

Síntomas de depresión en adultos

por Lilián R. Daset, María Pía Ciasullo, Verónica Tafernaberry, Pilar Amézaga y Mario Eugenio Saiz

La actual incidencia de los trastornos depresivos en la población adulta requiere de un estudio específico y desde muchas vertientes. En esta comunicación nos ocuparemos del análisis de los síntomas depresivos de una población adulta de la ciudad de Montevideo, a partir de la cual intentaremos formular algunas reflexiones.

A partir del año 1998, en la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay se desarrolló una labor de investigación¹ —concomitante con la tarea asistencial— con población clínica adulta que concurre al Centro de Orientación Psicológico-Psiquiátrica Inicial de la parroquia de San Ignacio de Loyola (padres jesuitas), cuyo énfasis es la aten-

Los autores

Lilián Daset:

*Psicóloga, con estudios doctorales en Psicología. Docente de grado y posgrado. Directora de Investigación. Coordinadora del Área de Personalidad y Evaluación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica. Psicoterapeuta.
<ldaset@ucu.edu.uy>*

María Pía Ciasullo:

Psicóloga. Analista junguiana. Estudiante del Master en Psicología Clínica orientación analítica.

Verónica Tafernaberry:

Estudiante de la Licenciatura en Psicología.

ción de personas con trastornos depresivos. El estudio se estructuró en varias fases. De la primera de ellas se han extraído los datos que se consideran en el presente trabajo.

El propósito de esta fase de la investigación es conocer la sintomatología más frecuente en la población encuestada — con relación a variables de edad y sexo—, a través de una evaluación preingreso que posibilite, desde el punto de vista asistencial, una detección precoz de padecimientos psíquicos, sobre cuya base se elaboran las estrategias de orientación.

Por tratarse de un centro que forma parte del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Depresión, la población que concurre está mayoritariamente conformada por personas que cursan o creen cursar un trastorno depresivo. A partir de esto se ha implementado la investigación general, con énfasis en los *trastornos del estado de ánimo*. No obstante, a la fecha de esta comunicación —y para las siguientes fases— se han incluido nuevas técnicas y encares que abarcan otros tipos de patologías.

Metodología

En la población que concurrió al centro, se organizó el estudio de los casos —previa entrevista clínica— con un cuestionario de rastreo de patología mental, para posteriormente administrar otros instrumentos más específicos y una ficha clínica estructurada.

El instrumento tomado en este estudio es el *cuestionario de autorrespuesta*² SRQ, construido a partir de materiales previos desarrollados para la detección primaria de trastornos como la depresión y la ansiedad. Recoge los criterios de clasificaciones diagnósticas padronizadas, tales como el DSM-IV y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10° versión, CIE-10.

Pilar Amézaga:

Psicóloga. Analista junguiana.

<pamezaga@adinet.com.uy>

Mario E. Sainz. Doctor en Medicina.

Psiquiatra. Profesor de Filosofía.

Analista junguiano. Profesor titular y

director de Estudios de Posgrado de

la Facultad de Psicología de la

Universidad Católica del Uruguay.

<msaiz@metgate.com.uy>

¹ Equipo conformado por psicólogos y psiquiatras en una actividad de docencia, asistencia e investigación.

² *Self Reporting Questionnaire*, Harding et al., 1980.

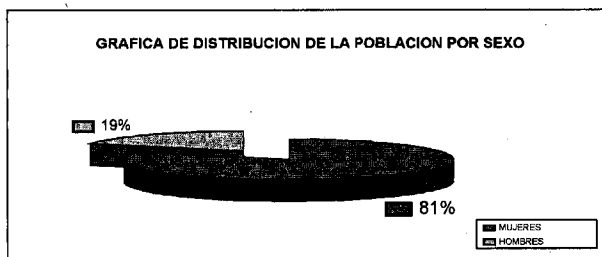
El cuestionario consta de 20 ítemes que pueden ser respondidos en forma rápida —diez minutos— con opción de *sí* o *no*, en lenguaje claro y llano. En la consigna —también breve— se indica al encuestado que para responder piense en lo acontecido en las dos últimas semanas.

Este instrumento posee un buen desempeño como *screening*. Usando un punto de corte de 8, presenta una sensibilidad de 83% y una especificidad de 82% con relación al CIS (Clinical Interview Schedule) de Goldberg. Permite estimar la prevalencia de trastornos psiquiátricos comunes.

Una vez relevados los cuestionarios, se examinaron los datos con procedimientos de estadística básica. Además se efectuó un análisis factorial exploratorio, con el fin de estudiar la posible agrupación de los síntomas en dimensiones según su coocurrencia.

