

Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales

S. López Chamón

Centro de Salud Puerta del Ángel. Área 7 de la Comunidad de Madrid. Madrid.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN

Consideraciones generales

Como ya se ha comentado, la depresión es una alteración del estado afectivo, con manifestaciones tanto físicas como psíquicas, de importante repercusión para la vida socio-familiar y laboral del individuo que la padece.

El abordaje de esta enfermedad por Atención Primaria (AP) representa una prioridad desde el punto de vista de Planificación Sanitaria, ya que es un problema de salud frecuente en nuestro medio, el diagnóstico es fundamentalmente clínico y el tratamiento es posible, seguro y eficaz.

Las enfermedades que alteran el estado de ánimo se agrupan y clasifican nosológicamente según DSM-IV¹ y CIE-10², pero ciertas consideraciones dificultan su abordaje: así, la tristeza y el ánimo deprimido no son exclusivas ni diagnósticas del trastorno depresivo mayor (TDM); exige unos criterios muy definidos para su clasificación, y seguramente la polisemia del término depresión (relativo a un síntoma, a un síndrome, o a un grupo de enfermedades) dificulta la comprensión de las enfermedades del estado de ánimo.

La estigmatización que persiste en algunos grupos respecto a esta patología justifica la no aceptación de la misma y el rechazo al tratamiento, pero sin embargo se elige como eufemismo para otras enfermedades mentales menos aceptadas socialmente como por ejemplo en la esquizofrenia³. Además la depresión se puede manifestar como un grupo de síntomas inespecíficos e inconexos que dificultan su diagnóstico, y sólo nos queda la sospecha clínica.

Correspondencia: S. López Chamón.
Centro de Salud Puerta del Ángel.
Área 7 de la Comunidad de Madrid.
Paseo de Extremadura, 111-113.
28011 Madrid.
Correo electrónico: slchamon@hotmail.com

ca para ayudar con tratamiento médico a pacientes que no cumplirían criterios de TDM⁴. La depresión puede presentarse de forma comórbida con otras enfermedades mentales o con enfermedades orgánicas y hemos de tenerla presente ya que se interfieren mutuamente en su evolución.

La posición del médico de AP, conocedor de la biografía bio-psico-social del paciente, es una posición privilegiada para diagnosticar y atender aquellas patologías que modifican el curso vital del individuo, o requieren apoyo y seguimiento en su evolución.

Entrevista clínica

La entrevista clínica va a ser en este caso la estrategia más eficiente para atender al paciente psiquiátrico en general y al depresivo en particular: una buena técnica de entrevista va a permitir el acercamiento a su “sentir y creer”, y facilitará la exploración psicopatológica y el clima de confianza y respeto imprescindibles para una alianza terapéutica.

El modelo de consulta de Egan es uno de los más usados, centrando la entrevista en el paciente, atendiendo a sus sentimientos y emociones en tono empático y cordial mediante una escucha activa, el uso de silencios como ayuda, la reflexión de los contenidos y paráfrasis o resúmenes facilitadores de los mensajes, con aclaración de las dudas y sentimientos, centrando el foco narrativo en la entrevista y haciendo avanzar la consulta sin dispersarse⁵.

Se reconoce a un buen entrevistador por su empatía, asertividad, flexibilidad y cordialidad, habilidades fundamentales para romper las barreras de comunicación que levanta el paciente psiquiátrico como son las reticencias a contar el problema o la dificultad para expresar sus síntomas psíquicos o la falta de conciencia de estar enfermo; y de otro lado, vencer las resistencias del propio profesional con prejuicios ante el enfermo psíquico o la falta de tiempo para atenderlo. Por analogía, podemos reconocer estrategias de distanciamiento que utiliza el médico para no implicarse con este tipo de pacientes (tabla 1).

