

El trastorno depresivo evaluado bajo una perspectiva fenomenológica

Carlos Berlanga*

Summary

The term "depression" is frequently utilized in common language, but not always with the same meaning. This extended application is in part a consequence of the currently used communication systems which send information to a wide range of public regardless of its cultural, ethnic or educational backgrounds. It is also an expected result of what is conceived now as the new era of depression that arises both from the constant accumulation of knowledge on the causes of this disorder, as well as from the quick development of different types of effective antidepressant medications. However, this has produced a distortion in the utilization of the term and a frequent abuse and misuse of its meaning, including even its medical application. The objective of this paper is to reevaluate the concept of depression in order to define more precisely its application for clinical and research purposes.

For this purpose, a revision of the phenomenological evaluation of the concept is made. Most of the classification systems used actually in psychiatry, are based on a nosological description of the mental diseases which pay special attention to its severity according to the number of symptoms simultaneously present in a defined period of time. This quantitative approach reflects only partially the real condition of the patients because the same number of symptoms might have different impact in the functional condition of the subject, depending on other individual factors, and do not represent the same level of severity. In contrast, a qualitative approach improves the diagnostic accuracy by providing the inclusion of manifestations that clearly differentiate real depression states from other symptomatic conditions that have some depressive symptoms. This differentiation will produce clinical and research benefits by precisely defining depressive patients who deserve pharmacological intervention and also homogeneous groups to which research objectives could be directed.

Three phenomenological concepts of major depression with endogenous features are revised: 1) Vital sadness or anhedonia is a nuclear feature of endogeneity that has to be differentiated from other types of sadness present in other forms of depression; it is a condition that arises from the patient's internal bodily system and is perceived as an emotional emptiness that makes the depressive person incapable of experiencing any form of pleasurable reactions. This symptom is frequently related to feelings that are difficult to express verbally and thus are manifested as somatic symptoms. 2) Psychomotor inhibition is another core symptom of endogeneity. It is manifested as a reduction of motor expression that leads to apathy and lack of interest. Thought with its verbal and corporal components is reduced to a minimum in melancholic depression, inhibiting contact with the external world. This condition in its extreme severity generated catatonic states, in which the patient is incapable of taking care of himself. 3) A third component is a distortion of the

perception of time. In depression there is a desynchronization of the patient's inner time, which seems to be evolving slowly and is closely related to psychomotor inhibition. This distortion limits activity and the patient feels that everything around him (her) has stopped or is passing in a slow and desperate manner. The perception of the future is affected and past memories are fragmented. This aspect of the illness frequently contributes to suicidal thoughts.

The phenomenological approach to endogenous depression is important considering that it can improve the diagnostic specificity that will result in a better classification of the disease for clinical, epidemiological or research purposes.

Key words: Depression, phenomenology, diagnosis, classification.

Resumen

El concepto de trastorno depresivo se usa mucho en el lenguaje común, no siempre con el mismo significado. La extensión de este vocablo se debe al impacto de los medios de comunicación, a un mejor conocimiento de las causas de la enfermedad, a los progresos en el tratamiento y a un mejor manejo e identificación en el campo de la medicina. Sin embargo, se ha generado simultáneamente una distorsión en la manera de aplicarlo, lo que afecta su valor en el campo clínico así como en el campo de la investigación médica en general. Las clasificaciones actuales utilizan elementos de diagnóstico fundamentalmente cuantitativos, los cuales, si bien son más sencillos de evaluar, medir e identificar, no dan una imagen clara del padecimiento, englobando con altas probabilidades a condiciones clínicas que no corresponden realmente a estados depresivos. El presente trabajo propone retomar el enfoque fenomenológico en la clasificación descriptiva de la depresión, con el objeto de hacer un diagnóstico más preciso y repetible. Se reconoce que este enfoque no es novedoso ni tampoco se hace en forma exhaustiva. Como propuesta se toman tres características cualitativas de la depresión considerada como endógena, con el propósito de incluirlas dentro del proceso clasificatorio.

La primera característica se denomina "tristeza vital". En los criterios diagnósticos corresponde a la condición de anhedonia, entendiéndose como un vacío afectivo, incapacidad de sentir emociones y no solamente tristeza por alguna causa, como ocurre en otras formas de depresión. Está anclada en el mismo organismo, por lo que en ocasiones se manifiesta con sintomatología somática, y no se puede resolver reflexionando ni analizando las situaciones externas o internas. También induce a estados de desesperanza y pesimismo. La segunda característica es el retardo psicomotriz. Un enlentecimiento mental y corporal que lleva al sujeto a reducir sus actividades y su contacto con el medio circundante. Desde fuera se observa como desinterés, apatía y abulia, y en condiciones extremas lleva a estados de catatonía. La tercera característica es la alteración de la vivencia del tiempo. El enfermo deprimido endógeno experimenta una desincronización entre su tiempo interno y el tiempo externo.

