

Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General

Depression in hospitalized internal medicine patients in a general hospital

J. Alberdi-Sudupe, A. Fernandez-Díaz, F. Iglesias-Gil-de-Bernabé

Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace (UPIE). Servicio de Psiquiatría. Hospital de Oza. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC) Gerencia de Gestión Integrada. SERGAS. A Coruña

Resumen

La sintomatología afectiva y los Síndromes Depresivos, en particular la Depresión Mayor, son frecuentes en pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital General.

Los Síndromes depresivos y su tratamiento son variables clínicas que inciden de muchas maneras, y en general, a su vez, de forma recíproca, en el desarrollo y el pronóstico de la patología médica, motivo de ingreso hospitalario.

Presentamos los resultados de una revisión bibliográfica actualizada; y los datos de nuestra propia experiencia en la Unidad de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña a lo largo de una actividad profesional de más de veinte años (1990-2013).

Palabras clave: Trastornos Afectivos, Depresión, Medicina Psicosomática, Consultas a Psiquiatría, Hospital General

Abstract

Affective symptomatology and Depressive Syndromes, in particular Major Depression, are common among inpatients at a General Hospital Internal Medicine Department.

Depressive Syndromes and their treatment represent clinical variables affecting in many different ways and reciprocally the development and prognosis of the medical pathology causing the admission.

The results of an update bibliographical review and the data of our own experience at the Liaison and Consultation Unit of the A Coruña University Hospital Psychiatry Department over more than 20 years (1990-2013) are presented.

Key words: Affective Disorders, Depression, Psychosomatic Medicine, Referrals to Psychiatry, General Hospital

1. Introducción. Psiquiatría de Interconsulta y Enlace en un hospital general

La Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, también llamada en algunas publicaciones Medicina Psicosomática, centra su interés clínico o asistencial, sus propuestas de investigación, y sus esfuerzos educativos y de formación, en la interacción o el encuentro entre la Psiquiatría y otras especialidades de la Medicina¹.

En el caso que nos ocupa, en el contexto de la colaboración asistencial hospitalaria entre la Psiquiatría y la Medicina Interna, la población de estudio son los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General, que atiende un área sanitaria de unos 500.000 habitantes aproximadamente.

A grandes rasgos, la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace tiene como objetivo asistencial principal el tratamiento de tres tipos de condiciones generales en pacientes médicos en medio hospitalario¹:

1) Pacientes con una **comorbilidad entre enfermedades médicas y psiquiátricas: enfermedades distintas que se presentan conjuntamente en un mismo paciente**. Pueden ser enfermedades independientes en su origen y curso, aunque lo habitual sea una mutua relación o interacción que adopta múltiples formas, la

mayoría de las veces una relación compleja y de difícil resolución desde la perspectiva de tan solo una de ambas especialidades médicas, requiriendo por lo tanto la colaboración de ambas.

2) Pacientes con **trastornos psiquiátricos que son consecuencia secundaria o complicación de enfermedades médicas primarias o de sus tratamientos**, como es el caso del Delirium u otros trastornos mentales secundarios a alteraciones primariamente orgánicas; así como todos los procesos psicológicos y psicopatológicos de adaptación a la enfermedad médica; pacientes con una enfermedad orgánica, que “reactivamente” presentan una psicopatología; etc.

3) Algunos **síndromes psicopatológicos primarios que incluyen entre sus síntomas manifestaciones somáticas diversas**, que requieren un estudio por Medicina Interna para su diagnóstico diferencial, como por ejemplo en el caso de algunos Trastornos Somatomorfos, que son trastornos funcionales somáticos, de diversos tipos, sin hallazgos orgánicos que expliquen los síntomas².

En resumen, tres grandes grupos de pacientes en la intervención de la Unidad de Interconsulta y Enlace de Psiquiatría en el Servicio de Medicina Interna hospitalaria:

- 1) Comorbilidad enfermedad orgánica y psiquiátrica;
- 2) Enfermedades primariamente orgánicas que en un segundo momento desencadenan un síndrome psiquiátrico; y
- 3) Enfermedades primariamente psiquiátricas o “funcionales”, con síntomas somáticos como motivo de atención hospitalaria médica, que requieren diagnóstico diferencial.

Además de en el ámbito hospitalario, la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace se integra en una gran variedad de otros entornos y campos de trabajo (Servicios Médicos y Quirúrgicos, tanto hospitalarios como extrahospitalarios). Por ejemplo, le compete el desarrollo de Programas específicos de apoyo a Programas hospitalarios: Transplantes, Obesidad, Reproducción Humana, Oncología, Unidades Especiales (Lesionados Medulares, Quemados, ...), etc. Así como el trabajo de coordinación, orientación y apoyo con Atención Primaria o con otras especialidades médicas a nivel extrahospitalario o ambulatorio³.

Los antecedentes de la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace se remontan a la primera mitad del siglo XX. En los años 60 del siglo pasado, la Medicina Psicósomática comienza a ser aceptada como área de actividad clínica, que requiere conocimiento y formación específicos dentro de la Psiquiatría, sobre todo en los Estados Unidos, donde, desde 2003, está reconocida oficialmente como subespecialidad psiquiátrica⁴.

En general, puede decirse que numerosos estudios han mostrado una elevada tasa de pacientes con enfermedades somáticas u orgánicas que presentan a la vez trastornos psiquiátricos comórbidos, aunque las cifras varían de unos a otros^{5,6}.

En 1967, en una revisión de la literatura disponible hasta esa fecha, Lipowski concluyó que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes ingresados en las unidades médicas y quirúrgicas de los Hospitales Generales estaba entre un 20 y un 70%. Las variaciones tan amplias de las cifras dependen de varios factores, y entre otros de los criterios diagnósticos utilizados hasta esa fecha de publicación, criterios que no estaban estandarizados entre distintos Centros sanitarios⁷.

Entre todos esos pacientes con una presumible comorbilidad psiquiátrica, los que son objeto de una solicitud de valoración y atención dirigida a la Unidad de Interconsulta y Enlace suponen solo entre el 1% y el 5% de los mismos^{8,9}. Unas cifras muy bajas.

En cualquier caso, y más allá de la divergencia de las cifras, una consecuencia con importante evidencia empírica es que la patología psiquiátrica detectada en el Hospital General tiene implicaciones sobre la estancia media hospitalaria de los pacientes y su evolución y pronóstico. En algunos estudios se ha visto que la estancia media de pacientes médicos con patología psiquiátrica comórbida se duplica en Servicios Médicos y Quirúrgicos en ausencia de la intervención del Servicio de Psiquiatría, con el consiguiente incremento de los costes económicos que esto supone¹⁰.

En cuanto al tipo de clínica que suscita las interconsultas, en un estudio realizado en 11 centros italianos a finales de los años 90, a lo largo de un período de 1 año, las Neurosis – diagnóstico hoy en desuso –, los Síndromes relacionados con el Estrés, y los Síndromes Afectivos fueron los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes entre los pacientes ingresados en plantas médico-quirúrgicas de los Hospitales Generales. Los síntomas psiquiátricos como ansiedad, tristeza patológica o síntomas médicos no explicados por causas orgánicas fueron los motivos de interconsulta más frecuentes a Psiquiatría (74%), mientras que los intentos de suicidio/riesgo de suicidio y el abuso de sustancias estaban entre los menos comunes (6 y 4.7% respectivamente)¹¹.

Por lo tanto, los Síndromes Afectivos, y entre ellos, sobre todo, los Síndromes Depresivos, por un lado, y por otra parte, la tristeza como síntoma evaluado individualmente, están entre los motivos más frecuentes de la interconsulta al Servicio de Psiquiatría¹²⁻¹⁵.

Tal como recogemos en un estudio anterior¹⁵, la asociación de comorbilidad entre enfermedades orgánicas y Trastornos Afectivos es muy frecuente. Algunos estudios revisados en ese trabajo indican que aproximadamente la tercera parte de los pacientes que precisan hospitalización por patología médica presentan Trastornos depresivos, muchas veces con sintomatología ansiosa, y el 25% de estos pacientes son susceptibles de un diagnóstico de Depresión Mayor o en cualquier caso de un Trastorno Adaptativo con sintomatología depresiva de intensidad severa.

En el citado trabajo¹⁵ valoramos la asociación entre la cardiopatía isquémica y la Depresión, con especial atención a la influencia del diagnóstico de Depresión en el pronóstico evolutivo de la cardiopatía. Puede servir como ejemplo prototípico de la interacción entre Medicina Interna y Psiquiatría.

2. Material y métodos

2.1. Búsqueda bibliográfica

Hemos realizado una Búsqueda Bibliográfica PubMed, con Fecha: 2 Mayo 2013.

Hemos introducido en el buscador los Términos Mesh: “Depression” AND “Medically Ill Patients”. “Consultation-Liaison Psychiatry”, “Psychosomatic Medicine”.

Otras bases de datos revisadas: Guías de Práctica Clínica (GuíaSalud, NICE, APA); UptoDate.

Idiomas Inglés, Francés, Italiano y Castellano.

Hemos seleccionado Artículos de Revisión (Review) y artículos específicos sobre algunas de las cuestiones tratadas.

Hemos revisado también Tratados específicos sobre Medicina Psicósomática o Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, Psiquiatría General y Psiquiatría Geriátrica.

2.2. Interconsulta Psiquiátrica. Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace (U.P.I.E.). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC) (periodo 1997-2007)

Los datos correspondientes a nuestra labor asistencial en la Unidad de Interconsulta y Enlace han sido publicadas en distintos trabajos^{1,14-18}.

