

Síntomas somáticos de la depresión

R. Artiles Pérez^a y S. López Chamón^b

^aCentro de Salud "Los Gladiolos". Santa Cruz de Tenerife. Tenerife.

^bCentro de Salud Puerta del Ángel. Área 7. Madrid.

CONSIDERACIONES GENERALES

Los trastornos depresivos forman un grupo de enfermedades, dentro de la patología mental, caracterizado por presentar una alteración del estado de ánimo, una alta prevalencia (en torno a un 5% en la población general y del 10% en la población que acude a los centros de salud) y que provocan un alto grado de discapacidad¹.

La sintomatología más frecuente de presentación de la depresión en las consultas de atención primaria (AP) no es de tipo psíquica. Es raro que el paciente acuda manifestando claramente que está triste, bajo de ánimo o deprimido, siendo el profesional el que debe descubrir si existe una sintomatología que afecta al área emocional, cognitiva o volitiva.

Lo más habitual es que la mitad de los pacientes depresivos detectados refieran quejas somáticas, siendo ésta la forma más frecuente de presentación del trastorno del ánimo en AP. El enfermo suele manifestar quejas, dolores o sentirse mal físicamente, y este malestar lo relaciona con alguna causa orgánica que el médico de cabecera deberá averiguar.

Se ha observado que el 69% de los pacientes que acuden a AP y han sido diagnosticados de un trastorno depresivo sólo comunican inicialmente síntomas físicos, lo que dificulta o "enmascara" el diagnóstico. Dentro de los síntomas somáticos, el dolor es la queja más frecuentemente manifestada (el 93% tienen al menos un síntoma físico doloroso)^{2,3}.

En la población anciana, la que con mayor frecuencia acude a los centros de salud, la forma más habitual de manifestarse los cuadros depresivos es a través de síntomas físicos como dolores, cansancio, fatiga, insomnio, pérdida de apetito y otros síntomas inespecíficos, lo que

se ha denominado depresión "sin tristeza". Esta sintomatología no mejora hasta la instauración del tratamiento antidepressivo.

DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Los síntomas somáticos de la depresión han sido ampliamente estudiados, valorándose sus características y su peso diagnóstico. Tiene interés mencionar los trabajos internacionales orientados a AP y realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con una amplísima muestra sobre 15 países y con resultados extrapolables a todo el mundo. Al estudiar la somatización en AP han llegando a conclusiones de interés como: a) la depresión cursa sistemáticamente con síntomas somáticos; b) no existen síntomas somáticos específicamente asociados a la ansiedad o a la depresión y c) la somatización está distribuida de forma similar por todos los países, con escasas diferencias e independientemente del tipo de cultura y del grado de desarrollo socio-económico del país^{3,4}.

Depresión enmascarada es un término popularizado en España en la década de los 70-80 por el psiquiatra López Ibor, que no ha sido aceptada por las clasificaciones internacionales actuales; sin embargo "enmascarada" es quizá el mejor término que define la forma en que con mayor frecuencia se presenta la depresión en AP. Son pocos los pacientes que acuden a los centros de salud y manifiestan directamente sentirse mal por una causa psíquica.

Dentro de los trastornos afectivos que cursan con sintomatología somática, nos gustaría aclarar brevemente que existen dos subtipos; la depresión con síntomas somáticos y la depresión somatizada, en ambos casos los síntomas físicos tienen un papel muy importante.

En la depresión con síntomas somáticos las clasificaciones taxonómicas varían según se siga la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Para los americanos coincidiría con el subtipo de depresión denominada endógena o melancolía (considerada un subtipo muy restringido y específico), mientras para la clasificación europea coincidiría con el tipo de depresión leve o moderada con síntomas somáticos.

Correspondencia: R. Artiles Pérez.
Centro de Salud "Los Gladiolos".
C/ Ganivet, s/n.
38007 Santa Cruz de Tenerife. España.
Correo electrónico: riartiles@gmail.com

En este subtipo de depresión es fundamental que el paciente atribuya los síntomas somáticos a una causa psicológica y nunca a una enfermedad orgánica, lo que lo diferencia del paciente con depresión somatizada.

Porque, en la depresión somatizada, el paciente atribuye los síntomas somáticos a una causa orgánica que no existe. Ésta es la forma más frecuentemente observada en AP, donde la presentación de problemas emocionales lo hace en forma de síntomas físicos. Algunos estudios calculan que 9,4% de todos los pacientes que acuden a nuestras consultas presentan un trastorno psiquiátrico somatizado, y que la mayor parte son depresiones⁵⁻⁷.

