

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.

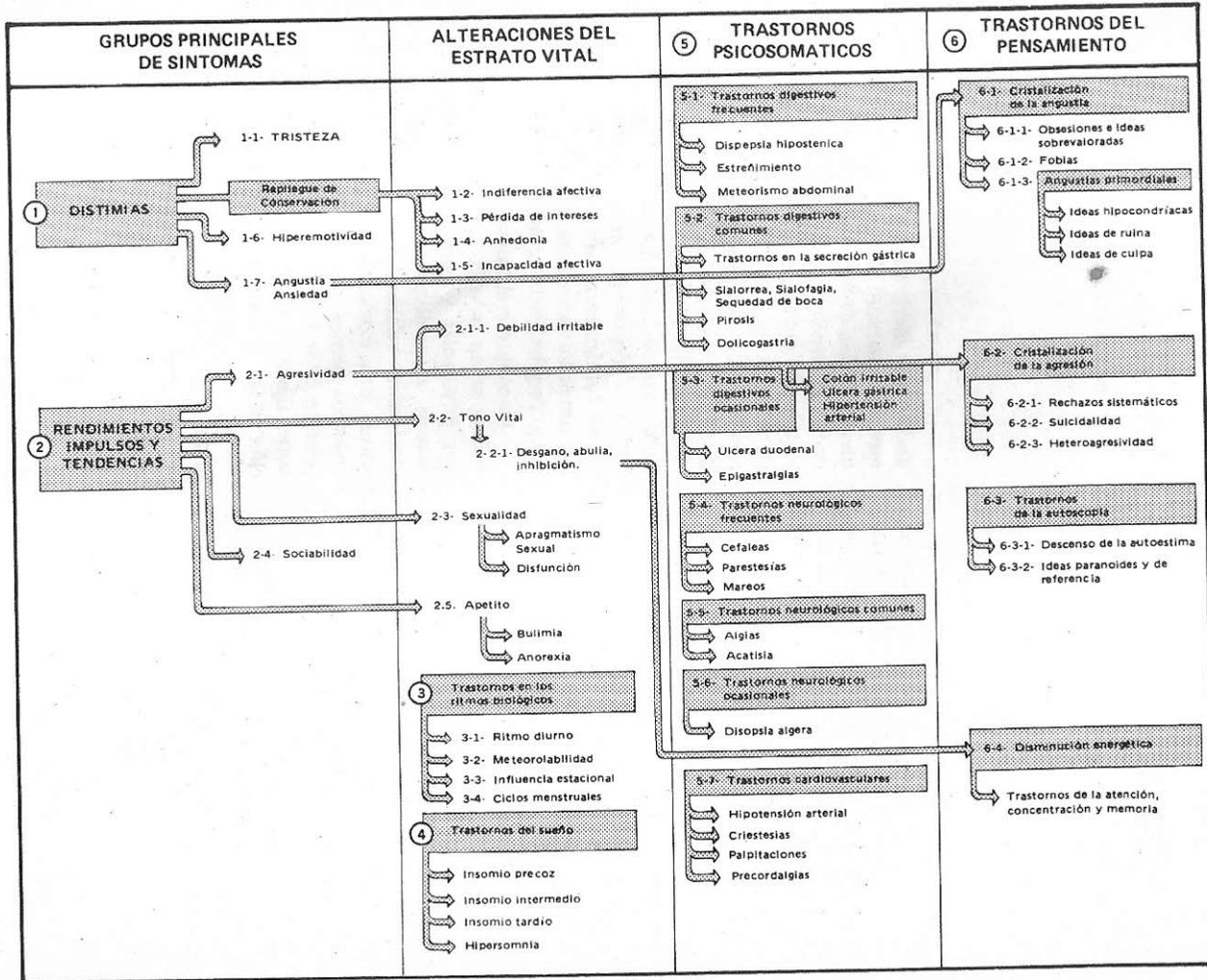
Los dos grupos principales de síntomas están centrados sobre los trastornos afectivos (distimias) y energéticos (rendimientos, impulsos y tendencias) (Figura 1, '1' y '2').

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 psicósomático 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-

gustia o no. Hay una sensación de quebrantamiento general, similar en algunos aspectos al que se padece en diversos estados orgánicos. Posiblemente con este síntoma estén relacionados otros, actuantes en la esfera intelectual y en el pensamiento: dificultades en la atención, concentración y memoria.

2-3 Sexualidad: no siempre resulta afectada, y al explorarla se debe tener en cuenta que en ciertas psiconeurosis su alteración es un síntoma nuclear y la depresión, de estar presente, puede ser secundaria. Lo que puede verse con más frecuencia es el apragmatismo sexual; pero si la pareja toma la iniciativa o cuando haciendo un esfuerzo inicia la relación el mismo paciente, el funcionamiento sexual puede estar en los niveles previos a la aparición del síndrome. En ocasiones, cuando la intensidad de éste es muy importante, puede llegarse al nivel de la disfunción sexual.

2-4 Sociabilidad: el impulso gregario suele estar disminuído, y este dato tiene valor si marca una ruptura sobre características previas del paciente.