Crespo et al. (2001)¹⁴ realizaron un estudio pionero en España, multicéntrico, incluyendo el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña con nuestra participación, de prevalencia de Depresión en pacientes hospitalizados en Servicios Médicos. Participaron 13 Centros Hospitalarios, siendo valorados 1003 pacientes en total. El 18,9% de ellos fueron diagnosticados de Trastorno Depresivo o Trastorno Adaptativo con síntomas depresivos. De estos casi 200 pacientes, solo al 13,7% de ellos se les había solicitado Interconsulta al Servicio de Psiquiatría. En este grupo de pacientes se aislaron como factores de riesgo, socio-demográficos y clínicos, para padecer un Síndrome Depresivo: sexo femenino; situación de incapacidad laboral; antecedentes psiquiátricos o de tratamiento con psicofármacos; niveles altos de estrés psicosocial; y calidad de vida, en este caso asociada en gran medida al estado de enfermedad orgánica motivo del ingreso hospitalario y su repercusión en el paciente.

Como una de las referencias internacionales en este campo, podemos citar que Rodin et al (1986)¹³ encontraban cifras de 6 al 14% de Trastornos Depresivos en pacientes hospitalizados por causas médica.

En la tabla 1 se muestra la distribución de las consultas realizadas por la UPIE entre 1997 y 2007 en función a). del Servicio que solicita la interconsulta; b). de si la petición es normal, preferente o urgente (en relación con el tiempo requerido para la atención de la solicitud); y, c). del número de visitas que se necesitaron para resolver el caso.

En ella se ve que las solicitudes de consulta en el ámbito del Hospital General proceden más frecuentemente del Servicio de Medicina Interna (1.135 consultas en total en los 11 años, lo que supone un 16% de las mismas), seguido de Digestivo, Rehabilitación y Cirugía General. Son peticiones de consulta con carácter normal en su gran mayoría (85,7%).

La interconsulta se suele resolver en la mayoría de las intervenciones con una sola visita, en el 49% de las ocasiones, necesitando más de 8 visitas únicamente un 3,7% de los pacientes. Esa visita inicial incluye el procedimiento de valoración clínica psicopatológica del paciente, la recogida de información a partir de los familiares o acompañantes del paciente, la coordinación de las actuaciones y la puesta en común de los hallazgos con los médicos solicitantes de la consulta, y por último la propuesta de un plan de actuación y un plan terapéutico como resultado de las deliberaciones realizadas.

Los motivos de interconsulta a Psiquiatría más frecuentes (tabla 2) fueron los diagnósticos de Trastornos por ansiedad, adaptativos y somatomorfos; y Trastornos afectivos.

Tabla 1. Distribución de las interconsultas en función del Servicio solicitante, modalidad de petición y número de visitas realizadas (1997-2007)

Variabes	n	%	95% IC
Servicio de Procedencia			
M. Interna	1135	16.1	15.2-17.0
Digestivo	514	7.3	6.7-7.9
Rehabilitación	463	6.6	6.0-7.2
Cirugía general	423	6.0	5.4-6.6
M. Intensiva	316	4.5	4.0-5.0
Neurología	290	4.1	3.6-4.6
U.L.M.	289	4.1	3.6-4.6
Endocrino	272	3.9	3.4-4.3
Ginecología	270	3.8	3.4-4.3
Traumatología	263	3.7	3.3-4.2
Otros	2807	39.9	38.7-41.0
Modalidad de petición			
Normal	6246	85.7	84.9-86.5
Preferente	532	7.3	6.7-7.9
Urgente	510	7.0	6.4-7.6
Nº de visitas			
1	2569	49.3	48.0-50.7
2	1227	23.6	22.4-24.7
3	631	12.1	11.2-13.0
4	305	5.9	5.2-6.5
5	138	2.6	2.2-3.1
6	96	1.8	1.5-2.2
7	50	1.0	0.7-1.2
8 ó más	192	3.7	3.2-4.2

Tabla 2. Distribución de los pacientes estudiados en función del diagnóstico psiquiátrico (según categorías DSM IV-TR/CIE-10) (1997-2007)

Diagnóstico	n	%	95% IC
Trastornos por ansiedad, adaptativos y somatomorfos	1558	30.1	28.9-31.4
Trastornos afectivos	640	12.4	11.5-13.3
Sin diagnóstico psiquiátrico	608	11.8	10.9-12.6
Otros trastornos orgánico-cerebrales	406	7.9	7.1-8.6
Trastornos de personalidad	347	6.7	6.0-7.4
Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno por ideas delirantes	319	6.2	5.5-6.8
Trastornos por alcohol	317	6.1	5.5-6.8
Trastornos por otros tóxicos	297	5.7	5.1-6.4
Delirium	262	5.1	4.5-5.7
Demencia	192	3.7	3.2-4.2
Trastornos de la alimentación, sueño y sexualidad	169	3.3	2.8-3.8
Retraso mental	50	1.0	0.7-1.2
Trastornos de inicio en la infancia	2	0.0	0.0-0.1
Trastornos del desarrollo	1	0.0	0.0-0.1
Actuación terapéutica			
Evaluación. Orientación	1905	36.5	35.2-37.8
Farmacológico	1638	31.4	30.1-32.6
Mixto	1201	23.0	21.8-24.1
Apoyo psicológico	449	8.6	7.8-9.4
Otros	30	0.6	0.4-0.8
Tratamiento farmacológico			
No	1923	36.8	35.5-38.2
Ansiofíticos + Antidepresivos	790	15.1	14.2-16.1
Otros	634	12.1	11.2-13.0
Neurofíticos	632	12.1	11.2-13.0
Ansiofíticos	576	11.0	10.2-11.9
Antidepresivos	401	7.7	6.9-8.4
Ansiofíticos + neurofíticos	263	5.0	4.4-5.6

En el motivo de consulta “afectivo” se hace referencia a los Trastornos Depresivos propiamente dichos (Depresión Mayor, Trastorno Distímico, Episodio Depresivo en Trastorno Bipolar). Además, incluye los Trastornos Adaptativos con predominio de síntomas depresivos; y en ocasiones, Reacciones Adaptativas, que a juicio del Psiquiatra o Psicólogo Clínico, no tienen entidad suficiente para un diagnóstico psiquiátrico de algún tipo de Trastorno Afectivo, y se consideran reacciones normales o de ajuste, transitorias, a la situación de enfermedad y de hospitalización, pero que sin embargo son indicación de petición de consulta psiquiátrica. Se clasifican en el código Z03.2 de DSM-IV-TR (“Sin diagnóstico o estado en el Eje I”).

Recordamos que el Eje I del DSM-IV-TR recoge los “Trastornos Clínicos y Otros Problemas que pueden ser objeto de atención clínica”^{19,20}.

3. Factores de riesgo para la depresión

La Depresión en general, y en particular la Depresión Mayor como síndrome depresivo de carácter más severo, es un proceso multifactorial, complejo, con múltiples variables de distinto orden —genéticos, biológicos, personales, socio-familiares, etc.— intervinientes en el desencadenamiento y en el mantenimiento, seguramente muchas de ellas desconocidas para el Médico y para el Psiquiatra. A pesar de estas limitaciones, la prevención primaria de la Depresión sigue siendo una de las tareas a desarrollar en el futuro.

Se han aislado una serie de factores cuyo peso estadístico parece importante en la determinación del riesgo para desarrollar un síndrome depresivo, y por lo tanto a tener en cuenta en los trabajos de prevención²¹.

Antecedentes personales y familiares de Depresión. Entre las variables que aumentan el riesgo de presentar una depresión podemos mencionar en primer lugar los antecedentes personales de otros episodios depresivos, así como los antecedentes familiares, sobre todo en familiares de primer grado. Hay un mayor riesgo genético de padecer depresión en familiares de pacientes que tienen antecedentes de depresión, sobre todo cuando son familiares de primer grado. Intervienen factores genéticos, y también variables relacionales y de aprendizaje.

Estructura de Personalidad e integración familiar y social. Tienen una gran importancia los factores personales o ligados a las características de personalidad de cada paciente, variables por lo tanto de carácter individual —genéticos, cognitivos, emocionales—; así como factores atribuibles a características socio-ambientales como las relaciones familiares, sociales, factores económicos, etc. Por ejemplo, se ha señalado la importancia de variables asociadas a la pobreza y falta de recursos, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, circunstancias laborales, etc.

Hospitalización por enfermedad médica o quirúrgica. La hospitalización del paciente supone una interrupción en la vida habitual del paciente, un cambio en sus hábitos, en sus relaciones

personales y en sus ocupaciones. La enfermedad, las molestias físicas, incorporan un motivo de malestar, incertidumbre, a veces pesimismo. Además de la enfermedad motivo del ingreso, la hospitalización puede constituir por sí misma un factor de riesgo para el desarrollo de una Depresión.

4. Depresión en el anciano

La sintomatología depresiva es un hallazgo común en la población anciana. La Depresión Mayor no es más prevalente en el anciano que en el adulto joven, pero las formas menores y sintomáticas de la Depresión sí lo son. A pesar de esta elevada prevalencia en la edad avanzada, la Depresión no puede ser considerada como una consecuencia normal de la edad. A menudo no se detecta, asociándose de este modo a una menor calidad de vida, un incremento de enfermedades médicas e incapacidad, un aumento de la morbi-mortalidad, y una mayor utilización de los recursos sanitarios²².

