enfermedad psiquiátrica, por lo que su colaboración

cuando se le prescribe tratamiento farmacológico, va a ser total. Por tanto, no se requiere ninguna intervención psicológica (como las técnicas de reatribución en la depresión somatizada), para que acepte ser tratado. Con estos enfermos el único problema sería seleccionar un tratamiento antidepressivo que fuese también efectivo con los síntomas somáticos que acompañan a la depresión.

Tanto en las depresiones con síntomas somáticos<sup>4</sup> como en las depresiones somatizadas<sup>6,7</sup>, el síntoma somático más frecuente es el dolor. La revisión exhaustiva de Fishbain y cols.<sup>8</sup> y el metaanálisis de Onghena y Van Houdenhove<sup>9</sup> confirman que los antidepressivos duales son más eficaces que los noradrenérgicos y éstos más que los serotoninérgicos. Estos datos son los que han disparado los estudios de antidepressivos duales como la venlafaxina, el milnacipram o la duloxetina en el tratamiento del dolor asociado o no a depresión mostrando, en general, buenos resultados<sup>4,10</sup>.

## DEPRESIÓN «SOMATIZADA»

### Concepto y clasificaciones

El concepto actual de «depresión somatizada» se debe a Goldberg<sup>11</sup>, quien utiliza los criterios que resumimos en la tabla II.

**TABLA II**  
Criterios de depresión somatizada de Goldberg<sup>11</sup>

1. El paciente presenta síntomas somáticos (busca ayuda médica por las manifestaciones somáticas de la depresión).
2. El paciente atribuye los síntomas que padece a una enfermedad física.
3. Existe un trastorno depresivo diagnosticable con las clasificaciones psiquiátricas actuales.
4. En opinión del médico, el tratamiento del trastorno psiquiátrico mejoraría los síntomas físicos.

### Características de la depresión somatizada

La somatización, es decir, la presentación de los problemas psicológicos y emocionales en forma de síntomas físicos, es muy frecuente en atención primaria. Los estudios de nuestro grupo<sup>6,7</sup> calculan que el 9,4% de todos los pacientes que consultan en atención primaria presentan un trastorno psiquiátrico somatizado, y que la mayor parte de ellos son depresiones. Los estudios internacionales multicéntricos también demuestran que la presentación en forma de síntomas somáticos es la forma clínica de presentación de la depresión más frecuente en cualquier parte del mundo<sup>12</sup>. No todos los trastornos depresivos se presentan de forma somatizada en la misma proporción ya que, según nuestros estudios<sup>6,7</sup>, varía mucho según el tipo de trastornos depresivos como resumimos en la tabla III. En la misma tabla incluimos también las prevalencias de algunos otros trastornos psiquiátricos como medida de comparación.

La importancia de la presentación de la depresión o de otros trastornos psiquiátricos en atención primaria de forma somatizada o en forma de síntomas psicológicos no es baladí. Según nuestros estudios, los niveles de detección por parte del médico de familia de uno y otro tipo de presentación son muy diferentes<sup>6,7,13,14</sup>: mientras que en el caso de los trastornos psiquiátricos somatizados la detección es altísima, con cifras del 91%, en los trastornos psiquiátricos somatizados desciende al 56%. Las consecuencias de la no detección son, entre otras, la cronificación del cuadro psicológico, la menor calidad de vida, la aparición de otras complicaciones médicas y psiquiátricas y el aumento de los costes sanitarios<sup>2,11</sup>. En relación a las características clínicas de la depresión somatizada, los síntomas más frecuentes que presentan los pacientes con depresiones somatizadas son los que resumimos en la tabla IV<sup>6,7</sup>.