Tabla 1. Actitud del médico en la entrevista psiquiátrica

| |
|--|
| Con técnicas de apoyo narrativo |
| Baja reactividad: dejar hablar al paciente |
| Sintonía: participar de las mismas emociones |
| Facilitación: ayudar a iniciar y proseguir el relato |
| Repetición de frases: dichas ya por el paciente |
| Señalamiento: de emociones y conductas |
| Clarificación: verbal y no verbal |
| Silencio funcional: momento de reflexión o de descarga emocional |
| Con estrategias de distanciamiento |
| Restringir la entrevista a cuestiones no emotivas |
| Eludir tratar cuestiones relacionadas con los sentimientos |
| Minimizar los sentimientos calificándolos de normales |
| Hacer preguntas dirigidas previamente vaciadas de contenido |
| Animar al paciente con tópicos |

Tabla 2. Exploración psicopatológica

| |
|---|
| Imagen: apariencia, modales, modelos relacionales |
| Conciencia: consciente, estupor, obnubilado, toma conciencia de enfermedad: introspección |
| Lenguaje: mutismo, lento, incoherente |
| Conducta: agitada, desinhibida, desconfiada, desorganizada |
| Orientación: tiempo y espacio |
| Memoria: reciente, de fijación, evocación |
| Nivel de energía |
| Atención y conducta: agitada, desinhibida, desorganizada |
| Pensamiento: curso: enlentecido, acelerado, disgregado, bloqueado |
| Ideas: obsesivas, depresivas, fóbicas, preocupaciones, suicida |
| Delirios: ruina, grandeza, celos, culpa, persecución |
| Estado de ánimo: objetivo y subjetivo |
| Trastornos del ánimo: tristeza, euforia, irritabilidad, labilidad afectiva, aplanamiento afectivo, ansiedad, angustia |
| Percepción: ilusiones, alucinaciones |
| Inteligencia y comprensión |

En la fase inicial de una entrevista se establece contacto y aproximación entre paciente, profesional y familia. En la fase intermedia se plantea y se define la situación, donde se ofrece por el profesional una doble escucha (sintomática y vital), se explora al sujeto en la vertiente orgánica y psicosomática (tabla 2), y se realiza un mapa personal del paciente y de su queja, representando su ciclo vital, la estructura familiar, su funcionamiento social, sus expectativas, creencias, significados, momentos críticos y las soluciones previamente intentadas para resolver el problema. En la fase de finalización se realiza una devolución comprensiva, se detalla el plan terapéutico, así como un pacto de alianzas para tratamiento y seguimiento^{6,7}.

La comunicación en depresión pasa por trasmitir seguridad al paciente y familiares, eliminando los sentimientos de culpa en relación al origen de la enfermedad, desposeyendo de connotación moral el problema de base y explicando el curso, el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad⁵. Es importante aconsejar a la familia la vigilancia del paciente cuando se sospeche riesgo de suicidio e informarles de que no lo fuercen a realizar actividades hasta su mejoría clínica.

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

Llamamos síndrome depresivo al conjunto de síntomas que aparecen en la depresión. La intensidad y la combinación en la que aparecen estos síntomas nos permite considerar distintas formas clínicas de depresión y su gravedad.

Llamamos enfermedad depresiva al síndrome depresivo con su estudio etiopatogénico, no siempre posible en el momento actual.

Son síntomas nucleares de la depresión la tristeza patológica y la pérdida del interés o de la capacidad de obtener placer (anhedonia). Suelen aparecer agrupaciones de síntomas de distintas esferas psicológicas: de los afectos, de la cognitivo y conductual, y de la somática⁸.

Síntomas afectivos

1) Tristeza patológica o humor depresivo. Tiene cualidad negativa, y se expresa como pena, vacío, desesperación, y en casos extremos como falta de sentimientos. En

algunas ocasiones puede quedar oculta por otros síntomas.

2) Anhedonia. Es la dificultad para obtener recompensa grata de aquello que resultaba placentero. Lleva al aislamiento y a la pasividad.

3) Ansiedad secundaria a depresión. Representa miedo intenso e injustificado a que ocurra algo malo y temible, obliga a un continuo estado de alerta, desasosiego y desesperación, que impulsa a pedir ayuda.

4) Irritabilidad. Aparece como reacciones de conductas violentas, injustificadas y desproporcionadas. Conduce al aislamiento social.