Además es importante destacar que la Depresión es el mayor factor de riesgo para suicidio en ancianos. Las tasas de suicidio consumado más elevadas se dan en ancianos varones de raza blanca y mayores de 85 años. La mayoría de los ancianos que cometen suicidio habían visto a un médico en el mes anterior²³

Además de la importancia que adquieren los aspectos psicosociales en este período —modificaciones en entorno familiar: pérdidas, independización de hijos...; pérdida de amigos; inactividad laboral y abandono de ocupaciones; etc.—, desde el punto de vista biológico y cerebral, las modificaciones que ocurren en la neurotransmisión del cerebro envejecido son un factor predisponente para la aparición de episodios de trastorno afectivo a esta edad²². En estos pacientes se ha encontrado dañado el circuito frontal subcortical, específicamente en las patologías de las conexiones estriado-pálido-tálamo-corticales, debido a la neurodegeneración o a enfermedades cerebrovasculares, que están implicadas en algunos subtipos de depresión en la última etapa de la vida^{24,25}.

Con bastante frecuencia, la presencia de enfermedad cerebrovascular subclínica puede influir sobre la susceptibilidad para la Depresión y en la expresión sintomática de la misma. Además, pueden estar implicadas otras alteraciones orgánicas cerebrales, a menudo observadas en pruebas de imagen cerebral, como atrofia cerebral, de la sustancia blanca subcortical y lesiones isquémicas periventriculares, así como el incremento del volumen ventricular y la reducción del volumen de determinadas áreas cerebrales específicas²⁶⁻²⁹.

Formas Clínicas

Los episodios depresivos pueden revestir similares características tanto en el adulto como en el anciano, sin embargo existen formas clínicas específicas en la edad geriátrica:

Depresión de inicio tardío: Es importante diferenciar la Depresión cuyo inicio se ha producido en la edad tardía de los episodios depresivos que comenzaron en la edad adulta y cuyas recurrencias aparecen también en épocas tardías.

La investigación parece indicar que en ocasiones la etiopatogenia no es la misma. Los procesos de inicio tardío se asocian con una menor incidencia de historia familiar de Depresión, es decir, menor carga genética, pero mayor prevalencia de trastornos cognitivos, de recurrencias, de comorbilidad médica y de mortalidad. En imágenes de RMN Cerebral se suele observar una mayor frecuencia de atrofia cerebral, aunque no de la magnitud que se observa en la Demencia, y exceso de hiperintensidades en sustancia blanca ventricular y profunda, así como en ganglios basales.

Esta forma de depresión se ha venido a denominar *depresión vascular* y es más frecuente de lo que se pensaba en un principio²². La enfermedad cerebrovascular puede incrementar la vulnerabilidad en personas mayores para el desarrollo de Depresión a través de una variedad de mecanismos neurobiológicos²⁵. La Depresión puede desarrollarse tras un accidente cerebrovascular agudo³¹ o bien asociado a cambios isquémicos crónicos en el cerebro, habiendo sido estos últimos todavía reconocidos recientemente^{27,32,33}. Pacientes con lesiones en el hemisferio izquierdo, especialmente en el córtex prefrontal izquierdo, tienden a tener incremento de la frecuencia y severidad de la Depresión.

El período de mayor riesgo son los primeros dos años desde aparición de ictus, con pico de prevalencia en los primeros 3-6 meses³¹.

Depresión sin criterios de Depresión Mayor, clínicamente significativa o “subsíndrome”³⁴. El número de personas con síntomas depresivos que no cumplen los criterios de Depresión Mayor excede claramente al que sí los cumple. Son pacientes con síntomas afectivos de menor intensidad o duración de lo requerido para el diagnóstico de Depresión Mayor pero que inciden de manera significativa en su rendimiento personal y relacional. Esta situación clínica no encuentra un claro acomodo en las clasificaciones actuales y podría estar situada dentro de las siguientes: remisión parcial o pródromos de depresión mayor, trastornos debidos a enfermedad somática, depresión menor, trastorno depresivo breve recurrente, distimia, o antiguos diagnósticos de CIE9 como personalidad depresiva o depresión neurótica.

Todos estos diagnósticos se diferencian mal entre sí, pero suelen poder diferenciarse relativamente bien de la depresión mayor, cuyo concepto es el que resulta más claro, sobre todo si se acompaña de síntomas melancólicos. Las formas menores de depresión causan un considerable sufrimiento e impacto en la calidad de vida al paciente anciano, que puede ser similar a la depresión mayor²², por lo que presentan un riesgo importante para desarrollar una depresión mayor e ideación suicida.

Depresión secundaria: el proceso de envejecimiento y la mayor prevalencia de enfermedades orgánicas en este grupo poblacional, dan lugar a una mayor vulnerabilidad para desarrollar Síndromes Depresivos que frecuentemente presentan un

curso crónico e incapacitante. Algunas de las causas médicas y farmacológicas de Depresión geriátrica²². (tabla 3)

Tabla3. Etiología médica y farmacológica de la depresión en población anciana

NEUROLÓGICAS	NUTRICIONALES
Enfermedad de Alzheimer	Déficit de vitamina B12, folatos, tiamina
Enfermedades vasculares cerebrales	NEOPLÁSICAS
Enfermedad de Parkinson	Tumores del lóbulo frontal
ENDOCRINOLÓGICAS	Tumor de cabeza del páncreas
Hipotiroidismo	Metástasis de carcinomas primarios de próstata, pulmón, mama, gastrointestinales
Hipertiroidismo apático	MEDICAMENTOSAS , entre otros:
Hiperparatiroidismo (hipercalcemia)	Benzodiazepinas, neurolépticos convencionales (uso crónico), cimetidina, clonidina, disulfiram, indometacina, L-dopa, barbitúricos, metildopa, reserpina, propranolol, vinblastina
Enfermedad de Addison	INFLAMATORIAS
Enfermedad de Cushing	Lupus
INFECCIOSAS	Arteritis de la temporal
Influenza	Artritis reumatoide
Tuberculosis	
Neurosífilis	

Depresión con síntomas psicóticos: es más común en la población anciana³⁵. La sintomatología psicótica en las enfermedades afectivas del anciano puede ser congruente o no con el estado de ánimo, y no es infrecuente en los trastornos depresivos de cierta gravedad.

Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del estado del ánimo, los pacientes de edad avanzada pueden no quejarse de tristeza, o bien camuflarla como una respuesta emocional inhibida, más esperable a su edad, y manifestar otros síntomas prioritariamente de la esfera corporal³².

- 1) Los **síntomas somáticos** son frecuentes, pudiendo ser, bien una expresión sintomática particular en el proceso depresivo, o bien el resultado de un aumento de intensidad/sensación subjetiva de molestias somáticas reales subyacentes.
- 2) Los **síntomas hipocondríacos**, también frecuentes y descritos en más de la mitad de cuadros depresivos geriátricos. Son de relevancia clínica ya que han sido señalados como factores de riesgo para intentos de suicidio.
- 3) **Fenómenos psicomotores**, en forma de agitación o entrecimiento, de alteraciones cognitivas, de anorexia y pérdida de peso.
- 4) La **sintomatología psicótica** y la **melancólica**, también se han citado como frecuentes.

- 5) Los **sentimientos de culpa** y en especial la **ideación suicida y el suicidio** pueden vincularse a la depresión geriátrica en mayor medida que en otros grupos poblacionales por edad.

5. Diagnóstico y tratamiento

Los síntomas depresivos, el síndrome depresivo, se manifiestan como respuesta a circunstancias y etiologías variadas. La “Depresión” puede verse como un punto de llegada común a partir de procesos psicológicos y psicopatológicos, fisiopatológicos, muy distintos. Y muchos de estos caminos diversos se presentan, a veces confluyendo más de uno en el mismo paciente, en los enfermos hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna y que desarrollan una Depresión³⁶⁻³⁸.

Los pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital General (Complejo Hospitalario Universitario A Coruña –CHUAC-) tienen algunas características propias –algunas de ellas específicas y exclusivas por el tipo de patología orgánica atendida en ese Servicio, pero en su mayoría comunes a otros pacientes ingresados en el Hospital– en comparación a otros pacientes atendidos por Psiquiatra o Psicólogo Clínico en otros contextos clínicos distintos: Otros Servicios hospitalarios, médicos o quirúrgicos; pacientes psiquiátricos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital General; pacientes ambulatorios en Salud Mental; etc.

¿Cuáles son estas características propias de un paciente con un Síndrome Depresivo en un Servicio de Medicina Interna en un Hospital General? Hacemos preceder este apartado de una cita textual del DSM-IV-TR:

DSM-IV-TR, pág. 415:

Los individuos que padecen **enfermedades médicas crónicas o graves** presentan un mayor riesgo de desarrollar **trastorno depresivo mayor**. Hasta un 20-25% de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (p. ej. diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes vasculares cerebrales) presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica. Si hay un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico, menos favorable. Además, el pronóstico del trastorno depresivo mayor es peor (p. ej. episodios más largos o respuestas más pobres al tratamiento) si existen enfermedades médicas crónicas concomitantes¹⁷.

5.1. Diagnóstico de la depresión. La relación entre la depresión diagnosticada y la enfermedad orgánica motivo de ingreso hospitalario en Medicina Interna.

- 1) En primer lugar, las características del **diagnóstico de la Depresión** en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. La variedad de diagnósticos agrupados bajo la etiqueta de Depresión:
- **Trastornos Adaptativos**, los más frecuentes en cuanto a su frecuencia de presentación en la clínica, son reac-

ciones adaptativas a la enfermedad que motiva el ingreso hospitalario, a su malestar, incertidumbre, pronóstico, etc. A los cambios que supone la vida hospitalaria, privacidad, ritmos circadianos distintos, pruebas exploratorias, inactividad respecto a vida habitual, contribuyen a un malestar psicológico, generalmente transitorio, con predominio de la ansiedad, tristeza o irritabilidad, alteraciones del sueño y apetito, etc³⁹.