* División de Servicios Clínicos, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F.

Vive con la sensación de que todo sucede en forma excesivamente lenta, y en ocasiones siente que todo se repite en forma circular. De esta manera, al paralizarse, su vida pierde sentido y este factor contribuye a la ideación o a la conducta suicida.

Estos elementos le confieren a la condición depresiva endógena una apreciación cualitativamente distinta que permite distinguirla de otras formas de trastornos depresivos. Su importancia radica en que se logra una mayor precisión diagnóstica que justifica el uso de tratamientos antidepressivos, además de que permite identificar a los sujetos en los que deben investigarse específicamente los aspectos clínicos o neurobiológicos de este grupo de trastornos.

Palabras clave: Depresión, fenomenología, clasificación, diagnóstico.

Es notable la aplicación que se da en la actualidad a la palabra "depresión". Sin duda es un vocablo-concepto ampliamente utilizado y muy difundido en el lenguaje cotidiano, si bien no siempre con la misma connotación semántica. Esta difusión se debe, en parte, a la participación de los medios de comunicación masiva que funcionan como componentes interactivos básicos de las redes sociales, permeando los diversos niveles culturales, étnicos y educacionales. Tampoco se puede negar que esta aplicación tan extendida se origina en lo que se está considerando como la "nueva era de la depresión" (10), tal como lo fue la de la melancolía hacia fines del Renacimiento. Se genera por varios motivos entre los que sobresalen el progreso en el conocimiento de los fenómenos psicobiológicos que subyacen a la causalidad del padecimiento, al fácil acceso a los tratamientos eficaces, así como a una mayor conciencia médica (producto de la educación) que facilita reconocerla e identificarla epidemiológica y clínicamente a la vez.

Los términos "melancolía", "depresión" y "manía", son considerablemente más antiguos que la nosología psiquiátrica contemporánea. Si al principio se usaron para describir los fenómenos psicopatológicos de los síndromes y de los padecimientos, ahora se ha modificado substancialmente su significado, deformándolo, desgastándolo y, sobre todo, restándole valor semántico en el campo médico. Este último aspecto es muy importante, ya que el procedimiento diagnóstico requiere contar necesariamente, y como punto de partida, con un lenguaje aceptado que evite equivocar su significado. Así, su objetivo es transmitir la información en un sentido único y claramente explícito con el vocablo utilizado, definiendo una entidad clínica con abordajes terapéuticos determinados y con una evolución y un pronóstico razonablemente predeterminados.

La historia de las clasificaciones de las enfermedades mentales ha transitado a lo largo del tiempo, de la descripción fenomenológica de las entidades clínicas a la formación de unidades nosológicas. Este esquema clasificatorio queda mejor establecido en esta época y refleja el desarrollo de un proceso todavía en movimiento. En este proceso se incluyen, indudablemente, los trastornos del afecto. Los procedimientos nosológicos de clasificación psiquiátrica han evolucionado a lo largo del tiempo: al principio se basaron en los utilizados por las ciencias naturales, agrupando lo semejante con lo semejante, para lo cual se tomaba en cuenta un sistema estrictamente descriptivo. Posterior-

mente se fueron redefiniendo por medio de otros parámetros de carácter más clínico aspectos tales como la agrupación familiar (clasificación genética primaria) y la evolución del padecimiento a largo plazo, pasando por las etapas predecibles de la enfermedad (clasificación evolutiva), al igual que la respuesta de las intervenciones terapéuticas generó información que permitió modificar las entidades clasificadas y reagruparlas de acuerdo con algunos aspectos que van más allá de la mera descripción de los síntomas. Probablemente nos encontremos ahora en el umbral de la ordenación etiológica: la agrupación de entidades nosológicas de acuerdo con su origen causal. Este nuevo proceso clasificatorio, más semejante al de otros campos del saber médico, se delinea en la medida en que se van descubriendo las causas que generan los padecimientos mentales, si es que estas causas pueden comprenderse íntegramente bajo el concepto mecanicista de las enfermedades orgánicas.

Mientras no se logre este objetivo, las clasificaciones descriptivas seguirán siendo de utilidad práctica en la medida en que proporcionen una definición clara y repetible del fenómeno. Indudablemente, esta es una aportación indispensable para avanzar en el estudio de estas patologías, pero conduce, a la vez, a una concepción rígida del proceso, restándole la característica de individualidad que éste posee. En muchos sentidos, el diagnóstico se vuelve simplemente un proceso descriptivo de la cantidad de fenómenos anormales del afecto que están presentes, al cotejarlos con los que aparecen en una lista predeterminada de síntomas (los criterios diagnósticos de las clasificaciones y las entrevistas diseñadas para saber reconocerlos), sólo que ésto implica el riesgo de que se crea que se trata de una entidad distinta de la que realmente es, y que más bien se quiere indicar que se encontró. De allí que se dificulte determinar la esencia depresiva como tal, perdiéndose la especificidad del concepto, por lo que éste se agranda y admite una serie de manifestaciones que, si bien entran en las definiciones y probablemente son manifestaciones parciales de la depresión, no corresponden en un sentido estricto a lo realmente depresivo. Una alternativa sería la de reflexionar sobre la necesidad de volver a incluir en las definiciones de depresión los conceptos que pueden considerarse "esenciales" de esta entidad. Otra posibilidad es la de retomar la concepción fenomenológica de los estados depresivos, con lo cual se enriquecerá su descripción. Este concepto puede operacionalizarse y volverse la parte fundamental de los criterios diagnósticos para ganar precisión clasificatoria. De esta forma se enriquece la manera de seleccionar a los pacientes para los estudios en los que se pretende encontrar las bases etiológicas de la enfermedad, o bien, para justificar mejor el tratamiento que requiera cada caso.

