

La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor

The importance of detection and treatment of somatic symptoms in Latin American patients with major depression

Jorge M Tamayo,^{1,2} Jorge Rovner,^{3,4} Rodrigo Muñoz^{5,6}

Resumen

Objetivo: La depresión mayor es una enfermedad caracterizada por la presencia tanto de síntomas mentales como somáticos, los cuales afectan en forma significativa los procesos diagnósticos y terapéuticos así como el pronóstico. **Método:** Usamos una búsqueda de artículos publicados hasta Junio 2006 cruzando términos que nos permitieran incluir artículos que hicieran referencia a la comorbilidad entre depresión mayor y síntomas somáticos, a la prevalencia de dicha comorbilidad en Latinoamericanos y/o al impacto y el patrón de uso de antidepresivos en pacientes con depresión mayor y síntomas somáticos asociados. **Resultados:** Los síntomas somáticos en Latinoamericanos con depresión mayor son frecuentes, probablemente más que en otras poblaciones, afectan significativamente la respuesta al tratamiento, se asocian a mayor refractariedad y cronicidad y no siempre son tenidos en cuenta en la práctica psiquiátrica de algunos países Latinoamericanos, donde la práctica usual de prescribir dosis bajas de antidepresivos podría comprometer el control de los síntomas somáticos residuales y asociarse a mayores tasas de recurrencias. **Conclusión:** Los clínicos que laboran en Latinoamérica deben ser acuciosos en la detección de los síntomas somáticos de sus pacientes con depresión mayor y siempre procurar la prescripción de dosis terapéuticas del antidepresivo de su selección.

Descriptores: Trastorno depresivo mayor; Somatización; Dolor; Latinoamericanos; Agentes antidepresivos

Abstract

Objective: Major depression is a disease characterized by the presence of mental and somatic symptoms, the latter affecting considerably the diagnostic and therapeutic procedures and the prognosis. **Method:** We searched for published articles until June 2006 crossing several terms which allow us to include those articles referring to the comorbidity of major depression and somatic symptoms, the prevalence of that comorbidity in Latino Americans, and/or the impact and patterns of use of the antidepressant treatments in patients with major depression and associated somatic symptoms. **Results:** Somatic symptoms in Latino Americans with major depression are common, probably more than in other populations around the world. They compromise the response to treatment, are associated with refractoriness and chronicity, and are usually denied in the psychiatry practice in some Latin American countries, where the practice in prescribing low doses of antidepressants is common and could affect the control of residual somatic symptoms with higher rates of recurrences. **Conclusion:** Clinicians working in Latin American countries must be prepared to detect somatic symptoms in their patients with major depression, looking for the prescription of appropriate therapeutic doses of the antidepressants.

Descriptors: Depressive disorder, major; Somatization; Pain; Latino Americans; Antidepressive agents

¹ Departamento de Psiquiatría, Universidad CES, Medellín, Colombia

² Departamento de Psiquiatría, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico

³ Lilly Research Laboratories, Eli Lilly and Company, Buenos Aires, Argentina

⁴ Departamento de Psiquiatría, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

⁵ University of California, San Diego, USA

⁶ Scripps-Mercy Hospital, San Diego, USA

Financiamiento: Ningún

Conflicto de interés: El Dr. Tamayo ha sido consultor de la compañía Eli Lilly en San Juan, Puerto Rico (Afiliada Americana), de la compañía Pfizer en Colombia y de la compañía Wyeth en Colombia. El Dr. Rovner es un Clinical Research Physician y empleado de tiempo completo de la compañía Eli Lilly en Buenos Aires, Argentina (Afiliada del Cono Sur). El Dr. Muñoz ha recibido fondos para investigación de la compañía Eli Lilly para el "Study of Somatic Symptoms among Latinos and Non-Latinos in San Diego".