Son varios los elementos que se pueden aislar en estos procesos inherentes a un enfermedad y a la hospitalización. Adaptación al malestar y al sufrimiento propios de la enfermedad. Adaptación al impacto psicológico de la enfermedad. La afectación de la autoestima y la puesta en escena de mecanismos de defensa y compensatorios. La propia hospitalización con sus cambios, con la aparición de la enfermedad, su sufrimiento y sus limitaciones, constituye un paréntesis en la vida de las personas, en su actividad social y laboral y su vinculación a personas cercanas, aspectos que contribuyen habitualmente entre todos a conformar la identidad y el sentido personal.

Algunos autores conceden especial importancia a síntomas físicos de la enfermedad que no se han conseguido aliviar de manera suficiente, y que ocasionan un importante sufrimiento. Por ejemplo el dolor, en primer lugar, también las náuseas y vómitos, o la disnea. Síntomas comunes en muchas enfermedades orgánicas.

Reacciones Adaptativas que superan el umbral de la normalidad o de lo aceptado como “normal” en las condiciones de hospitalización, ya que en algún grado, variable en cada persona, el sufrimiento y la frustración inherentes a la enfermedad y a la hospitalización requieren unos mecanismos de adaptación y de compensación para hacer frente a la incertidumbre y a las adversidades. No siempre es fácil distinguir las reacciones emocionales y las respuestas “normales” de las desadaptativas y patológicas. Es necesario explorar cómo ha reaccionado cada paciente en su historia biográfica a situaciones estresantes y comprometidas para su seguridad y autoestima, y los mecanismos compensatorios en los que se ha apoyado, personales y vinculados a personas del entorno; indagar en sus preocupaciones actuales, cómo está viviendo las amenazas de la enfermedad, y sus expectativas futuras.

- Pacientes con diagnósticos de Trastornos Depresivos previos a su ingreso en Medicina Interna (**Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno Bipolar**), y que requieren un seguimiento durante su ingreso hospitalario. En ocasiones el primer diagnóstico tiene lugar durante el ingreso hospitalario.

Bien por el mantenimiento de un tratamiento que ya estaban siguiendo anteriormente a su hospitalización y

que requiere ser valorado en sus interacciones con los tratamientos prescritos por Medicina Interna; o ante el eventual riesgo de descompensación de la Depresión en un paciente vulnerable psicopatológicamente ante estresores diversos, se trata de pacientes que necesitan una evaluación psiquiátrica precoz y un seguimiento durante su hospitalización.

Los pacientes diagnosticados previamente de estos Trastornos Depresivos, al igual que otros pacientes con otros diagnósticos como el de Esquizofrenia, son personas que pueden presentar una vulnerabilidad mayor que la normal en una población de pacientes no psiquiátricos ante factores estresantes vitales —por ejemplo la enfermedad física— y de relación con otras personas —por ejemplo el ser sometidos a crítica negativa, recibir comentarios desaprobatorios de su comportamiento, etc.—, de tal manera que su confrontación a situaciones de estrés les coloca en una posición de debilidad que facilita una recaída en su enfermedad psiquiátrica. Este es un aspecto de las enfermedades psiquiátricas que ha sido ampliamente estudiado⁴⁰⁻⁴².

Los mismos diagnósticos pueden ser realizados por primera vez durante su ingreso hospitalario, sin antecedentes previos.

- **Intentos de Suicidio**, relacionados con síndrome depresivo.

Complicación grave y potencialmente asociada a la depresión.

La ideación de muerte, los deseos de muerte, las ideas más o menos explícitas de muerte, y el riesgo de suicidio o de intentos de suicidio, son elementos presentes en los Síndromes Depresivos y en gran parte de los Síndromes psicopatológicos en general.

La gran mayoría de ellos suponen, por una parte un sufrimiento personal haciendo de la vida del enfermo un discurrir insatisfactorio y difícil, que cuesta sobrellevar adelante; y, por otra parte, unos cambios en las relaciones con las personas más próximas y en las actividades sociales que venía desempeñando, elementos que contribuyen entre todos a sustentar la imagen de uno mismo y el sentido implícito que la vida había adquirido^{1,16,29-31}.

2) La relación entre la enfermedad orgánica motivo del ingreso hospitalario en Medicina Interna y la Depresión

Uno de los datos destacables en estos estudios es el “infradiagnóstico” de la Depresión, y en particular de la Depresión mayor, en pacientes hospitalizados. La tristeza, la desesperanza, “forman parte” de la experiencia de enfermedad. ¿Cuál es límite entre lo “esperable” de acuerdo con la enfermedad que se padece, y lo patológico?, es la pregunta que se plantean varios autores a

la hora de aplicar unos criterios diagnósticos. Muchos síntomas, como la disminución de fuerzas o de energía vital; la astenia o cansancio generalizado; la anorexia y la disminución del peso; el insomnio; la disminución en la capacidad de concentración y el interés por acontecimientos del entorno; son todos ellos frecuentes en la enfermedad orgánica de un paciente hospitalizado, y a la vez pueden ser también síntomas o signos depresivos.

El inicio de una enfermedad orgánica, el sufrimiento y las limitaciones; una enfermedad orgánica crónica; llevan consigo un sentimiento de “pérdida” y frustración, que extendido a otros síntomas de este espectro corresponde a una reacción de duelo o de pérdida, sinónimo también de reacciones depresivas.

Depresión como resultado del impacto psicológico de la enfermedad orgánica y la hospitalización

Los pasos por los que avanza el proceso de la enfermedad, los síntomas de sufrimiento iniciales, las evidencias diagnósticas que va conociendo el paciente, los cambios en el pronóstico según lo que se va encontrando, la incertidumbre de todo pronóstico, las recaídas en los síntomas, etc., son factores que inciden directamente en la vida emocional y cognitiva de los pacientes³⁶.

La Reacción de adaptación al impacto psicológico es descrita por algunos autores en una línea teórica que comienza en una desmoralización y desesperanza, y que puede ir creciendo en intensidad hasta sentimientos y cogniciones francamente improcedentes para una adaptación a las circunstancias, constituyendo lo que hemos llamado un Trastorno Adaptativo, y que puede culminar en un grado aún mayor de afectación, instalándose como un proceso que adquiere autonomía aún cuando se van modificando los desencadenantes, y conforma un Trastorno Depresivo Mayor³⁶.

Se han elaborado varias escalas intentando objetivar síntomas y esclarecer distintos momentos o etapas en estos procesos intrapsíquicos que en la clínica constituyen un continuum en su presentación⁴⁶⁻⁴⁸.

Depresión como resultado de la fisiopatología de la enfermedad orgánica o de los tratamientos empleados en ésta.

Las propias enfermedades médicas pueden ser desencadenantes de una Depresión, a través de mecanismos biológicos fisiopatológicos del trastorno orgánico, o mediante mecanismos de defensa psicopatológicos de la persona enferma. Véanse los criterios diagnósticos del Eje III de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR^{19,20}.

Algunas enfermedades médicas se asocian con relativa frecuencia a procesos depresivos. Sin entrar en detalle en ellas, ya que por separado son objeto de numerosos

estudios en la literatura especializada, podemos mencionar las siguientes:

- Enfermedades Cardio-Vasculares (Infarto de Miocardio; Insuficiencia Cardíaca severa; ...). Son numerosos los estudios que se han realizado sobre la influencia de la Depresión en la evolución de la cardiopatía isquémica, como factor pronóstico; y sobre la Depresión como variable de riesgo o uno de los factores que puede aumentar la incidencia de la cardiopatía isquémica. Algunos de nuestros estudios han ido en esta línea de investigación^{15,38}.
- Enfermedades Neoplásicas. En ocasiones, el Síndrome Depresivo puede presentarse antes que otros signos de la enfermedad de base, o en el contexto de un Síndrome Paraneoplásico^{49,50}.
- Enfermedades Endocrinas. El Hipotiroidismo puede ser un ejemplo clásico.
- Enfermedades Neurológicas (Enfermedad de Parkinson; Tumores cerebrales en algunas localizaciones; Accidentes Cerebro Vasculares en localizaciones diversas; ...)
- Depresión atribuida a efectos colaterales de tratamientos médicos. Las listas sobre tratamientos con riesgo a producir alteraciones emocionales y cognitivas en general son muy largas y con cambios según las publicaciones. Adjuntamos en la **Tabla 3** algunas de las que nos han parecido más frecuentes en nuestra práctica clínica sin ninguna pretensión de ser exhaustivos.

La Depresión previamente existente, o una vez instaurada, como factor desencadenante y/o agravante de una enfermedad orgánica.

La literatura sobre este punto es muy amplia. La hipótesis es que los cambios fisiopatológicos que conlleva la depresión pueden facilitar la aparición de una enfermedad orgánica, o complicar el pronóstico y la recuperación de ésta. De la misma forma que la enfermedad orgánica puede afectar por mecanismos distintos la salud psíquica de las personas, podría darse el procedimiento inverso, la causalidad entendida en este caso desde aspectos psíquicos hacia el funcionamiento biológico del organismo. Con la dificultad que supone el establecer vínculos causales desde el punto de vista empírico entre diferentes fenómenos, y fenómenos en este caso de diferente naturaleza, psíquicos y físicos, hay datos que avalan estas hipótesis⁵¹. Se hace referencia a mecanismos inmunitarios, inflamatorios, endocrinos, etc. El ejemplo tal vez más frecuentado para exponer la influencia de una Depresión intrapsíquica sobre el organismo de la persona, es exponer esta situación haciendo referencia al eje hipotálamo-pituitario-adrenal, una de las bisagras entre psiquismo y organismo³⁸;

Una situación intermedia sería el contemplar las conductas de una persona su expresión como comportamientos observables, comportamientos patológicos, y estudiar su influencia sobre la salud física. El ejemplo típico es

el de consumo de sustancias tóxicas, abuso y dependencia de sustancias tóxicas, opiáceos, alcohol, etc., el consumo de tabaco, etc. Y otro ejemplo típico es el de las conductas nocivas para la salud física –sedentarismo excesivo, dietas inapropiadas, ...– que muchas veces a pesar de tener conciencia sobre ellas, las personas las siguen manteniendo.