El propósito del presente trabajo es revisar esta concepción fenomenológica del constructo depresivo, ofreciendo una propuesta de revalorización clasificatoria más específica. Se puede considerar que este enfoque, en conjunto con otros parámetros clasificatorios de orden biológico, debe contribuir a aumentar la certeza diagnóstica del padecimiento para lograr una práctica clínica más confiable, o bien, para desarrollar es-

tudios de investigación clínica. En ningún sentido es una propuesta novedosa, sino simplemente se toman algunos conceptos ya conocidos y descritos desde hace mucho tiempo en la clínica psiquiátrica y adaptarlos, junto con otros, para usarlos en la práctica actual. Tampoco es una revisión fenomenológica exhaustiva, pues sólo se pretende revisar los elementos clínicos más importantes que caracterizan a las depresiones denominadas endógenas (o melancólicas) y ponerlos a consideración.

Desarrollo de conceptos

Una dificultad inherente al estudio del desarrollo del concepto de los "trastornos afectivos", es el hecho de que el término se refiere a un gran número de cambios de conducta tanto objetivos como subjetivos. La palabra "afecto", en un sentido operacional, incluye en el lenguaje habitual, una serie de términos, como: emoción, sentimiento, pasión, distimia, humor, ciclotimia, etc. Si bien estos términos tienen una similitud por ser estados subjetivos que se traslapan, su sentido semántico difiere. Por otra parte, aún ignoramos si todos estos estados son producto de una sola función mental básica, o bien, de una combinación de funciones (2). El sentimiento, la emoción y la pasión son diferentes al ánimo, al humor y al afecto, por ser estados mentales pasajeros (de vida media breve), de variable intensidad, que se relacionan (aunque en ocasiones sólo aparentemente) con un objeto identificable. Además, la emoción y la pasión (esta última es una versión más intensa de la primera) se caracterizan por acompañarse de cambios físicos, lo cual les confiere propiedades motivacionales. Las diferencias fundamentales se sustentan en elementos como: duración, intensidad, polaridad, introspección, sensaciones corporales, fuerzas motivacionales y asociación con objetos tanto internos como externos. El ánimo y el afecto, en contraposición, se definen como estados sostenidos de duración persistente, con menores posibilidades de relación objetual, que le proporcionan al sujeto un trasfondo de humor básico; además, probablemente están modulados por factores neuroendócrinos, controlados por la influencia mutua de la genética y el ambiente (11). Sobre esta condición afectiva basal, se superponen los estados emocionales pasajeros anteriormente mencionados, con connotaciones que pueden ser tanto congruentes con el individuo (sintímicas) así como incongruentes (catatímicas).

La definición de "trastorno" se refiere, evidentemente, a un concepto de condición alterna al estado habitual, si es que no se quiere utilizar la noción de anormalidad, que es en sí discutible en cuanto a sus delimitaciones. En este sentido, los trastornos del afecto determinan todas las condiciones afectivas que se salen de lo que es habitual en el sujeto y que, por lo tanto, definen un estado "anormal" de este individuo en particular, que lo incapacitan (en mayor o menor grado) para desempeñar sus actividades. Para ello es necesario que esta separación de lo habitual sea suficiente en la dimensión temporal y en las dimensiones cuantitativa, cualitativa y de permanencia (1).

Los conceptos actuales de manía y de depresión se

originaron en la segunda mitad del siglo XIX, y emergieron, a su vez, de los muy antiguos conceptos hipocráticos de manía y melancolía. En el siglo pasado, sus modificaciones fueron producto de los avances en la psicología clínica y en los estudios anatomopatológicos del cerebro, además de la inclusión del estudio de las experiencias subjetivas del enfermo dentro de la sintomatología de los trastornos mentales (3). En primer término, el concepto de manía fue redefinido y acotado, y se consideró como una enfermedad "del afecto y de la acción". El concepto de melancolía también se modificó, poniendo el énfasis en su naturaleza "afectiva". Una vez establecido el cambio conceptual de estas entidades, se agregó la característica alternante de los cuadros, de manera periódica o circular, que culminó finalmente con el concepto kraepeliniano del trastorno maniaco-depresivo, el cual tiene la valiosa aportación de dar cabida dentro de un mismo rubro a las diversas formas de expresión de los trastornos del afecto.