5) Disforia. Es una sensación difusa de malestar general, una mezcla de sentimientos negativos: malhumor, angustia, ansiedad, irritabilidad.

6) Apatía. Que el paciente manifiesta como indiferencia total.

Síntomas cognitivos

1) Alteraciones del pensamiento. Curso lento, indeciso y monótono, con dificultad para concentrarse y discurrir. El contenido del pensamiento está invadido por ideas negativas de ruina, inutilidad, pesimismo o culpa que conducen a la desesperación. Son distorsiones del entorno (que depara malos augurios) y de uno mismo (como persona indigna). Pueden aparecer ideas recidivantes de muerte o de suicidio.

2) Alteraciones cognoscitivas. Asociadas o no a cuadros de demencia en ancianos y ocasionalmente en jóvenes. En general traducen peor pronóstico. Se presentan como desorientación, alteraciones de memoria, de la capacidad de aprendizaje y de la atención.

Síntomas somáticos

La suma de síntomas somáticos y la gravedad de los mismos están relacionadas con la gravedad de la depresión:

1) Trastornos vegetativos. Astenia, cefaleas atípicas, alergias músculo-esqueléticas, pérdida de peso, trastornos digestivos (dispepsia, estreñimiento, pérdida de apetito etc.).

trastornos cardíacos (dolor precordial, taquicardia), de la libido, del equilibrio, o alteraciones del sueño con distintos tipos de insomnio o hipersomnia.

2) Trastornos de los ritmos vitales. Aparecen de forma variable y no en todos los pacientes: alteraciones del ritmo sueño/vigilia, del ritmo circadiano con empeoramiento matutino de los síntomas y alteraciones según ritmo estacional con recuperaciones en el período invernal.

Síntomas conductuales

Alteraciones en la actividad psicomotora. Con repercusión en toda la dinámica corporal: mimica de la cara, movimientos aislados o combinados, apariencia general, postura, alteración en la marcha, lenguaje (lento, de pobre iniciativa, mutismo) o disminución del rendimiento, u otras conductas de inhibición como tendencia al aislamiento, al llanto, intentos de suicidio y suicidio aparecen en la depresión. También puede relacionarse con conductas agresivas, violentas o de histeria y, en algunos casos de depresión, en lugar de inhibición hay agitación psicomotora.

Poblaciones especiales

1) Niño. La depresión en el niño se presenta con síntomas atípicos: irritabilidad, alteraciones en la conducta, disminución de los juegos, hiperactividad, bajo rendimiento escolar, dificultades de concentración, llanto frecuente, disminución del apetito y/o sueño, inquietud, temores, enuresis secundaria, etc. Puede asociarse al abuso de sustancias y es importante evaluar el riesgo de suicidio por su frecuencia⁹.

2) Adolescente. La adolescencia supone un momento potencial de crisis vital por desajustes con el exterior o desajustes intra-sujeto, siendo esta etapa un factor de riesgo para padecer depresión. En este grupo puede manifestarse con cambios de hábitos, conductas de riesgo por abuso de alcohol y drogas, aislamiento, aburrimiento, irritabilidad, alteraciones del apetito (anorexia/bulimia), trastornos del sueño, tendencias suicidas o verbalización de ideas de muerte¹⁰. El suicidio en el adolescente representa la segunda causa de muerte en este tramo de edad, después de los accidentes¹⁰. La depresión es uno de los motivos por los que se suicida el adolescente y constituye el segundo grupo etario de riesgo para suicidio, después de los ancianos.

3) Mujer. El sexo parece ser un factor de riesgo independiente para padecer depresión. La prevalencia de los trastornos afectivos es el doble para la mujer que para el varón¹¹. Los momentos críticos nuevamente coinciden con situaciones de cambio y crisis vital.