DIFICULTADES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Son múltiples las causas que dificultan el diagnóstico de la depresión en AP, a continuación destacaremos las más importantes.

En primer lugar, su forma de presentación, nuestros pacientes consultan habitualmente por molestias o dolores, acompañados frecuentemente de ansiedad o cuadros de tristeza, que no se ajustan exactamente a las categorías diagnósticas psiquiátricas internacionales vigentes (DSM-IV y CIE-10). Además, presentan como principal característica el que casi siempre se asocian a síntomas somáticos, que suelen ser el motivo principal de la consulta, aunque esas molestias carezcan de explicación médica.

En segundo lugar, otro motivo que hace distinta a la depresión observada en los centros de salud de la registrada en las unidades de psiquiatría es que estos trastornos nos llegan en formas de presentación aparentemente “menos graves”, con una sintomatología que no suele cumplir todos los criterios diagnósticos y que se ha denominado trastornos subumbrales. A todo ello se suma, en nuestro medio, la elevada prevalencia de cuadros mixtos comórbidos de ansiedad y depresión (los llamados trastornos mixtos ansioso-depresivos), lo que supone un obstáculo añadido para llegar al diagnóstico.

Es muy frecuente que a estos cuadros depresivos “subumbrales” con síntomas somáticos se añada un gran componente ansioso que solapa el cuadro depresivo. Todavía hay que agregar las múltiples patologías orgánicas crónicas concomitantes (diabetes, arritmias, infartos, hipertensión arterial), y los efectos secundarios de fármacos o tóxicos que toman los pacientes⁸.

Y en tercer lugar, las dificultades debidas a causas organizativas y las derivadas del profesional; escasez de tiempo, falta de intimidad en las consultas, interrupciones, falta de apoyo de otras áreas profesionales, falta de conocimiento, actitud negativa frente a las enfermedades psíquicas, síndrome de Burnout (tabla 1).

LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS

¿Qué síntomas nos vamos a encontrar en la depresión? ¿Existen síntomas guías? Por desgracia no existen síntomas o signos claramente definitorios que nos orienten en el

Tabla 1. Enfermedades y sustancias asociadas habitualmente a la depresión

Enfermedades médicas

Neurológicas

Enfermedad de Alzheimer
Enfermedad de Parkinson
Enfermedad de Wilson
Enfermedad de Huntington
Esclerosis múltiple
ACVA

Lesiones ocupantes de espacio

Endocrinológicas

Hipo e hipertiroidismo
Hipo e hiperparatiroidismo
Enfermedad de Cushing y Addison
Hipogonadismo
Hipoglucemias (incluida diabetes)

Cardiovasculares

Infarto de miocardio
Miocardiopatías

Reumatológicas

Lupus eritematoso sistémico
Artritis reumatoide
Síndrome carcinoide
Fibromialgias

Infecciosas

Sida
Encefalitis
Tuberculosis
Mononucleosis infecciosa
Cuadros virales

Oncológicas

Cáncer de páncreas
Otros tumores abdominales
Neoplasias cerebrales

Otras

Anemias
Déficit de vitamina (grupo B)

Sustancias

Fármacos cardiovasculares

Reserpina
Propranolol
Alfa-metildopa
Clonidina
Digital
IECA
Bloqueadores de los canales del calcio
Hipocolesteromiantes

Antiinfecciosos

Interferón

Antiinflamatorios

AINE

Hormonas

Anticonceptivos orales
Corticoides
Esteroides anabolizantes

Antineoplásicos

Psicofármacos

Neurolépticos
Benzodiacepinas

Otros

Anticolinérgicos
Metoclopramida
L-dopa

Sustancias de abuso y tóxicos

Alcohol
Cocaína
Opiáceos
Anfetaminas

ACVA: accidente cerebrovascular agudo; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.

Tabla 2. Principales síntomas somáticos de la depresión

Anorexia o hiperfagia
Pérdida de peso
Insomnio o hipersomnio
Molestias o trastornos digestivos, estreñimiento o diarrea
Dolores (cefalea, osteo-musculares, precordial, etc.)
Astenia, cansancio, debilidad, fatiga
Disfunción sexual

diagnóstico de la depresión, al contrario, a la depresión se le puede asociar cualquier tipo de síntoma (tablas 2 y 3).

