

Depresión y enfermedades somáticas

S. Rivera Peñaranda

Coordinador del Centro de Salud de San Javier. Murcia. España.

La relación entre enfermedades somáticas y depresión es algo de lo que ya nadie duda. Las enfermedades somáticas favorecen la aparición de depresión^{1,2}. Se hallan síntomas de depresión en casi el 50% de las personas que sufren alguna enfermedad somática y un 20% del total de las depresiones están provocadas por alguna enfermedad física.

Los estudios epidemiológicos realizados en diversas poblaciones permiten probar la existencia de una asociación positiva entre enfermedades mentales y enfermedades somáticas³. En los pacientes psiquiátricos existe un mayor índice de mortalidad por causas naturales y por causas no naturales; en los pacientes con diversas enfermedades somáticas se asocia la depresión.

¿Debemos menospreciar el término “psicosomático”? Los trabajos dedicados a la existencia de morbilidad psiquiátrica en los enfermos somáticos excluyen los trastornos mentales llamados “orgánicos” (Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10]) o “debidos a un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica” (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-IV]), que constituyen una consecuencia fisiológica directa de la patología somática.

El estudio de los trastornos somáticos que se relacionan con la depresión tropieza con varias dificultades. La primera sería que muchas enfermedades orgánicas se asocian con una sintomatología psíquica de intensidad insuficiente para responder a los criterios de un trastorno mental caracterizado. Una segunda dificultad se relaciona con la ambigüedad semiológica de algunos signos y síntomas como fatiga, anorexia, alteraciones de la concentración, pérdida de peso, etc., que pueden presentarse en el marco de un trastorno depresivo o en el de una patología orgánica, con lo cual se corre el riesgo de sobrestimar o subestimar la presencia de la enfermedad.

Numerosos pacientes tienen dificultades para expresar el sufrimiento psíquico y lo hacen en forma de quejas somáticas, de manera que obstaculizan el reconocimiento de trastornos psiquiátricos y, sin embargo, padecen cuadros depresivos primarios denominados tradicionalmente depresión enmascarada.

Algunos profesionales de la medicina consideran lógico que los pacientes se depriman ante el diagnóstico de una enfermedad orgánica, sobre todo si es grave, puesto que lo conciben como una reacción “normal” y, por tanto, no patológica. Cabe aclarar que, en estos casos, la distinción entre una reacción “normal” y la que constituye una verdadera patología psiquiátrica es difícil. Es arriesgado no prescribir tratamiento psiquiátrico o psicológico adecuado ante una enfermedad somática grave, pero también lo es que se diagnostique y se trate indiscriminadamente con antidepressivos a todo el que se entristezca por estar enfermo.

Revisando la historia de la Medicina, no podemos más que sentirnos, al menos, un poco avergonzados al descubrir que se viene discutiendo lo mismo desde hace siglos. La depresión no es un problema actual, ha existido desde siempre, considerándose como un estado de ánimo pasajero, de manera que a las personas que sufrían este mal se las trataba de curar incluso con algunas hierbas o se pensaba que eran “flojos” y que no querían realizar ninguna actividad.

En el siglo IV a.C., Hipócrates comenzó a analizar este “estado de ánimo pasajero” y concluyó que se trataba de una enfermedad causada por desajustes en la bilis negra y fue a partir de entonces cuando se comenzó a dar más importancia a este trastorno. Explica Hipócrates que el enfermo importa más que la enfermedad, que el hombre es una unidad psicosomática y que todas las enfermedades son consecuencia de un desequilibrio humoral⁴.

Un siglo después, Caelius Aureliano (siglo V a.C.) de la escuela metódica, fundada por Asclepiades, apoya la descripción de Hipócrates afirmando que la bilis negra era la causa de la melancolía y que la depresión era su efecto. Lógicamente la escuela metódica no distinguió entre las enfermedades del alma y las del cuerpo, toda vez que ambas eran una única cosa y la única diferencia estribaba en la localización de la atonía de los canales humorales.

Correspondencia: S. Rivera Peñaranda.
Centro de Salud de San Javier.
C/ Cabo Ras, s/n.
30730 San Javier (Murcia). España.
Correo electrónico: salomon_rivera@hotmail.com

Galeno de Pérgamo (131–201) describe la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre y que presenta temerosidad, suspicacia, misantropía y cansancio de la vida, entre otros síntomas. Galeno observó y analizó el comportamiento moral del hombre, aunque su doctrina fuera denominada “somaticista”.