Submetido: 16 Julio 2006

Acepto: 25 Octubre 2006

Correspondencia

Jorge M Tamayo

Calle 7 # 39-197 (1619), Torre Intermédica, Medellín, Colombia

E-mail: tamayojm@gmail.com

Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) es la entidad psiquiátrica más frecuente y la más discapacitante en proporción al número de afectados por la condición. Casi una sexta parte de la población mundial ha tenido al menos un episodio depresivo mayor en algún momento de sus vidas, sin distinción de razas, etnias o condiciones económicas.¹⁻⁶ En la actualidad, es la cuarta causa de enfermedad o discapacidad en todo el mundo, y se proyecta que subirá al segundo lugar para el año 2020. En las Américas es la primera causa de discapacidad superando ampliamente a la violencia y las enfermedades cardiovasculares.⁷ Estudios epidemiológicos en este continente muestran tasas variables de prevalencia a lo largo de la vida: desde 16.1% en los Estados Unidos (sin aparentes diferencias entre la población Latina y la población Caucásica viviendo en dicho país)³ hasta sólo 4.6% en Puerto Rico.⁸ Algunos de estos estudios utilizaron metodologías similares, por lo que las diferencias podrían ser debidas a factores propios de cada población, como los diferentes estresores medioambientales que operan como factores desencadenantes, el grado de estigmatización de las condiciones psiquiátricas que impiden el reconocimiento y aceptación de las mismas, y las diferencias en la expresión fenotípica de la condición que, en algunos países como Puerto Rico y China, lleva al enmascaramiento de los síntomas emocionales a costa de los síntomas somáticos asociados.⁹⁻¹² Otros estudios en Brasil, Chile y Colombia muestran además que factores tales como el género femenino, el desempleo, bajos ingresos económicos, ser soltero o separado y un bajo nivel educacional se correlacionan directamente con mayores tasas de prevalencia de trastorno depresivo mayor.^{5-6,13-14} Dichos factores son similares a los observados en el último estudio epidemiológico de los Estados Unidos,³ por lo que son otros factores, posiblemente aquellos mediados por la cultura, los que dan cuenta de las diferencias observadas en la detección del trastorno depresivo mayor.

En esta revisión utilizaremos el término somático para referirnos a todos aquellos síntomas atribuidos a cualquier órgano corporal, aunque su origen sea el mismo órgano que se pretende excluir de ese listado, el cerebro. Por síntomas mentales nos referiremos a aquellas expresiones atribuidas a la mente, como el pensamiento, las emociones, el comportamiento motivado y la conciencia, entre otras,¹⁵ y asumiendo que la mente es el principal producto de la actividad cerebral y por lo tanto es tan física como otras manifestaciones corporales. Finalmente, definimos a los Latinoamericanos como una etnia y en referencia a aquellos habitantes de los países de América con ciertas afinidades lingüísticas, religiosas o culturales por haber sido colonizados por naciones latinas como España, Portugal o Francia.¹⁶

La relevancia dada a los síntomas somáticos en la depresión y otros trastornos psiquiátricos es relativamente reciente. La dicotomía mente-cuerpo, conceptualizada por el filósofo del siglo XVII René Descartes, y que establecía una separación de la mente (espíritu) y el cuerpo (materia), dio paso a la separación entre lo que se llamaba "salud mental" y "salud física". Esta dicotomía ha estado presente desde los albores de la psiquiatría y persiste aún a pesar de los avances en el siglo XX que han probado las interrelaciones entre la salud mental y la salud física.¹⁷ Esta diferenciación persistente entre la salud mental y física ha dificultado la evaluación integral de la expresión fenotípica de la depresión mayor. Sin embargo, el reconocimiento de los síntomas somáticos como parte esencial del diagnóstico de la depresión mayor y otras

condiciones psiquiátricas viene siendo mencionado desde hace ya varias décadas. Kellner y Sheffield encontraron que los pacientes psiquiátricos frecuentemente exhibían síntomas somáticos asociados a los que se consideraban propiamente psiquiátricos. Los más comunes eran cefalea, desmayos, debilidad generalizada, dolores articulares, etcétera.¹⁸ Esto puede explicarse por el hecho que los trastornos psiquiátricos son reflejos de cambios físicos en el cerebro y éstos cambios a menudo desencadenan cambios físicos en otras partes del cuerpo también.¹⁹

Los sistemas de clasificación diagnóstica se han enfocado mayormente en los criterios emocionales del TDM como ánimo depresivo, disminución del interés o placer, sentimientos de desesperanza y culpa excesiva.²⁰ Para el Manual de Clasificación Diagnóstica de las Enfermedades Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) y más recientemente, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD por sus siglas en inglés), los síntomas cardinales del TDM son el ánimo depresivo y la pérdida de interés o placer. Sin embargo, otros síntomas han adquirido relevancia en las últimas versiones de estos sistemas de clasificación y han llegado a ser considerados como signos clásicos de la condición; tal es el caso de las alteraciones del sueño y el apetito. Se ha dado además mayor reconocimiento a la heterogeneidad del diagnóstico por medio del uso de subtipos diagnósticos como la depresión atípica, en la que los llamados síntomas vegetativos inversos como hipersomnia, hiperfagia y ganancia de peso son característicos. Sin embargo, los síntomas somáticos en pacientes con TDM no se limitan a cambios en el apetito y el sueño, y muchos síntomas dolorosos, y quejas somáticas vagas no dolorosas no son considerados aún como criterios diagnósticos de la condición. Manifestaciones somáticas no dolorosas como fatiga, debilidad, quejas múltiples vagas y amplificadas (usualmente más de tres), problemas músculo-esqueléticos no específicos, sensaciones de peso o ligereza en al menos una parte del cuerpo, disfunción gastrointestinal, acortamiento de la respiración, mareos, alteraciones del sueño y el apetito, poliuria y manifestaciones dolorosas como dolor articular, dolor lumbar y cefalea, se han asociado significativamente a un diagnóstico de TDM en estudios con médicos de atención primaria.²¹⁻²³

Por otro lado, la utilización de escalas en la práctica clínica que valoren síntomas somáticos es muy infrecuente; y, de modo similar, en los estudios clínicos, las escalas de mayor uso para dar seguimiento a la severidad de los síntomas asociados a un episodio depresivo mayor (EDM) incluyen sólo unos pocos síntomas somáticos y la mayoría de ellos tienen un valor predictivo relativamente mayor sobre el impacto de los síntomas somáticos en trastornos de ansiedad o de somatización que para el TDM.