El término "depresión" se instituyó dentro de la nomenclatura médica de la mitad del siglo XIX, cuando se declaró que la melancolía no podía considerarse como un subtipo de la manía, no podía concebirse como un trastorno del intelecto, ni tampoco como una condición irreversible (4). A partir de esta conceptualización se redefinió este trastorno clínico, al que se le consideró principalmente emocional, y cuyos rasgos reflejan un estado general de pérdida, una reducción funcional y una declinación. El término "melancolía" se cambió por el de depresión, que era el que se usaba en esa época en la medicina cardiovascular, para referirse a la reducción de la función, y que tenía, indudablemente, la influencia del concepto mecánico de la era de la revolución industrial. El enfermo deprimido sería entonces como "una locomotora cuya caldera no alcanzara una presión de vapor suficiente" (7). La aceptación del término por los clínicos se debió, probablemente, a que evocaba una "explicación" fisiológica, y su persistencia actual denota que es un término útil y aplicable, aunque no siempre adecuadamente.

En las clasificaciones actuales la depresión se subtipifica de muy diversas maneras y de acuerdo con distintos parámetros. Uno de éstos es el de la severidad de las manifestaciones, lo cual no deja de ser del todo subjetivo, ya que, por una parte la severidad está determinada por la intensidad de los síntomas y, por la otra, por el número de éstos. La calificación de la intensidad es un proceso cuantitativo para el que no hay un parámetro objetivo y único de referencia; puede considerarse que la finalidad de los procedimientos clinimétricos es precisamente unificar criterios para medir la cantidad de los síntomas y su intensidad, pero ni así se ha resuelto el problema satisfactoriamente ya que si en dos enfermos la intensidad de algún síntoma es similar, por lo común es muy diferente el impacto que éste tiene sobre la desviación de lo que es habitual en uno y en otro. Lo mismo sucede con los síntomas que presenta el paciente en un momento dado. ¿Qué es peor: tener muchos síntomas de moderada intensidad o pocos síntomas muy intensos? Aquí es también el impacto funcional lo que tal vez pueda marcar la diferencia.

La permanencia de los síntomas constituye otro elemento de tipificación: si es continua se supone que los síntomas permanecen "casi todo el día casi todos los días", tal como lo consignan ostensiblemente los documentos guía de las clasificaciones en uso. Este elemento de continuidad es especialmente ineludible para poder justificar el requisito "durante no menos de dos semanas consecutivas". No hay razón para determinar así el límite de temporalidad; como no sea simplemente el resultado de la propia experiencia de los expertos. Pero se ha documentado la existencia de síndromes depresivos de menos duración, como los síndromes breves recurrentes, que son tan importantes como los que duran más (9). Este elemento determina necesariamente su severidad, la cual está relacionada directamente con la permanencia de los síntomas, por lo que es necesario tomarlo en cuenta en el proceso que se sigue para determinar su severidad.

Como se infiere de lo anterior, en la concepción del diagnóstico y en la definición del grado de los estados depresivos, la tendencia clínica y nosográfica de la época actual pone más énfasis en los factores relacionados con las características cuantitativas que en los relacionados con las características cualitativas. Esto se debe a la necesidad de que en la clínica psiquiátrica el diagnóstico de la enfermedad mental sea un proceso más objetivo que pueda identificarse con seguridad y cuya existencia se considere como un fenómeno natural y real, y no solamente como un constructo teórico. Sin embargo la intención de cuantificar a veces produce la artificialidad, en ocasiones involuntaria, del fenómeno que se ha de identificar, ya sea con fines exclusivamente estadísticos y de descripción, o con el objeto de implementar una maniobra terapéutica que modifique su curso o que lo desaparezca, y haga volver al paciente a su condición premórbida, sea esta cual fuere.

En contraste, cuando el énfasis se pone en las características de cualidad de estado depresivo, se comprende mejor el concepto. De hecho, los principales subtipos que se describen en las clasificaciones se desprenden de lo cualitativo de la enfermedad, por lo que el subtipo melancólico se forma con ciertos elementos, como la anhedonia, la inhibición psicomotriz y la falta de reactivación ante estímulos positivos, entre otros. El subtipo catatónico se forma con sus características alteraciones psicomotrices (estupor/agitación) y sus posturas, movimientos peculiares y manierismos. El subtipo atípico se forma con la reactivación ante los estímulos adecuados y el predominio del sueño y el apetito excesivos. Todos estos elementos son más sencillos de describir que de medir, pero influyen más en la severidad del trastorno que el número de síntomas.