Santo Tomás sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales e incluso que era causa del pecado de la pereza.

Todas las descripciones que se hicieron constituyen el principio para considerar la depresión como una enfermedad que atacaba a cualquier persona, por lo que debía ser tratada.

Robert Burton, en 1621, publica un tratado llamado *Anatomía de la melancolía*, en el cual era fácil identificar los estados depresivos.

A su vez, y en relación con las causas de la depresión, Pinel, a principios del siglo XIX, señaló como causas posibles de la melancolía en primer lugar las causas psicológicas y en segundo las físicas.

Finalmente, los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión eran más acertados y específicos, y ya en la primera mitad del siglo XIX se desglosan los conceptos de ansiedad, depresión, histeria, hipcondría, obsesión, fobia y trastorno psicósomático.

Referirse a la medicina psicósomática es hablar de la relación mente cuerpo, y desde sus orígenes la medicina ha oscilado entre dos tendencias opuestas en cuanto a sus concepciones: una basada en el análisis específico de la enfermedad que busca minuciosamente la lesión anatómica, y otra que concibe la enfermedad como una reacción global de la persona teniendo en cuenta los aspectos psicológicos.

Dice Pedro Laín Entralgo (*La racionalización platónica del ensalmo y la invención de la psicoterapia verbal*) que siempre hubo medicina psicósomática a lo largo de la historia, pero sólo en los últimos años patología psicósomática, que él sitúa con la creación del psicoanálisis. Es decir, el enfermo siempre ha sido visto como hombre enfermo, pero sólo desde Freud se pudieron introducir los aspectos emocionales y personales como factores etiopatogénicos del enfermar.

Demetrio Barcia (*Historia de la psicofarmacología*) nos informa que la literatura etnopsiquiátrica está repleta de descripciones de enfermedades mentales, conductas desviadas y sintomatología variada. Señala cuatro momentos a lo largo de la historia de la medicina en los que la patología pudo ser psicósomática, pero el patólogo sólo indagó en la cuestión corporal de la realidad humana. Esos momentos fueron: la creación de la medicina fisiológica en Grecia, la reelaboración de la medicina helénica por el cristianismo, la creación de la medicina moderna por Sydeham y la obra de autores muy influidos por la *Naturphilosophie*⁵, en la que los temas más recurrentes son el finalismo, la búsqueda de fuerzas y relaciones morfológicas ocultas y el establecimiento de correspondencias entre los objetos naturales. La correspondencia entre el micro y el macrocosmos lleva a considerar la naturaleza como un “organismo glo-

bal”. La teoría vertebral del cráneo de Lorenz Oken y la teoría de la metamorfosis de las plantas de Goethe estuvieron profundamente impregnadas de las ideas de la *Naturphilosophie*.

Platón (427–347 a.C.) afirma que es un error extendido entre los hombres querer emprender separadamente la curación del cuerpo y del espíritu.

Aristóteles (384–322 a.C.) define el cuerpo y el alma como una única sustancia.

Estas ideas de Platón y Aristóteles hubieran podido desarrollar la patología psicósomática, pero los médicos griegos, y entre ellos Galeno, sólo pudieron ver la enfermedad como un desorden de la naturaleza, quedando esas ideas entre los filósofos.

El cristianismo amplió el concepto del hombre hacia la espiritualidad y la trascendencia, pero los médicos cristianos, educados en la medicina de Galeno, no supieron llegar al concepto psicósomático, al seguir laborando la patología desde la mera alteración corporal.

Sydeham vio claramente el papel de la personalidad y de la biografía del enfermo entre las características de las enfermedades crónicas; sin embargo, cuando trata de explicarlas, atiende únicamente a su lado físico. Según Sydeham, la histeria se producía por agitación, exceso de purgas y sangrías o ayunos prolongados y se debía a un espasmo de los espíritus animales.

El cuarto momento, hemos dicho, pudo estar en los planteamientos de autores inspirados en la *Naturphilosophie*, como Christian August Heinroth (1773–1843) que fue quien acuñó el término psicósomático. Pero lo cierto es que estos autores alemanes, en pleno Romanticismo, no llegaron a elaborar una verdadera teoría etiopatogénica del enfermar somático desde planteamientos psicológicos, aunque intentaron entender al hombre enfermo como realidad psicofísica, y contemplaban la enfermedad mental como una perturbación de la armonía cuerpo-alma.

Hay que esperar a la obra de Freud y al movimiento psicoanalítico, con la aparición del término psicogenia, para que los factores psicológicos tomen la categoría de etiopatogénicos en el enfermar.