La importancia de los síntomas somáticos en pacientes con TDM ha sido validada por diversos estudios, y se estima que entre 69% a 92% de estos pacientes presentan síntomas somáticos independientemente de los grupos sociales a los que pertenecen.²⁴⁻²⁶ En esta revisión exploraremos varios estudios realizados en diferentes países Latinoamericanos y en Latinos viviendo en EUA, con el fin de confirmar o rechazar la percepción de que los síntomas somáticos en depresión mayor son más frecuentes en esta etnia que en otros grupos poblacionales.

Método

Para este manuscrito se revisaron estudios publicados entre Enero de 1965 y Junio del 2006 que hiciesen referencia a la

comorbilidad entre depresión mayor y síntomas somáticos, a la prevalencia de dicha comorbilidad en Latinos y/o al impacto y el patrón de uso de antidepresivos en pacientes con depresión mayor y síntomas somáticos asociados. Se realizaron búsquedas en Medline, EMBASE, PAHO y LILACS, cruzando los términos 'hispanos', 'latinos', 'etnia' o 'latinoamericanos', con otros como 'depresión mayor', 'dolor', 'somatización', 'síntomas físicos', 'antidepresivos' y 'metabolismo'. Tras una revisión inicial los términos citados fueron cruzados también con los nombres de los diversos países Latinoamericanos para obtener información específica de estudios realizados en cada uno de ellos.

Resultados

La capacidad de somatizar es común a todas las culturas y grupos sociales estudiados.²⁷ Sin embargo, existen diferencias en los estilos de expresión y atribución de causas de los síntomas de una enfermedad, según sean las creencias y prácticas de salud de cada cultura.²⁸ Por otra parte, la presencia de síntomas somáticos en pacientes con TDM parece no depender de factores socioeconómicos como el género, el nivel de ingreso, el nivel educativo o la edad.²⁹⁻³⁰ Los síntomas somáticos por lo tanto, han sido descritos como parte de un idioma cultural de los trastornos afectivos que, de ser malinterpretado por el clínico, puede llevar a procedimientos diagnósticos innecesarios o a un tratamiento inadecuado.¹⁰ Estudios con pacientes deprimidos tratados en un ambiente de cuidado primario muestran que los síntomas somáticos y ansiosos a menudo no se asocian al diagnóstico de TDM por parte del clínico.³¹ Los estudios en pacientes con TDM que comparan algunas poblaciones Latinas viviendo en sus países de origen como Colombia, Perú y Puerto Rico versus población no Latina de Estados Unidos, muestran índices de somatización usualmente mayores en las poblaciones de Latinoamérica a pesar de tasas de síntomas depresivos similares.^{29,32-34}

La detección apropiada de los síntomas somáticos en pacientes con TDM podría ser particularmente relevante en Latinoamérica si se tiene en cuenta que la tendencia a "somatizar" se ha observado más frecuentemente con Latinos que con otros grupos étnicos.³² Se ha mencionado que las sociedades que promueven el individualismo (con límites claros en la relación interpersonal) parecen valorar la expresión directa de sentimientos displacenteros, mientras sociedades más colectivas como las Latinoamericanas (con límites más flexibles en el nivel relacional), tienden a valorar más la expresión indirecta de los mismos.²⁸ El estudio sobre Problemas Psicológicos en Cuidado de Salud General (PPGHC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que fue llevado a cabo en 14 países de cuatro continentes, mostró que los pacientes adultos atendidos en centros de cuidado primario ambulatorio se caracterizaban por altas prevalencias de reporte de síntomas somáticos únicamente en las dos ciudades latinoamericanas participantes (Río de Janeiro y Santiago de Chile) en comparación con la muestra total (32% y 36.8% vs. 19.7%), y que los mismos no dependían del nivel de desarrollo de los países evaluados, ni del nivel educativo o el género.²⁶ Este estudio logró demostrar el papel determinante de la cultura en la tendencia a somatizar sólo en los dos países latinoamericanos.³⁵ Un estudio observacional recientemente publicado y llevado a cabo en 705 pacientes evaluados por psiquiatras en 6 países Latinoamericanos, mostró que los síntomas somáticos estaban presentes en el 76.1% de los entrevistados en la visita basal. La presencia de los síntomas

somáticos se asoció a una mayor severidad de la depresión. Hechos los ajustes por edad, país y promedio de severidad del dolor, los pacientes con síntomas somáticos dolorosos tuvieron puntuaciones significativamente más altas en la escala de Hamilton para depresión de 17 puntos (HAMD-17) en comparación a los deprimidos sin síntomas somáticos.³⁶