**TABLA III**  
Prevalencia de presentación somatizada en los distintos trastornos depresivos y en otros trastornos psiquiátricos<sup>6,7</sup>

Diagnóstico	Prevalencia
<b>Trastornos depresivos</b>	
Trastorno depresivo mayor	62,8%
Distimia	91,3%
Trastorno depresivo no especificado	67,6%
<b>Otros trastornos psiquiátricos</b>	
Trastorno de ansiedad generalizada	72,7%
Trastorno de angustia	100%
Trastorno de adaptación	70,5%

### Etiología de los procesos de somatización

Según el grupo de Goldberg<sup>11</sup>, la depresión somatizada es un mecanismo de defensa para no experimentar la depresión. De hecho, en

la depresión somatizada existen significativamente más síntomas somáticos (como es esperable por definición), pero sobre todo menos depresión, tanto experimentada por el paciente como evaluada por el clínico, así como pensamientos

de inferioridad, desesperanza y, sobre todo, culpa. Este fenómeno de evitación de la culpa y, secundariamente de la depresión, parece que sería clave, según Goldberg, para presentar este tipo de depresión. También explicaría la elevada frecuencia del fenómeno de la depresión somatizada, ya que para el paciente este tipo de depresión sería más llevadera desde una perspectiva social (conlleva menor estigma una enfermedad física que somática) y personal (la ausencia de culpa permite transferir la culpa al médico que no le cura). Como se ve, estas conclusiones no son muy diferentes de las que ofrecía el psicoanálisis clásico.

### Tratamiento de la depresión con síntomas somáticos

En muchas enfermedades psiquiátricas, una de las preguntas clave respecto al tratamiento es en qué nivel del sistema sanitario es necesario abordar al paciente. Para ello es necesario saber cómo funciona dentro de dicho sistema. En la figura 1 se representan los llamados «pathways», es decir, los caminos que siguen los enfermos, en este caso los pacientes con depresión somatizada, para solicitar ayuda en el sistema sanitario. El modelo sobre el que se basa es un sistema público y universal como el National Health Service británico o el sistema sanitario español. En estos países, los pacientes acuden al médico de familia, que es la puerta de entrada al sistema de salud y, una vez allí, se crea un circuito en forma de pelota de ping-pong entre las especialidades médico-quirúrgicas y el médico generalista. Si, ocasionalmente, el paciente acude a salud mental, es posible que sea remitido de nuevo a esta vorágine con un informe donde conste que no existe una enfermedad mental. En este peregrinar del somatizador llama la atención el amplísimo uso de las medicinas alternativas, financia-

**TABLA IV**  
Frecuencia de los diferentes síntomas somáticos en somatizadores

Síntoma	Porcentaje
Dolor de espalda	71,4%
Mareos	65,3%
Dolor en extremidades	60,5%
Flatulencias	52,3%
Dificultad para respirar	50,3%
Palpitaciones	49,6%
Dolor en articulaciones	45,5%
Dolor torácico	44,2%
Náuseas	43,5%
Amnesia	39,4%
Dolor abdominal	37,4%

das por el paciente, que evidencian un fracaso del sistema. En lugares donde el sistema está más privatizado, por ejemplo en los Estados Unidos, el médico de familia no siempre es la puerta de acceso al sistema ya que el paciente puede seleccionar directamente al especialista. Esto, en el caso concreto de los somatizadores, es perjudicial porque:

1. Carecen de un médico de referencia que les conozca y en quien confiar.
2. La práctica privada favorece el uso masivo de pruebas complementarias con lo cual se refuerza la conducta de enfermedad del paciente.

Dentro del sistema sanitario, la atención primaria es especialmente importante porque constituye el primer contacto del somatizador con el sistema sanitario, y porque la mayor parte de los somatizadores son tratados a este nivel, por lo que sólo aquí puede conocerse la historia natural de la enfermedad.