A otro nivel estarían las conductas de riesgo para la salud, conductas no tan claramente patológicas como las anteriores, socialmente aceptables en algún grado, el propio consumo de sustancias antes citado, no por su patología inherente al consumo en sí mismo (adicción, síndromes de abstinencia, ...), sino por potenciales complicaciones que puedan derivarse (patología respiratoria en fumadores, por ej.); la conducción temeraria de vehículos; esfuerzos físicos de alta probabilidad de lesiones osteomusculares; etc.

El riesgo de suicidio

El riesgo de autolisis, si bien no exclusivamente en las Depresiones, se incrementa de forma importante en ellas, siendo las Depresiones una de las variables más fuertemente asociadas al riesgo de conducta suicida, sobre todo en comparación con pacientes que no reciben ningún diagnóstico psiquiátrico^{1,18}.

Las ideas y las acciones suicidas son sobre todo frecuentes en los episodios depresivos graves. Pueden acompañarse de sentimientos de culpa, baja autoestima, desesperanza grave en el futuro. En las depresiones de intensidad grave pueden manifestarse síntomas psicóticos, es decir, síntomas en los que la distorsión del criterio de realidad compartido entre las personas de un mismo entorno cultural sufre tal grado de distorsión, que el modo de pensar adquiere características de delirio, pueden presentarse alucinaciones auditivas, etc. Piénsese por ejemplo en pacientes depresivos graves con ideación delirante de ruina económica, o de culpa. Son pacientes que pueden presentarse con un enlentecimiento psicomotor grave, o al contrario, con una agitación psicomotriz secundaria a la intensa angustia del estado psicótico.

El concepto de “Conducta Suicida” engloba desde la ideación suicida ocasional, de forma transitoria, hasta los actos de suicidio consumado, es un abanico amplio de vivencias y comportamientos asociados al riesgo autolítico. En la comprensión y en la explicación de las vivencias y comportamientos recogidos en este concepto de “conducta suicida” intervienen muchas variables, y no solo psicológicas y psicopatológicas. Factores psicológicos, conscientes e inconscientes, biológicos, genéticos, económicos, sociales. Algunas o muchas de estas variables nunca son conocidas, igual que ocurre en muchas otras acciones de las personas, decididas

o tomadas en su ámbito interno, con mayor o menor impulsividad o reflexión, y cuya expresión en el comportamiento se muestra difícilmente interpretable para los observadores. E incluso para las propias personas que realizan tales conductas.

Algunos criterios para la valoración del riesgo de suicidio que tienen una base empírica son los siguientes²¹:

- El riesgo de suicidio de un paciente es mayor durante el episodio de depresión mayor y en el período de remisión parcial, cuando se considera que la inhibición del paciente va remitiendo²¹.
- Los intentos autolíticos previos por parte del paciente se asocian significativamente a la probabilidad de un futuro suicidio consumado¹.
- El abuso o dependencia de alcohol u otras drogas, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos psicóticos —en particular la esquizofrenia—, son diagnósticos asociados a un riesgo mayor de intentos de suicidio y de suicidios; así como la impulsividad y agresividad como rasgos de episodio o de carácter, que también aumentan el riesgo de suicidio, sobre todo en varones con trastorno depresivo mayor²¹.

5.2. Diagnóstico diferencial de la depresión

En medio hospitalario, y en un Servicio como Medicina Interna, son numerosos los Síndromes que requieren un diagnóstico diferencial con la Depresión. La inactividad física e intelectual, las alteraciones de sueño y apetito, la fatiga o el cansancio físicos, molestias somáticas diversas, son síntomas y signos entre otros que se solapan con los procesos depresivos que atendemos en otros contextos sanitarios.

La lista sería muy amplia. Vamos a señalar algunos de los que consideramos frecuentes o importantes en nuestra propia experiencia clínica en estos años.

Delirium hipoactivo

El Delirium, tradicionalmente se llamaba también Síndrome Confusional, síndrome de etiología orgánica, muchas veces desconocida, es una entidad clínica relativamente frecuente en el ámbito hospitalario, tanto en servicios Médicos como Quirúrgicos. Generalmente cursa con trastornos en el mantenimiento de la atención, oscilaciones el nivel de conciencia, alteraciones cognitivas y emocionales, alteraciones del ritmo circadiano sobre todo empeoramiento en horas de atardecer y nocturnas. En estas fases de empeoramiento es frecuente la inquietud o la agitación psicomotriz, pero en ocasiones se manifiesta de una manera hipoactiva, y es cuando se plantea sobre todo el diagnóstico diferencial con una Depresión. Hay que tener en cuenta que en la fisiopatología del Delirium intervienen numerosos factores desencadenantes, metabólicos, estructurales, efectos secundarios de medicamentos, muchos de ellos con incidencia también en alteraciones psicopatológicas diversa. El diagnóstico diferencial vendrá dado por una exploración clínica cuidadosa, el estudio de la Historia Clínica, y un seguimiento de la evolución del paciente.

Demencia y Seudodemencia

La Seudodemencia es un síndrome clínico en el que se presentan síntomas y signos que concuerdan con una Demencia, y sin embargo terminan atribuyéndose a un proceso depresivo, es decir a un proceso funcional, en ausencia de hallazgos que corroboren la afectación estructural neurológica de una Demencia. Al igual que en el caso del Delirium hipoactivo, descartar una Demencia en un paciente supuestamente deprimido requiere una Historia Clínica detallada, a la vez que obtener la información de testigos fiables. Los datos de neuroimagen y la exploración neurológica y neuropsicológica son muy importantes.

Intoxicación por sustancias tóxicas (alcohol, drogas ilegales), o efecto yatrógeno de la medicación.

Las intoxicaciones generalmente se resuelven en un periodo de horas, o de pocos días con los síntomas consecutivos a la intoxicación, por lo que es necesario al menos un breve seguimiento del paciente además de una primera valoración transversal.

Esquizofrenia con síntomas negativos (abulia, apatía, inhibición psicomotriz).

Entidades clínicas psicopatológicas, que pueden solaparse en distinta medida con una depresión. El conocimiento de los antecedentes del paciente, una correcta Historia Clínica, son datos muy importantes.

Trastornos de la Personalidad (diagnóstico en el Eje II de DSM-IV-TR)

Los trastornos de la Personalidad, personalidades patológicamente estructuradas, algunas veces no diagnosticados hasta su hospitalización por enfermedad médica, predisponen a una mala adaptación al proceso de la enfermedad, y por lo tanto son pacientes en riesgo potencial alto para presentar distintos síntomas y síndromes psicopatológicos.

Dolor

Ya hemos señalado anteriormente la relevancia que algunos síntomas no bien controlados pueden tener en el estado mental de un paciente. En estos casos, más que tratar una Depresión, la primera indicación es optimizar el tratamiento del síntoma adverso. El dolor es el ejemplo seguramente más frecuente, pero puede tratarse también de disnea, de una limitación funcional mecánica, limitaciones derivadas de lesiones neurológicas, etc.

5.3. Tratamiento de la depresión en pacientes hospitalizados

Hay pruebas empíricas suficientes para avalar que tanto el tratamiento psicofarmacológico como distintas modalidades de psicoterapia son efectivas en el tratamiento de la Depresión Mayor y en el Trastorno Distímico.

En algunas modalidades de Depresión, la combinación de psicofarmacoterapia, psicoterapia e intervenciones psicosociales, resulta la estrategia más efectiva^{39,54-56}.

Tratamientos psicofarmacológicos

En general, las indicaciones para el tratamiento psicofarmacológico de los Trastornos Depresivos son las mismas en los pacientes hospitalizados que en la población general ambulatoria⁵⁷.

Los pacientes hospitalizados, al padecer también una enfermedad orgánica, con los correspondientes tratamientos, hacen necesario tener presentes estos aspectos añadidos. Entre otras cosas, es mayor el riesgo de interacciones farmacológicas. También puede tratarse de pacientes especialmente vulnerables a algunos efectos secundarios sumados a los producidos por otros tratamientos: sequedad de boca y mucosas, tendencia a variaciones en Tensión Arterial, tolerancia gástrica, etc.

Siempre es importante insistir en la indicación de prescribir dosis terapéuticas de los antidepresivos y durante un tiempo suficiente de tratamiento.

Pacientes nefrópatas, hepatópatas, etc., necesitan ajustar dosis con mayor cuidado que otros pacientes.

No se han demostrado diferencias en la eficacia entre antidepresivos. Se emplean habitualmente antidepresivos Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (ISRS) (Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram), inhibidores de la recaptación de serotonina y nor-adrenalina (Duloxetina, Venlafaxina, Desvenlafaxina), otros mecanismos de acción (Bupropion, Mirtazapina, Trazodona, Agomelatina). Los antidepresivos tricíclicos se usan en menor frecuencia (Amitriptilina, Clorimipramina), y comparativamente tienen mayor frecuencia e intensidad de efectos secundarios^{57,58}.