Aunque la tendencia a "somatizar" se ha observado más en Latinos que con otros grupos étnicos, existen diferencias incluso entre los subgrupos Latinos. Un estudio comparativo con Mexicano-Americanos y Caucásico-Americanos mostró que los Puertorriqueños que vivían en su país de origen presentaban los más altos niveles de somatización.³⁷ Los mismos autores concluyen en otras publicaciones que la desproporción entre las altas tasas de somatización en Puertorriqueños y las bajas tasas de prevalencia de trastornos depresivos respecto a la población caucásica de Estados Unidos debe representar una mayor tendencia de los médicos Puertorriqueños a interpretar los síntomas somáticos como "psicogénicos" y no como componentes de un episodio depresivo.^{9,38} Otro estudio en pacientes Latinos deprimidos en Estados Unidos, mostró tasas de prevalencia de dolor abdominal crónico que diferían significativamente entre los 3 grupos evaluados: 4.6% en Mexicano-Americanos, 5.8% en Cubano-Americanos y 8.3% en Puertorriqueños. Los análisis de regresión logística confirmaron una estrecha asociación entre depresión y dolor abdominal crónico.³⁹

Para evaluar la interpretación que los clínicos dan a los síntomas somáticos en sus pacientes con TDM es necesario tener en cuenta los factores que intervienen en el proceso de comunicación entre los pacientes y los profesionales de salud mental, como la propia percepción del paciente de sus síntomas mentales y somáticos, la expresión de éstos síntomas a su clínico y la propia interpretación de los síntomas por parte del clínico. Estos pasos descritos por Leff en la comunicación de emociones displacenteras, intervienen en la decisión final de los clínicos respecto al diagnóstico del paciente.⁴⁰ Corruble et al. mostraron en su estudio con 64 pacientes deprimidos hospitalizados, que los pacientes deprimidos con altos niveles de somatización y ansiedad exhibían una tendencia a sobreestimar su sintomatología en comparación con lo reportado por su médico.⁴¹ Otro estudio con médicos primarios mostró que éstos clínicos y sus pacientes pueden sentirse más cómodos en el dominio somático que en el mental, lo que conduce a bajas tasas de diagnóstico de depresión en aquellos pacientes con síntomas somáticos asociados.⁴² Contrario a lo observado en médicos primarios, una revisión más enfocada en el reconocimiento de trastornos somatoformes por psiquiatras mostró que estos especialistas están más preocupados por los trastornos mentales severos que por los trastornos somatoformes o el reconocimiento de los síntomas somáticos. Los autores concluyeron que es muy probable que este grupo de médicos no reconozcan, no valoren, o subestimen la presencia de estos síntomas y por lo tanto no monitoreen su evolución durante el curso de un tratamiento.⁴³ Estos especialistas intentan "normalizar" los síntomas somáticos que su paciente expresa y tienden a referirlos a otro especialista.⁴⁴ El único estudio hasta ahora conducido en psiquiatras, que explora el nivel de reconocimiento de síntomas somáticos en sus pacientes con TDM fue llevado a cabo en Puerto Rico usando instrumentos de investigación que permitieron la recopilación de los datos sin interferir con la práctica clínica habitual de los psiquiatras participantes. El mismo mostró que los síntomas somáticos estaban presentes en el 100% de los

144 pacientes con un EDM. Sin embargo el reconocimiento de dichos síntomas fue apenas aceptable, según análisis de correlación (valores kappa < 0.5), en el caso de dolores articulares de extremidades superiores, dolor abdominal, dolor de espalda y cefalea. Por el contrario, los síntomas dolorosos de extremidades inferiores y los síntomas somáticos no dolorosos fueron pobremente reconocidos. Este estudio también permitió observar que el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o venlafaxina, en dosis más bajas a las terapéuticas, no condujo a una reducción en la intensidad y frecuencia de dichos síntomas somáticos asociados, si bien hubo una reducción parcial significativa en la intensidad de los síntomas emocionales.⁴⁵

Tomando en consideración el impacto que tienen la cultura, las creencias filosóficas imperantes en determinado momento histórico, la estigmatización de los trastornos y síntomas psiquiátricos y la devaluación de los síntomas somáticos por parte de los especialistas en psiquiatría -evitándolos o atribuyéndoles un origen psicogénico no ligado a un sustrato biológico-, es prudente decir que los pacientes latinoamericanos con TDM están en serio riesgo de no ser diagnosticados oportunamente, y en caso de recibir un diagnóstico de TDM, están en riesgo de recibir un tratamiento inadecuado en términos de dosificación o duración del mismo, de obtener respuestas parciales a los antidepresivos o de ser clasificados como pacientes con trastornos de somatización, hipocondriasis u otros diagnósticos no psiquiátricos.

