

# Aportes a la depresión desde la psicopatología fundamental

por Fredy da Silva

Los trastornos depresivos constituyen un cuadro clínico cada vez más frecuente en la práctica diaria. Éste es el motivo de consulta más común de los individuos que buscan atención en salud mental. Hay datos epidemiológicos que muestran una incidencia no menor del 5% en la población general y del 10% entre los adultos, lo que en todo el mundo significaría más de 150 millones de personas con esta enfermedad.

Hay datos claros que indican que estos trastornos se han incrementado en los últimos 50 años.

Se destaca que los índices de incidencia y prevalencia son más altos entre la población femenina; en algunos estudios epidemiológicos los cuadros depresivos reportados por mujeres llegan a duplicar los de los hombres. Desde un enfoque de riesgo, esto nos llevaría a formular que las mujeres son dos veces más propensas a presentar depresiones que los hombres. Estudios serios identifican las causas de esta notoria diferencia en ciertos factores familiares, sociales y culturales.

Otro elemento interesante es que la depresión grave no respeta posición socioeconómica, niveles educativos ni logros existenciales. Asimismo, estudios en gemelos y familias permiten plantear, con bastante certeza, que existe un componente genético para el trastorno bipolar y para la depresión.

## **El autor**

*Médico psiquiatra. Director del Centro Izcali. Docente de grado y posgrado de la Facultad de Psicología, Universidad Católica del Uruguay. Coordinador del Posgrado de Especialización en Drogodependencia.  
<fredydasilva@hotmail.com>*

La *depresión* y la *manía* constituyen los extremos opuestos de los trastornos del estado de ánimo, en una especie de continuo, pero con la característica de que la primera es mucho más frecuente: aparece en el 90% de los casos diagnosticados como *trastorno de humor*.

Al referirse a la *depresión* puede entenderse que se trata de un sentimiento normal en ciertas circunstancias, pero también de un síndrome clínico (conjunto de signos y síntomas patológicos) y hasta de una entidad nosológica o enfermedad claramente constituida.

Este trastorno puede manifestarse bajo diferentes formas clínicas, que estarán en relación con la etiología, la personalidad previa, las afecciones concomitantes, los factores del entorno familiar y social, y aun otros cuya naturaleza nos es desconocida.

## Aspectos históricos

Las primeras descripciones de la depresión, de interés básicamente anecdótico, pueden encontrarse en los escritos de Hipócrates. Desde entonces y hasta el Renacimiento se habló de *humores*, *monomanías* y *locuras parciales*, con pocos aportes firmes en el área de la medicina.

En 1820 Esquirol describió la *lipemanía*, que después conoceríamos como *melancolía delirante*. En 1845 Baillager comunicó lo que llamó *locura a doble forma*, y Falret, en el mismo año pero en forma independiente, la *locura circular*.

Kraepelin, en la primera edición de su obra monumental, en 1883, estableció criterios no solo semiológicos sino también evolutivos y etiopatológicos (edad de comienzo, estados terminales, etcétera) para lo que en 1896 definió como *psicosis maniaco-depresiva*. Posteriormente, en 1899 y 1904, describió los *estados mixtos* y fundamentó la unidad estructural de la manía y la melancolía. Ya en 1915, en la octava edición, definió claramente la *melancolía* como la *depresión psicótica* o fase depresiva de la psicosis maniaco-depresiva. Apareció aquí la oposición de la escuela americana, liderada entonces por A. Meyer.

Coincidentemente, fue en ese año de 1915 cuando Freud, desde el psicoanálisis, realizó los primeros aportes importantes al tema, que serían continuados y profundizados por Abraham en 1924.

En 1957 Leonard negó la unidad del grupo que había planteado Kraepelin y postuló la existencia de tres grupos: *unipolar depresivo*, *unipolar maniaco* y *bipolar*. Angst en Suiza y Perris en Suecia confirmaron en 1966 la existencia de estos tres grupos.

En 1974 Winokur insistió en la heterogeneidad del grupo y planteó la siguiente clasificación que exponemos someramente:

- 1) *Depresión endógena*. La etiología está notoriamente vinculada a lo genético; el curso evolutivo se presenta en ciclos; es sensible al litio y a la electroconvulsoterapia. El síndrome clínico en general se presenta completo y puede incluir delirios con ideas de culpa, ruina, hipocondríacas, negación de órganos, etcétera (melancolía delirante), trastornos de conciencia (melancolía estuporosa) o ansiedad (melancolía ansiosa).
- 2) *Depresión exógena-psicógena*. Surge con posterioridad a un suceso traumático y se presenta con apatía, inhibición, postración, o bien con ansiedad, desborde emocional, llanto, agitación y hasta agresividad. Pueden darse diferentes formas clínicas:
  - a) *Depresión reaccional*. Predominan las situaciones conflictivas sobre la personalidad previa patológica. En general, el entorno sociofamiliar está "complicado", pero aun así la depresión desaparece o retrocede con el alejamiento del desencadenante exógeno.
  - b) *Depresión neurótica*. Presenta concomitancia o preexistencia de sintomatología neurótica; el desencadenante reactiva los conflictos neuróticos preexistentes o rompe un equilibrio muy precario. La respuesta a los tratamientos medicamentosos no es buena; resulta más eficaz la psicoterapia.
  - c) *Depresión de agotamiento*. Se presenta en situaciones de estrés crónico o sobrecarga o tensión de larga data. Trastornos del sueño, astenia, irritabilidad e hipersensibilidad, quejas somáticas y sensación de incapacidad son formas clínicas frecuentes.