**Manejo de la depresión «somatizada» (formas agudas y subagudas): técnicas de reatribución**

Las técnicas de reatribución fueron descritas por Goldberg y cols.<sup>15</sup> para el tratamiento por el médico de familia de los trastornos psiquiátricos somatizados como la depresión. Su objetivo consiste en que el paciente transforme la atribución somática de los síntomas físicos que presenta, en una atribución psicológica. De esta forma, podrá aceptar más fácilmente tratamientos psicológicos o farmacológicos adecuados. Esta técnica consta de tres fases:

1. *Que el paciente se sienta comprendido:* Para ello debe realizarse una historia médica completa permitiendo que el paciente hable ampliamente de lo que le ocurre, mientras que a la vez se debe estar atento a indicios de malestar psicológico, tanto en el discurso verbal como en el no

*En la depresión somatizada existen más síntomas somáticos pero menos depresión, tanto experimentada por el paciente como evaluada por el clínico*

verbal. También debe explorarse cualquier problemática social o laboral que pueda presentar, así como los apoyos con los que cuenta. Es imprescindible conocer su opinión sobre la enfermedad: qué cree que le pasa, cómo cree que se ha producido y qué tratamiento piensa que sería efectivo. Por último, hay que realizar una exploración médica con especial interés en la zona afectada, aunque estemos convencidos de que no hay una causa or-

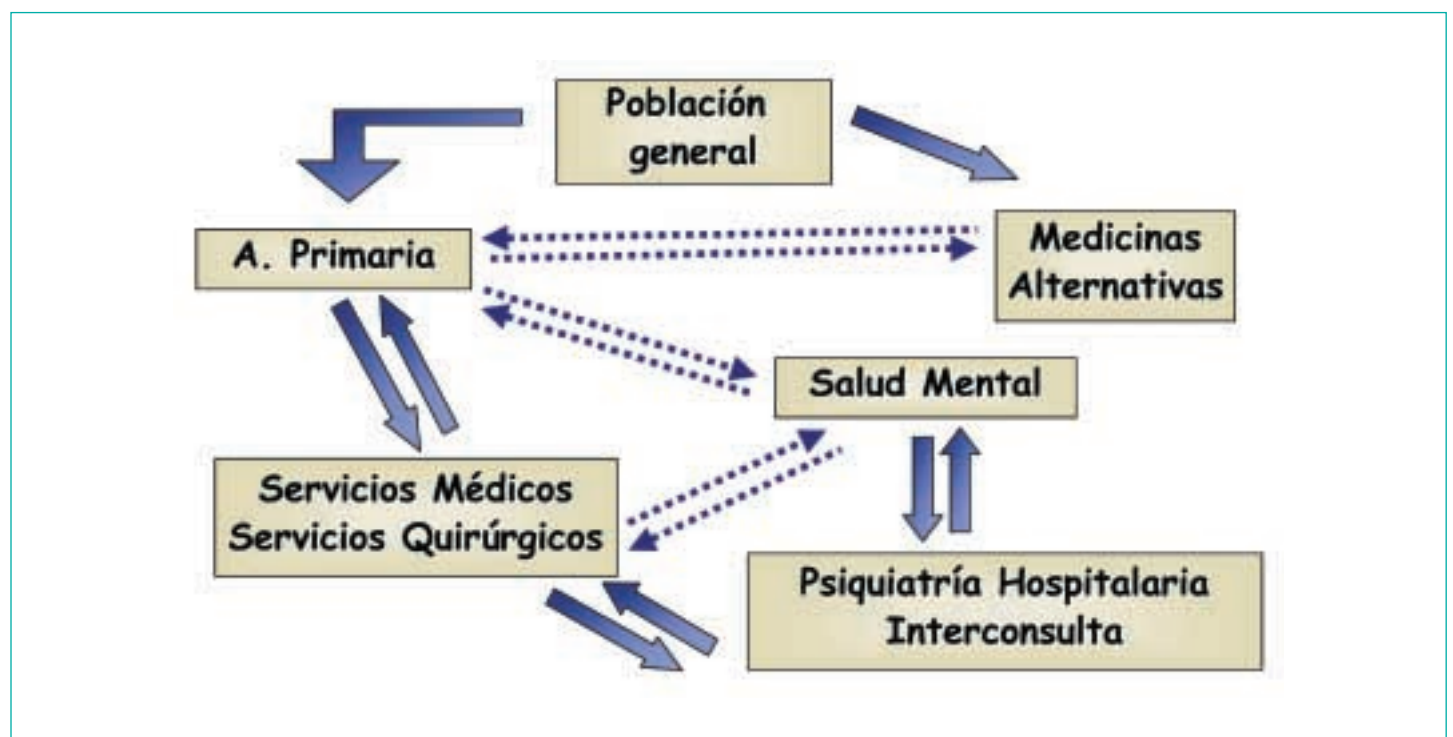


Fig. 1. Pathways (caminos) que siguen los pacientes con trastornos somatomorfos dentro del sistema sanitario en España.

gánica, ya que lo contrario produciría una fuerte desconfianza del paciente.

