

UNIVERSIDAD DEL VALLE
DEPTO. DE BIBLIOTECAS

Diagnóstico y manejo de la depresión enmascarada

Roberto Perdomo Hoyos, M.D.*

RESUMEN

La sintomatología de los estados depresivos se ha desviado en los últimos años hacia los síntomas físicos. El énfasis del paciente en sus quejas somáticas y el afán del médico por encontrarles una causa orgánica conduce a exámenes exhaustivos y aun a intervenciones quirúrgicas innecesarias. Mientras tanto, el estado depresivo del paciente se agrava y se complica no sólo desde el punto de vista personal y familiar, sino laboral y social.

En los últimos años se aprecia un número creciente de personas que acuden al médico general en busca de alivio de síntomas físicos para los cuales no se encuentra etiología orgánica. En estos casos se debe pensar en la posibilidad de la depresión "enmascarada".

La depresión enmascarada no es un diagnóstico clínico comparable, por ejemplo, con el de la depresión endógena. Pero sí es un concepto médico útil para recordar que muchos pacientes se presentan a consulta cubiertos con un manto de síntomas físicos, debajo del cual reposan las manifestaciones psicológicas de la depresión.

LA DEPRESION EN LA CONSULTA MEDICA

Se calcula que entre 15 y 20% de la consulta médica general requiere tratamiento antidepresivo¹. Desafortunadamente el diagnóstico de depresión pasa desapercibido por el énfasis del paciente en las quejas somáticas y por la inclinación natural del médico a encontrar justificación orgánica a los síntomas del enfermo. Esta situación conduce a exámenes físicos exhaustivos cuyos resultados am-

biguos aumentan la angustia del paciente y el afán orgánico del médico. Con mucha frecuencia el médico concluye que las quejas del paciente son "sólo nervios", lo insta a "poner de su parte" y, peor aún, le formula por tiempo indefinido una benzodiazepina. En no pocos casos esta situación puede llevar a intervenciones quirúrgicas innecesarias. La situación antes descrita contrasta con los excelentes resultados del tratamiento antidepresivo en 80% de los casos, lo que indica la responsabilidad del médico no psiquiatra, especialmente del internista, para descubrir y tratar el paciente deprimido en muchos casos, o referirlo al especialista en otros.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de la depresión en el mundo es 3%, más frecuente en la mujer en proporción de 2 a 1 y en la clase socioeconómica alta^{2,3}.

Todo indica que la depresión va en aumento al parecer por situaciones de frustración y desvalimiento producidas por la cultura actual y por el aislamiento del ser humano en las grandes ciudades. Contribuyen además la longevidad, el aumento de las enfermedades crónicas y el consumo exagerado de ciertas drogas como los ansiolíticos, los antihipertensivos y algunos antibióticos⁴. Vale la pena tener en cuenta que cambios en el ámbito psicosocial, tanto positivos (promoción en el trabajo, nacimiento de un hijo, etc.) como negativos (enfermedad, muerte de un ser querido, etc.) pueden precipitar un episodio depresivo.

El paciente deprimido no se encuentra siempre en estado de depresión. Puede presentar síntomas orgánicos como dolor de cabeza de tipo tensional, dolor lumbar, fatiga fácil o insomnio. Fuera de lo anterior, el paciente puede tener la apariencia de un individuo feliz. En otros casos llama la atención del médico el hecho que el paciente no mejora de su enfermedad como sería de esperar, no acaba de

* Profesor Titular, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

superar la convalecencia de una intervención quirúrgica dentro de los límites razonables de tiempo⁵. Frente a estas circunstancias, indagar sobre la vida personal, familiar o de trabajo del paciente puede arrojar luces importantes sobre el estado del enfermo.

RELACION MEDICO-PACIENTE

Hacer preguntas "personales" al paciente no es una intromisión indebida o irrespetuosa en su vida privada; por el contrario, el paciente las recibe como una manifestación inequívoca de interés por parte del médico que le brinda la oportunidad de "desahogarse" y compartir con alguien lo que lo hace sentir desdichado. Esta relación de mayor empatía y confianza entre médico y paciente se logra mediante ciertas características en la actitud del médico, como son:

1. Aceptar al paciente como es.
2. Facilitar la expresión de sus ideas, emociones, temores y quejas somáticas.
3. Mostrarse genuinamente interesado en su enfermedad y dispuesto a prestarle la ayuda profesional que amerita.
4. Manifestarse de manera razonable optimista respecto al resultado del tratamiento.

