

Depresión enmascarada, ¿somatización o depresión?

Karla G. Chávez¹

La depresión ha tomado relevancia desde hace poco más de dos décadas y se ha convertido en un vocablo de uso popular para expresar el sentimiento de tristeza que algunas veces se experimenta.

El síndrome depresivo se caracteriza por síntomas básicos como: humor fundamental deprimido, con aflicción o ansiedad, inhibición del pensamiento, inhibición de las funciones psíquicas centrífugas como lo es la voluntad y de tipo psicomotriz.

Se consideran síntomas accesorios las manifestaciones psicósomáticas. Siendo el humor fundamentalmente deprimido y la tristeza el punto cardinal del cuadro; caracterizándose con mayor certeza desde un punto de vista fenomenológico o sindromológico.

Pero no siempre el síndrome depresivo se expresa de esta forma y mucho menos se detecta adecuadamente.

Cuando esto sucede, estamos frente a una “depresión enmascarada”, a la cual también ha sido denominada como “larvada”, “latente”, “oculta” o “equivalentes depresivos”. Es un estado

¹ Licenciada en psicología, Universidad Autónoma de México

depresivo en el que predominan la sintomatología somática o bien en la que los síntomas psíquicos se encuentran en un segundo plano. Por lo tanto, se habla de una depresión con un matiz particular sintomatológico o con acentuación en determinados síntomas.

Es de llamar la atención la constelación somática (que por supuesto no falta en depresiones manifiestas), y es esta carta de presentación del sufridor que “enmascaran” los síntomas psicopatológicos considerados cardinales y son inobservables, tampoco dejan reconocer al cuadro depresivo “clásico” por la manifestación somática; o bien puede encontrarse en un segundo plano o estar ausente.

En la elocuencia de la investigación documental, se mencionan los “equivalentes depresivos” citados por Polaino-Lorente, denominados como “*Depressio sine depressione*”.

En términos nosológicos existe depresión, pero inexistentes en sentido psicopatológico; por lo que el diagnóstico se fundamenta en la discrecional sintomatología depresiva psíquica, mientras que ante un equivalente depresivo se deberá basar en otro tipo de criterios. En la bibliografía norteamericana existen inclusiones de los equivalentes depresivos, siendo éstos un peldaño más en la extensa escala de síntomas depresivos que amagan los dos polos “psique-soma”, existiendo una sola entidad nosológica “una depresión”.

Continuando con la manifestación enmascarada de la depresión, de vez en cuando se observan estados patológicos pertenecientes al círculo depresivo, pero que tampoco permiten reconocer al cuadro depresivo “clásico”, así como tampoco se caracterizan por síntomas somáticos, sino por una sintomatología psíquica atípica sin matiz depresivo. En estos casos, se habla de depresiones enmascaradas, pero en esta ocasión la máscara cambia.

Si se considera lo anterior, la noción de una depresión enmascarada se definiría de la siguiente forma: *son todos aquellos cuadros no observables a los usuales síntomas psíquicos de la depresión –principalmente la distimia- pero que por determinados indicadores indirectos que pueden delatar su pertenencia al círculo depresivo; interpretando esta pertenencia en sentido de una variedad formal de la depresión, con una base biológica común.*

¿De qué manera puede manifestarse la depresión enmascarada?

Si se parte del polifacetismo de sus manifestaciones, se infiere que cualquier órgano o sistema orgánico puede estar afectado; así como la patoplastia se puede llegar a servir de cualquier tipo de síntoma. Con base a investigaciones científicas realizadas tanto en Estados Unidos de América como en la Comunidad Europea se determinan las siguientes manifestaciones:

- Molestias funcionales y síntomas vegetativos.- predominancia de molestias físicas, sufridores frente a diversos diagnósticos formulados con ligera sospecha de cuadro depresivo después de haber sido atendidos por médicos internistas.
- Molestias hipocondríacas.- pacientes con una forma de describir las molestias en conjunción con la actitud: reflexión constante de sí mismo, profunda ambivalencia frente a los trastornos, incesantes e inoportunas quejas, todas ellas en su mayoría mezcladas con cierta agresividad –abierta u oculta-. Además de una exagerada auto-observación y las quejas hipocondriacas que figuran en un primer plano (todo ello como síntomas esenciales de una depresión enmascarada). Insistencia de que sus

males son de naturaleza orgánica, existe ausencia de estado deprimido y desconocen automáticamente la posibilidad de que sus molestias tengan un origen psíquico.

- Equivalentes depresivos.- psicopatológicamente carecen de elementos del síndrome depresivo. Por lo general se trata de enfermedades independientes, en ocasiones con una génesis evidente psicosomática o bien orgánica. Algunos sufridores presentan síntomas que permiten hipotetizar el fundamento depresivo y responden a una terapéutica farmacológica antidepresiva. En este grupo se encuentran: algias y parestesias como cefaleas y dorsalgias difusas, lumbalgias, braquialgias, dolores dentales, meralgias parestésicas, dolor facial atípico, migrañas, acatisias y síndrome de las piernas inquietas (restless legs). Asimismo, manifestaciones psicosomáticas como: crisis asmáticas, eczemas recidivantes, trastornos gástricos (úlceras) vértigo y anorexias nerviosas.
- Sintomatología psíquica atípica.- en ella la depresión no se enmascara por somatismos, sino por manifestaciones psíquicas atípicas, como: agresividad injustificada de forma repentina, rasgos obsesivos y fóbicos, alteraciones de la realidad con despersonalización, disolución de la realidad, transítivismo, alucinaciones e ideas delirantes sin un contenido depresivo específico. También algunos casos de adicción a drogas, alcoholismo, comportamiento asocial psicopático y conducta sexual anómala. Por supuesto que la concatenación de estos trastornos y la depresión es altamente compleja y difícil de evaluar y diagnosticar.
- Depresión enmascarada en etapa infanto-juvenil.- durante la niñez las depresiones son manifestadas mediante trastornos conductuales o molestias psicosomáticas