2. *Ampliar la agenda:* Una vez terminada la fase exploratoria pasamos a la fase informativa. En ella resumiremos los hallazgos físicos encontrados con frases del tipo: *No hemos encontrado nada anormal en las exploraciones realizadas.* Pero, al mismo tiempo, reconocemos la realidad de los síntomas de una forma empática: *... sin embargo, ha estado sufriendo muchas molestias en los últimos tiempos.* Frases de este tipo permiten abrir la puerta para redefinir el problema añadiendo otros síntomas y circunstancias: *También ha estado llorando más de lo habitual, durmiendo peor, sintiéndose más irritado.*
3. *Señalar el vínculo:* Acabada la fase informativa, entramos en la fase negociadora, ya que existen importantes discrepancias en el diagnóstico y el tratamiento entre médico y enfermo. En este momento, ya

podemos relacionar sus síntomas físicos con una causa psicológica, generalmente con depresión, ansiedad o síntomas de estrés. Siempre hay que realizar una explicación en tres tiempos: a) redefinir el problema como ansiedad o depresión. b) explicar someramente la sintomatología y c) explicar cómo se produce el síntoma. Todo ello con un talante negociador.

### Manejo de las formas somatizadas crónicas: Normas mínimas de Smith

Parece que las depresiones somatizadas no detectadas y/o no adecuadamente tratadas, tienden a cronificarse en el tiempo pudiendo originar cuadros que se encuadrarían en la categoría de trastornos somatomorfos indiferenciados, que se caracterizan por la existencia de síntomas somáticos no explicados médicamente, de una duración superior a 6 meses. Estos cuadros producen un enorme gasto sanitario y son difíciles de tratar.

Existen una serie de recomendaciones terapéuticas para este grupo de pacientes, que ha propuesto el grupo de Smith<sup>16</sup>, y que resumimos en la tabla V.

Estas recomendaciones se han demostrado efectivas obteniéndose una importante mejoría en la psicopatología y en la calidad de vida de estos pacientes así como un relevante ahorro de los gastos sanitarios (de hasta un 32%) producidos por este grupo de enfermos<sup>16</sup>.

Desde la perspectiva farmacológica, todos los antidepresivos se han mostrado efectivos en estos pacientes aunque, como en la depresión somática, estarían más recomendados los antidepresivos duales (mirtazapina, venlafaxina o duloxetine) porque se han demostrado más efectivos en el tratamiento de los síntomas físicos concomitantes.

## AGRADECIMIENTOS

La realización de este capítulo se encuadra dentro de las actividades de la Red de Investigación en Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (REDIAPP-G03/170), nodo de Aragón, y de la Red de Investigación Cooperativa en Psiquiatría de Enlace y Psicopatología G03/128, del Instituto de Salud Carlos III.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejo J. Trastornos depresivos. En: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 5.ª ed. J. Vallejo (ed). Barcelona: Masson, 2002; pp. 501-533.
2. Gureje O, Simón GE, Üstun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 989-995.
3. Papakostas GI, Petersen T, Denninger J, Sonawalla SB, Mahal Y, Alpert JE, Nierenberg AA, Fava M. Somatic symptoms in treatment-resistant depression. *Psychiatry Research* 2003; 118: 39-45.