La prevalencia de los trastornos somatomorfos en Atención Primaria se ha calculado en un 21% de los pacientes atendidos por el médico general⁶, según estudios realizados en España. Se ha encontrado en estos estudios que 14 síntomas físicos ocupan casi la mitad de todas las consultas realizadas en Atención Primaria, pero sólo entre el 10 y el 15% se deben a causas orgánicas.

El concepto de somatización se emplea para un amplio rango de situaciones clínicas muy comunes en Atención Primaria⁷:

- Pacientes que presentan exclusivamente síntomas físicos sin causa médica comprobable, a pesar de sufrir problemas psicosociales o estrés emocional claro.
- Pacientes que atribuyen sus síntomas a una causa orgánica, convencidos de estar físicamente enfermos sin evidencia de enfermedad orgánica.
- Personas con un patrón de síntomas somáticos inexplicables o funcionales que les causan discapacidad.

– Pacientes con trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad con síntomas físicos.

Además, la depresión y las enfermedades somáticas interaccionan de diferentes formas. La depresión puede ser la consecuencia de una enfermedad somática grave, pero también puede coexistir al mismo tiempo o estar inducida por determinadas medicaciones.

No obstante, nos quedaría un amplio campo de enfermedades que no podrían enclavarse bajo el concepto de somatización, ni siquiera pueden estar en lo que el DSM-IV engloba dentro de los llamados trastornos somatomorfos (somatización, conversión, trastorno por dolor, trastorno dismórfico corporal, hipocondría).

Se trataría de lo que la CIE-10⁸ engloba bajo el epígrafe “trastornos del humor orgánicos” o lo que el mismo DSM-IV⁹ denomina “trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica”, definidos como una “prolongada y acusada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica”, en el que nos encontramos auténticas enfermedades orgánicas a las que se asocia la depresión, de manera que el pronóstico de la enfermedad orgánica se ensombrece enormemente¹⁰ y, aunque con alguna reserva, la mayoría de los estudios hospitalarios nos indican un aumento en la mortalidad indicando una asociación entre mortalidad y depresión clínica.

En estos cuadros, se exige que la relación se demuestre a través de la historia clínica, de la exploración o de pruebas complementarias². Es aconsejable tener en cuenta la asociación temporal, la forma en la que se presentan los síntomas en comparación con los típicos del trastorno mental primario, edades de inicio atípicas, síntomas mentales asociados poco comunes o síntomas médicos desproporcionados respecto a los considerados habituales; que otro trastorno mental no explique mejor la alteración, teniendo en cuenta que las enfermedades también pueden actuar como estresante psicosocial o pueden agravar la evolución de trastornos mentales preexistentes. Hay que descartar que el paciente no tenga un delirium o que el cuadro se pueda explicar por el consumo de tóxicos.

En la tabla 1 se enumeran los principales trastornos médicos que asocian sintomatología depresiva.

Por razón de su importancia clínica y su prevalencia revisaremos algunos de estos trastornos.

– Hipertiroidismo. La causa más frecuente es la enfermedad de Graves. Los síntomas afectivos preceden a las manifestaciones físicas en un 14% de los casos¹².

– Hipotiroidismo. Los síntomas afectivos preceden y pueden ser los únicos que aparezcan. Los síntomas psiquiátricos responden en más de un 60% al tratamiento con hormonas tiroideas. Es necesario realizar un control de hormonas tiroideas en todos los pacientes deprimidos.

– Enfermedad de Cushing. Con frecuencia la depresión es la primera manifestación de la enfermedad. La sintomatología psiquiátrica aparece en un 50% de casos y la depresiva en un 35%. La gravedad del cuadro depresivo se ha relacionado con los niveles de cortisol y parece que responde bien a su normalización. Estos pacientes suelen te-

