

# Depresión en Atención Primaria

**Dr. Richard Amaya C.**  
*Médico de Familia*  
 CMF San Bernardo ING

**Dr. Ulises Reyes A.**  
*Médico Psiquiatra Centro de Terapia*  
*del Comportamiento*  
 Hospital Psiquiátrico El Peral

## CASO CLÍNICO

AMMV, mujer de 55 años, casada, dueña de casa, un hijo (Figura 1).

**Antecedentes personales de salud:** HTA en tratamiento, bajo control en CMF San Bernardo; fuma 20 cigarrillos al día, desde los 20 años.

**Antecedentes familiares de salud:** madre AVE (3) fallecida; padre se suicida en el 2003.

*Acontecimientos vitales:*

1983 Embarazo molar, fue vista por psiquiatra y estuvo en control por 7 meses, no recuerda los fármacos que se le indicaron. Presenta ideación suicida (referido por la

paciente), se indica hospitalización, que no se realizó, y no termina tratamiento.

1994 AVE a repetición de mamá, permanece 9 años postrada siendo la paciente la cuidadora por todo ese tiempo. La madre fallece en enero del 2005.

2002 Ingresa a control en CMF San Bernardo donde es derivada nuevamente a psiquiatría, y se inicia tratamiento con Implicane®, que por el costo suspende en varias oportunidades.

*Motivo de consulta:*

Consulta por insomnio de conciliación (en ocasiones de despertar precoz)

*Anamnesis (Subjetivo):*

Además del insomnio de conciliación describe clínica sugerente de ansiedad y, concomitantemente, crisis de pánico, además de signos y síntomas que la clasifican dentro de una depresión moderada a severa, ya que, incluso, existe la presencia de ideación suicida. Se aplica pauta CIE-10 para depresión (Figura 2).

*Examen físico (Objetivo):*

PA: 130/80; contractura cervical; de habla lenta, rostro triste; vestimenta oscura, cabizbaja y melancólica.

*Conclusión diagnóstica:*

Con estos antecedentes más los obtenidos de la ficha clínica electrónica del Centro Médico Familiar y datos aportados por la paciente, es que se configu-

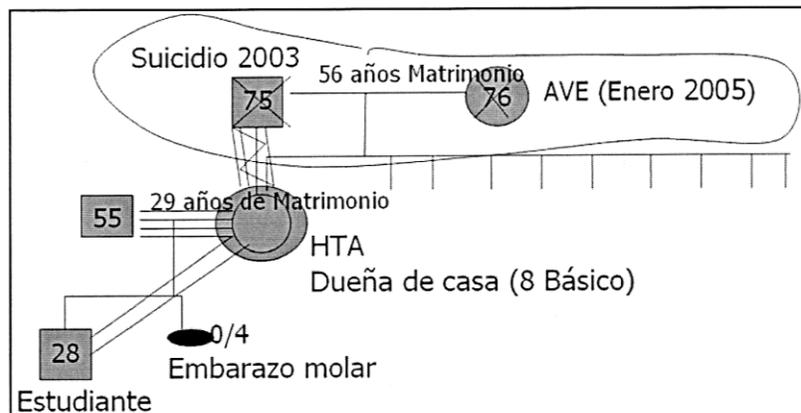


Figura 1. Genograma.

**CASO CLÍNICO**

Diagnóstico de Depresión CIE-10		
Durante las últimas dos semanas:	SI	NO
¿Se ha sentido triste o deprimido(a) la mayor parte del tiempo, casi todos los días?		
¿Ha estado desinteresado(a) o incapaz de disfrutar de la vida la mayor parte del tiempo, casi todos los días?		
¿Ha tenido problemas para dormir (insomnio o dormir demasiado), casi todos los noches?		
¿Se ha sentido cansado(a) o con menos energía la mayor parte del tiempo, casi todos los días?		
¿Ha notado problemas de concentración o memoria, casi todos los días?		
¿Ha estado más lento(a) para hacer los cosas, casi todos los días?		
¿Ha estado tan inquieto(a) que no puede permanecer sentado(a), casi todos los días?		
¿Ha sentido que usted no es tan hábil o capaz como otra gente, casi todos los días?		
¿Se ha sentido despreciable o culpable, casi todos los días?		
¿Ha notado un cambio importante en el apetito? (más apetito o menos)		
¿Ha notado un cambio de peso de más de 4 kilos? (aumento o disminución)		
¿Ha pensado realmente que no vale la pena vivir?		
¿Ha pensado quitarse la vida?		

● La pauta CIE-10 estandarizada debe ser completada en la entrevista de evaluación diagnóstica e integrada a la ficha clínica del paciente.  
 ● Recuerde que para cada persona diagnosticada con Depresión, debe llenarse un tarjetón de Registro del Programa (ver páginas 42 y 43)

Figura 2. Diagnóstico de Depresión CIE-10.

ra el diagnóstico de Depresión Mayor, Trastorno Ansioso (crisis de pánico) e HTA controlada.