La importancia de los síntomas somáticos en el TDM radica en su contribución significativa en la predicción de un nuevo episodio depresivo incluso varios años después del EDM actual.^{22,46-48} Su falta de detección tiene implicaciones significativas en los costos del tratamiento. Los individuos con TDM consistentemente exhiben las más altas tasas de pérdida de tiempo productivo cuando presentan además síntomas somáticos como dolor, debilidad, fatiga, molestias gastrointestinales o alteraciones sensoriales.⁴⁹ La presencia de síntomas somáticos en pacientes con TDM se asocia a un consumo nueve veces mayor de los recursos de salud que la población general y tres veces más que los deprimidos en general.⁵⁰⁻⁵¹ Un estudio observacional mostró mayores tasas de desempleo en pacientes deprimidos con síntomas somáticos de intensidad moderada a severa.⁴⁵ Además, la presencia de síntomas somáticos en pacientes con TDM se ha asociado a un pobre nivel de respuesta al tratamiento antidepresivo.⁵² Un adecuado tratamiento que incorpore el control de los síntomas no emocionales es crucial para lograr un adecuado cumplimiento de terapia,⁵³ un más rápido inicio de acción del antidepresivo,⁵⁴ mayores oportunidades de respuesta y/o remisión del episodio depresivo,^{45,48,55-56} y una mayor calidad de vida.³⁶

Discusión y conclusiones

Desdichadamente pocos estudios se han llevado a cabo para evaluar los patrones de uso, adherencia y prescripción de antidepresivos en pacientes Latinos con TDM y su relación con tasas de remisión, recurrencia, control de síntomas somáticos asociados y funcionamiento global. Además, la mayoría de estos estudios han sido implementados fuera de los países Latinoamericanos introduciendo variables de aculturación, acceso a servicios de salud y barreras lingüísticas, culturales y étnicas que dificultan una correcta evaluación del problema. Por otro lado, los estudios revisados se caracterizan por utilizar diferentes métodos de evaluación y

ausencia de estrategias para controlar la variable del nivel educativo de los sujetos, lo que puede comprometer en parte las conclusiones de esta revisión. Procesos que no son exclusivamente biológicos como la alianza terapéutica, la adherencia y el efecto placebo pueden ejercer influencias más poderosas en el diagnóstico y el pronóstico al tratamiento que las variables farmacocinéticas o farmacodinámicas y por lo tanto deben ser tenidos en cuenta. Sin embargo, estos procesos, no enteramente biológicos, son difíciles de evaluar y no han sido sistemáticamente investigados. Datos limitados indican que la interpretación de los efectos terapéuticos y adversos por parte del paciente y del clínico, se ve fuertemente influenciada por las expectativas y las creencias culturales, y que hay diferencias entre los estilos de expresión y atribución de síntomas según sean las creencias y prácticas en salud de cada cultura.³⁴

Por otro lado, una práctica fuertemente arraigada entre los clínicos de los países Latinoamericanos y de los Estados Unidos que tratan pacientes Latinos, es la de la prescripción de dosis bajas de antidepresivos. En una revisión temprana de las historias clínicas de 41 Latinas y 21 Anglosajonas deprimidas en tratamiento con antidepresivos, Marcos y Cancro mostraron que las Anglosajonas recibieron cerca del doble de la dosis de antidepresivos que las pacientes Latinas, con similares respuestas terapéuticas.⁵⁷ Sin embargo, los autores sugirieron que dichas observaciones clínicas podían deberse al hecho que los Latinos deprimidos expresan más su condición en términos de somatización y que dichos síntomas somáticos podrían ser erróneamente interpretados como eventos adversos negando la posible persistencia de la condición. Una consultoría telefónica reciente confirmó que las creencias negativas respecto al tratamiento antidepresivo siguen siendo más frecuentes entre los Latinos y Afro-americanos de Estados Unidos que entre los blancos; pero que, al ajustar los análisis a estas creencias, las diferencias en aceptabilidad al tratamiento para la depresión desaparecían.⁵⁸

Los pocos estudios llevados a cabo en Latinos con TDM y síntomas somáticos sugieren que ciertos antidepresivos o dosis bajas de antidepresivos duales como la venlafaxina pueden comprometer las tasas de respuesta y remisión de dichos pacientes.^{36,45} Esta costumbre de prescribir dosis menores de antidepresivos u otros psicotrópicos a pacientes Latinos bien puede provenir de experiencias tempranas con antidepresivos tricíclicos o antipsicóticos convencionales cuyos eventos adversos de tipo anticolinérgico y extrapiramidal eran pobremente tolerados y/o aceptados por los pacientes Latinos cuya queja principal suele ser precisamente la presencia de síntomas somáticos, comprometiendo la evaluación apropiada del balance entre beneficio y riesgo.