TABLA V

### Normas de buena práctica clínica en atención primaria con los pacientes con somatización crónica

1. El paciente debe ser atendido por un solo médico: su médico de familia.
2. Planificar citas regulares cada 4-6 semanas como máximo.
3. Realizar consultas breves que sean posibles en la agenda del generalista.
4. Explorar siempre la zona de la que se queja el paciente.
5. Buscar signos. Los síntomas deben ser interpretados en un contexto comunicacional.
6. Evitar tests diagnósticos que no sean imprescindibles para evitar yatrogenia y gasto sanitario. Deben solicitarse basados en los signos, no en los síntomas.
7. Evitar diagnósticos espurios y tratamientos innecesarios.
8. Tranquilizar y reasegurar.
9. Derivar adecuadamente a los servicios psiquiátricos.

4. Briley M. New hope in the treatment of painful symptoms in depression. *Curr Opin Invest Drugs* 2003; 4: 42-45.
5. Silverstein B. Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1051-52.
6. Lobo A, García-Campayo J, Campos R, Marcos G, Pérez-Echeverría MJ, GMPPZ. Somatisation in primary care in Spain. I. Estimates of prevalence and clinical characteristics. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 344-348.
7. García-Campayo J, Campos R, Marcos G, Pérez-Echeverría MJ, Lobo A, GMPPZ. Somatisation in primary care in Spain. II. Differences between somatisers and psychologisers. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 348-353.
8. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Evidence-based data from animal and human experimental studies on pain relief with antidepressants: a structured review. *Pain Medicine* 2000; 1: 310-16.
9. Onghena P, Van Houdenhove B. Antidepressant-induced analgesia in chronic non-malignant pain: a meta-analysis of 39 placebo-controlled studies. *Pain* 1992; 49: 205-220.
10. Goldstein DJ, Lu Y, Detke MJ, Hudson J, Iyengar S, Demitrack MA. Effects of duloxetine on painful physical symptoms associated with depression. *Psychosomatics* 2004; 45: 17-28.
11. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosomatic Res* 1985; 29: 563-69.
12. Simon G, Von Korff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Eng J Med* 1999; 341: 1329-36.
13. García-Campayo J, Larrubia J, Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Campos R, GMPPZ. Attribution in somatisers: stability and relationship to outcome at 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 95: 433-438.
14. García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Somatisers and psychologisers in primary care: a review. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1999; 29: 337-45.
15. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *J Psychosom Res* 1989; 33: 689-95.
16. Smith JR GR, Rost K, Kashner M. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 238-243.

## En breve...

Los hombres dormían una media de 27 minutos menos que las mujeres, y los participantes obesos o con sobrepeso dormían menos que los que tenían un peso adecuado. La diferencia en el tiempo total de sueño entre los que tenían un IMC normal y los que presentaban sobrepeso era de 16 minutos por día, alcanzando los 112 minutos a la semana. Además, los trabajos con turnos nocturnos se asociaron con una pérdida total de tiempo para dormir de 42 minutos.

### Síndrome metabólico

El control del peso no sólo resulta esencial para la prevención de trastornos neurocognitivos o cardiovasculares, sino también para evitar el desarrollo del síndrome metabólico. Según otro estudio que se publica en el último número de *The Journal of the American Medical Association*, el peso, la forma física y el estilo de vida son los principales factores de riesgo de síndrome metabólico.

El trabajo, coordinado por Isabel Ferreira, de la Universidad de Vrije, en Amsterdam (Holanda), muestra que el 10,4 por ciento de los sujetos de 36 años tienen síndrome metabólico y que, en comparación con quienes no presentan este trastorno, tienen una tasa mayor de grasa corporal, menor función pulmonar y una actividad física limitada.

### Peso y demencia

La pérdida de peso puede ser un síntoma precoz de demencia, según un trabajo del Instituto de Psiquiatría de Londres, en Reino

Unido, que se publica en *The Journal of the American Medical Association*. El estudio contó con la participación de 1.890 hombres, 112 de ellos con demencia.

Tras un seguimiento de 34 años, los resultados mostraron una fuerte asociación entre la demencia y la pérdida precoz de peso. "Una alta proporción de pacientes con demencia había perdido al menos el 10 por ciento de su peso total antes de presentar los primeros síntomas de demencia, por lo que la pérdida de peso debería ser considerada un posible factor de riesgo prevenible", ha señalado Roberto Stewart, coordinador del estudio.