2-5 Apetito: Puede encontrarse no afectado, presentar un incremento (bulimia) o estar disminuído (anorexia), siendo en este último caso, por lo general, mayor la intensidad del síndrome.

Analizaremos ahora los grupos secundarios de síntomas. Algunos de ellos pueden llegar a ser muy importantes, tanto por el sufrimiento que ocasionan al paciente, como por su potencial peligrosidad (suicidalidad). De tal modo que su denominación de "secundario" está más bien referida al hecho de que su aparición no es constante, mientras que los grupos principales tienen una frecuencia mayor y más característica. Merecen una particular mención los síntomas psicósomáticos porque en muchas ocasiones constituyen el "síntoma tarjeta", inclusive sin que se encuentre un claro cuadro depresivo en el nivel afectivo y/o psíquico ("depresión sin depresión") (2).

3- Trastornos de los ritmos biológicos (2): desde antiguo se ha observado que la sintomatología depresiva sufre oscilaciones de acuerdo con una serie de factores. Esto es generalmente más acentuado en los síntomas corporales que en los psíquicos.

3-1 Ritmo diurno: se ha advertido la existencia de depresiones que experimentan un empeoramiento matutino, mejorando el

paciente a medida que transcurre el día; otros, en cambio, empeoran al atardecer. En el primer tipo predomina la astenia, en el segundo la angustia. Por último, hay pacientes que se sienten mejor en horas nocturnas.

3-2 Meteorolabilidad: muchos pacientes experimentan empeoramientos en la proximidad de tormentas, especialmente cuando hay baja presión atmosférica y calor; muy frecuentemente se advierte intolerancia al frío.

3-3 Influencia estacional: ha sido descrita cierta relación, en el sentido de mayor incidencia estadística de los brotes depresivos, en determinadas estaciones (primavera, otoño).

3-4 Ciclos menstruales: las relaciones de la depresión con los ciclos menstruales son variables pero, en general, constantes para una misma persona. Es común un empeoramiento premenstrual que cede al iniciarse la menstruación.

4- Trastornos del sueño: pueden no existir (el paciente tiene un sueño normal) o bien presentar dificultades por exceso o por defecto. Cuando se trata del primer tipo hay hipersomnia, problema generalmente asociado a las alteraciones del tono vital. En cambio, los insomnios pueden presentar tres sub-tipos, que a medida que el proceso se agrava tienden a fusionarse: el insomnio precoz consiste en dificultades para conciliar el sueño; una vez que lo obtiene duerme normalmente. El insomnio tardío se produce cuando el paciente despierta normalmente pero en forma precoz; luego ya no puede dormir. El insomnio intermedio se da cuando el paciente se despierta y se duerme intermitentemente durante la noche.

5- Constelación psicósomática: en un trabajo anterior (9), uno de nosotros planteó la correlación, ya entrevista por Bleuler y Rof Carballo (10) entre la naturaleza de los síntomas psicósomáticos que integran el cuadro depresivo, y las llamadas "reacciones de sobrecogimiento", derivado humano de la "reacción primitiva de inmovilidad o de mimetismo" (que compartimos con los animales) (7) y cuya concepción inicial parte de Kretschmer (11). Esto, obviamente, nos coloca ante el interesante problema etiopatogénico de las relaciones de la depresión con el "stress", ya que tales reacciones primitivas surgen en los animales cuando, frente a la alarma, no existen posibilidades de

ataque o de huida. Estos síntomas psicósomáticos expresan un "enlentecimiento", una reducción de funciones, un aparente intento de inhibición, paralelo al que se advierte en otros niveles y que, según Bleuler, tiene la finalidad de evitar que cualquier acción pueda hacer aún mayor el peligro (10). Podemos dividir los síntomas psicósomáticos que aparecen en éstos cuadros en muy frecuentes, comunes y ocasionales.

5-1 Trastornos digestivos muy frecuentes: la dispepsia hipotónica es uno de los trastornos cardinales; se caracteriza por un retraso, de magnitud variable, en la evacuación gástrica, con una sensación de plenitud a veces precoz. Esta alteración es menos evidente cuando el paciente está anoréxico. Con frecuencia aparece asociada a otros trastornos. Uno de ellos es la rápida saturación del apetito, no siempre presente; la distimia postprandial que aparece casi siempre asociada a la dispepsia, y que resultará más o menos intensa si el paciente guarda reposo después de la ingesta que si no lo hace. Todos estos trastornos se calman inmediatamente con el vómito, que algunos pacientes se inducen para obtener alivio. Frecuentemente asociado con el anterior, el estreñimiento suele ser un síntoma recordado como antiguo por el enfermo. Corrientemente se le une el meteorismo abdominal (la "melancolía ventosa" de los antiguos). Ocasionalmente se asocian despeños diarreicos.

5-2 Trastornos digestivos comunes: han sido mencionados trastornos en la secreción gástrica, con aplanamiento de las curvas de acidez total y libre, o retraso en su culminación. Aparece a veces sialorrea y sialofagia, o por lo contrario, sequedad de boca. En ocasiones hay pirosis; y en los depresivos crónicos el hallazgo de dolico-gastria no es infrecuente.

