

Depresión

Sofía Ruiz Fabeiro

Psiquiatra-psicoanalista H.U. Virgen de la Arrixaca

Introducción

En nuestra vida, en todas las vidas y en todas las culturas la tristeza es una emoción dolorida que menoscaba nuestras ganas de vivir, de sentir, de experimentar sensaciones, de querer, de relacionarse. Con la tristeza nos replegamos hacia nosotros mismos, nos desvinculamos de los demás y de la vida.

Pero hay veces que esa tristeza se hace tan intrusiva, tan penetrante y tan desproporcionada, que se convierte en un síntoma, un núcleo de síntomas (síndrome) o una enfermedad. Empieza amortiguando todas las funciones del organismo (el pensamiento, el sueño, el apetito) y nos quita las ganas de vivir. Por eso, tristeza y suicidio, tradicionalmente se han asociado a los estados depresivos desde la antigüedad (Berrios, 1985).

A esa tristeza y a esa inhibición de todas nuestras funciones, se añade lo que Klein en 1972 describió como Anhedonia, que es la incapacidad de gozar, de disfrutar de todo aquello que antes nos era agradable y gratificante (el amor, la amistad, la música, nuestras aficciones más queridas). Y todo ello, nos va llevando a una pérdida de nuestra autoestima (somos débiles, incapaces) y ¿quién es el culpable?, quizá nosotros mismos: además ya nos estamos culpabilizando. Si estamos tristes, tarde, día y noche, con motivo o sin motivo, pero de una manera des-

proporcionada; si no somos capaces ni de pensar, ni de movernos, ni de ocuparnos de los demás ni del trabajo; si hemos perdido las ganas de vivir; si nada nos hace ya reír, ni disfrutar ni emocionarnos ni sentir; si nos vemos incapaces de salir de esa situación por nuestras propias fuerzas y encima de sentirnos tan mal, creemos que es por nuestra culpa, tenemos una Depresión, con toda seguridad.

Depresión

Cuando hablamos de Depresión, nos referimos a un grupo de trastornos psíquicos cuyos cuadros clínicos se caracterizan por tristeza, inhibición, culpa y pérdida del impulso vital.

Aunque hay opiniones controvertidas, no parece lógico pensar que la Depresión sea un trastorno único. Por un lado, la Depresión es fruto de múltiples factores que la determinan y que han sido demostrados (genéticos, familiares, orgánicos, hormonales, ambientales, de personalidad, etc.). Por otra parte afecta a diversos grupos de edad, siguiendo cursos naturales (crónica, recurrente, etc.). Se presenta de diversas formas clínicas diferenciales, afecta numerosas funciones superiores regidas desde diversos núcleos del Sistema Nervioso y finalmente, puede ser tratada por muy diversas técnicas (psicológicas, farmacológicas, TEC, etc.).

Dejamos fuera de la Depresión

lo que llamamos Reacciones Vivenenciales Normales, que serían aquellas reacciones de tristeza secundarias generalmente a experiencias de pérdida que pueden acompañarse de otra sintomatología de tipo depresivo (crisis de llanto, disminución del interés, etc.), pero que no tienen una severa repercusión en la actividad de la persona y que tras un tiempo determinado desaparecen.

I – tipos de depresión

Son muchos los intentos de clasificación de los Trastornos depresivos y muchos los cuadros clínicos descritos. Me parece clarificador describir éstos cuatro tipos, indudablemente haciendo referencia a la predominancia de los factores causales y también a ciertas diferencias clínicas.

Así pues, vamos a pasar a describirlos:

I-D. Endógena.

El término Endógeno, para la escuela fenomenológica implicaba siempre una modificación del ser humano en su totalidad. Una vez que se inicia el cuadro depresivo, su naturaleza (signos, síntomas y duración) se halla preformada y por tanto se independiza de los posibles eventos desencadenantes y de la propia forma de ser del sujeto.

Es una forma particular la Depresión Endógena, de T. Depre-

sivo, no reactivo a acontecimientos vitales y que tiene una serie de características clínicas:

- a) Tristeza Vital: que muestra unas peculiaridades que la hacen diferente de la tristeza reactiva. “Es intrusiva, penetrante y desproporcionada”. No están presentes las variaciones reactivas de la emoción, es decir, no está presente la resonancia emocional. Es frecuente que el paciente exprese su estado afectivo como que “siente que no siente”.
- b) Anhedonia: (Incapacidad para disfrutar) tanto anticipatoria como consumatoria.
- c) Anomalías cognitivas: Bradipsiquia “Incapacidad para pensar” que se traduce en un lenguaje particularmente lento y monótono, con retardo en las respuestas. Hay pensamientos “obsesivoides” rumeativos. Tanto a la falta de motivación como a la falta de atención.
- d) Percepción de cambio físico: Que el paciente suele describir como un estado similar al de una enfermedad somática y que se pone de manifiesto también para el observador (ojos caídos, inexpresividad facial y aspecto triste, descenso de las comisuras bucales, etc.).
- e) Vivencia retardada del tiempo: “los minutos que parecen siglos” en contraposición de “las horas que se pasan volando” cuando estamos alegres.
- f) Inhibición motora o agitación (reducción de los movimientos de mirar, lentitud, etc.).
- g) Cambios vegetativos-síntomas corporales: Insomnio de mantenimiento y despertar precoz, anorexia, pérdida de peso, estre-

