

Detección del Síndrome Depresivo

E.A. MATA, Liliana POLENTA, A. PORCELLI PIUSSI*

La depresión es una de las más frecuentes afecciones que aquejan hoy a la humanidad. Ocupa el tercer lugar. (después de los trastornos musculoesqueléticos y cardiovasculares), y se calcula en unos cien millones de personas las que actualmente padecen este trastorno en el mundo entero (1). Se percibe, además, un constante aumento de su morbilidad, paralelo al grado de desarrollo y urbanización de las comunidades. Por esta razón, algunos de sus numerosos síntomas son frecuente motivo de consulta al médico general y a muchos especialistas no psiquiatras.

A pesar de esta incidencia, existen aspectos de la depresión que complican su detección y comprensión. En primer lugar, su frecuente polimorfismo sintomatológico, no siempre presente en forma completa. En segundo lugar, la depresión puede ser un estado de ánimo interpretado como normal, o ser considerada una enfermedad no necesariamente depresiva; puede tratarse de un síndrome o de una enfermedad específica y, por último, de un tipo de personalidad (2).

Nosotros nos hemos querido referir al "síndrome depresivo", y desarrollar un instrumento de detección adecuado, para lo cual hemos debido unificar criterios dispersos, tendiendo a conformar un cuerpo de búsqueda de datos coherentes y comprensible. Hemos tenido en cuenta la exhaustiva crítica que Pichot (3) hace de estos instrumentos diagnósticos, cuyos primeros intentos —en el campo de la depresión— fueron

hechos por Beck en 1961 (4). También hemos considerado que las escalas corrientemente en uso (4-6) no satisfacían las necesidades descriptivas ni secuenciales de la sintomatología depresiva (4-6). Se ha subrayado el hecho de que frecuentemente el paciente presenta un síntoma "tarjeta de presentación", a partir del cual se pueden pesquisar "familias" de síntomas, no siendo aquel síntoma cardinal atribuido, en muchas ocasiones, a la depresión. Este es el caso típico (y de fundamental importancia clínica) de los síntomas psicósomáticos hoy conocidos como "equivalentes depresivos" (2).

El conjunto sintomatológico ha sido dividido, según se ve en la figura 1, en dos grupos principales y varios secundarios. Debe hacerse, antes de pasar a su descripción, una importante aclaración: casi todos ellos presentan una extraordinaria imbricación, que nosotros hemos tratado de describir someramente. Por esta razón, el esquema resultante significa necesariamente una "disecación" y simplificación de ese entramado.