En la edad reproductiva aparece el síndrome premenstrual (SPM), referente a un conjunto de síntomas físicos y conductuales que inciden en las dos semanas previas a la menstruación y se alivian espontáneamente pocos días después de iniciarse ésta. Se considera que el 40% de las mujeres en edad fértil pueden presentar formas variables del SPM, pero sólo el 2-10% cumple criterios de síndrome disfórico premenstrual (PMDD) según DSM-IV (tabla 3). El tratamiento en el PMDD son inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y para el SPM con pre-

Tabla 3. Trastorno disfóricopremenstrual. DSM-IV

Deben estar presentes al menos cinco de los siguientes once síntomas y por lo menos uno de ellos debe corresponder a uno de los cuatro primeros

- Tristeza, desesperanza, o ideas de autodesaprobación acusadas
- Ansiedad, tensión, sensación de agobio o de estar al límite
- Labilidad emocional evidente
- Irritabilidad o enfado de forma acusada y persistente o aumento de conflictos interpersonales
- Pérdida de interés por las actividades cotidianas
- Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse
- Letargia, fatigabilidad fácil o falta evidente de energía
- Cambios significativos del apetito, atracones por determinadas comidas
- Hipersomnia o insomnio
- Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control
- Otros síntomas físicos, como hipersensibilidad mamaria, aumento de las mamas, dolores de cabeza, dolores osteoarticulares o musculares, sensación de hinchazón o ganancia de peso

dominio de síntomas físicos, el tratamiento es sintomático¹².

Se ha podido estimar que el 50% de las mujeres tienen desajustes emocionales en el puerperio inmediato, "melancolías", y el 10% presentan, en el puerperio más tardío (un mes después del parto) estados de angustia, depresión y ansiedad durante semanas, meses o años. Los criterios diagnósticos son los de TDM y como síntomas característicos aparecen enlentecimiento motor, animia, falta de cuidados personales, pérdida de la libido, cefaleas y pensamiento pobre de contenido negativo y pesimista¹³.

La privación hormonal en el climaterio puede dar lugar a síntomas psicológicos como alteraciones del humor, afectación del estado de ánimo, irritabilidad o depresión mayor según criterios DSM-IV. Parece demostrado que la correlación entre menopausia y depresión está más definida para la menopausia quirúrgica que para la fisiológica. En la edad media de la vida de la mujer, 45-49 años, se ha podido detectar un pico de suicidios que no se corresponde con el pico de suicidios en el hombre¹⁴.

4) Anciano. La depresión es el trastorno psiquiátrico más prevalente en el anciano, y está infra-diagnosticado ya que no existen criterios diagnósticos específicos para la edad geriátrica, los síntomas se comunican con retraso o se ocultan por miedo al estigma social, y cuando se manifiestan se confunden con síntomas psicopatológicos, deterioro cognitivo, patología física o envejecimiento normal¹⁵.

La depresión en el anciano puede manifestarse de forma atípica (depresión sin tristeza), incompleta o enmascarada. Habría que sospechar la existencia de trastornos depresivos en el anciano con síntomas somáticos, síntomas inespecíficos, síntomas psicóticos o deterioro cognitivo (tabla 4).

La pérdida de apetito, alteraciones del sueño, anergia, pérdida de interés por las cosas, manifestaciones de ansiedad, aprensión, ataques de pánico, cuadros asociados a angustia o síntomas somáticos son más evidentes que la tristeza o el ánimo deprimido característicos de la depresión.

Las quejas somáticas inespecíficas más frecuentes son: astenia, dolor de cabeza, dolor en otras localizaciones, pal-

Tabla 4. Síntomas guía en la depresión geriátrica

| |
|---|
| Síntomas somáticos no explicados |
| Desesperanza |
| Desamparo |
| Ansiedad-miedos |
| Quejas cognitivas |
| Anhedonia |
| Agitación o enlentecimiento motor |
| Irritabilidad |
| Aislamiento social |
| Pérdida de interés |
| Abandono en autocuidados y cuidados médicos |

pitaciones, mareos y molestias digestivas. El estreñimiento, pérdida de apetito y de peso son síntomas más frecuentes en el anciano. Las alteraciones del sueño, libido y apetito pueden afectarse por el propio envejecimiento, tratamientos médicos o enfermedades orgánicas^{15,16}.

Los síntomas psicóticos y de contenido negativo son más prevalentes en la depresión geriátrica. Se presentan como alucinaciones auditivas, ideación delirante de contenido paranoide, hipocondriacas, de culpa y delirios de negación o nihilistas.