### EL TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE PUEDE PROVOCAR DELIRIO

DM 11/01/05

Un 50 por ciento de los pacientes que se sometieron a un trasplante de células madre hematopoyéticas mostraron signos de delirio, aunque los síntomas eran tan tenues que podían pasar inadvertidos, según un estudio de un equipo dirigido por Jesse R. Fann, de la Universidad de Washington, que se publicará el 15 de febrero en *Cancer*.

El trabajo se fija en una muestra de 90 pacientes a los que se les hizo un seguimiento desde antes del trasplante hasta 30 días después de la intervención quirúrgica. Los investigadores descubrieron que un 50 por

ciento registraban tres episodios de delirio diferentes: psicóticos y problemas del comportamiento, deterioro cognitivo o alteraciones en el humor y la conciencia.

Los primeros síntomas, comportamiento hipoactivo o alteraciones del sueño, empezaron cuatro días antes de que apareciera el primer episodio de delirio y se prolongaron por espacio de diez días, alcanzando su pico en la segunda semana después del trasplante. Paralelamente, los pacientes declararon angustia emocional, fatiga y dolor de forma simultánea a los episodios de delirio.

Este estudio demuestra que los médicos no sólo deben fiarse de los indicios clásicos de delirio —alucinaciones o agitación— para diagnosticar esta patología.

### PROGRAMAS DE AUTOGESTIÓN DISMINUYEN EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR

Medicina TV 11/01/2005  
EUROPA PRESS

Los programas educativos de autogestión disminuyen el desarrollo de depresión en pacientes con degeneración macular asociada a la edad (DMAE) según un estudio de la Universidad de California en San Diego (Estados Unidos) que se publica en *Archives of Ophthalmology*.

## En breve...

Según los expertos un programa de auto-gestión de 12 horas para individuos con degeneración macular asociada a la edad (DMAE) avanzada conduce a mejoras duraderas en el estado de ánimo y funcionamiento especialmente en pacientes depresivos y disminuye el desarrollo de depresión clínica en pacientes de DMAE.

Los individuos que participaron en una sesión de grupo diseñada para educar a los pacientes y ayudarles con habilidades para vivir con éxito con la pérdida de visión causada por la DMAE fueron evaluados seis meses después de completado el programa. Los participantes mostraron mejoras significativas en la calidad de vida, estado de ánimo y funcionamiento después de completar el programa.

Los investigadores realizaron un seguimiento durante seis meses de un grupo de autogestión y un grupo control de pacientes que no participaron en el programa. La angustia se redujo y mejoraron las facultades de los participantes en las sesiones en comparación con el grupo control. Según los científicos la incidencia de la depresión en el grupo control creció más de dos veces que en el grupo de autogestión indicando que el programa parecía haber tenido una influencia importante en la prevención de nuevos casos de depresión.

El programa consistía en que los pacientes de DMAE compartieran sus experiencias y frustraciones y en que aprendieran cómo vivir con la nueva condición a través de una educación básica sobre la enfermedad con sesiones de resolución de problemas específi-

cos y esquemas para ayudarles a superar barreras y permanecer autosuficientes.

Las sesiones incluían ayudar a los pacientes a hablar sobre su enfermedad y describir sus limitaciones ante los otros lo que a menudo supone una dificultad para estos pacientes.

Según los expertos incluso después de seis meses los datos indican que estas relativamente sencillas intervenciones pueden proteger contra la depresión que a menudo se produce en los pacientes de DMAE y mejora el funcionamiento de estos pacientes la autoeficacia y el estado emocional en comparación con los pacientes de los otros grupos

### LAS PÉRDIDAS DE PESO PODRÍAN INDICAR COMIENZO DE DEMENCIA EN LA TERCERA EDAD SEGÚN UN ESTUDIO

*Medicina TV 11/01/2005  
EUROPA PRESS*

Las pérdidas de peso podrían indicar el comienzo de la demencia en los mayores según un estudio del Instituto de Psiquiatría de Londres (Reino Unido) que se publica en 'Archives of Neurology' una de las publicaciones del 'Journal of the American Medical Association' (JAMA).