ñimiento. Variación diurna del humor. Esto se ha considerado como patognomónico de la endogenicidad. “Lo peor son las mañanas, al anochecer mejoro, quizás porque pronto podré volver a la cama”.

Las depresiones endógenas pueden ser Bipolares.

II-Depresión neurótica-distimia.

Clerman y Col. Observan una serie de coincidencias definitorias en un grupo de pacientes que estudian con depresión. Estas depresiones suelen tener las siguientes características:

- 1- Aparecen tras un acontecimiento estresante.
- 2- No presentan síntomas endó-

«tristeza y suicidio, tradicionalmente se han asociado a los estados depresivos desde la antigüedad»

genos (no presentan tristeza vital ni modificaciones de los síntomas a lo largo del día).

- 3- El curso es crónico, superior a dos años.
- 4- La Depresión es consecuencia de un patrón de personalidad determinada.
- 5- Es menos incapacitante que la Depresión Endógena y la persona puede continuar a veces con su funcionamiento social, aunque estos pacientes presentan una discapacidad acusada, mayor que la que sufren los enfermos con enfermedades físicas.

En síntesis, la Depresión Neurótica sería una depresión menos

intensa que la endógena, que generalmente se inicia tras un acontecimiento vital, se mantiene durante años en gran medida debido a los rasgos de personalidad del paciente, responde mejor a la psicoterapia que a los fármacos y en el curso puede presentar acentuaciones de la sintomatología, denominándose en este caso Depresión Doble. No presenta síntomas psicóticos, la anhedonia suele ser sólo anticipatoria, hay resonancia afectiva y el estado clínico puede estar muy influenciado por los factores ambientales.

III-Depresiones sintomáticas y yatrógenas

Son aquellas depresiones secundarias a una enfermedad física o a un tto. farmacológico. La enfermedad o el tto. por un mecanismo biológico desarrolla el trastorno psiquiátrico.

Enfermedades que con frecuencia ocasionan una depresión: Enfermedad de Parkinson, ACV, EM, Corea Huntington, hipertiroidismo, Cushing, Ca de páncreas, Infección por VIH y otras enfermedades víricas.

Con respecto a los fármacos, los que con más frecuencia pueden ocasionar cuadros depresivos son:

Corticoides, betabloqueantes, algunos antihipertensivos (Metildopa, Reserpina), Interferon, anticonceptivos, etc.

IV-Depresiones enmascaradas

Nos referimos a aquellos cuadros clínicos en los que la tristeza no se presenta o no es el síntoma principal, apareciendo en primer plano las molestias somáticas (algias, cefaleas, trastornos gastrointestinales, etc.).

El insomnio, la astenia, la

anorexia y la irritabilidad pueden ser los síntomas que alerten de un cuadro depresivo.

Para algunos autores, este tipo de depresión representa casi el 50% de los trastornos afectivos.

Epidemiología. La depresión como problema de salud pública

Las depresiones tienen una enorme relevancia por su alta morbilidad y capacidad de generar discapacidad.

Constituyen una importante causa de malestar psicológico para el paciente y una pesada carga para la sociedad.

Se sabe que el 20-25% de la población, padecerá Depresión al menos una vez en la vida. Por otra parte, las Depresiones generan más discapacidad que las enfermedades médicas crónicas y además cada vez está más claro la influencia negativa de la depresión en la evolución de las patologías médicas.

Todo esto hace que los costes que generan en términos de salud y económicos, difícilmente puedan ser asumidos por la Comunidad.

En España hay unos 2.000.000 de depresivos.

La proporción sexo femenino-masculino es de 2-3: 1.

De cada 5 personas que acuden al médico general, 1 es depresiva.

Sólo del 5 al 10% de los pacientes depresivos son tratados por el psiquiatra.

El 80% de los pacientes depresivos no reciben tto. adecuado.

Los pacientes con Depresión tienen más enfermedades mentales, más cáncer, más alcoholismo y más riesgo suicida.

«Se sabe que el 20-25% de la población, padecerá depresión al menos una vez en la vida»

Del 15 al 30% de los pacientes depresivos intentan el suicidio.