Los factores que determinan las variaciones en las respuestas a los medicamentos entre diferentes poblaciones son complejos e interdependientes. Los factores medioambientales como el clima, la dieta o el consumo de cigarrillos, pueden tener un profundo impacto en el metabolismo de los fármacos. Fumar puede acelerar el metabolismo de antidepresivos que utilicen la enzima CYP1A2 como la fluvoxamina, haciéndolos menos efectivos. Por otro lado, los factores biológicos como los polimorfismos genéticos, la edad y el género ejercen también influencias significativas. La investigación genética de la última década ha descubierto significativas diferencias en el metabolismo, la efectividad clínica y los perfiles de seguridad de importantes medicamentos entre diferentes poblaciones; sin embargo, la mayoría de estas investigaciones aplican a Afro-americanos, Asiáticos y Caucásicos, y pocos estudios se

han enfocado en la evaluación de los Latinos.⁵⁹ A diferencia de los estudios en poblaciones Asiáticas en los que se han documentado significativas diferencias respecto al nivel de funcionamiento de diversos sistemas enzimáticos en comparación a los datos obtenidos en Caucásicos, los pocos estudios llevados a cabo en poblaciones Latinas de diversos países y con diferente descendencia racial han desmentido las supuestas diferencias metabólicas.⁶⁰⁻⁶¹ Además, las diferencias genéticas observadas entre ciertos grupos poblacionales que pueden afectar el metabolismo de algunos medicamentos, sólo tienen relevancia para aquellos que posean un estrecho índice terapéutico o cuando los polimorfismos genéticos resultan en grandes diferencias entre metabolizadores pobres y extensos.⁵⁹ Por ahora, es prudente decir que poco se sabe sobre la efectividad y tolerabilidad de las terapias antidepressivas en Latinos y que los pocos estudios existentes no demuestran diferencias significativas en comparación con los Caucásicos u otros grupos étnicos.⁶²

Para concluir, dada la enorme relevancia de los síntomas somáticos en el curso, pronóstico y tratamiento de los pacientes Latinos con TDM, es esencial estimular su apropiado reconocimiento y abordaje. El uso de algunos instrumentos clínicos podría ayudar la detección y seguimiento de los síntomas somáticos asociados al TDM. Tal es el caso del Cuestionario de Síntomas (*Symptom Questionnaire*)⁶³ y la Lista de Verificación de Síntomas de Hopkins de 90 puntos (*90-item Hopkins Symptom Checklist, SCL-90*).⁶⁴ Brannan y otros⁶⁵ usaron recientemente escalas visuales análogas (VAS por sus siglas en inglés) para evaluar el efecto de un antidepressivo en el control de síntomas somáticos dolorosos en pacientes con un EDM.

La escalas tipo VAS permiten que el paciente califique la severidad de diversos síntomas sin la ayuda de puntos de referencia que podrían sesgar los resultados, y son claramente confiables en el seguimiento de la evolución de los síntomas evaluados.

Creemos prudente además, citar algunas recomendaciones sugeridas al clínico por Epstein et al. en el tratamiento de pacientes con altos índices de somatización y que bien pueden ser aplicadas a los pacientes Latinos con TDM: 1) entablar una relación de respeto con el paciente, especialmente en aquellos que se han sentido descartados o abandonados por sus médicos; 2) establecer metas razonables, limitando el número de pruebas de laboratorio y referidos y manejando adecuadamente la frustración que supone tratar pacientes con un elevado número de quejas somáticas; 3) explorar las emociones, contexto social y síntomas somáticos de la enfermedad; 4) pacientes que buscan exclusivamente explicaciones psicosociales necesitan una cuidadosa exploración biológica y aquellos que buscan sólo respuestas orgánicas a sus síntomas deben recibir una exploración detallada de sus dominios psicosociales; 5) los términos *somatizador* y *somatoforme* deben abandonarse, evitando poner los rótulos de orgánico o psicológico a los síntomas referidos por el paciente; 6) el tratamiento del paciente debe enfocarse idealmente en mejorar su nivel de funcionamiento, educar al paciente y monitorear la adherencia al mismo; 7) la familia debe ser involucrada en el tratamiento del paciente, asegurándose de "legitimar" el sufrimiento de éste; y 8) en situaciones donde el clínico pueda sentirse inefectivo o impotente ante la persistencia de la sintomatología, antes que recurrir al referido del paciente es recomendable que se redefinan los objetivos del tratamiento hacia unos más orientados en la mejoría funcional del paciente.⁶⁶

