

LA DEPRESIÓN ENMASCARADA DESDE LA SINTOMATOLOGÍA NEUROVEGETATIVA

Psic. Karla G. Chávez Chávez¹

Resumen

En la actualidad, la depresión clínica con síntomas claros de disforia es una de las principales enfermedades referidas por la sociedad; considerando la sintomatología somática como factor preponderante se le denomina como DEPRESIÓN ENMASCARADA, la cual pasa inadvertida por dichos síntomas, desatando síntomas neurovegetativos; que al concatenarse generan manifestaciones de síndrome psicovegetativo como soporte del enmascaramiento de la depresión. En la práctica privada y hospitalaria, en atención a pacientes principalmente cefaleicos y/o con dolor crónico, se ha encontrado este padecimiento soslayado. Por lo que se hace imprescindible resaltar dicha sintomatología incentivando al profesional de salud para una entrevista exhaustiva y una cerrada observación sintomatológica.

Abstract

At present, clinical depression with clear symptoms of dysphoria is one of the main diseases reported by the company; considering the somatic symptoms as the predominant factor is referred to as masked depression, which goes unnoticed by those symptoms,

¹ Licenciada en psicología, Universidad Autónoma de México

triggering autonomic symptoms; which when concatenated generate manifestations of psychovegetative syndrome as the masking depression support. In private and hospital practice, mainly in response to headaches and / or chronic pain patients, this condition has been found to be overlooked. So it is essential to note that symptoms encouraging health professional for a thorough interview and observation symptomatic closed

Palabras Clave: neurovegetativos, depresión, enmascarado, latente, equivalentes depresivos, equivalentes somáticos.

Key words: autonomic, depression, masked, latent depressive equivalents, somatic equivalents.

Al ser la depresión considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las enfermedades de mayor incidencia en la población mundial, surge la inquietud por puntualizar la atención a la sintomatología neurovegetativa como forma reactiva y de enmascaramiento de una depresión.

La depresión enmascarada se caracteriza por la presencia de diversos cuadros somáticos en un cuadro clínico denominado como “depresión enmascarada por síntomas neurovegetativos” (Jervis y González García, 2005) o bien llamada también “depresión oculta” (Calderón y Colin, 2003), “equivalentes somáticos” (Sáiz Ruiz, e Ibáñez Cuadrado, 2002), depresión latente (Álvarez Canal, 2010).

La depresión y las funciones neurovegetativas tienen estrecha relación, ejemplo de ello son: secreción salival, tensión arterial, liberación de catecolaminas, etc. Los síntomas neurovegetativos son la expresión física de la perturbación emocional profunda.

Cuando los equivalentes somáticos enmascaran la depresión –con o sin enfermedad somática subyacente- el diagnóstico se hace difícil; al ser las depresiones enmascaradas eclipsadas por la ansiedad, la tensión o la constelación de quejas somáticas.

Quien sufre una depresión enmascarada recurre en busca de ayuda médica. Sus problemas de salud reflejados en dolor agudo que con el tiempo se cronifica; provoca desconcierto en el médico y el paciente, atendiendo únicamente los síntomas somáticos sin sospechar de detrás de ello se encuentra instalada una depresión. Ante este tipo de casos el desconocer o poder diagnosticar una depresión es igual de grave como si se llegase a ignorar un problema cardiovascular agudo.

Estadísticas epidemiológicas de OMS (2012) reflejan que la mitad o dos terceras partes de personas que acuden a medicina general presentan síntomas característicos de los trastornos emocionales sin lesiones orgánicas, y es hasta después de revisiones periódicas que se categorizan como pacientes psiconeuróticos, presentando síntomas somáticos; así como: fatiga, ansiedad, torpeza psicomotora y una depresión, aunque esta depresión no es marcada y frecuentemente es inadvertida.

Los síntomas orgánicos predominan sobre la depresión; es inadvertida y por lo tanto la intervención en la mayoría de las veces farmacológica es inadecuado al existir tendencia al ocultamiento parcial de la depresión, convirtiéndose en un paciente ambulatorio,

recurrente y refractario de tratamiento, situación que provoca altos costos de atención a la infraestructura hospitalaria de atención social.

Por otra parte, la clasificación de los síntomas de la depresión enmascarada varía, pero con una constancia marcada cuando dicha depresión se encuentra latente por lo que el diagnóstico es de Psiconeurosis.

En síntomas neurovegetativos prevalece: la taquicardia que provoca disnea, sensación glossofaríngea, sensación de opresión en el pecho y debilidad general; otros síntomas son: cefaleas fronto-occipitales y occipitocervicales acompañadas de rigidez de nuca, sensación de presión cefálica y zumbidos de oídos. La mayoría de las veces, la disregulación neurovegetativa se concentra a nivel de aparato gastrointestinal mediante la manifestación de síntomas como el vómito, la anorexia, pesadez epigástrica y estreñimiento con diarrea o uno y otra alternativamente. En las mujeres se identifican además de los trastornos menstruales; problemas en pelvis y aparato genitourinario, razón por la cual la consulta es referida al ginecólogo. Asimismo, existen referencias de que en un 94% de los casos atendidos en medio hospitalario las personas presentan insomnio y un 97% presentan modificaciones en el ritmo del sueño o en la vigilia.