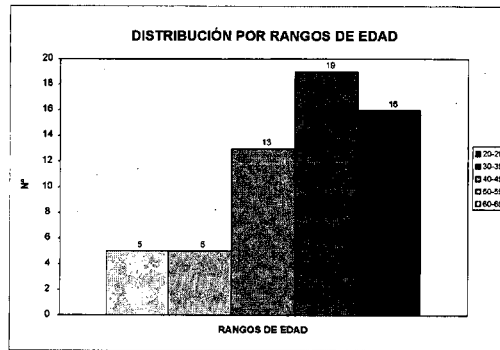
Resultados

La población encuestada fue de 58 adultos, compuesta en un 19% por personas del sexo masculino y en un 81% por personas del sexo femenino gráfica 1).



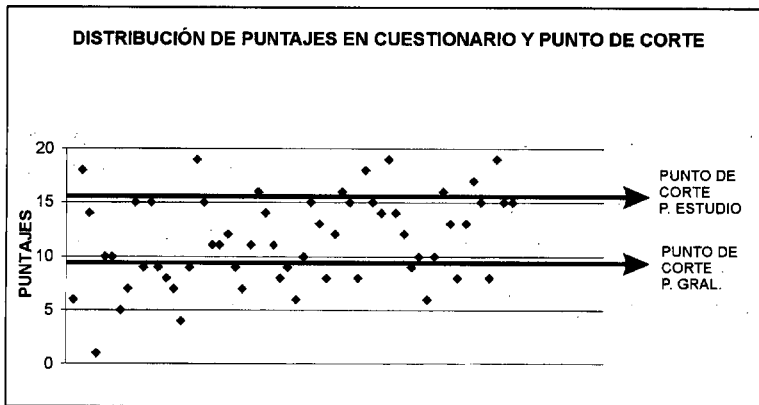
Gráfica 1

Las edades se sitúan entre los 25 y los 68 años. La distribución por rangos de edad muestra una concentración de la población en el rango que va de los 50 a los 59 años, al que le sigue en importancia el rango de 60-69 años; en tercer lugar aparecen las edades comprendidas entre los 40 y 49 años y, en igual proporción, los rangos de 20-29 y 30-39 años.



Gráfica 2

Las puntuaciones totales del cuestionario se concentran en lo más alto de la escala. El 15% de los casos se ubica en el segmento que delimita la Media+1 DS, donde se situaría —según los criterios más en uso— el punto de corte para la población en estudio. Si utilizamos el punto de corte para población general — = >8—, encontramos que el 74% de los casos cumplirían con el criterio (gráfica 3).



Gráfica 3

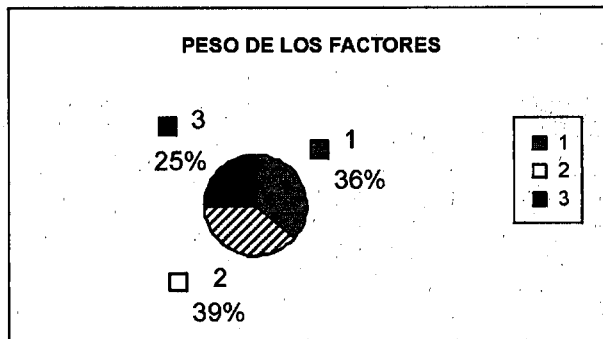
Las puntuaciones por encima del punto de corte (carácter más restrictivo) suponen que el 15% de la población estudiada presenta claramente sintomato-

³ Según la plantearon en 1989 Abramson y colaboradores.

logía de tipo depresivo que, por cantidad y tipo, guarda estrecha relación con los criterios del DSM-IV para el episodio depresivo mayor.

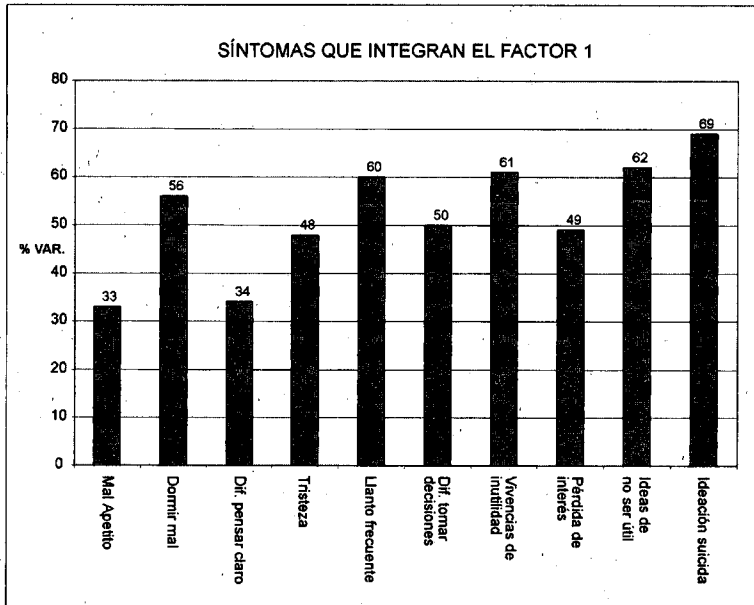
La prevalencia esperada para este tipo de episodio en población adulta general varía en intervalos que van del 2% al 3% en hombres y del 5% al 9% en mujeres. En la población en estudio el índice de prevalencia es del 15% para los criterios más estrictos.