Tabla 1. Enfermedades relacionadas con la depresión

Sistema nervioso
Enfermedad de Parkinson
Parálisis supranuclear progresiva
Corea de Huntington
<i>Miastenia gravis</i>
Hidrocefalia normotensiva
Demencias
Accidente vascular cerebral
Hemorragia subaracnoidea
Esclerosis múltiple
Epilepsias
Traumatismo craneoencefálico
Otras afecciones degenerativas
Enfermedad de Wilson
Tumores del sistema nervioso central
Migrañas
Narcolepsia
Apnea obstructiva del sueño
Endocrinopatías, metabopatías y enfermedades carenciales
Hiper/hipotiroidismo
Enfermedad de Cushing
Enfermedad de Addison
Hiper/hipoparatiroidismo
Hipoglucemia
Anemia
Diabetes
Climaterio
Hiperprolactinemia
Síndrome adiposogenital
Hiperaldosteronismo
Porfiria
Síndrome de Klinefelter
Hipovitaminosis B ₁₂
Déficit de ácido fólico
Déficit de niacina (pelagra)
Enfermedades infecciosas
Víricas
Encefalitis
Gripe
VIH
Hepatitis
Mononucleosis infecciosa
Bacterianas
Tuberculosis
Fiebre tifoidea
Urogenitales
Enfermedad de Lyme
Enfermedades gastrointestinales
Enfermedad de Crohn
Enfermedades cardiopulmonares
Enfermedades renales y uremia
Enfermedades reumáticas y sistémicas
Artritis reumatoidea
Lupus eritematoso
Arteritis de la temporal
Síndrome de Sjögren
Fibromialgia
Intoxicaciones
Plomo
Benceno
Mercurio
Bismuto
Quinina
Monóxido de carbono
Neoplasias
Cáncer de páncreas

Adaptada de Serrano F¹¹.

ner mayor irritabilidad y labilidad emocional que los pacientes con depresión primaria¹³.

– Hiperparatiroidismo. La depresión se asocia más a la hipercalcemia resultante que al papel de la hormona *per se*. La sintomatología psiquiátrica se asocia en más de dos tercios de los casos. El tratamiento quirúrgico es curativo en la mayoría de los casos¹⁴.

– Carcinoma de páncreas. La anorexia, la pérdida de peso y los dolores difusos son, a menudo, los únicos síntomas. Sólo las técnicas de imagen nos permiten descubrir esta enfermedad somática que está originando la depresión.

– Tumores del sistema nervioso central. Las manifestaciones psiquiátricas de los tumores del sistema nervioso central pueden ser la primera presentación en un 20% de los tumores cerebrales supratentoriales y en un 5% de los infratentoriales¹⁵. El diagnóstico se realiza por la presencia de déficits neurológicos asociados a la depresión.

– Enfermedad de Parkinson. La frecuencia de la depresión se cifra en el 50% de los casos, considerándose los síntomas afectivos como parte de la enfermedad^{16,17}. La depresión precede al desarrollo de los síntomas motores en el 25% de los casos.

– Demencia tipo Alzheimer. La depresión es muy frecuente en estos enfermos^{18,19}. Existe un gran número de estudios que pretenden detectar la relación que existe entre la sintomatología afectiva y el mayor riesgo de demencia en pacientes depresivos, detectándose depresión previa a la aparición de deterioro cognitivo en el 44% de los casos.

– Esclerosis múltiple. La depresión es el síndrome psiquiátrico más frecuente en estos enfermos, apareciendo en un 42% de los casos. Estos pacientes presentan un alto riesgo de suicidio, un 75% más que la población general^{20,21}.

– Epilepsia. El trastorno psiquiátrico más frecuente en los pacientes epilépticos, después de los trastornos de personalidad, es la depresión. Estas depresiones suelen conllevar un componente endógeno importante con un riesgo de suicidio cinco veces superior al de la población general.

– Hipovitaminosis B₁₂ y ácido fólico. En ambos casos con manifestaciones clínicas similares. La depresión es común en ambos casos²².

– Mortalidad cardiovascular, infarto de miocardio y muerte súbita tras infarto de miocardio. Los resultados de muchos estudios recientes establecen la relación entre depresión y muerte súbita tras el infarto de miocardio^{23,24}. Ante enfermedad coronaria la depresión aparece en el 20% de los pacientes, asociándose a una mayor morbilidad, peor estado de salud y mayor mortalidad²⁵.

A esta larga lista se añaden cada vez más cuadros clínicos (asma²⁶, preeclampsia²⁷, fibromialgia²⁸, diabetes, artritis reumatoidea, esclerodermia, climaterio, etc.) con asociación demostrada por la epidemiología.