Los síntomas somáticos frecuentes son: fatiga, insomnio, dolores o espasmos abdominales, cefaleas, palpitaciones, ingestión excesiva de alimentos, náuseas, vómitos, diarreas, dolores de piernas, cancerofobia, boca amarga.

En la experiencia profesional, se ha constatado por estudio de casos significativos que la presencia de cefaleas, obnubilación, estados dolorosos vagos, trastornos

cardiovasculares, gastrointestinales y genitourinarios son máscaras que mantienen latente una depresión; así como su eterna aliada “la ansiedad” dando como consecuencia la indicadores de la esfera instintiva y emocional, generando así síntomas de un síndrome psicovegetativo.

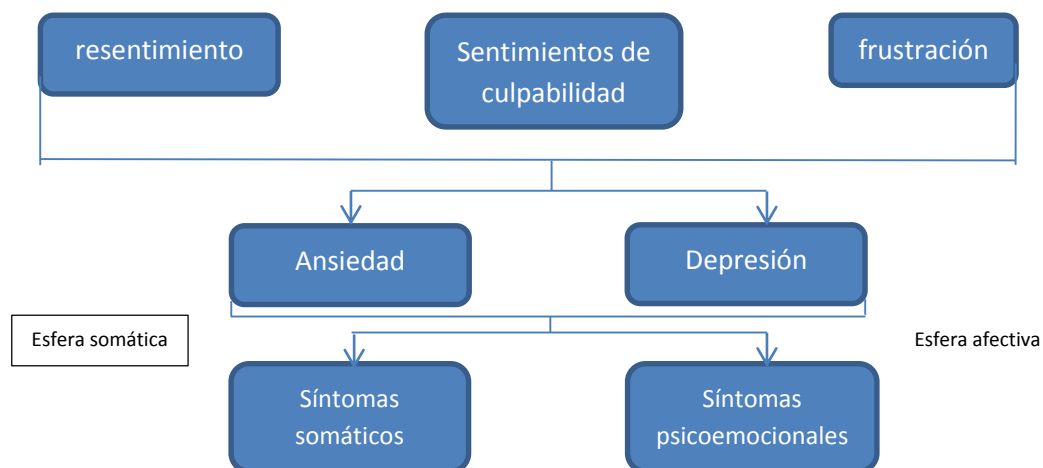
Este síndrome se puede agrupar en:

Síntomas psicopatológicos: dificultad de concentración, propensión a fatiga psíquica, tendencia a la irritabilidad y excitación, trastornos de retención mnemónica, labilidad del humor, sentimientos de ansiedad, distimias tanto depresivas como disfóricas

Síntomas psicósomáticos: trastornos del sueño, cansancio, resistencia al esfuerzo, vértigo, tendencia a lipotimia, aumento de secreción sudoral, molestias circulatorias y pulmonares (opresión y punzadas a nivel cardíaco, angustia precordial, sensaciones de opresión torácica, hambre de aire); molestias del tracto digestivo (disminución de apetito o anorexia, bulimia –menos frecuente-, náusea, sensación de hinchazón y sofocación, sequedad de boca, vómito, opresión epigástrica dolorosa, espasmos gastrointestinales; síndromes dolorosos (cefaleas, dolores cervicales y escapulo-humerales, lumbalgias, meralgias, dorsalgias, dismenorrea); trastornos de la esfera sexual.

Molestias somáticas objetivables: oscilaciones de tensión arterial, hipotensión o hipertensión, labilidad del pulso, taquicardia, palidez o congestión fugaz del rostro, hipo e hiperacidez, dispepsia funcional, labilidad de la termorregulación.

Esta descripción como factor funcional de la dupla depresión-ansiedad se puede representar de la siguiente forma:



Con base a lo anterior, la discusión se centra en saber si la depresión se encuentra subordinada a la ansiedad, si es al contrario o se dan en paralelo; por la relación tan estrecha con las emociones se pueden llegar a considerar un epifenómeno que acompañan a las reacciones de adaptación más o menos fuertes cuando las diferentes situaciones de estresores vitales o bien estresores cotidianos entendidos bajo el Síndrome General de Adaptación de Selye (G.A.S), se conjugan con reacciones fuertemente integradas a la afectividad, la intelectualidad, son volitivas y somáticas. Implican también, la participación

del sistema central del organismo lo que implica la dificultad del diagnóstico clínico por lo que se sugiere ser exhaustivos en entrevista y observar indicadores posturales, gesticulares y psicomotores que pudieran sugerir una depresión poniendo énfasis en la referencia de la queja, malestar o enfermedad referido por el individuo.

Referencias bibliográficas

Bousoño García, M., González García-Portilla, P., Pedregal Sánchez, J. y Bobes García, J. (1994). Diagnóstico y Clasificación de los trastornos depresivos. *Psiquiatría*. Vol. VI, Núm. 2, 13-21

Calderón Narváez, G. y Colin Piana, R. (2003). La relación médico-paciente en los trastornos depresivos. *Revista de Neuro-psiquiatría* (66) 329-334.

Jervis, G. y González García, J.L., (2005). La depresión: dos enfoques complementarios. Editorial Fundamentos. Madrid.

Sáiz Ruiz, J. e Ibáñez Cuadrado, Á. (2002). Diagnóstico de equivalentes somáticos. *Revista Clínica Española*. Vol. 202, Num. 2, (202) 88-90