Por lo anterior, se considera que los elementos cualitativos son primordiales para dar un diagnóstico acertado. De esta manera aumenta la precisión y la fineza clínica del diagnóstico, lo que repercute en un manejo más adecuado de cada caso en particular. A continuación se revisan algunos aspectos cualitativos específicos de la depresión, pero antes es necesario aclarar que los elementos primordiales que se mencionarán, corresponden a la depresión mayor con manifestaciones particulares características de la melancolía o de

la endogeneidad, en un sentido más descriptivo que etiológico. En este caso, "endógeno" es únicamente el marco interno en el que se desarrolla el proceso depresivo, independientemente de que dicho proceso pueda obedecer a determinadas causas ambientales u orgánicas. Corresponde a lo que algunos autores denominan "depresión vital", y que presupone, por un lado, una autonomía de factores externos putativamente causales y, por otro, la participación de alteraciones funcionales de ciertas estructuras cerebrales, como los agentes etiopatogénicos primarios. De hecho, estos estados son los que realmente merecen esta denominación, que los distingue de otros procesos que, si bien contienen síntomas depresivos, son cualitativamente distintos, siguen un curso y evolución diferentes y responden, frecuentemente, a intervenciones terapéuticas más simples. Esta concepción está basada en el punto de vista de varios autores que representan una corriente de opinión cada vez más fuerte, que definen el carácter de endogeneidad de la depresión desde un punto de vista fenomenológico (es decir, por sus elementos clínicos) y no por la participación de factores precipitantes (5). Debido a que el término "endogeneidad" implica etimológicamente —como factor causal— una alteración interna del organismo, lo cual muchas veces no se corrobora, algunas escuelas, como la de la Asociación Psiquiátrica Americana, nuevamente toman el término de melancolía para definir el mismo concepto pero sin comprometerse con un elemento de causa. Además, esta forma específica tiene una carga genética que demuestra su elemento orgánico y, posiblemente sea un factor característico que deba incluirse en el futuro dentro de su denominación. Los elementos clínicos primordiales que caracterizan estas depresiones, son: la tristeza vital, la inhibición psicomotriz y la alteración de la vivencia del tiempo.

La tristeza vital

De acuerdo con Schneider (13) la tristeza vital es el síntoma principal de las depresiones endógenas. Corresponde a un profundo sentimiento que contrasta con "la tristeza por algo" que caracteriza a otras depresiones no endógenas. Para este autor, la afectividad de la vida psíquica está estratificada en diversos niveles de profundidad y la alteración de los niveles más profundos corresponde a la llamada tristeza vital. Esto le confiere al sentimiento un carácter notoriamente orgánico que se manifiesta por un sufrimiento intenso al que algunos enfermos le dan una localización corporal, por lo que la tristeza no está necesariamente relacionada con elementos ambientales o psicológicos, sino que surge de la interioridad psíquica del individuo y se ancla en el cuerpo. El concepto "tristeza vital" no se usa mucho en las descripciones clínicas, pero es similar al de anhedonia. De hecho, pueden considerarse como acepciones que contienen el mismo significado. El término "anhedonia" se acuñó en la psicología clínica a mediados del siglo pasado, y aunque su sentido literal implica la incapacidad para experimentar sensaciones placenteras, su aplicación va más allá, extendiéndose hasta la falta de respuestas emotivas generales.

Si se considera esta tristeza vital, o anhedonia, como

un síntoma cardinal de la depresión endógena, se puede establecer una diferencia cualitativa con otro tipo de depresiones. Así, lo que encontramos no es solamente un sentimiento de tristeza como respuesta a determinadas circunstancias exógenas, ni un sentimiento inducido por un proceso emocional interno. Lo verdaderamente específico de este estado es un sentimiento de vacío emocional; una dolorosa incapacidad para experimentar sentimiento alguno, en contraposición con la tristeza por "algo" de las otras depresiones. Este vacío afectivo produce en el enfermo un sufrimiento de variable intensidad, de acuerdo con el grado de profundidad del proceso depresivo; le genera un doloroso sentimiento de no tener sentimientos, o bien, "un torturante sentir que no se siente" como paradójicamente lo describe Jaspers (6). La condición afectiva endógena permea todos los procesos cognoscitivos del sujeto, matizando las percepciones, los recuerdos y la imaginación. Es por ello que mientras los otros deprimidos buscan consuelo, y la mayoría de las veces lo encuentran en el proceso psicoterapéutico que analiza y reflexiona sobre las causas de su dolor, el endógeno es inmune a estos procedimientos ya que además de carecer de causas objetivas reales, su vacío emocional les impide procesar adecuadamente la interpretación de los hechos. En este sentido, también la incapacidad afectiva impide, o limita, la expresión verbal de lo que siente el enfermo, por lo que muchas veces recurre a lo que Stoudemire concibe como la "somatotimia", que es el fenómeno de utilizar el lenguaje somático para expresar la afección psicológica (14). Inclusive, se le ha conferido a la experiencia depresiva el carácter de inefabilidad (inexpresable por medio de palabras), por lo que el lenguaje corporal es una alternativa para expresarse. Como se desprende de este análisis, la tristeza vital, que es la característica principal de la depresión endógena, se manifiesta por medio de múltiples incapacidades: falta de gusto por vivir, de voluntad de emprender, de deseo de recordar e, incluso, falta de capacidad de anticipación (12), que son inexistentes mientras persiste el proceso patológico. Es por ello que la resolución de este síntoma, bien sea de manera natural con el paso del tiempo, o como resultado de una intervención terapéutica, significa salir del estado depresivo, aunque aún persistan otros síntomas.