En 1977 Akiskal, mediante estudios genéticos, confirmó la existencia de la *ciclotimia*, que se incluye en la psicosis maníaco-depresiva.

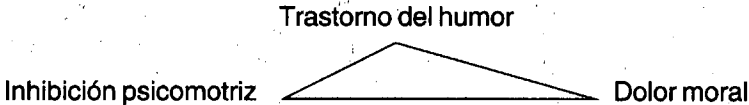
Actualmente el DSM IV —del que se ocupa otro colega en este mismo seminario<sup>1</sup>— pauta los criterios para el diagnóstico y la clasificación de los trastornos depresivos en nuestro medio. Solo remarcaremos que describe la *distimia* por un lado y la *depresión mayor* por otro.

---

<sup>1</sup> Margarita Dubourdieu: "El DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de la American Psychiatric Association para los trastornos mentales", en este mismo número de *Prisma*, p. 159.

# Clínica semiológica

Desde el punto de vista clínico, siguiendo al maestro Henry Ey, puede decirse que el síndrome depresivo está constituido por un trípode que incluye:



a) *La alteración del humor* se manifiesta como un humor “en menos”. El paciente lo expresa en términos de tristeza, desánimo, abatimiento, desgano, pena, pesimismo, debilitamiento, visión peyorativa de la vida, falta de gusto por la existencia, anhedonia.

Esta tristeza no siempre está presente en forma clara; suele enmascarse por manifestaciones o quejas somáticas del tipo de las *algias* (fundamentalmente dolores musculares y cefaleas), trastornos digestivos, pérdida de apetito, insomnio, etc. Otras veces son las manifestaciones más notorias de la ansiedad y la angustia las que enmascaran una depresión subyacente.

b) *La inhibición psicomotriz* se traduce en una disminución de las capacidades mentales y físicas: falta de iniciativa, latencia, lasitud, inercia, inactividad, y hasta un enlentecimiento motor. Todo esto motiva una disminución en el rendimiento y la eficiencia en prácticamente todos los aspectos de la vida. No olvidemos que se alteran la memoria y otras funciones básicas como la atención, la concentración y el juicio práctico. Esta inhibición en los procesos psíquicos se acompaña de un compromiso del sistema nervioso autónomo que afecta los fenómenos somáticos neurovegetativos.

En las formas ansiosas en que la ansiedad repercute sobre la psicomotricidad, la inhibición suele no aparecer en primer plano.

El pensamiento se ve afectado en la forma por enlentecimiento en el curso y una latencia incrementada que se manifiesta por un lenguaje monocorde, monótono, de tonos bajos y de pobre sintaxis. En el contenido hay un empobrecimiento ideico acompañado de una “rumiación depresiva”: persistencia reiterativa y estereotipada de temáticas de culpa, ruina, enfermedad, muerte o suicidio. En suma, una dificultad para pensar y participar en el mundo que puede llegar a un completo apragmatismo social y, en los casos extremos, al estupor.

c) *El dolor moral* es un sentimiento de indignidad, autodepreciación, desvalorización, con autoacusación, autopunición, todo en un marco de ideas culpógenas. Es aquí donde la muerte aparece como una posibilidad de salida, de punto final para el paciente; una forma de liberarse de un sufrimiento insoportable. Agresividad y hostilidad más o menos encubiertas suelen estar presentes.

Las ideas de muerte o de autoeliminación son frecuentes en los cuadros depresivos, dependiendo de la gravedad, intensidad, la crítica y el control que el paciente ejerza sobre ellas y de otros factores que no es del caso analizar en este momento. Creemos que el dolor moral, como elemento semiológico, en la actualidad no es valorado como debería. El buen clínico debe tenerlo en cuenta por su profundo significado en una perspectiva más humanista.

No debe olvidarse una serie de signos somáticos presentes con gran frecuencia en el relato del paciente. La *astenia* es relatada como fatiga, pero no se corresponde con el aumento de trabajo o esfuerzo y no se atenúa con el descanso; es particularmente intensa en la mañana, aun después del sueño, y mejora con el correr del día. Los *trastornos del sueño* constituyen una de las quejas más frecuentes; en general son insomnios de mantenimiento con despertar temprano, cada vez con mayor dificultad para volver a dormirse. A veces se adormila con ideación desagradable en el momento del despertar habitual (los insomnios del ansioso tienden a ser de conciliación, con hiperideación concomitante). En otros casos la depresión se manifiesta con hipersomnía.