En condiciones clínicas normales, la manifestación del efecto terapéutico de los antidepresivos tiene un tiempo de latencia, muchas veces no menor de dos semanas.

Como grupo terapéutico y en conjunto –ISRS, Duloxetina, Venlafaxina, Desvenlafaxina, Bupropion, Mirtazapina, Trazodona, Agomelatina–, aunque con algunas diferencias entre los fármacos, los efectos secundarios más frecuentes de los antidepresivos son: náuseas, alteraciones motilidad gastrointestinal (diarrea o estreñimiento), cefaleas, vértigos, somnolencia o insomnio, sudoración excesiva, disfunciones sexuales (disminución de la libido, anorgasmia, retraso en la eyaculación).

Algunos de estos efectos secundarios pueden ir remitiendo en las primeras semanas de tratamiento. De persistir más de un mes, y según la severidad de los efectos secundarios, puede plantearse reducción de la dosis o cambiar de antidepresivo^{57,58}.

Hay que mencionar también el Síndrome de Discontinuación de los ISRS (cefaleas, sensación de inestabilidad, parestesias, vértigos, náuseas, diarreas, irritabilidad, insomnio) tras la interrupción brusca del fármaco antidepresivo, siendo más frecuente en la Paroxetina, y en el otro extremo, menos frecuente en la Fluoxetina, dentro del grupo de los ISRS⁵⁸.

El caso opuesto es el del Síndrome Serotoninérgico inducido con la administración de antidepresivos por la activación del

sistema serotoninérgico sistémico. Se caracteriza por inquietud psicomotriz, diaforesis, temblor, mioclonías, etc. La gravedad viene determinada sobre todo por la aparición de HTA, rabdomiolisis e Insuficiencia Renal⁵⁸.

Entre los posibles efectos adversos derivados del empleo de antidepresivos, en los últimos años se ha valorado el riesgo de hemorragias, factor de interés en pacientes hospitalizados. En algunas ocasiones se ha descrito riesgo hemorrágico en relación a la toma de ISRS, independientemente al tipo, especialmente a nivel del tracto gastrointestinal alto. Sin embargo, aunque la literatura actual sugiere este riesgo, los resultados que se presentan sobre el tema son ciertamente limitados y diversos, ya que no todos los estudios con ISRS lo corroboran. Aunque bajo, el riesgo de sangrado no es insignificante y teniendo en cuenta su potencial letalidad, debemos de apreciarlo y procurar prevenirlo. Estas complicaciones son raras, y suceden sobre todo en pacientes con defectos plaquetarios hereditarios y tratados con agentes antiplaquetarios. El riesgo de sangrado gastrointestinal es específico de ISRS y no de no-ISRS, entrañando mayores riesgos en aquellos tratamientos con mayor inhibición de la recaptación de serotonina. Además, existe solo durante el tiempo de toma del tratamiento, y disminuye cuando el tratamiento es lavado del organismo⁵⁹.

El riesgo de sangrado asociado al uso de ISRS se ha asociado también a la terapia antirretroviral en Hepatitis C, aunque es menor que el anteriormente reportado. El uso de ISRS en pacientes deprimidos que mantienen tratamiento con interferón alfa, podría incrementar el riesgo de sangrado espontáneo en la población vulnerable⁶⁰.

Algunos efectos secundarios específicos de algunos de los antidepresivos. Agomelatina se ha asociado a toxicidad hepática y requiere control analítico de enzimas hepáticas. Trazodona es probablemente el único antidepresivo con el que se han descrito casos de priapismo. Mirtazapina se asocia a disfunciones sexuales con menos frecuencia que otros antidepresivos, aunque en mayor proporción a aumento de apetito y de peso. Bupropion se ha asociado a algunos casos de síntomas psicóticos atribuibles a activación dopaminérgica. Venlafaxina está asociada a incrementos de Tensión Arterial en mayor proporción que otros antidepresivos⁵⁸.

En un estudio epidemiológico reciente, con una gran muestra poblacional, se ha encontrado una mayor asociación de la prolongación del intervalo QT en el EKG con Citalopram, Escitalopram y Amitriptilina. Por el contrario, Bupropion produce un acortamiento del intervalo QT⁶¹.

Antipsicóticos con acción antidepresiva, en monoterapia o más frecuentemente en tratamiento adyuvante (Olanzapina, Risperidona, Zipraxidona, Quetiapina, Aripiprazol)⁶².

Síndrome de Secreción Inadecuada de Hormona Antidiurética (SIADH). Hay casos clínicos documentados de la asociación de ISRS con este Síndrome (hiponatremia, con aumento de

secreción urinaria de sodio, cefalea, letargia). El riesgo es mayor en pacientes ancianos. El tratamiento es la retirada del antidepresivo y la restricción de la ingesta de líquidos⁵⁸.

La literatura revisada no muestra diferencias significativas en cuanto a eficacia entre diversos antidepresivos. Sus diferencias corresponden sobre todo a sus perfiles de efectos secundarios, y a características individuales de los pacientes todavía no bien conocidas.

Algunas **indicaciones específicas**^{57,58} para elegir entre los fármacos antidepresivos son las siguientes:

- Pacientes deprimidos con dolor neuropático, dolor de cualquier origen no bien controlado con analgésicos, pueden ser tratados en primera línea con Duloxetina o como segunda opción con antidepresivos tricíclicos.
- Pacientes deprimidos en los que prevalece la alteración del sueño, se puede iniciar en monoterapia o complementando con otro antidepresivo, Mirtazapina o Trazodona.
- Pacientes deprimidos con fatiga y astenia como síntomas relevantes. Se indica la administración de Bupropion. En pacientes oncológicos se utiliza Metilfenidato, aunque no sea estrictamente un fármaco antidepresivo, como psicoestimulante⁶³. Para este tema conviene revisar el tratamiento de síntomas como astenia y fatiga en enfermedad orgánicas, en particular enfermedades oncológicas.

Resumen de las Recomendaciones sobre uso de antidepresivos de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión²¹:

Recomendación de carácter A. Los fármacos antidepresivos representan un tratamiento de primera línea en la depresión moderada o grave. De acuerdo también con otras Guías Clínicas, en el tratamiento de las depresiones de intensidad leve pueden utilizarse estrategias de apoyo y de psicoterapia antes del empleo de los fármacos.

Todas las demás recomendaciones tienen menos fuerza, la gran mayoría son de tipo D. En ellas se recomienda el empleo de fármacos en aquellos pacientes con depresión leve en algunas circunstancias: a) antecedentes de episodios moderados o graves; b) presencia de otras enfermedades médicas o comorbilidad asociada. En este último caso se trata de una recomendación a tener en cuenta en el tipo de pacientes con Depresión que nos encontramos en un servicio de Medicina Interna en el Hospital.

Intervenciones de Psicoterapia

La indicación de las psicoterapias es ofrecer ayuda a los pacientes a través de entrevistas en las que estos pueden exponer sus dificultades en la enfermedad, y situar ésta en el contexto de la biografía personal y sociofamiliar de cada uno. La enfermedad orgánica supone una rotura biográfica y un enfrentamiento a la incertidumbre y a temores diversos, muchos de ellos enraizados en experiencias infantiles, y en cualquier caso casi siempre y en la mayoría de las personas motivo de ansiedad y de sentimientos como irritabilidad, tristeza, e inseguridad⁶⁴. En la Depresión asociada a la enfermedad

orgánica, estos síntomas se agravan, además de la tristeza y los síntomas habituales en la depresión.

Se han ensayado distintas estrategias de psicoterapia en pacientes depresivos y también en pacientes hospitalizados, con otros diagnósticos psicopatológicos comórbidos además de la enfermedad orgánica motivo del ingreso hospitalario.

La primera modalidad es la Psicoterapia de Apoyo, técnicamente diseñada en distintas formas de aplicación, y que pretende como primer objetivo reforzar los mecanismos de defensa sanos del paciente, y guiar su adaptación al proceso de la enfermedad, individualizando las características de cada paciente y facilitando su expresión emocional.

Los datos en estudios controlados hacen referencia a Programas de psicoterapia basados en técnicas Conductivo-Conductistas y de Terapia Interpersonal²¹.

La terapia cognitiva fue desarrollada inicialmente por Beck en los años 70 para el tratamiento de la depresión. Las intervenciones se proponen modificar el estilo cognitivo del paciente, propenso a pensamientos negativos y pesimistas, a ideas que repercuten en una baja autoestima, con el planteamiento de que la modificación de las ideas sobre sí mismo y sobre la calificación de los acontecimientos del entorno, conlleva de manera secundaria la modificación de los afectos o sentimientos y emociones a ellas asociados. Este tipo de psicoterapia, asociado a técnicas de tipo conductista, ha dado lugar a una gran variedad de intervenciones denominadas de terapia Cognitivo-Conductual.

La llamada Terapia Interpersonal fue elaborada por Klerman y se centra en el análisis de las relaciones personales del paciente en el presente. Es necesaria esta indicación temporal para distinguir esta modalidad de psicoterapia de otras centradas en el pasado del paciente, en las vivencias significativas acumuladas a veces desde una edad infantil. El programa psicoterapéutico propone una serie de sesiones estructuradas dirigidas a esclarecer los elementos que entran en juego en las relaciones personales del paciente, intentando proporcionarle habilidades para modificar tales elementos cuando resultan patológicos y repetidos a lo largo de distintas relaciones.

Otras modalidades de psicoterapia son menos susceptibles de estudios empíricos, entre ellas terapias de orientación psicodinámica, sin que de ello haya que deducir necesariamente su ineffectividad. No todos los datos del psiquismo humano pueden ser reductibles a variables empíricas cuantificables.