La inhibición psicomotriz

Otra característica fundamental de la expresión patológica del síndrome depresivo consiste en la lentificación y la limitación de la funcionalidad de los procesos psíquicos, con su correspondiente inhibición motora. Consecuentemente se reduce el campo de la conciencia y de los intereses. El contacto con el exterior también se reduce y, cuando la depresión es severa, desaparece por completo, y obstaculiza prácticamente todas las funciones mentales del sujeto. Tanto el pensamiento como la expresión verbal y corporal se reducen al mínimo, lo cual empobrece el lenguaje del enfermo, y en los casos severos, la expresión extrema de esta alteración es el mutismo, que por producirse dentro de un claro estado de conciencia causa un grave sentimiento de dolor y, en ciertas ocasiones, culpabilidad.

Esta inhibición se observa desde fuera como actitudes de desinterés, apatía y abulia. El enfermo es incapaz de reaccionar ante estímulos que normalmente le producirían alegría o satisfacción. Por lo tanto, la falta de reacción ante estímulos positivos, que forman parte de los criterios de depresión melancólica en los sistemas de clasificación, procede de la asociación de la tristeza vital con la incapacidad psicomotora establecida. Las descripciones clásicas de los trastornos del afecto, elaboradas desde el siglo pasado, hablan claramente de que en casos depresivos extremos se presenta el denominado "estupor melancólico", en el que el paciente se queda prácticamente inmóvil, descuida su aseo, no habla, no come y no tiene ningún tipo de expresión, abandonándose a una pasividad total. En las clasificaciones actuales este cuadro corresponde al subtipo que cursa con síntomas catatónicos.

La alteración de la vivencia del tiempo

Para algunos autores, ésta es la manifestación primordial del estado endógeno o melancólico: la experiencia del paso del tiempo en el enfermo depresivo está sumamente distorsionada y se une íntimamente al proceso de inhibición psicomotriz. El paciente queda anclado en una inhibición total y pierde su capacidad de proyección hacia el futuro, limitándose a vivir en un presente estático con fugaces recuerdos distorsionados del pasado. Esta alteración le produce sentimientos de culpabilidad relacionados frecuentemente con sucesos del pasado reciente o lejano (8).

En condiciones normales, los acontecimientos presentes se experimentan como una secuencia progresiva de sucesos insertados en la dimensión temporal, con una proyección hacia el futuro, y sobrepuestos o añadidos a los sucesos pasados. Para el paciente deprimido endógeno, los acontecimientos presentes se viven en forma aislada y fragmentada, y son tediosamente lentos, perdiéndose inclusive la capacidad para distinguir su paso. Es lo contrario de lo que le sucede al sujeto angustiado o maníaco, quien generalmente percibe que el tiempo pasa con celeridad.

Desde el punto de vista cognoscitivo, el tiempo del Yo se distingue del tiempo del mundo y se les designa como tiempo inmanente y tiempo transitivo. El primero corresponde a la experiencia del paso del tiempo para cada sujeto, mientras que el segundo corresponde al paso "real" del tiempo de acuerdo con los sistemas establecidos de medición. En condiciones normales ambos tiempos pasan a la misma velocidad o en forma muy similar, pero en ciertas condiciones ambos tiempos están desincronizados. Por ejemplo, una actividad interesante y emotiva acelera el tiempo del Yo, o tiempo inmanente, en relación con el tiempo real, mientras que una actividad tediosa o poco interesante desacelera el paso del tiempo inmanente, y lo vuelve gris, aburrido y monótono. En el paciente deprimido el tiempo está desincronizado. Mientras que el tiempo real sigue su curso, sigue fluyendo y se aleja, el tiempo del paciente deprimido es lento, casi estático, sin posibilidades de avanzar al futuro. En casos extremos el tiempo del Yo se detiene en tal forma que el enfermo siente que él está paralizado, y permanece dolorosamente inmóvil

(esto explica probablemente el desarrollo de algunas manifestaciones delirantes de la depresión, como el nihilismo). Para algunos enfermos el tiempo pasa como en un círculo en el que todo se repite después de un breve radio de expresión, por lo que se desesperan y se desmotivan para funcionar.