Cuando la depresión se presenta de forma "típica", es decir, reuniendo todos los criterios de trastorno depresivo mayor (bajo estado de ánimo, tristeza, llanto, incapacidad para disfrutar, sentimientos de culpa, ideas autolíticas, etc.) los médicos de AP somos capaces de detectar el 91% de los casos. Mientras que en la presentación somatizada el porcentaje de diagnóstico baja a un 56%.

La importancia del retraso en el diagnóstico de la depresión viene dada por las repercusiones que tiene esta demora, dado que se incrementa la posibilidad de cronificación del cuadro psicológico, se deteriora la calidad de vida del paciente, aparecen otras complicaciones médicas y psiquiátricas, se incrementa el riesgo autolítico, se producen fenómenos de hiperfrecuentación y se aumenta el gasto sanitario⁹.

Ya hemos manifestado que el trastorno de ánimo depresivo más frecuentemente detectado y manejado en AP suele ser de intensidad leve-moderada, y los síntomas somáticos clásicos que forman parte de la propia definición son: a) fatiga, falta de energía, cansancio o astenia; b) alteración de apetito con pérdida de peso (aproximadamente un 5% al mes) y c) alteración del sueño. Como puede verse son bastante inespecíficos y comunes a otras patologías¹⁰.

Aunque no incluidos en la definición de trastorno depresivo mayor, es muy frecuente encontrar cuadros álgicos y disfunción sexual.

En general, los pacientes deprimidos suelen presentar, como decíamos, falta de energía. Ésta se manifiesta como fatiga, lentitud física y mental (bradicinesia), alteración del sueño, generalmente insomnio (tanto de consolidación o mantenimiento como despertar precoz), el sueño suele convertirse en un descanso no reparador. También se presenta una pérdida del apetito que va a producir a su vez una bajada de peso, y disminución de la libido. Existen formas de presentación atípica en las que se puede observar todo lo contrario, hipersomnia o aumento del apetito, que en ocasiones puede manifestarse en forma de "atracones".

Un síntoma poco valorado en los ancianos es la disfunción sexual, que suele ser frecuente y puede estar subestimado. Se trata de un aspecto que aún nos cuesta indagar, quizás por la falta de hábito en hacerlo, por las limitaciones de tiempo en nuestras consultas o por prejuicios.

Tabla 3. Frecuencia de presentación de los diferentes síntomas somáticos en pacientes somatizadores

Dolor de espalda	71,4%
Mareos	65,3%
Dolor en extremidades	60,5%
Flatulencias	52,3%
Dificultad para respirar	50,3%
Palpitaciones	49,3%
Dolor en articulaciones	45,5%
Dolor torácico	44,2%
Náuseas	43,5%
Amnesia	39,4%
Dolor abdominal	37,4%
Intolerancia a alimentos	24,4%
Diarrea	23,1%
Dificultad para tragar	21,7%
Menstruación dolorosa	21,4%
Visión borrosa	20,4%
Parálisis o debilidad muscular	20,4%
Menstruación excesiva	18,6%
Períodos menstruales irregulares	15,8%
Vómitos	14,9%
Dolor al orinar	14,2%
Afonía	11,5%
Retención urinaria	10,2%

Tomada de García-Campayo et al⁹.

EL DOLOR

Creemos que debemos destacar, entre todos los síntomas somáticos, la presencia del síntoma dolor, tanto por su frecuencia, como por su repercusión.

Para explicar esta forma de presentación somático-dolorosa en pacientes depresivos, se han elaborado varias hipótesis, entre ellas cabe destacar dos. La primera es un mecanismo fisiopatológico por el cual el humor depresivo amplificaría los estímulos somato-sensoriales al utilizar vías nerviosas similares. La segunda es el desarrollo de un patrón sintomático como negativa a reconocer un trastorno psicológico depresivo, por las connotaciones negativas que conlleva.

Se sabe que los pacientes con dolor crónico o estrés mantenido desarrollan cuadros depresivos; que los pacientes depresivos presentan una menor resistencia al dolor por una disminución del umbral nociceptivo, y que los mecanismos fisiopatológicos y neurobiológicos de dolor y depresión comparten rasgos comunes (con la participación de la noradrenalina y la serotonina), lo que hace que algunos antidepressivos tengan utilidad en el tratamiento del dolor crónico asociado o no a la depresión¹¹.