Intervenciones sociales

La interrupción o paréntesis biográficos que la hospitalización supone para el paciente y para sus familiares, así como las consecuencias previsibles de la enfermedad en el momento del alta hospitalaria, pueden acarrear consecuencias familiares, sociales y económicas, que pueden requerir la intervención de los Servicios Sociales. Este tipo de intervenciones profesionales están tradicionalmente muy relacionadas con la intervención

psiquiátrica. Es necesaria una coordinación de las intervenciones por parte de distintos profesionales.

Los estudios controlados sobre grupos de autoayuda, grupos de apoyo a los pacientes o a familiares de pacientes son escasos y heterogéneos en su metodología, sin que permitan sacar unas conclusiones para elaborar recomendaciones. En general se tiene la idea de que pueden ser estrategias complementarias con el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico que pueden contribuir a mejorar la eficacia de éstos²¹.

Otras estrategias de Tratamientos. Terapia Electroconvulsiva (TEC); Estimulación Magnética Transcraneal; Psicocirugía

Se trata de modalidades de tratamiento para Depresiones resistentes a otros tratamientos, o en el caso de pacientes en los que no se puedan emplear otros tratamientos, en particular farmacológicos, por la gravedad de los efectos secundarios potenciales.

El más empleado en nuestro medio es la Terapia Electroconvulsiva (TEC)⁶⁵, que consiste en la inducción al paciente de una crisis epiléptica convulsiva generalizada, bajo estado de anestesia general y de relajación muscular. Está indicada en Trastornos Depresivos de intensidad severa, con o sin síntomas psicóticos, sobre todo en casos en los que la inhibición psicomotriz es intensa y no ha respondido a fármacos antidepresivos (por ejemplo en el denominado estupor melancólico); o en casos de pacientes en cierta forma opuestos, con una ansiedad o agitación intensas; o en pacientes en los que el riesgo de suicidio es alto y necesitan una intervención con efectos en breve periodo de tiempo. Está indicado en particular en pacientes que han respondido anteriormente al mismo tipo de tratamiento en el transcurso de episodios depresivos previos. También está indicada en pacientes que no han respondido a ensayos con fármacos antidepresivos. Y en el caso de algunos pacientes especialmente sensibles a efectos adversos, o en los que los fármacos tienen un uso restringido por su potencial daño, como es el caso de pacientes embarazadas y algunos ancianos.

Esta modalidad de tratamiento tiene sus contraindicaciones relativas: Infarto Agudo de Miocardio en los tres meses previos; Accidente Cerebro-Vascular en el mes previo; Fracturas inestables; etc.

La Estimulación Magnética Transcraneal es una técnica que no se utiliza en nuestro medio sanitario, pero que se está implantando en algunos Centros. Consiste en la aplicación de un campo magnético sobre el cerebro, que induce modificaciones en la actividad eléctrica neuronal.

La Psicocirugía o Cirugía del cerebro son técnicas diversas, a las que se recurre en muy contadas ocasiones, en el caso de pacientes con depresiones severas resistentes a diversos ensayos terapéuticos.

Depresión en ancianos. Tratamientos específicos

En cuanto a las estrategias de tratamiento, en ancianos se prefiere el uso de fármacos en monoterapia, para minimizar efectos secundarios e interacciones entre fármacos. La dosis inicial se reduce a la mitad de la dosis normal de inicio en adultos jóvenes, pero a menudo se requieren las dosis terapéuticas completas para alcanzar las respuestas deseadas³⁶.

Todos los medicamentos se suelen tomar de cuatro a seis semanas para comenzar a mostrar eficacia, pero en ancianos es frecuente que la respuesta antidepresiva no ocurra hasta las 8-12 semanas, o incluso a las 16 semanas de terapia.

El curso habitual del tratamiento para el primer episodio de depresión mayor unipolar en adultos es de 6 a 12 meses. La tasa de recaídas en las personas mayores son más altas que en las poblaciones más jóvenes, lo que puede indicar la necesidad de periodos de tratamiento a largo plazo, de mantenimiento, para prevenir recurrencias³⁶.

Algunas recomendaciones para uso de antidepresivos en ancianos²²:

- Puede requerirse periodos más largos para el inicio de la acción antidepresiva que en población de pacientes adultos jóvenes.
- Se recomienda mantener el tratamiento antidepresivo al menos un año tras resolución sintomática del síndrome depresivo.
- En el seguimiento valorar riesgo de desarrollar Síndrome de Secreción Inadecuada de ADH (más frecuente en ancianos)
- Evitar antidepresivos con efecto anticolinérgico (Ej: tricíclicos)
- Se puede aprovechar las capacidades sedativas de trazodona como ansiolítico e hipnótico, especialmente en demencia.
- Si hay importante anorexia y pérdida de peso, evitar ISRS, en especial Fluoxetina. Recomendable Mirtazapina.
- Evitar Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) si hay sintomatología extrapiramidal.
- Los ISRS pueden aumentar la digitalemia.
- Fluvoxamina puede aumentar la teofilinemia.
- Los ISRS pueden disminuir las necesidades de anticoagulación orales.
- Duloxetina y Venlafaxina pueden mejorar las patologías álgicas.
- Bupropion y Mirtazapina producen significativamente menos disfunción sexual.
- No hay interacciones significativas entre antidepresivos y fármacos para la enfermedad de Alzheimer (inhibidores de la ACE o Memantina).

6. Conclusiones

La hospitalización y las manifestaciones de una enfermedad médica requieren un proceso de adaptación psicológica por parte del paciente. Sobrepasados los mecanismos de defensa

psicológicos ante la enfermedad y el afrontamiento del estrés derivado de la hospitalización, la Depresión es uno de los Síndromes psicopatológicos más frecuentes en pacientes médicos hospitalizados: en esta primera forma de presentación clínica, hablamos de la Depresión “reactiva” o Trastorno Adaptativo de tipo depresivo o mixto (ansioso-depresivo), que requiere tratamiento psicoterapéutico y, ocasionalmente, psicofarmacológico.

En segundo lugar, las Depresiones derivadas de la fisiopatología de la enfermedad orgánica concurrente, o como complicación de los tratamientos empleados. El tratamiento específico exige tomar en cuenta las características de la enfermedad médica de base y de los tratamientos médicos establecidos.

Y, en tercer lugar, las Depresiones primarias, en gran parte independientes de la enfermedad médica, y que siguen su propio curso evolutivo, generalmente con un inicio anterior a la hospitalización por motivos médicos. El tratamiento psiquiátrico y psicológico es específico para la Depresión.

La Depresión, entre otros diagnósticos psicopatológicos, puede repercutir en la evolución clínica de las enfermedades médicas y en su pronóstico. Por lo tanto, es prioritario su tratamiento en los pacientes hospitalizados.

Las indicaciones para el tratamiento de la Depresión en pacientes hospitalizados son análogas a la del resto de pacientes, con las particularidades añadidas de la fisiopatología de la enfermedad orgánica y de las interacciones con los tratamientos empleados en ésta.

Pacientes ancianos, mayor frecuencia de patología médica comórbida, polimedicados, requieren una atención especial.

Entre las complicaciones más graves derivadas de la depresión está el riesgo de suicidio o de conducta suicida. Los centros hospitalarios pueden desarrollar protocolos de intervención ante las conductas autolesivas o de suicidio de pacientes ingresados en servicios médicos y quirúrgicos.

Queremos resaltar la importancia de la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace en medio hospitalario. Desde los trabajos pioneros de Lipowski^{7,66-68}, a finales de la década de los 60, la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, y en particular el tratamiento de la Depresión en pacientes hospitalizados en servicios médicos o quirúrgicos, han experimentado un importante desarrollo, destacando el papel de apoyo y asesoramiento especializado en el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Bibliografía