Como no puede hacer nada, el paciente deprimido se siente culpable por su incapacidad para seguir avanzando y actuando en sincronía con el mundo circundante. Junto con la culpabilidad aparece el sentimiento de desesperanza. Para él, la vida no tiene sentido, sus limitaciones psicomotoras y la inmovilidad del tiempo lo hacen perder la esperanza en el futuro y en el alivio de sus dolencias, además de percibirse desvalido por no poder hacer nada por sí mismo. Por la culpabilidad y la desesperanza pierde el sentido de la vida. Esto lo orilla a desarrollar una ideación suicida que a veces lo lleva a consumarlo. Y aunque éstos no son los únicos elementos condicionantes del suicidio, sí llegan a tener una participación conspicua en el fenómeno de la autodestrucción.

Implicaciones

Es conveniente hacer una reflexión fenomenológica acerca de los conceptos clínicos de la depresión. En primer término, es imprescindible considerar que los aspectos cualitativos del padecimiento le confieren una mayor especificidad diagnóstica. La graduación numérica es más confiable respecto a su reproducibilidad, pero lo es menos respecto a la exactitud clínica. Esto se debe a que el procedimiento cuantitativo es unidimensional y se refiere a los elementos que conforman este trastorno de manera fragmentaria y poco relacionada. Por ejemplo si alguien obtiene una alta calificación en una escala de severidad pero su grado de funcionalidad no está afectado en forma similar, y por el contrario, si ciertos síntomas específicos, independientemente de su intensidad, se correlacionan más con la totalidad de la afección, entonces tienen un mayor peso en comparación con la suma de otros. Por otra parte ésta es la forma más certera de identificar los casos verdaderos.

Por lo anterior, este enfoque en el campo de la investigación neurobiológica de las enfermedades afectivas le confiere mayor claridad al estudio. Ya se ha propuesto la necesidad de estudiar los factores fisiopatológicos y neuroanatómicos de la depresión mejor diagnosticados. Incluso algunos ensayos clínicos incluyen a algunos pacientes que presentan un "trastorno depresivo puro" a diferencia de los pacientes considerados exclusivamente dentro del campo del "espectro depresivo" (15). Si se incluyen en un mismo grupo experimental los sujetos con formas "cualitativamente" distintas de depresión, probablemente se consideren erróneamente como similares algunos casos heterogéneos. Las consecuencias podrían ser diversas, por ejemplo, no se encontrarían diferencias significativas entre dos tratamientos alternos (cuando sí las hubiera) o bien las maniobras terapéuticas con placebo darían resultados que no se esperaban.

Es lógico que un diagnóstico más preciso evitaría que se les administraran tratamientos innecesarios a los pa-

cientes que podrían beneficiarse con otros abordajes terapéuticos. Este problema ha sido claramente demostrado en algunos estudios comparativos sobre terapias antidepresivas. Por ejemplo, en un estudio se comparó la eficacia antidepresiva de dos tratamientos psicoterapéuticos entre sí (la psicoterapia interpersonal contra la psicoterapia cognoscitiva) y entre estas y atender al paciente sólo en la consulta habitual, además de dos alternativas de tratamiento farmacológico: imipramina o placebo. El criterio de inclusión fue llenar los requisitos de depresión mayor de acuerdo con los definidos en el RDC. Se incluyeron 250 pacientes y el tratamiento tuvo una duración de 16 semanas. Los resultados encontraron sólo diferencias marginales entre los grupos asignados a las diversas terapias; sin embargo, cuando se dividió a los sujetos de acuerdo con la severidad del trastorno y su nivel de funcionalidad, se encontró que el fármaco era superior al placebo, y las psicoterapias formales eran superiores a las inespecíficas. Los resultados demuestran que la definición de "caso depresivo" elaborada de acuerdo con su severidad e incapacidad funcional, es determinante para encontrar resultados diferentes entre unos y otros tratamientos.

Igualmente, la valoración "cualitativa" de los síntomas puede diferenciar con mayor certeza las depresiones mayores de otros estados depresivos "menores", como la distimia o los trastornos de ajuste con sintomatología depresiva, en comparación con lo que se puede encontrar sumando los síntomas y su intensidad, su tiempo de duración o los factores precipitantes. Por lo tanto, es importante conocer en los ensayos terapéuticos, el impacto que las distintas formas de tratamiento tienen sobre los síntomas nucleares de las depresiones. En las depresiones mayores de tipo endógeno es en las que más se justificaría utilizar un tratamiento somático adecuado para solucionarlas.

Sin duda una de las críticas más severas del público a la práctica psiquiátrica actual, proviene del uso indebido, y en ocasiones injustificado, de algunos psicofármacos. Tal vez el caso de los antidepresivos sea el más notable en este sentido. En la introducción a un artículo periodístico de reciente aparición intitulado "Felicidad sobre pedido", se lee: "El uso masivo de psicofármacos que *alegren* un poco nuestras difíciles existencias obedece a la fe irrestricta en uno de los dioses de fin de milenio: el materialismo biológico. Hoy las emociones están en la química, las terapias de Freud van a la baja y la felicidad, la estabilidad y el humor se explican en términos bioquímicos y, en última instancia, genéticos. ¿Con qué actitud debemos acercarnos a los paraísos artificiales de la posmodernidad? He aquí algunos tips".