Según los expertos la demencia asociada con la pérdida de peso comienza antes del inicio de los síntomas definitivos de demencia y se acelera cuando se realiza el diagnóstico. La pérdida de peso en la tercera edad es

común y puede estar asociada a varias enfermedades. Los expertos hace tiempo que observaban que la pérdida de peso es común en la enfermedad de Alzheimer, pero este hecho sólo se había documentado a través de personas que ya tenían demencia.

Los investigadores analizaron datos de 1.890 hombres de edades comprendidas entre los 77 y 98 años que participaban en un estudio sobre envejecimiento. Entre esta población existían 112 hombres con episodios de demencia y 1.778 sin demencia. Los participantes del estudio fueron examinados en seis ocasiones en un periodo de 34 años. El peso se midió en cada examen y la demencia fue verificada en las tres pruebas más recientes.

Según los expertos la incidencia de la demencia se asoció con una significativa pérdida de peso previa que era independiente de un amplio número de factores de confusión potenciales. Una alta proporción de hombres con demencia en su sexto examen clínico había perdido al menos 5 kilogramos lo que supone el 10 por ciento del peso medio del grupo evaluado. Esta pérdida de peso se produjo en muchos casos entre dos y cuatro años antes de alcanzar el umbral clínico de demencia. La asociación fue similar en los enfermos de Alzheimer y de demencia vascular.

Los investigadores concluyen que según los resultados del estudio la pérdida de peso se puede y debe prevenir o minimizar en la demencia ya que la pobre nutrición y la fragilidad frecuentemente complican las fases posteriores de la enfermedad causando caídas, mala cicatrización de las heridas y un aumento de la dependencia física.

## Agenda

### ■ XII Simposio Internacional sobre actualizaciones controversias en psiquiatría: comorbilidad

Centro de Convenciones Internacional de Barcelona (España), 14 y 15 de Abril de 2005  
Información: Grupo Geyseco, S.L. (controversias@geyseco.com)

### ■ III Congreso Colombiano de Salud Social, Mental y Medicina Familiar

Centro de Convenciones de Cartagena de Indias (Colombia), 1 de Mayo de 2005  
Información: FANAR y PAIDIA (miguelSabogal@hotmail.com)

### ■ CLVIII Encuentro Anual de la Asociación Americana de Psiquiatría

Atlanta (EE. UU.), 21 a 26 de Mayo de 2005  
Información: APA (apa@psych.org)

### ■ Calidad y Evaluación de Resultados en Psiquiatría

Palacio de Congresos de Valencia, 17 a 20 de Junio de 2005  
Información: Grupo Geyseco S.L. (barcelona@geyseco.com)

### ■ VII Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencia Cognitiva

Hotel Crowne Plaza Panamericano, Buenos Aires (Argentina)  
7 a 9 de Septiembre de 2005

Información: Asociación Neuropsiquiátrica Argentina (ANA)-International Neuropsychiatric Association (INA) (info@stpweb.com.ar)

### ■ VIII Congreso Mundial de Psiquiatría

El Cairo (Egipto), 10 a 15 de Septiembre de 2005  
Información: Carolina G. Sicilia (secretaria@wpa-cairo2005.com)

### ■ VIII Congreso Mundial de Psiquiatría

San Diego, California (EE. UU.), 5 a 9 de Octubre de 2005  
Información: APA (apa@psych.org)

### ■ Encuentro Anual de la Sociedad Internacional para el estudio del Estrés Traumático

Toronto (Canadá), 2 a 5 de Noviembre de 2005  
Información: ISTSS (istss@istss.org)

### ■ LV Encuentro Anual de la Asociación Canadiense de Psiquiatría

Vancouver (Canadá), 3 a 6 de Noviembre de 2005  
Información: CPA (cpa@cpa-apc.org)