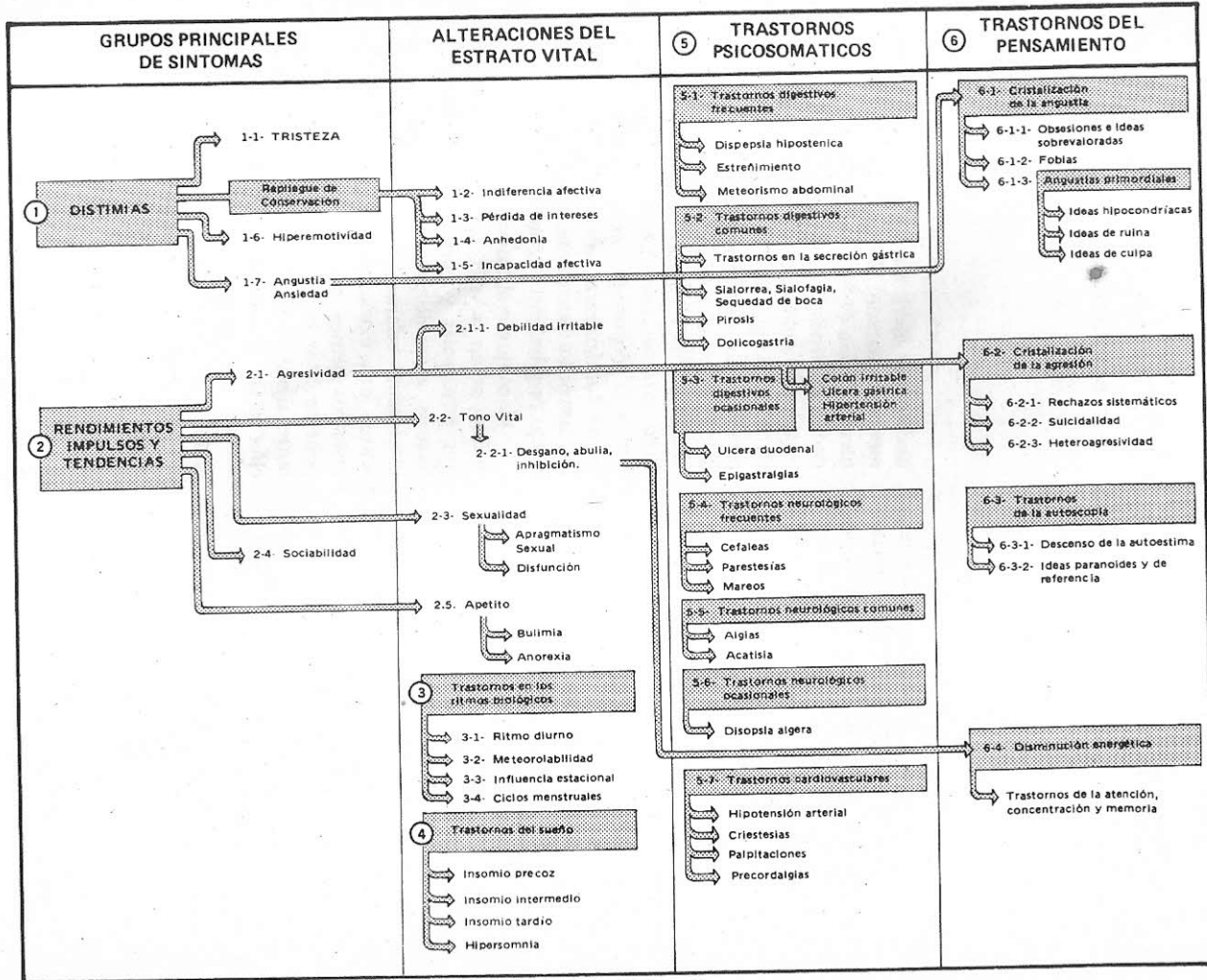
Los dos grupos principales de síntomas están centrados sobre los trastornos afectivos (distimias) y energéticos (rendimientos, impulsos y tendencias) (Figura 1, '1' y '2').

Los grupos secundarios comprenden:

- '3' — Trastornos de los ritmos biológicos.
- '4' — Trastornos del sueño.
- '5' — Trastornos psicósomáticos.
- '6' — Trastornos del pensamiento.

esta ordenación no será necesariamente la que seguirá el explorador, ya que, como se ha señalado, a partir del "síntoma tarjeta", buscará los que estén con él relacionados y lo más frecuentemente asociados.

* Servicio de Psiquiatría del Hospital "Dr. Leónidas Lucero". Estomba 968. 8000 Bahía Blanca.



El grupo sintomatológico de las distimias comprende los trastornos afectivos básicos. La palabra distimia describe en conjunto las alteraciones del estado de ánimo normal (eutimia) en el sentido de la exaltación o, por lo contrario, de la tristeza, del tedio y de la angustia. La distimia depresiva comprende (11):

1-1 La tristeza: es un estado de pena, abatimiento, desánimo, pesimismo. Cuando la energía implicada decae aún más, se llegaría a la:

1-2 Indiferencia afectiva: en la que sucesos que antes lo afectaban, ahora lo dejan indiferente. Este síntoma está relacionado con:

1-3 Pérdida de intereses: el enfermo no puede, aunque lo desee, interesarse en nada, ni aún en las cosas que antes le atraían.