Cuando no está claramente especificado, a veces se prescriben y se utilizan mal estos medicamentos sin necesidad. Se ha criticado que se usan para cambiar algunos estados de ánimo pasajeros o para modificar ciertas actitudes negativas de personalidad en sujetos que no atraviesan por estados depresivos. Se ha llegado a comparar la psicofarmacología antidepresiva actual con la cirugía estética, en el sentido de que su propósito es el bienestar personal, su empleo se rige por la moda, se utilizan de manera indiscriminada para lo-

grar una "felicidad artificial" y no siempre están justificados. Pero aunque muchas de estas críticas a la llamada "psicofarmacología cosmética" tienen razón, el hecho es que no se han llevado a cabo suficientes estudios con el tipo adecuado de pacientes para determinar con mayor precisión su utilidad y sus indicaciones específicas. Es indispensable, por lo tanto, hacer ensayos farmacológicos en sujetos portadores de cuadros de depresión mayor pero que cualitativamente se puedan distinguir del resto de los procesos depresivos. Sólo de esta forma se podrá explicar y justificar la necesidad de seguir buscando medicamentos cada vez mejores, seguros y bien tolerados.

El modelo nosológico en psiquiatría asume que las enfermedades mentales son entidades discretas con diversas características de varios trastornos que aparecen y desaparecen. Por lo tanto, la unidad de medida es el trastorno en sí mismo, y el objetivo primordial de la investigación clínica es establecer las relaciones

entre el padecimiento y algunas variables neurobiológicas (los patrones polisomnográficos, las secreciones hormonales naturales o inducidas, la funcionalidad de los receptores, la medición de los metabolitos de los neurotransmisores, las imágenes funcionales del cerebro, etc.), o algunas variables clínicas (las respuestas a los tratamientos, la evolución, la agregación familiar, etc.). Esta aproximación nosológica tiene que recurrir entonces al diagnóstico categórico, el cual, como se ha mencionado es rígido y unidimensional. La revisión fenomenológica de la depresión es un ejemplo del contraste entre el diagnóstico categórico y el diagnóstico multidimensional; es decir, este enfoque es más natural por describir el fenómeno psicopatológico del afecto de manera más apegada a la realidad. Pero habrá que ampliar los conceptos diagnósticos tanto a nivel clínico como de investigación, para que este campo se pueda desarrollar mejor. Este trabajo es sólo una propuesta para que se lleve a cabo este cambio.

REFERENCIAS

1. BERLANGA C: Algunas consideraciones sobre la clasificación de los trastornos depresivos en la décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). *Salud Mental*, 19(Supl 2):26-30, 1996.
2. BERRIOS GE: The psychopathology of affectivity. *Psychol Med*, 15:745-758, 1985.
3. BERRIOS GE: Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *Br J Psychiatry*, 153:298-304, 1988.
4. BERRIOS GE: History of the affective disorders. Paykel ES (ed). En: *Handbook of Affective Disorders*. Segunda edición. The Guilford Press, 43-56, Nueva York, 1992.
5. GROVES W S, ANDREASEN N: Concepts, diagnosis and classification. Paykel ES (ed). En: *Handbook of Affective Disorders*. Segunda edición. The Guilford Press, 25-41, Nueva York, 1992.
6. JASPERS K: *Psicopatología General*. Editorial Beta, Buenos Aires, 1973.
7. LOPEZ-IBOR AJJ: Las psicosis y los trastornos afectivos. Barcia-Salorio D, López-Ibor AJJ, Ruiz OR (eds). En: *Psiquiatría*, Vol. II, Editorial Toray, 912-940, Barcelona, 1982.
8. MINKOWSKI E: *El Tiempo Vivido*. FCE, México, 1973.
9. MONTGOMERY S: Brief recurrent depression. Feighner JP, Boyer WF (eds). En: *Diagnosis of Depression*. Vol 2, John Wiley & Sons, 139-156, Chichester, 1991.
10. OPLER LA: Prozac and other psychiatric drugs. *Everything you Need to Know*. Pocket Books, Simon & Schuster, Nueva York, 1996.
11. OWENS H, MAXMEN JS: Mood and affect: semantic confusion. *Am J Psychiatry*, 136:97-99, 1979.
12. PEREZ-RINCON H: La anticipación: fenomenología y clínica. *Salud Mental*, 17(3):53-58, 1994.
13. SCHNEIDER K: *Psicopatología Clínica*. Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1970.
14. STOUDEMIRE A: Somatothymia. *Psychosomatics*, 32:36-38, 1991.
15. WINOKUR G, CADORET R: Depression spectrum disease versus pure depressive disease. *J Nerv Ment Dis*, 165:341-347, 1977.