Hay que tener en cuenta que, en ocasiones, una vez desarrollado el cuadro depresivo, éste evoluciona de manera independiente, aunque se solucione la causa médica a la que estaba asociado, de manera que debemos tomar en consideración el tratamiento y seguimiento de la depresión como si se tratara de un cuadro depresivo primario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vaccarino AL, Sills TL, Evans KR, Kalali AH. Prevalence and association of somatic symptoms in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord*. En prensa 2008.
2. Baune BT, Caniato RN, García-Alcaraz MA, Berger K. Combined effects of major depression, pain and somatic disorders on general functioning in the general adult population. *Pain*. En prensa 2008.
3. Lieb R, Meinschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosom Med*. 2007;69(9):860-3.
4. Martos Rubio A. Historia de la Psiquiatría. Barcelona: Temis Pharma; 2000.
5. Simó Ruescas J. Asclepio: Revista de historia de la medicina y de la ciencia. 2004;56:197-222.
6. Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Editorial Ars Médica; 2004. Cap 5.
7. García-Campayo J, Salvanés Pérez R, Álamo C. Actualización en trastornos somatomorfos. Madrid: Panamericana; 2001.
8. Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la Clasificación Internacional de la Enfermedades (CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Revisited Text. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
10. Borja-Aburto VU, Bustamante-Montes P, Rascón-Pacheco RA. ¿Aumenta la depresión clínica el riesgo de muerte por causas no violentas? *Salud Pública Méx*. 1994;36(1):51-60.
11. Serrano F. Depresión en enfermedades médicas. *Anales Sis San Navarra*. 2002;25 Supl 3:137-48.
12. Sonino N, Fava GA, Belluardo P, Girelli ME, Boscaro M. Course of depression in Cushing's syndrome: response to treatment and comparison with Graves disease. *Horm Res*. 1993;39(5-6):2002-6.
13. Bauer MS, Whybrow PC, Winokur A. Rapid cycling bipolar affective disorder. I. Association with grade I hypothyroidism. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:427-32.
14. Solomon BL, Schaaf M, Smalridge RC. Psychologic symptoms before and after parathyroid surgery. *Am J Med*. 1994;96:101-6.
15. Cardoner N, Benlloch L. Depresión orgánica en trastornos afectivos. En: Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C, editores. *Ansiedad y depresión*. 2ª ed. Barcelona: Masson S.A.; 2000. p. 396-435.
16. Starkstein SE, Mayberg HS, Leiguarda R, Preziosi TJ, Robinson RG. A prospective longitudinal study of depression, cognitive decline, and physical impairments in patients with Parkinson's disease. *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1992;55:377-82.
17. Koerts J, Leenders KL, Koning M, Bouma A, van Beilen M. The assessment of depression in Parkinson's disease. *Eur J Neurol*. 2008; 15(5):487-92.
18. Weiner MF, Edland SD, Luszczynska H. Prevalence and incidence of major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 1994; 151:1006-9.
19. Teng E, Ringman JM, Ross LK, Mulnard RA, Dick MB, Bartzokis G. Alzheimer's Disease Research Centers of California-Depression in Alzheimer's Disease Investigators. Diagnosing depression in Alzheimer disease with the national institute of mental health provisional criteria. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16(6): 469-77.
20. Millward LM, Kelly P, Deacon A, Senior V, Peters TJ. Self-rated psychosocial consequences and quality of life in the acute porphyrias. *J Inher Metab Dis*. 2001;24:733-47.
21. Thombs BD, Hudson M, Schieff O, Taillefer SS, Baron M; Canadian Scleroderma Research Group. Reliability and validity of the center for epidemiologic studies depression scale in patients with systemic sclerosis. *Arthritis Rheum*. 2008;50(3):438-43.
22. Shorvon SD, Carney MW, Chanarin I, Reynolds EH. The neuropsychiatry of megaloblastic anaemia. *Br Med J*. 1980;281:1036-8.
23. Lesperance F, Frasere-Smith N, Talajic M, Bourassa MG. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*. 2002;105:1049-53.
24. Alboni P, Favaron E, Paparella N, Sciammarella M, Pedaci M. Is there an association between depression and cardiovascular mortality or sudden death? *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2008;9(4):356-62.
25. Parashar S, Vaccarino V. Depression and CHD risk: how should we intervene? *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2007;9(4): 272-7.

26. Moussas G, Tselebis A, Karkanias A, Stamouli D, Ilias I, Bratis D, et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Ann Gen Psychiatry*. 2008;7(1):7.
27. Janeth Cano E, Tobón S, Vinaccia Alpi S, Sánchez MV, Bustamante EM. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *Int J Clin Health Psychol*. 2006;6(1):41-51.
28. Geisser ME, Strader Donnell C, Petzke F, Gracely RH, Clauw DJ, Williams DA. Comorbid somatic symptoms and functional status in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: sensory amplification as a common mechanism. *Psychosomatics*. 2008;49(3):235-42.