En lo que respecta al tipo de sintomatología predominante (gráfica 4), la que aparece con mayor frecuencia es la de tipo cognitivo (1), seguida de la agrupación de síntomas que refiere a una dimensión somática (2) y, en último lugar, una dimensión que agrupa mayoritariamente aspectos de desempeño (3).



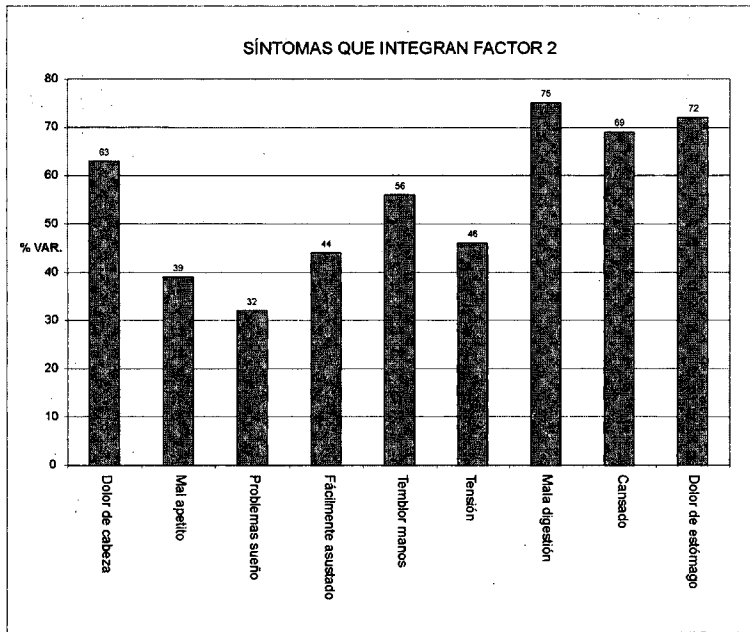
Gráfica 4

En primer lugar, con mayor porcentual de puntajes de respuesta, está la dimensión que agrupa ítemes cognitivos y que tiene una importante representación de pensamientos relacionados con la desesperanza,³ entre los que también está presente la ideación suicida (gráfica 5). Este factor nos permite educir que la desesperanza sería una de las características más acusadas de los episodios depresivos que se dan en la población en estudio.



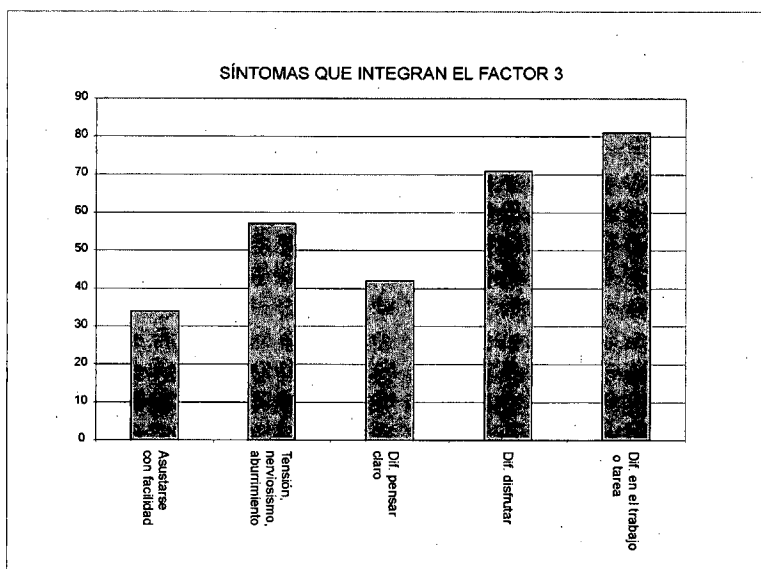
Gráfica 5

La segunda dimensión, cuyo carácter es más de tipo somático (gráfica 6), está constituida por síntomas como los problemas digestivos, sensación de molestia en el estómago, dolores de cabeza frecuentes, cansancio la mayor parte del día —sin causa médica conocida— y que se manifiestan conjuntamente con un estado de ánimo general de tipo deprimido. Este tipo de manifestación es el que más frecuentemente presentarían las poblaciones latinas, según se expresa en la mayoría de los trabajos científicos y de carácter transcultural sobre el tema.