Clínicamente, los síntomas se pueden dividir, para su mejor estudio, en afectivos, cognoscitivos, conductuales y fisiológicos. Algunos ejemplos son los siguientes:

*Síntomas afectivos* pueden ser la tristeza, el desánimo, el desaliento, los sentimientos de frustración e impotencia, de inutilidad, futilidad, desesperanza y vacío. En suma, la infelicidad como vía final común a estos sentimientos.

*Síntomas cognoscitivos* pueden encontrarse en el desinterés, la pérdida de motivación, el pesimismo (la opinión negativa de sí mismo, del mundo exterior y del futuro, la visión peyorativa de la existencia), las alteraciones en la concentración y la atención y la dificultad para la toma de decisiones. La ideación suicida, tan frecuente en los casos más graves, puede incluirse en este grupo.

*Síntomas conductuales* serían el descuido en la apariencia personal, incluida la higiene, las fascies, mímica y gestualidad casi patognomónicas, el retardo psicomotor bastante típico. En algunos casos puede haber hasta agitación, pero es menos frecuente. Los gestos suicidas se incluirían en este ítem.

*Síntomas fisiológicos* podrían ser, en las áreas del sueño y el apetito, disminuciones, pérdidas y aun incrementos; en la sexualidad suele observarse una pérdida del impulso sexual. Por último, múltiples órganos y aparatos pueden verse afectados en su funcionamiento, sobre todo los del tubo digestivo, aparato cardiovascular, piel y otros.

No debe olvidarse que muchas veces las depresiones pueden ser *sintomáticas o secundarias* a otras enfermedades físicas, tales como infecciones agudas o subagudas, anemias, enfermedades endócrinas y neoplasias (especialmente tumores cerebrales). También la depresión puede ser secundaria a tras-

tornos mentales, como las psicosis esquizofrénicas y los trastornos de personalidad (sobre todo los estados límite) y al consumo de drogas y alcohol.

La semiología del paciente deprimido es sumamente rica; por lo tanto, también lo son las posibilidades de orientar un diagnóstico. Para demostrarlo, desde hace años utilizamos una "progresión" en la cual imaginamos primero una fotografía de un fascies o una postura corporal de un deprimido (estática, no verbal), luego una escena de una película de la época del cine mudo donde recabamos datos de la gestualidad, motilidad, etcétera (movimiento pero aún no verbal). Posteriormente, un film sonoro pero en un idioma no comprensible, donde recibimos otra información (por ejemplo, tonos de voz). Por último, la misma película doblada o subtitulada en nuestro idioma, donde el lenguaje nos permite tener información del discurso y llegar al pensamiento y, de ser posible, a la manifestación verbal del fondo endotímico vital de esa persona.

En algún momento estuvimos tentados a dedicarle más tiempo a esta presentación un tanto atípica de la semiología, así como a utilizar citas o expresiones de entrevistas a pacientes deprimidos, como las utilizadas en las clases curriculares. Creemos que es más productivo que cada uno desde su experiencia puede pensar y completar estos vacíos.

Una vez cumplidas las etapas diagnósticas, debemos entrar en el terreno de los tratamientos. Es evidente que estos deben abarcar los aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Esta variedad de factores participantes en la génesis y la terapéutica es lo que hace de la depresión una enfermedad tan compleja a la hora de plantear un correcto abordaje para acceder en lo posible a una buena evolución y pronóstico.

Desde lo biológico se plantea el uso de a) antidepresivos, sean estos los clásicos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), o los más actuales, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS); b) litio y, más recientemente, otros estabilizadores del humor; c) terapia electroconvulsiva (ECT) o micronarcosis, término con el que se la conoce en nuestro medio.

Desde lo psicológico, las psicoterapias hacen su invaluable aporte desde muy diferentes teorías, perspectivas o modelos, y con las más variadas técnicas. Lo familiar es cada vez más tenido en cuenta en esta área, sobre todo en los últimos cuarenta años, con el aporte de nuevos paradigmas.

## Resumen

*Los datos epidemiológicos muestran un aumento de la incidencia de la depresión, trastorno que se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres y que*

*no respeta estratos socioeconómicos. Este artículo ofrece un enfoque de la depresión desde la perspectiva de la psicopatología fundamental. Tras un esbozo de los avances en la caracterización del cuadro clínico, en especial durante los siglos XIX y XX, el autor ofrece una síntesis basada en tres pilares: trastorno del humor, inhibición psicomotriz y dolor moral, cuyos síntomas pueden clasificarse en afectivos, cognoscitivos, conductuales y fisiológicos.*