Referencias

1. Awam M, Kebede D, Alem A. Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1999;397:56-64.
2. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of Psychiatric Disorders in the General Population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33(12):587-95.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 2003;289(23):3095-105.
4. Torres de Galvis Y, Montoya ID. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Ministerio de Salud de Colombia. Santa Fe de Bogotá D.E.; 1997.
5. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(7):316-25.
6. Vicente B, Rioseco P, Saldívia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev Med Chile.* 2002;130(5):527-36.
7. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry.* 2004;184:386-92.
8. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA.* 1996;276(4):293-9.
9. Canino IA, Canino G. Puerto Ricans. In: Lopez A, Carrillo E, editors. *The Latino psychiatric patient: assessment and treatment.* Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc; 2001. p. 141-62.
10. Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(13 suppl):22-8.
11. Lin TY. Culture and psychiatry: a Chinese perspective. *Aust N Z J Psychiatry.* 1982;16(4):235-45.
12. Patten SB. International differences in major depression prevalence: what do they mean? *J Clin Epidemiol.* 2003;56(8):711-6.
13. Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Halal PC. Síntomas depresivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2004;38:365-71.
14. Gomez-Restrepo C, Bohorquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JF, Rondon Sepulveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;16(6):378-86.
15. Gazzaniga MS, Ivry RB, Mangun GR. Cognitive neuroscience: the biology of the mind. New York: W. W. Norton; 1998.
16. Diccionario de la lengua española. Madrid: Espasa-Calpe S.A.; 2005.
17. Baum A, Posluszny DM. Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annu Rev Psychol.* 1999;50:137-63.
18. Kellner R, Sheffield BF. The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normals. *Am J Psychiatry.* 1973;130(1):102-5.
19. Kendler ER. A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry.* 1998;155(4):457-69.
20. Perez-Stable EJ, Miranda J, Munoz RF, Ying YW. Depression in medical outpatients: under-recognition and misdiagnosis. *Arch Intern Med.* 1990;150(5):1083-8.
21. Gerber PD, Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Manheimer E, Smith R, Whiting RD. The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care patients. *J Gen Intern Med.* 1992;7(2):170-3.
22. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Linzer M, Hahn SR, deGruy FV 3rd, Brody D. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med.* 1994;3(9):774-9.
23. Silva H, Ruiz A. Aspectos clínicos de la depresión en pacientes de Medicina General. *Rev Med Chile.* 1992;120(2):158-62.
24. Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community: prevalence, classification, and psychiatry comorbidity. *Arch Int Med.* 1993;153(21):2474-80.