*Plan terapéutico:*

1. Ingreso a Programa de Salud Mental
2. Consejería sobre enfermedad
3. Sertralina (genérico) 50 mg, 1- 0 - 0.
4. Clonazepam (genérico) 0,5 mg 1/2 - 1/2 - 1
5. Apoyo psicológico (como parte del Programa de SM)
6. Control en Programa Cardiovascular del CMF

**Seguimiento y evolución:**

Se cita a control a los 15 días, donde se trata de activar y definir redes de apoyo, especialmente de las áreas psicosociales. Se realiza evaluación de evolución clíni-

ca con el tratamiento indicado (sertralina 50 mg/día y clonazepam 0,5 mg 1/2 x 2).

En los controles posteriores, se aprecia una positiva evolución, no sólo desde el punto de vista clínico-farmacológico, sino que además se activan redes de apoyo (se inscribe en un proyecto FOSIS), que en este caso están dadas principalmente por su familia y, en particular, su esposo. En todos los controles se realiza consejería antitabaco, además de la educación correspondiente.

Llama poderosamente la atención que la paciente logra adherencia al tratamiento farmacológico al indicársele Sertralina como genérico, ya que en episodios anteriores de recurrencia, utilizaba fármacos de marca (precio sumamente elevado) lo que condicionaba a que la

paciente tomara sus fármacos de manera totalmente irregular (0 adherencia).

A continuación y evidenciando que si bien existía una mejoría, no lo era suficiente todavía, se decide subir la dosis de sertralina a 100 mg día, manteniéndose el tratamiento con clonazepam, permitiéndonos de esta manera, al equipo de profesionales del CMF, constatar una real y permanente mejoría clínica.

En la actualidad, la paciente sigue asistiendo a controles médicos y se ha empezado a disminuir paulatinamente la dosis del antidepresivo descrito anteriormente; no sin antes comunicar a la paciente y a su familia que las puertas del Centro Médico Familiar siguen abiertas y atentas a la evolución que hasta el momento es satisfactoria (Tabla 1).

*“Si al buscar la verdad pretendemos dejar fuera todo error, también dejaremos fuera la verdad...”*

Tabla 1. Evolución del caso

Fecha	Anamnesis y (o) E. Físico	DX	TTO – EXS	Derivaciones / otros
13/05/2005	Algo más tranquila, todavía sin noticias de hermano perdido, excelentes redes de apoyo (Flia.); ingreso a programa FOSIS (para implementar invernadero en casa)	Depresión Moderada; trastorno ansioso.	1. Consejería antitabaco 2. Sertralina 50 mg 1-0-0 3. Clonazepam 0,5 ms 1/2-1/2 - 1 4. Control en 1 Mes	1. Psicología 2. Ganancias Red FOSIS. 3. Mejor relación con hermanos
09/06/2005	Mejor, 3/5 CIE 10. Saliendo incluso de su casa, y logró perdonar a sus hermanos. Persiste todavía algo de ánimo depresivo.	Depresión Moderada; trastorno ansioso.	1. Consejería Tabaco 2. Sertralina 75 mg (Dosis) 3. Clonazepam 0,5 mg 1/2-1/2 - 1 4. Control en un mes	1. Estresor: Hermano prófugo 2. Seis meses sin actividad sexual, pero sin crisis de pareja 3. Apoyo total de esposo.
08/07/2005	Mejor, 4/5 CIE 10. Todavía no logra vencer totalmente el hecho de salir sola fuera de San Bernardo. Bajó consumo de cigarrillos 20 a 10. Cuidando 2 niños.	Depresión Moderada. Trastorno ansioso. Duelo no superado.	1. Sertralina 2. Clonazepam 3. Control en 1 mes 4. Consejería antitabaco	1. Exámenes anuales de crónico programas CV; Subprograma HTA.

### COMENTARIO DEL PSIQUIATRA

El caso descrito corresponde a una Depresión, pero con comorbilidades asociadas (HTA, Trastorno Ansioso, Crisis de Pánico), y eventos vitales estresantes (suicidio del padre en 2003 y fallecimiento de la madre en Enero del 2005). Además, se describen en su biografía antecedentes clínicos de 3 episodios depresivos (1983, 2002 y 2005), todo lo cual nos hace pensar que estamos frente a una depresión recurrente. Hecho presentes estos antecedentes, su manejo terapéutico se hace aún más difícil y complejo.

Es de destacar la oportuna e integral intervención, no sólo farmacológica, sino psicológica, lo que sumado al enfoque familiar que se le otorga al presente

caso, permiten, en definitiva, realizar una “intervención” aterrizada a la realidad de nuestros pacientes.

Merecen tomarse en cuenta en los trastornos depresivos algunas consideraciones:

- \* El trastorno Depresivo Mayor, es altamente prevalente.
- \* El 30% de las personas consultantes, en el nivel primario de atención, sufren cuadros depresivos.
- \* Los síntomas físicos se presentan entre 72 – 76% de los pacientes.
- \* Recordar que la depresión puede ser recurrente, que puede causar gran discapacidad, ausentismo laboral, y significativa morbi-mortalidad.

\* Que la depresión puede ser detectada y tratada con éxito por médicos generales debidamente capacitados y médicos familiares.

\* Por lo tanto, es posible considerar a los Centros Médicos Familiares, como un espacio privilegiado para: reconocer los síntomas de la Depresión, realizar evaluación diagnóstica, desarrollar tratamientos psicosociales y farmacológicos interactuando con el especialista, derivación en forma adecuada y oportuna a personas con Depresión Mayor que no han respondido al tratamiento o que demuestren algún grado de severidad o comorbilidad compleja.