- Gómez-Pardiñas MS. Interconsulta Psiquiátrica en un Hospital General. Intentos de Suicidio y factores relacionados (1997-2007). (Tesis Doctoral) A Coruña: Universidad A Coruña. 2013 Marzo pp. 2 – 55.
- Levenson JL. Psychosomatic medicine: future tasks and priorities for the new psychiatric subspecialty. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007 Dec;29(4):301-2. PubMed PMID: 18200395. eng.
- Epstein LA, Huffman JC. Introduction. *Psychosomatic medicine*. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(6):351-2. PubMed PMID: 19968449. eng.
- Worley LL, Levenson JL, Stern TA, Epstein SA, Rundell JR, Crone CC, et al. Core competencies for fellowship training in psychosomatic medicine: a collaborative effort by the APA Council on Psychosomatic Medicine, the ABPN Psychosomatic Committee, and the Academy of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*. 2009 Nov-Dec; 50(6):557-62. PubMed PMID: 19996225. eng.
- Lobo A, Huysse FJ, Herzog T, Malt U, Opmeer BC. The ECLW Collaborative study II: patient registration form (PRF) instrument, training and reliability. *European Consultation/Liaison Work group*. *J Psychosom Res*. 1996 Feb;40(2):143-56. PubMed PMID: 8778397. eng.
- Clarke DM, Smith GC. Consultation-liaison psychiatry in general medical units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1995; 29: 424-432
- Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. II. Clinical aspects. *Psychosom Med*. 1967 May-Jun; 29(3):201-24. PubMed PMID: 5340349. eng.
- Bourgeois JA, Wegelin JA, Servis ME, Hales RE. Psychiatric diagnoses of 901 inpatients seen by consultation-liaison psychiatrists at an academic medical center in a managed care environment. *Psychosomatics*. 2005 2005 Jan-Feb;46(1):47-57. PubMed PMID: 15765821. eng.
- Söllner W, Diefenbacher A, Creed F. Future developments in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics. *J Psychosom Res* 2005 Jan; 58 (1): 111-2 PubMed PMID: 15771878. eng
- Fulop G, Strain JJ, Fahs MC, Schmeidler J, Snyder S. A prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stays of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatics*. 1998 1998 May-Jun;39(3):273-80. PubMed PMID: 9664774. eng.
- Gala C, Rigatelli M, De Bertolini C, Rupolo G, Gabrielli F, Grassi L. A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. Italian C-L Group. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999 1999 Jul-Aug;21(4):310-7. PubMed PMID: 10514955. eng.
- Canavaugh SA. Depression in the Medically Ill. Critical Issues in the Diagnostic Assessment. *Psychosomatics*, 1995; 36 (1): 48-59.
- Rodin G, Voshart K. Depression in the Medically Ill: An Overview. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 6, 696-705.
- Crespo MD, Gil A, Porras A et al. Prevalencia de los trastornos depresivos en psiquiatría de enlace. *Actas Esp Psiquiatría*, 2001.
- Iglesias-Gil-de-Bernabé F. Depresión Mayor en la evolución de pacientes tratados por cardiopatía isquémica. Tesis Doctoral. Universidad de A Coruña. Mayo 1999.
- Iglesias-Gil-de-Bernabé, Fernando; Alberdi-Sudupe, Jesús; García-Fernández, Jorge; Martínez-Sande, Gonzalo; Sardiña-Agra, Javier; Lantes-Louzao, Sara. Marco de Gestión Clínica de una Unidad Psiquiátrica Hospitalaria de Interconsulta y Enlace. <http://hdl.handle.net/10401/5953> Avances en Salud Mental Relacional / Avances in Relational Mental Health ISSN 1579-3516 - 2012 Julio Vol. 11 - Núm. 2
- Iglesias-Gil-de-Bernabé F. Valoración del rendimiento de un Servicio de Psiquiatría en un Hospital General. Tesina. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela (USC), 1982.
- Alberdi-Sudupe J, Pita-Fernández S, Gómez-Pardiñas SM, Iglesias-Gil-de-Bernabé F, García-Fernández J, Martínez-Sande G, Lantes-Louzao S, Pértega-Díaz S. Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study (1997-2007). *BMC Psychiatry*. 2011 Mar 31;11:51
- American Psychiatric Association (APA). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (edición española). Barcelona: Masson, 2002.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Ginebra. OMS. 1992.
- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t Nº 2006/06
- Palomo, Tomás; Jiménez-Arriero, Miguel Ángel. “Manual de Psiquiatría”. Madrid, Ene Life Publicidad S.E. y Editores 2009.
- Hoyert, DL, Kochanek, KD, Murphy, SL. Deaths: Final data for 1997. *National Vital Statistics Reports*. 1999: 47:1.
- Kales HC, Maixner DF, Mellow AM. Cerebrovascular disease and late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13:88.
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al. “Vascular depression” hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:915.
- Sheline YI, Price JL, Vaishnavi SN, et al. Regional white matter hyperintensity burden in automated segmentation distinguishes late-life depressed subjects from comparison subjects matched for vascular risk factors. *Am J Psychiatry* 2008; 165:524.
- Thomas AJ, Kalaria RN, O'Brien JT. Depression and vascular disease: what is the relationship?. *J Affect Disord* 2004; 79:81.
- Tupler LA, Krishnan KR, McDonad WM, et al. Anatomic location and laterality of MRI signal hyperintensities in late-life depression. *J Psychosom Res* 2002; 53:665.
- Kumar A, Thomas A, Lavretsky H, et al. Frontal white matter biochemical abnormalities in late-life major depression detected with proton magnetic resonance spectroscopy. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 630.
- Robinson RG. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003; 54:376.
- Krishnan KR, Hays JC, Blazer DG. MRI-defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 1997; 154:497.
- Steffens DC, Taylor WD, Krishnan KR. Progression of subcortical ischemic disease from vascular depression to vascular dementia. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1751.

33. Lyness JM, Heo M, Datto CJ, et al. Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med* 2006; 144:496.
34. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:19.
35. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for late-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1493.
36. Rackley S, Bostwick M. Depression in Medically Ill Patients. *Psychiatr Clin N Am* 2012; 35: 231–247.
37. Sutor B, Rummans TA, Jowsey SG, Krahn LE, Martin MJ, O'Connor MK, Philbrick KL, Richardson JW. Major Depression in Medically Ill Patients. *Mayo Clin Proc* 1998; 73: 329-337.
38. Gómez-Reino Rodríguez I (Coord.). Aspectos psiquiátricos y psicológicos de los pacientes médico-quirúrgicos. Ourense: Fundación Cabaleiro Goás. 2008
39. Strain JJ, Smith GC, Hammer JS et al. Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20 (3): 139-49.
40. Alberdi Sodupe J. Influencia de las variables socio-familiares sobre el desarrollo y el curso de la Esquizofrenia. *Psiquis*, 1989, 10 (9), 18-33.
41. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient family. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 150: 285-292.
42. Goldmann HH. Mental illness and family burden: A public health perspective. *Hosp and Community Psychiatry*, 1982, 33 (7): 557-560.
43. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009 Apr;373(9672):1372-81. Pub-Med PMID: 19376453. Eng.
44. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H et al. Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000; 284 (22): 2907-11
45. Rosenfeld B, Breitbart W, Gibson C et al. Desire for hastened death among patients with advanced AIDS. *Psychosomatics* 2006; 47 (6): 504-512.
46. Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F. A prospective study to compare three depression screening tools in patients who are terminally ill. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(5):384-9.
47. Nease DR Jr, Maloin JM. Depression screening: a practical strategy. *J Fam Pract*. 2003; 52(2):118-24.
48. Sansone RA, Sansone LA. Demoralization in patients with medical illness. *Psychiatry (Edgmont)* 2010; 7(8): 42-5.
49. Makrilia N, Indeck B, Syrigos K, Saif MW Depression and pancreatic cancer: a poorly understood link *JOP*. 2009 Jan 8;10(1):69-76.
50. Farrugia ME, Conway R, Simpson DJ, Kurian KM Paraneoplastic limbic encephalitis. *Clin Neurol Neurosurg*. 2005 Feb;107(2):128-31.
51. Duivis HE, de Jonge P, Pennix BW, et al. Depressive symptoms, health behaviors, and subsequent inflammation in patients with coronary heart disease: prospective findings from the heart and soul study. *Am J Psychiatry* 2011;168(9):913-20.
52. Whooley MA, de Jonge P, Vittinghoff E et al. Depressive symptoms, health behaviors and the risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA* 2008;300(20):2379-88.
53. Stahl SM. Psicofarmacología esencial de la depresión y del trastorno bipolar. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A., 2001.
54. Katon W, Unützer J, Wells K, et al. Collaborative depression care: history, evolution and ways to enhance dissemination and sustainability. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32(5):456–64.
55. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006;166 (21): 2314–21.
56. NICE. Depression in adults. The treatment and management of depression in adults. NICE Clinical Guideline 90. 2009. www.guidance.nice.org.uk/cg90.
57. Stahl SM. Guía del Prescriptor (4ª edición). Madrid. Grupo AulaMédica. 2012.
58. Marangell LB, Silver JM, Goff DC, Yudofsky SC. Psicofarmacología y terapia electroconvulsiva. En: Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de psiquiatría Clínica (4ª edición). Barcelona. Masson. 2004. pp. 1047-11151.
59. Chittatanjan Andrade, MD; Surya Sandarsh, MBBS; Kumar B. Chethan, MBBS; Koregala S. Nagesh, MPharm. Serotonin reuptake inhibitor antidepressants and abnormal bleeding: A review for clinicians and a reconsideration of mechanisms. *J Clin Psychiatry* 2010 December; 71(12): 1565-1575.
60. Kari A. Martin, MD; Lois E. Krahn, MD; Vijayan Balan, MD; et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in the context of hepatitis C infection: reexamining the risks of bleeding. *J Clin Psychiatry*. 2007, July. 68:7.
61. Castro VM, Clements CC, Murphy SN, Gainer VS, Fava M, Weillburg IB, Erb JL, Churchill SE, Kohane IS, Iosifescu DV, Smoller JW, Perlis RH. QT interval and antidepressant use: a cross sectional study of Electronic health records. *BMJ* 2013 Jan 29;346:f288. doi: 10.1136/bmj.f288.
62. Komossa K, Depping AM, Gaudchau A, et al. Second-generation antipsychotics for major depressive disorder and dysthymia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;12: CD008121.
63. Hardy SE. Methylphenidate for the treatment of depressive symptoms, including fatigue and apathy, in medically ill older adults and terminally ill adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2009;7(1):34 –59.
64. Griffith JH, Gaby L. Brief psychotherapy at the bedside: countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics* 2005; 46 (2): 109-116.
65. NICE. TA59 Electroconvulsive therapy (ECT): guidance. 02 May 2003. [www. http://guidance.nice.org.uk/TA59/Guidance/pdf/English](http://www.guidance.nice.org.uk/TA59/Guidance/pdf/English).
66. Lipowski, Z. J. (1967): Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. I: General principles. *Psychosom Med* 29:153-171.
67. Lipowski, Z.J. Consultation-liaison Psychiatry. In Judd/Burrows/Lipsitt (eds.) *Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry*. Oxford: Elsevier Science Publisher B.V. (Biomedical Division). 1991; Pp 53-62.
68. Lipowski, Z. J. (1992) Consultation liaison Psychiatry at century's end. *Psychosomatics*. 1992; 33(2): 128-33.