Los suicidios consumados son mayores que para otros grupos de edad debido a factores de riesgo asociados: viudedad, aislamiento social, acontecimientos vitales adversos, enfermedad física y discapacidad, desesperanza e ideación de culpa¹⁶.

Depresión y síntomas somáticos

1) Depresión con síntomas somáticos. El diagnóstico principal es la depresión y predomina la sintomatología somática. La depresión melancólica se considera un subgrupo de ésta¹⁷.

En el estudio PYCASO (Estudio de Prevalencia y Características De Los Síntomas Somáticos) realizado en España

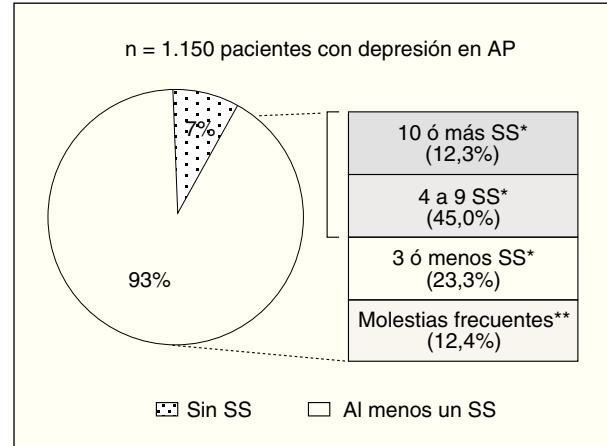


Figura 1. Estudio PYCASO. Estudio de prevalencia de síntomas somáticos (SS) en depresión en Atención Primaria (AP). Los SS se evaluaron mediante la EPEP. *SS sin explicación orgánica. **Molestias frecuentes sin origen psicológico claro. Caballero et al. Póster presentado en el Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Pamplona 2005.

sobre una muestra de 1.150 pacientes, se ha podido concluir que la prevalencia de depresión entre la población que consulta en AP en nuestro país es del 14%, y de éstos solamente el 7% no refiere ningún síntoma somático en su depresión, mientras que más de la mitad presentan cuatro o más quejas somáticas diferentes (fig. 1). Las características de las molestias se manifiestan en la mayoría de los casos como dolor de distintas localizaciones, seguido de palpaciones y síntomas gastrointestinales (fig. 2).

2) Depresión somatizada. Es la forma en que algunos pacientes manifiestan sus quejas emocionales a través de síntomas físicos. La depresión somatizada podría ser un mecanismo de defensa para no experimentar la depresión

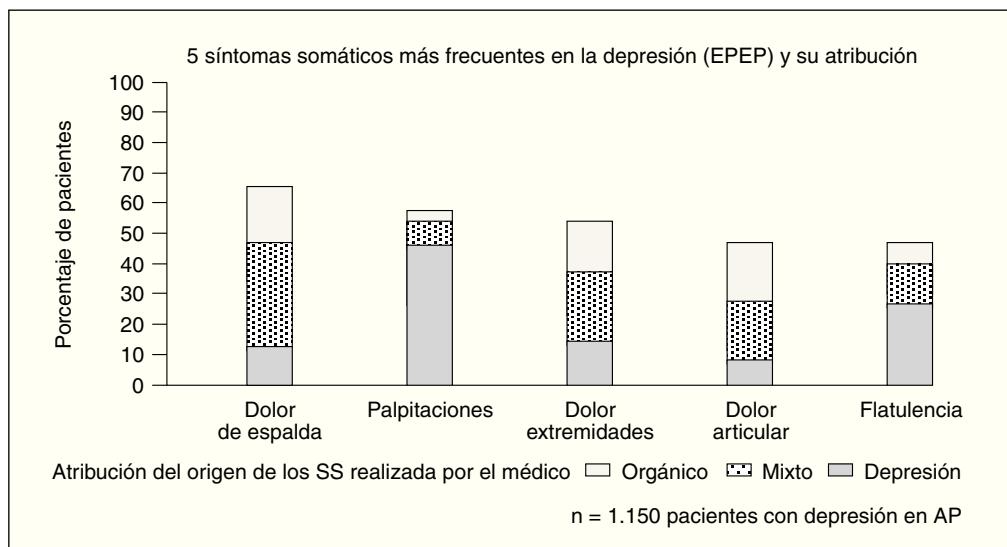


Figura 2. Estudio PYCASO. Síntomas somáticos (SS) más frecuentes en la depresión y su atribución. Caballero et al. Póster presentado en el Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Pamplona 2005.

y un mecanismo de evitación de la culpa, sentimientos de inferioridad y de desesperanza. Se asocia a mayor ansiedad.