POBLACIONES ESPECIALES

Nos gustaría hacer una breve mención de algunos grupos de población y la forma en que se manifiestan los trastornos del ánimo entre ellos como son los niños y adolescentes, los pacientes muy ancianos y la población emigrante y de otras culturas. En todos estos casos el diagnóstico y el manejo se plantean de forma algo diferente.

Los niños y adolescentes forman un grupo de pacientes en el cual las manifestaciones de los cuadros depresivos

son distintas, lo más frecuente es observar estados de “irritabilidad”.

En el caso de la población anciana, la que mayoritariamente es atendida en nuestros centros de salud, la depresión se manifiesta, generalmente, a través de síntomas somáticos. Debemos poner especial atención a una serie de signos que nos hacen sospechar la existencia de depresión en personas mayores, entre ellos la hiperfrecuentación, el incremento brusco de su capacidad de dependencia, la apatía, los aislados, los agitados, los que no responden a tratamientos y los que han sufrido ingreso hospitalario (en especial por infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, fracturas de cadera, cáncer o abuso de alcohol). Y recordar que en el anciano es frecuente lo que se ha dado en llamar la “depresión sin tristeza”.

Los tres grupos mencionados anteriormente comparten el haber sido excluidos sistemáticamente de las investigaciones de nuevos medicamentos (aunque desde 1998 la *Food and Drug Administration* estimula el estudio de la farmacocinética, la eficacia y la seguridad en este tipo de pacientes)¹².

El grupo de la población emigrante y procedente de otras culturas representa un colectivo cada vez más frecuente en nuestro medio. Al revisar los estudios internacionales realizados por la OMS observamos que no existen diferencias en la frecuencia de presentación de las depresiones entre diferentes países y culturas. Las pequeñas diferencias encontradas en estos estudios obedecen más al tipo de relación médico-enfermo y a las características de los diferentes sistemas de salud. La AP tendrá que hacer un esfuerzo para entender a estos pacientes y su forma de comunicar la sintomatología⁴.

CONCLUSIÓN

La depresión más frecuentemente observada en AP se manifiesta mediante síntomas somáticos. El síntoma dolor y

la hiperfrecuentación son características de muchos pacientes mayores deprimidos. La heterogeneidad de su presentación, junto a la comorbilidad de nuestros enfermos (diabéticos, obesos, hipertensos, cardiopatas, en definitiva con múltiples factores de riesgo cardiovascular) hacen aún más difícil su diagnóstico y manejo. El tratamiento precoz evita la cronificación, la discapacidad y, sobre todo, el dolor.

BIBLIOGRAFÍA

- Herrán A, Rodríguez Cabo B, Vázquez-Barquero JL. Trastornos depresivos. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. 2ª ed. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2007.
- López Chamón S. Manifestaciones clínicas de la depresión. *Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales*. SEMERGEN. 2006; 32 Supl. 2:11-5.
- Gureje O, Simon GE, Üstun TB, et al. Somatización in cross-cultura perspectiva: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*. 1997;154:201-6.
- López Chamón S. Manifestaciones clínicas de la depresión. *Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales*. SEMERGEN. 2006;32 Supl:11-5.
- Simon G, Gater R, Kisely S, et al. Somatic symptoms of distress: an international primary care study. *Psychom Med*. 1996;159:481-8.
- García-Campayo J, Campos R, Marcos G, et al. Somatisation in primary care in Spain. II. Differences between somatisers and psychologists. *Br J Psychiatry*. 1996;168:348-53.
- Lobo A, García-Campayo J, Campos R, et al. Somatisation in primary care in Spain. I. Estimates of prevalence and clinical characteristics. *Br J Psychiatry*. 1996;168:344-8.
- Caballero L, García-Parajúa P. Tratamiento de la depresión en Atención Primaria. En: Gilabert I, editor. *Nuevas perspectivas en la depresión*. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2004. p. 235-52.
- García-Campayo J, Alda M, Pascual A. Relación entre síntomas somáticos y depresión. En: Gilabert I, editor. *Nuevas perspectivas en la depresión*. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2004. p. 191-211.
- Vallejo J. Somatizaciones y depresión. Madrid: *Psiquiatría y Atención Primaria*. 2003;julio:4-8.
- Micó J, Rojas-Corralles MO, Berrococo E, et al. The pathophysiology of pain in depression. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2003;13 Suppl 4:98-9.
- Gilabert I, Hayes J. Investigación de un nuevo fármaco antidepressivo. En: Gilabert I, editor. *Nuevas perspectivas en la depresión*. Aula Médica Ediciones; 2004. p. 353-84.