Gráfica 6

En un tercer agrupamiento sintomático se configura una dimensión mixta, constituida por ítems referidos al desempeño bajo o ineficiente en las tareas emprendidas y el poco disfrute de cosas que antes eran vivenciadas como placenteras (gráfica 7).



Gráfica 7

Reflexiones

Las dimensiones en que se agruparon los síntomas son a nuestro entender un aspecto a considerar detenidamente y merecedoras de un estudio específico, pues podrían estar señalando las características de presentación de los episodios depresivos en adultos en la población en estudio. Estas características sintomáticas son un indicador importante en la detección precoz de este tipo de padecimientos y constituyen además un punto de arranque para el abordaje breve desde la psicoterapia individual y grupal.

Los síntomas de esta población coinciden con lo planteado en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), por lo que en primera instancia es coincidente con el diagnóstico de episodio depresivo mayor para un 15% de los pacientes encuestados.

La severidad del episodio se ve reflejada en la cantidad y calidad de los síntomas, a lo que se suma la permanencia de éstos durante la mayor parte del día a lo largo de las dos últimas semanas.

En lo que respecta al tipo de sintomatología de mayor incidencia en estos pacientes, parece importante destacar la dimensión ideacional o cognitiva y, dentro de ella, los pensamientos relacionados con la desesperanza. Estudios

sobre la relación entre estilos inferenciales negativos y depresión han abierto una puerta al estudio causal —secundario— de muchas personas con esta patología,⁴ lo que se ve además enfatizado por la relación que algunos clínicos (Beck, 1979, 1991; Metalsky, 1992; Abramson, 1997) señalan entre la desesperanza y los intentos suicidas.

La detección temprana de estos “fenómenos” que acompañan a los episodios depresivos debería incluirlos como predictores de la severidad del padecimiento para tomar decisiones clínicas con carácter más inmediato. Constituyen además la lista de principales indicadores para manejar con la familia y el entorno de los pacientes.

El estudio está ahora en una nueva fase; se analizan los episodios depresivos con instrumentos más específicos y la estructura de personalidad de base, todo esto porque sigue vigente el propósito inicial de encontrar estrategias diagnósticas con validación para la población asistida, que permitan indicar tratamientos más ajustados a las necesidades de cada paciente según el tipo de depresión que cursa.

Bibliografía de referencia

- ABRAMSON, L. Y. , METALSKY, G. I. y ALLOY, L. B. (1989): “Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression”. *Psychological Review*, nº 96, pp. 358-372.
- ABRAMSON, Lyn Y. et al. (1997): “Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes”. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* , vol. 2, nº 3, pp. 211-222.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed). Washington, D. C.
- BARLOW, D. H. (1991): “Introduction to the special issue on diagnoses, dimensions and DSM-IV: The science of classification”. *Journal of Abnormal Psychology*, nº 100, pp. 243-244.
- BECK, A. T. (1991): “Cognitive therapy: A 30 years retrospective”. *American Psychologist*, nº 46, pp. 368-375.
- BECK, A. T. et al. (1983): *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Desclée De Brouwer.
- DASET, L. R. (1999): *Sintomatología depresiva en la adolescencia*. Ponencia en el 2º Encuentro de Centros del Programa de Vigilancia Epidemiológica en Depresión (OPS-OMS). Uruguay.

⁴ Abramson y colaboradores proponen una teoría de la depresión por desesperanza en la que se señalan especialmente los estilos inferenciales negativos o la vulnerabilidad cognitiva como formas predisponentes para el desarrollo de sintomatología depresiva.

- INSTITUTO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES DEL URUGUAY (1992). *Salud y enfermedad mental en el Uruguay*. Montevideo.
- JACOBSON, Neil S. et al. (2000): "A Component Analysis of Cognitive-Behavioral Treatment for Depresión". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 64, n° 2, pp. 295-304.
- METALSKY, G. I., y JOINER, T. E. (1992): "Vulnerability to depressive symptomatology: A prospective test of the diathesis. stress and causal mediation components of the hopelessness theory of depression". *Journal of Personality and Social Psychology*, n° 63, pp. 667-675.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1996): *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, Meditor.

Resumen

En este trabajo se exponen los resultados de la primera fase de un estudio con población adulta de Montevideo que cursa o ha cursado episodios depresivos. El objetivo en esta fase era conocer la sintomatología más frecuente, con énfasis en los trastornos del estado de ánimo. Estas características sintomáticas son un indicador importante en la detección precoz de la depresión y constituyen un punto de partida para el abordaje breve desde la psicoterapia individual y grupal. En una segunda fase de la investigación se analizarán los episodios depresivos con instrumentos más específicos y la estructura de personalidad de base.