1-4 Estrechamente ligado al anterior, la anhedonia expresa la incapacidad para obtener placer y goce de la vida. Se trata de un síntoma frecuente y de aparición precoz.

1-5 La incapacidad afectiva expresaría la misma limitación en la disponibilidad de energía, pero en lo concerniente a la relación con otras personas.

Los síntomas dependientes de las distimias (numerados desde el 2 al 5), han sido colocados, en el sistema de abscisas del esquema, bajo el epígrafe de "alteraciones del estrato vital". La "esfera de la vitalidad" representa, para la escuela española de psiquiatría, el eslabón entre lo anímico y lo biológico, y estaría encerrada en los límites funcionales del llamado "cerebro interno" (5). En éste radican funciones automáticas, afectivas y energéticas fundamentales. Pertenece, en su conjunto al llamado "repliegue de conservación".

1-6 Hiperemotividad: se trata de una exagerada reactividad emocional a los estímulos, aún los mínimos, tanto internos como externos.

1-7 Angustia: este síntoma da paso a un tema de enorme complejidad en psiquiatría y también en otras disciplinas. En forma resumida se puede decir que es un "miedo a un peligro desconocido". Es un fenómeno que tiene una doble faz: una de ellas es psíquica y la otra es corporal. En la angustia se perciben los fenómenos corporales con mayor nitidez, y éstos sobre todo localizados en la región precordial y en el epigastrio. La angustia tiene una tendencia paralizante, inmoviliza al enfermo. Cabe distinguirla de la

ansiedad, la cual es predominantemente vivenciada en el plano psíquico, se suele acompañar de inquietud y agitación psicomotriz y su correlato psicossomático es predominantemente respiratorio. Es más frecuentemente paroxística (en forma de crisis, en tanto que la angustia es preferentemente flotante) (7). Cuando la angustia cristaliza, se presentan síntomas que se describirán con los trastornos del pensamiento (fobias, obsesiones, angustias primordiales).

El segundo de los grupos sintomatológicos principales ('2') está dado por los trastornos de los rendimientos, impulsos y tendencias. No se trata aquí de considerar lo que sería el rendimiento óptimo de una persona, sino la variación del mismo en cada caso particular, referida a su historia. Este conjunto de trastornos tiene como núcleo alteraciones en los mecanismos energéticos de la personalidad y en su modulación.

2-1 La agresividad: al igual que la angustia, este tema presenta una enorme complejidad e interés. Desde el punto de vista práctico y sintético que queremos dar a su mención, diremos que desempeña un papel importante en el síndrome depresivo, ya sea bajo la forma de autoagresividad como de heteroagresividad. Una de las formas de más frecuente aparición es la debilidad irritable (8), en la que las demandas normales y cotidianas del medio (profesionales, laborales, familiares), provocan fáciles reacciones agresivas, y son vivenciadas como molestas, excesivas e injustas. Con ellas se encuentran relacionadas, en el marco de los trastornos del pensamiento, los rechazos sistemáticos, la tendencia a la suicidalidad y la heteroagresividad.

2-2 Alteraciones del tono vital: tal vez se trate de uno de los núcleos característicos de la depresión, a la vez el más claramente vinculado con la problemática de la energía. De él dependería el "biotono", radicalmente alterado en este síndrome, y que consiste en los niveles de disponibilidad inmediata de energía, algo equiparable al "tono muscular", pero en el plano de los rendimientos psíquicos. De su alteración dependen, en el área del "estrato vital":

2-2 Desgano, abulia, inhibición; el paciente experimenta una notoria disminución de su entusiasmo, de su facilidad para iniciar acciones, inclusive aquellas intrascendentes y cotidianas. De acuerdo a otras variables de la personalidad, esto reactivará la an-