La actitud del médico basada en los parámetros anteriores facilita la exploración psicológica del paciente que conduce a la identificación de un estado depresivo oculto por quejas somáticas vagas.

SINTOMAS DE LA DEPRESION ENMASCARADA

Las manifestaciones somáticas más comunes de la depresión enmascarada son las siguientes⁶:

- Cefalea, sensación de presión o quemadura en la cabeza.
- Dolor en la cara, la nuca o la región lumbosacra.
- Pseudoangina, sensación precordial de presión o quemadura; palpitaciones.
- Presión y constricción en la garganta y región retroesternal.
- Boca seca, distensión gaseosa, constipación o diarrea, cambios en el apetito.
- Trastornos en el sueño, oleadas de sudoración, cansancio matutino, fatiga fácil.
- Dolor abdominal difuso, disminución del deseo sexual, aumento de la micción, desarreglos menstruales.

Las quejas somáticas de la depresión enmascarada se acompañan usualmente de trastornos en el sueño, inapetencia

y angustia. El diagnóstico sería inequívoco si a lo anterior se añaden incapacidad para disfrutar de las cosas como antes, pérdida de interés general, falta de energía, fluctuación diurna de los síntomas, antecedentes depresivos en el paciente y en su historia familiar. Estos detalles se obtienen mediante una exploración cuidadosa por parte del médico que intuye la presencia de un estado depresivo y gracias al efecto facilitador de una buena relación con su paciente.

MANEJO DEL PACIENTE DEPRIMIDO

En el curso del tratamiento hay ciertos propósitos que el médico debe lograr:

- Demostrarle al paciente la ausencia de patología orgánica para su depresión.
- Explicar la génesis de la depresión e identificar los elementos psicológicos y/o ambientales que han generado o agravado la enfermedad.
- Explorar con el paciente alternativas en el manejo de problemas reales que puedan estar contribuyendo a la depresión.
- Explicar en detalle el plan de tratamiento, su evolución y resultados.

De la misma manera hay situaciones de común ocurrencia entre médico y paciente que se deben evitar:

- Restarle importancia a la enfermedad ("no se preocupe, sólo son nervios").
- Insistir en que el paciente se mejora "poniendo de su parte".
- Recomendar vacaciones.
- Formular "reconstituyentes cerebrales"
- Forzar al paciente a tomar decisiones importantes.
- Entablar intimidad con el paciente.

USO DE DROGAS ANTIDEPRESIVAS

La elección de la droga antidepresiva se debe hacer de acuerdo con la severidad de los componentes cardinales de la depresión: tristeza, retardo psicomotor y angustia^{7,8}.

El prototipo de drogas que tienen una acción más directa contra la tristeza son la imipramina y la clormipramina. La amitriptilina y la maprotilina tienen un mayor efecto sedante y tranquilizante, mientras que la desipramina produce más estimulación sobre el retardo psicomotor. Existen otras drogas como los inhibidores de la monoaminooxidasa, cuyo manejo corresponde al especialista por la frecuencia con que se pueden producir efectos secunda-

rios molestos y aun complicaciones indeseables⁹. La utilización de los antidepresivos se debe hacer dentro de las siguientes condiciones básicas:

- La selección de la droga debe estar supeditada a las características clínicas de la depresión.
- El tratamiento se inicia con una dosis promedio de 50-75 mg diarios que se aumenta cada tercer día, según los resultados obtenidos, hasta 150-200 mg/día.
- Se debe tomar la droga todos los días, según la forma prescrita.
- El efecto antidepresivo empieza a notarse al cabo de 5-8 días.
- Los efectos secundarios son usualmente de tipo anticolinérgico y se presentan al comienzo del tratamiento.
- Durante el curso del tratamiento se aprecian altibajos en el efecto de la droga.
- La duración promedio de esta terapia es de 3 meses. Su interrupción prematura puede provocar recaída.
- La disminución de la droga al término del tratamiento se debe hacer en forma gradual.