comparativamente con la depresión “clásica” en los adultos, por lo que se puede denominar como enmascarada, pero en una forma primaria y adecuada a la edad, en esta etapa infantil la depresión es auténtica. A partir de los 14 años, el cuadro depresivo se torna más simil al del adulto. El fracaso escolar se puede explicar por una depresión enmascarada.

- Depresiones enmascaradas en la involución.- en la adultez y la senectud las depresiones pueden quedar enmascaradas por reacciones de hostilidad frente al ambiente, molestias hipocondríacas intensas, falta de interés, apatía, quejas incesantes, conducta ergotista dominante (síntomas de síndrome psico-orgánico) atribuidas con mucha facilidad. Síntomas como tristeza, sentimientos de culpabilidad, ansiedad, desesperación, inhibición, etc... faltarán en una depresión enmascarada.

Por lo tanto, el diagnóstico se formula a partir de indicios indirectos de la manera siguiente:

Sintomatología:

- Síntomas depresivos discretos o rudimentarios (con ligera inhibición, reducción impulsiva poco pronunciada, indecisión, dificultad de concentración, disminución de la esfera de intereses, con menor capacidad para la alegría)
- Síntomas limítrofes con la esfera somática y que acompañan a toda depresión (trastornos de sueño, trastornos sexuales, pérdida de apetito).

Es indispensable para este diagnóstico la sospecha se una distimia vital (sensaciones somáticas imprecisas y difíciles de caracterizar). Por tanto, es necesario dirigir la

exploración a los rudimentarios indicadores del cuadro de manifestaciones depresivas o bien atender holísticamente los signos y síntomas prevalecientes con su concomitante simbolización del síntoma.

Otra forma de diagnosticar este tipo de enmascaramiento es mediante la evolución o el carácter periódico que sostiene como lo son: las oscilaciones diarias, con despertar prematuro, molestias exacerbadas en las primeras horas de la mañana y con una mejoría hacia la tarde, ello conlleva a un diagnóstico diferencial frente a una distonía vegetativa que curse con molestias análogas. Las oscilaciones anuales son menos frecuentes, con aparición o intensificación de las molestias en primavera u otoño, siendo la anamnesis de fases análogas un indicio importante a situaciones externas. Y más aún, al presentarse oscilaciones diarias se puede asegurar de la existencia de un enmascaramiento depresivo.

Por otra parte, se debe considerar que la depresión enmascarada sintomatológicamente puede modificar su contenido en el curso de una misma fase y enriquecerse paulatinamente con síntomas depresivos típicos o bien revelarse de repente como una depresión francamente manifiesta.

Factores hereditarios.

Al realizar la anamnesis familiar, los indicadores a indagar son rasgos maníaco-depresivos y trastornos psicosomáticos de evolución fásica. Autores varios mencionan que los familiares con trastornos de la afectividad presentan perturbaciones del estado del ánimo, psicosomáticos de evolución cíclica con molestias reumáticas, crisis asmáticas, molestias gástricas y dermatosis. Pacientes maniaco-depresivos y depresiones periódicas

presentan antecedentes familiares de trastornos psicosomáticos más o menos pronunciados (¿depresión enmascarada?)

Respuesta a tratamiento

Sufridores de depresión enmascarada, por sus condiciones sindromológicas, no responden a tratamiento sintomático. Volviéndose recurrentes y refractarios a tratamiento, siendo una carga para el Sistema de Salud al ser ambulatorios.

Personalidad del sufridor

Por lo general son personas entre 30 a 60 años, rígidos, inflexibles, actitud crítica frente a los demás y consigo mismo, compensación exagerada de sentimientos de insuficiencia con agresión-obsesión y ambición por dominar, pobre capacidad de adaptación, orden, meticulosidad.

Ambiente familiar

Uno o ambos progenitores agresivos, inflexibles y con tendencias obsesivas. Por lo general se considera que la figura materna es dominante y el padre pasivo y dependiente a ella (comportamiento hostil-dependiente). Existencia crónica de conflicto en la pareja y el sufridor (a). Manifestaciones de neurosis obsesivas, psicosomatismos.

Conclusiones:

1. Inexistencia de criterios para caracterizar o bien identificar a la depresión enmascarada.

2. Los indicios diagnósticos son facultativos e inespecíficos.
3. Ineficacia en el tratamiento de estos sufridores
4. Carencia de una entidad nosológica connotada en taxonomías internacionales
5. La posibilidad de especulación en estimaciones epidemiológicas.
6. Falta de conocimiento profesional del cuadro depresivo