Las formas de depresión somatizada están infradiagnosticadas (56%) respecto a otras formas de presentación (91%). Esta circunstancia cronifica la enfermedad y deteriora la calidad de vida del paciente: aparecen complicaciones médicas y psiquiátricas y el aumento del gasto sanitario⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-IV Atención Primaria. Barcelona. Masson S.A.; 1997.
2. Organización Mundial de la salud: CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid. Meditor; 1992.
3. Toquero de la Torre F. Prevalencia de la depresión y la ansiedad en atención primaria. En: Arbesú Prieto JA, editor. Libro blanco de ansiedad y depresión. Análisis de la prevalencia y su manejo en Atención Primaria. Madrid: IM&C; 2006. p.17.
4. Benítez Moreno JM, Casquero Ruiz R, Gasull Moliner V, López Chamón S, Panero Hidalgo P, Pons Dalmau RM, et al. Depresión. En SEMERGEN DoC. Documentos Clínicos SEMERGEN. Depresión y ansiedad, Madrid: Edicomplet; 2006. p.12.
5. Arbesú Prieto JA, Mendive Arbeloa JM. Cómo abordar la entrevista clínica en pacientes con trastornos del ánimo. En: Arbesú Prieto, editor. Trastornos del ánimo en Atención Primaria. Material de formadores, Adalia farma; 2006. p. 25-30, 49-50.
6. Aizpiri J, et al. Entrevista clínica. En: Manual de habilidades en Salud Mental para Médicos Generales. Madrid: G. Monterriera; 2003. p. 203-12.
7. Aizpiri J, et al. Exploración psicopatológica y semiología psiquiátrica. En: Manual de habilidades en Salud Mental para Médicos Generales. Madrid: G. Monterriera; 2003. p. 215-23.
8. Urretavizcaya M, Pérez V. Clínica y evaluación de la depresión. En: Vallejo M, Leal C, editores. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2005. p.1134-7.
9. Hidalgo Rodrigo MI, et al. Trastornos depresivos y bipolares. En: Psiquiatría clínica. Aspectos clínicos y terapéuticos de los trastornos mentales. Madrid: Aula Medica S.A.; 1998. p. 92-7.
10. Aizpiri J, et al. Trastornos del comportamiento de adolescente. En: Manual de habilidades en Salud Mental para Médicos Generales. Madrid: G. Monterriera; 2003. p. 259-60.
11. Vallejo J, Melchon JM. Depresión. Madrid: Idepsa; 1996.
12. Aizpiri J, et al. Trastorno disfórico premenstrual. En: Manual de habilidades en Salud Mental para Médicos Generales. Madrid: G. Monterriera; 2003. p. 442-4.
13. Fernández R, Hernández JM. Depresión puerperal. En: Depresión en la mujer. Madrid: PBM; 2001. p. 61.
14. Bris JM. La depresión en la menopausia. En: Depresión en la mujer. Madrid: PBM; 2001. p. 61.
15. Moriñigo A, et al. Depresión geriátrica. En: Nuevas perspectivas en la depresión. Madrid: Aula Médica S.A.; 2004. p. 128-39.
16. Aizpiri J, et al. Suicidio. En: Manual de habilidades en Salud Mental para Médicos Generales, Madrid: G. Monterriera; 2003. p. 676-8.
17. García-Campayo J, et al. Relación entre síntomas somáticos y depresivos. En: Nuevas perspectivas en la depresión. Madrid: Aula Médica S.A.; 2004. p. 196-203.