MEDIDAS TERAPEUTICAS ADICIONALES

El médico debe informar a la familia inmediata del paciente sobre la enfermedad, sus riesgos, y lo que se espera del tratamiento, buscando disminuir presiones inconvenientes sobre el enfermo a nivel familiar y laboral.

El paciente deprimido debe permanecer tan activo como su estado lo permita, especialmente en actividades de tipo manual y físico. Es mucho más difícil concentrarse en tareas intelectuales. También es recomendable el ejercicio físico, sobre todo si ha sido habitual en el paciente, y regresar en forma progresiva, de acuerdo con la mejoría, a los pasatiempos acostumbrados (jardinería, trabajos manuales, etc). Estas estrategias contribuyen de manera efectiva a elevar la autoestima de quien se ha visto profundamente afectado por la depresión.

REMISION DEL PACIENTE AL PSIQUIATRA

En algunos casos se hace necesaria la remisión del paciente al especialista en psiquiatría:

- Falta de interés por problemas psiquiátricos o emocionales por parte del médico.
- Ausencia de mejoría al cabo de 2 a 3 semanas.
- Ideas o tentativas de suicidio.
- Síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones).
- Dudas sobre el diagnóstico o tratamiento.
- Dificultades en el manejo del paciente o su familia.

LA DEPRESION Y EL MEDICO ESPECIALISTA

En los últimos años, la profesión médica se ha acostumbrado al sistema de las consultas especializadas. Cuando es difícil hacer un diagnóstico, la reacción del médico es enviar el paciente al especialista en cardiología, vías digestivas o neurología. Si un enfermo se queja de cefalea, dolor lumbar, opresión precordial, distensión gaseosa, trastornos en el sueño y disminución del deseo sexual, lo más probable es que con rapidez su historial clínico aumente de peso y volumen.

El médico debe tener presente que hay una forma de depresión que se oculta bajo la superficie de quejas somáticas vagas. Más aún, así como la depresión puede aparentar una enfermedad de naturaleza orgánica, también puede preceder, acompañar o proseguir episodios de neumonía, hipertensión, ataques cardíacos o intervenciones quirúrgicas. No identificar y tratar en forma adecuada la depresión en estos casos, hace que el paciente apenas comience a sufrir cuando el médico considera que ya debe estar "curado". La mayoría de los médicos adopta una posición estoica frente a los problemas personales de los enfermos. Esta puede ser una maniobra explicable para proteger la sensibilidad emocional del médico. Lo que no se puede esperar es que el paciente también se matricule en la escuela del estoicismo.

SUMMARY

Symptomatology among depressed patients has changed lately in the direction of physical symptoms. The patient is emphatic about somatic complaints and the physician is eager to find organic basis for these complaints. This leads to patients being subjected to exhaustive medical exams, varied somatic treatments and even surgical interventions. In the meantime, the depressive condition worsens for it remains unidentified.

REFERENCIAS

1. Kielholz, P (ed): *Depression in everyday practice*. Hubber, Berne/Stuttgart/Vienna, 1974.
2. Kielholz, P. (ed): *Depressive illness*. Hubber, Berne/Stuttgart/Vienna, 1972.
3. Kielholz, P. (ed): *Masked depression*. Hubber, Berne/Stuttgart/Vienna, 1973.
4. Hagnell, O., Lanke, J., Orsman, B. & Ojesjo, L.: Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby study. *Swed Psychol Med*, 1982, 12: 279-289.
5. Lesse, S.: Masked depression and depressive equivalents. *Psychopharmacol Bull*, 1977, 13: 68.
6. Kielholz, P. (ed): *The general practitioner and his depressed patients: a digest of an up-to-date knowledge*. Hubber, Berne/Stuttgart/Vienna, 1981.
7. Kielholz, P. & Adams, C.: *The pharmacotherapy of masked depres-*

8. Beck, A.T.: *The diagnosis and management of depression*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1973.

9. Wheatley, D.: The differential effects of antidepressant drugs. Bull Int PTD Committee (English edition) No. 5, June, 1981.

LA PUBLICACION DE ESTA REVISTA
ES POSIBLE POR LA COLABORACION DEL
DECANATO DE LA FACULTAD DE SALUD,
UNIVERSIDAD DEL VALLE