1/3 de los pacientes depresivos tienen un solo episodio. El 50% más de uno.

Factores etiológicos

Los diferentes modelos médico, psicológico y social aportan puntos de interés en la génesis etiopatogénica de la Depresión.

Hablaríamos de una posible predisposición genética heredada, que reaccionaría de distinta manera ante diferentes factores sociales. La herencia sería necesaria, pero no siempre suficiente porque se requeriría el complemento de ciertos factores psico-sociales.

I-Factores psicosociales

La investigación psicosocial ha centrado su atención en los acontecimientos vitales, circunstancias biográficas conflictivas y pérdida del soporte social adecuado como factores que actúan incrementando la incidencia y prevalencia de la Depresión.

a) Factores predisponentes:

Nos referimos a los factores que han ocurrido en la infancia y en la adolescencia y que predisponen a una depresión a la edad adulta.

- Pérdida parental por fallecimiento de uno de los padres antes de los 11 años.
- Experiencia de adversidad en

la infancia (abuso sexual y abuso físico).

- Madre sobreprotectora-autoritarismo excesivo de los padres.

b) Factores precipitantes:

Acontecimientos vitales externos, bruscos, a nivel familiar, social, laboral, que van a requerir un mayor esfuerzo de adaptación.

Pueden precipitar el primer episodio depresivo, empeorar el curso, facilitar una recurrencia o cronicidad del T. Depresivo.

Se establece que la acción patogénica del acontecimiento vital está limitada desde las primeras semanas a los 6 meses.

c) Soporte social:

Se entiende como una relación emocional íntima (fuente de afecto, de afirmación y de ayuda).

Weiss (1.974) especifica 6 características que debe reunir el soporte social para mantener una relación satisfactoria:

- 1- Cariño.
- 2- Integración social.
- 3- Amistades en el centro laboral.
- 4- Oportunidad de cuidar a otros.
- 5- Ayuda real y práctica en caso de estrés.
- 6- Consejo y guía en situaciones difíciles.

II- Personalidad

Como anteriormente hemos hablado de depresiones, no es oportuno postular un tipo único y específico de personalidad depresiva. No obstante, vamos a explicar las características principales

El rasgo fundamental es la *dependencia del otro*, de la pareja, de los demás, porque cualquier

distanciamiento lo viven como un abandono con importantes sentimientos de soledad lo que los angustia. Para evitar el distanciamiento, o se someten bajo la forma de desvalimiento poniendo de manifiesto que no pueden ser abandonados o bien someten al otro como si se tratara de un menor de edad.

Cuando la persona depresiva advierte que “ser el mismo”, comporta “ser distinto”, y que esto le separa de los demás, opta por renunciar a serlo o no permite que su pareja lo sea.

Otro rasgo importante es el mal manejo que hacen de la **agresividad**. Precisamente por la vinculación de dependencia tan estrecha que establecen con los demás y la dificultad que tienen para ser ellos mismos, no son capaces de discrepar ni de defenderse, viviendo la agresividad de forma absoluta, temiendo hacer daño y destruir al otro. Por tanto, reprimen la agresividad y o bien

la descargan contra ellos mismos (conductas suicidas o parasuicidas) o contra los demás, pero de una forma enmascarada (culpabilizándolos ante cualquier movimiento de alejamiento). La vivencia de su agresividad y en el fondo, el conocimiento de todos estos (manejos) provoca en la personalidad depresiva importantes sentimientos de culpa.

III Factores biológicos

Las cosas en Medicina no siempre aparecen cuando se las busca. Pero sí se las encuentra el que las investiga.

Cuando un investigador suizo Kuhl iba buscando un Tranquilizante mayor, parecido al Largacil, descubrió que más que sedar aquel nuevo preparado que estaba investigando servía para mejorar y de qué forma el estado de ánimo de los depresivos: así apareció el

Tofranil en 1.957, el auténtico patrón de una familia de medicamentos, los tricíclicos que iba a ser el primer alivio para una enfermedad tan extendida y tan grave en ocasiones que finalizaba con el suicidio de los pacientes.

Simultáneamente otros investigadores vieron que el fármaco antituberculoso que estaban empleando en pacientes con tuberculosis pulmonar, les mejoraba enormemente su estado de ánimo decaído. Así nació otra familia de antidepresivos, los IMAO, también en 1.957.

Basándose en las acciones clínicas y bioquímicas de los antidepresivos tricíclicos y de los IMAOS, muchos autores pudieron constatar que la NORADRENALINA, un neurotransmisor cerebral se halla disminuída en los flúidos biológicos de los pacientes deprimidos, lo mismo ocurrió con la DOPAMINA, y 30 años más tarde llegaron al mismo hallazgo con la SEROTONINA. ♦