25. Ebert D, Martus P. Somatization as a core of melancholic type depression. Evidence from a cross-cultural study. *J Affect Disord.* 1994;32(4):253-6.
26. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med.* 1999;341(18):1329-35.
27. Lopez SR, Aguilar-Gaxiola S, Alegria M, Escobar JI, Martinez F, Hernandez P. Creating Culturally Competent Mental Health Systems for Latinos: Perspectives from an Expert Panel. Proceedings of a panel discussion at the National Association of State Mental Health Program Directors. Winter 2000. Commissioners Meeting. [cited 2006 mar 15]. Available at: http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/ntac_pubs/reports/LatinoWeb.PDF
28. Keyes CL, Ryff CD. Somatization and mental health: a comparative study of the idiom of distress hypothesis. *Soc Sci Med.* 2003;57(10):1833-45.
29. Canino IA, Rubio-Stipec M, Canino G, Escobar JI. Functional somatic symptoms: a cross-ethnic comparison. *Am J Orthopsychiatry.* 1992;62(4):605-12.
30. Piccinelli M, Simon G. Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychol Med.* 1997;27(2):433-44.
31. Barkow K, Heun R, Ustun TB, Berger M, Bermejo I, Gaebel W, Harter M, Schneider F, Stieglitz RD, Maier W. Identification of somatic and anxiety symptoms which contribute to the detection of depression in primary health care. *Eur Psychiatry.* 2004;19(5):250-7.
32. Mezzich JE, Raab ES. Depressive symptomatology across the Americas. *Arch Gen Psychiatry.* 1980;37(7):818-23.
33. Escobar JI, Gomez J, Tuason VB. Depressive phenomenology in North and South American patients. *Am J Psychiatry.* 1983;140(1):47-51.
34. Kirmayer LJ, Young A, Robbins JM. Symptom attribution in cultural perspective. *Can J Psychiatry.* 1994;39(10):584-95.
35. Bhatt A, Tomenson B, Benjamin S. Transcultural patterns of somatization in primary care: a preliminary report. *J Psychosom Res.* 1989;33(6):671-80.
36. Munoz RA, McBride ME, Brnabic AJ, Lopez CJ, Hetem LA, Secin R, Duenas HJ. Major depressive disorder in Latin America: The relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *J Affect Disord.* 2005;86(1):93-8.
37. Shrout PE, Canino GJ, Bird HR, Rubio-Stipec M, Bravo M, Burnam MA. Mental health status among Puerto Ricans, Mexican Americans, and non-Hispanic whites. *Am J Community Psychol.* 1992;20(6):729-52.
38. Canino G, Bird H, Rubio-Stipec M. The epidemiology of mental disorders in the adult population of Puerto Rico. *P R Health Sci J.* 1997;16(2):117-24.
39. Magni G, Rossi MR, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Chronic abdominal pain and depression. Epidemiologic findings in the United States. Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Pain.* 1992;49(1):77-85.
40. Leff JP. Psychiatrists' versus patients' concepts of unpleasant emotions. *Br J Psychiatry.* 1978;133:306-13.
41. Corruble E, Legrand JM, Zvenigorowski H, Duret C, Guelfi JD. Concordance between self-report and clinician's assessment of depression. *J Psychiatr Res.* 1999;33(5):457-65.
42. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Intern Med.* 1999;14(9):569-80.
43. Bass C, Peveler R, House A. Somatoform disorders: severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists. *Br J Psychiatry.* 2001;179:11-4.
44. Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *Br J Psychiatry.* 2002;180:248-53.
45. Tamayo JM, Roman K, Fumero JJ, Rivas M. The level of recognition of physical symptoms in patients with a major depressive episode in the outpatient psychiatric practice in Puerto Rico: an observational study. *BMC Psychiatry.* 2005;5(28).
46. Terre L, Poston WS, Foreyt J, St Jeor ST. Do somatic complaints predict subsequent symptoms of depression? *Psychother Psychosom.* 2003;72(5):261-7.
47. Judd LL, Paulus MJ, Schettler PJ, Akiskal HS, Endicott J, Leon AC, Maser JD, Mueller T, Solomon DA, Keller MB. Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *Am J Psychiatry.* 2000;157(9):1501-4.
48. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med.* 1995;25(6):1171-80.
49. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA.* 2003;289(23):3135-44. Erratum in: *JAMA.* 2003;290(16):2218.
50. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 1992;14(4):237-47.
51. Smith GR Jr. The course of somatization and its effects on utilization of health care resources. *Psychosomatics.* 1994;35(3):263-7. Erratum in: *Psychosomatics.* 1994;35(5):513.
52. Papakostas GI, Petersen T, Denninger J, Sonawalla SB, Mahal Y, Alpert JE, Nierenberg AA, Fava M. Somatic symptoms in treatment-resistant depression. *Psychiatry Res.* 2003;118(1):39-45.
53. Agosti V, Quitkin FM, Stewart JW, McGrath PJ. Somatization as a predictor of medication discontinuation due to adverse events. *Int Clin Psychopharmacol.* 2002;17(6):311-4.
54. Papakostas GI, Petersen TJ, Iosifescu DV, Summergrad P, Sklarsky KG, Alpert JE, Nierenberg AA, Fava M. Somatic symptoms as predictors of time to onset of response to fluoxetine in major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(4):543-6.
55. McIntyre RS, Konarski JZ, Mancini DA, Zurovski M, Giacobbe P, Soczynska JK, Kennedy SH. Improving outcomes in depression: a focus on somatic symptoms. *J Psychosom Res.* 2006;60(3):279-82.
56. Bair MJ, Robinson RL, Eckert GJ, Stang PE, Croghan TW, Kroenke K. Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosom Med.* 2004;66(1):17-22.
57. Marcos LR, Cancro R. Pharmacotherapy of Hispanic depressed patients: clinical observations. *Am J Psychother.* 1982;36(4):505-12.
58. Cooper LA, Gonzales JJ, Gallo JJ, Rost KM, Meredith LS, Rubenstein LV, Wang NY, Ford DE. The acceptability of treatment for depression among African-American, Hispanic, and white primary care patients. *Med Care.* 2003;41(4):479-89.
59. Burroughs VJ, Maxey RW, Crawley LM, Levy RA. Cultural and Genetic Diversity in America: The Need for Individualized Pharmaceutical Treatment. National Pharmaceutical Council and National Medical Association. [cited 2006 Jan 12]. Available at www.npcnow.org/resources/PDFs/CulturalFINAL.pdf.
60. Poland RA, Lin KM, Nuccio C, Wilkinson GR. Cytochrome P450 2E1 and 3A activities do not differ between Mexicans and European Americans. *Clin Pharmacol Ther.* 2002;72(3):288-93.
61. Jorge LF, Eichelbaum M, Griese EU, Inaba T, Arias TD. Comparative evolutionary pharmacogenetics of CYP2D6 in Ngawbe and Embera Amerindians of Panama and Colombia: role of selection versus drift in world populations. *Pharmacogenetics.* 1999;9(2):217-28.
62. Sleath BL, Rubin RH, Huston SA. Antidepressant prescribing to Hispanic and non-Hispanic white patients in primary care. *Ann Pharmacother.* 2001;35(4):419-23.
63. Kellner R. A symptom questionnaire. *J Clin Psychiatry.* 1987;48(7):268-74.
64. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale: preliminary report. *Psychopharmacol Bull.* 1973;9(1):13-28.
65. Brannan SK, Mallinckrodt CH, Brown EB, Wohlreich MM, Watkin JG, Schatzberg AF. Duloxetine 60 mg once-daily in the treatment of painful physical symptoms in patients with major depressive disorder. *J Psychiatr Res.* 2005;39(1):43-53.
66. Epstein RM, Quill TE, McWhinney IR. Somatization Reconsidered. Incorporating the Patient's Experience of Illness. *Arch Intern Med.* 1999;159(3):215-22.