5-3 Trastornos digestivos ocasionales: se puede observar a veces úlcera duodenal, cuya asociación con la depresión aparece como significativa, a diferencia de la úlcera gástrica. Hay algias abdominales ocasionales, especialmente epigastralgias.

5-4 Trastornos neurológicos frecuentes: las cefaleas son típicas y con muchísima frecuencia se constituyen en el "síntoma-tarjeta". El enfermo las experimenta en dos localizaciones típicas: en la región periorbitaria o frontoorbitaria, y en la región suboccipital. A veces, este tipo de dolor se extiende a lo largo de ambos trapecios. Las

parestias son experimentadas en manos, cara y piernas. A veces toman la forma de "hormigueos", otras de "adormecimientos". En la cara suelen distribuirse por la zona peribucal, o cubriendo la región en "alas de mariposa", como el lupus eritematoso. En manos toma la punta de los dedos, a veces el borde cubital de manos y antebrazos. Los mareos aparecen sobre todo al incorporarse, al pasar de la posición de cuchillas a la de pie (menos frecuente es el "vértigo tímopático" descrito por López Ibor (8), y que tiene estrechas relaciones con la angustia y con el síndrome de despersonalización y de desrealización).

5-5 Trastornos neurológicos comunes: la impaciencia muscular o acatisia se combina generalmente con el cuadro de "piernas inquietas", que se presenta al acostarse, o bien estando sentado (especialmente en sillas incómodas o en situaciones sociales) (2). Las algias son, también, uno de los probables "síntomas-tarjeta". Son variadas y, por lo común, erráticas. Es uno de los síntomas corporales preferentemente ligados a las quejas hipocondríacas, especialmente en pacientes crónicos. Algunos sitios habituales son: a) punto intratorácico, situado unos pocos centímetros por debajo de la zona media de la clavícula izquierda; b) retroesternales; c) escapulalgias, algias vertebrales, dolores lumbociáticos.

5-6 Trastornos neurológicos ocasionales: alteraciones sensoriales, especialmente la "disopsia álgera" (2), que consiste en molestias en los ojos frente a la luz brillante, con lagrimeo y sensación de irritación visual asimilable a la fotofobia.

5-7 Trastornos cardiovasculares: el más constante es la hipotensión arterial, muy ocasionalmente combinada con tendencia a valores tensionales altos. Es que como ha señalado Bleuler (10), se combinan, dentro de la "reacción de sobrecogimiento" o de "inmovilización", notas aisladas del otro tipo de reacción primitiva, el de excitación o "tempestad de movimientos". La hipotensión arterial puede tener relación, ocasionalmente, con los mareos posturales, pero frecuentemente tal relación no existe. Hay mala regulación del calibre de los vasos periféricos, posiblemente relacionados con criestias (2) e intolerancia al frío (son pacientes típicamente "friolentos"). Hay precordialgias y "palpitaciones" que sirven de base en algunas oportunidades a fobias cardíacas.

6— Trastornos del pensamiento: muchas depresiones son detectadas sin que existan alteraciones remarcables en la esfera del pensamiento; en líneas generales, puede decirse que cuando estos trastornos están presentes, el síndrome depresivo ya ha adquirido una magnitud significativa, tanto más según cuáles sean las cavilaciones depresivas presentes y su cuantía. Podemos agruparlos en torno a cuatro grandes núcleos:

6-1 Los derivados de la cristalización de la angustia.

6-2 Los derivados de la cristalización de la agresión.

6-3 Los derivados de trastornos de la autoscopia (visión de sí mismo).

6-4 Los derivados de la disminución energética.

Como ocurre con todos los demás síntomas derivados de este síndrome, los trastornos del pensamiento presentan una frecuente imbricación y relaciones entre sí, como ya se ha mencionado anteriormente. Además, dan origen a otros síntomas psicológicos cuya descripción hemos evitado para no excedernos de los límites que nos hemos impuesto en este trabajo. Estudiaremos en primer lugar los síntomas derivados de la cristalización de la angustia:

6-1-1 Obsesiones e ideas sobrevaloradas: las primeras son ideas que se imponen, contra la voluntad del paciente, de carácter desagradable o doloroso. No pueden ser desalojadas, ni aún con esfuerzo, aunque se considere que carecen de sentido, y predominan y persisten sin motivo alguno. Se distinguen de las ideas sobrevaloradas en que éstas pueden, con esfuerzo, ser desplazadas, y además se las considera proporcionadas y normales. Es importante tener en cuenta que las obsesiones pertenecen también a otros cuadros psiquiátricos, a veces muy graves (por ejemplo psicosis latentes o enmascaradas). Cuando las obsesiones ocupan la mayor parte de la vida del paciente y se acompañan de compulsiones (actos, generalmente de tipo ritual, que si no se cumplen provocan un franco incremento de la angustia), estamos en presencia de una neurosis obsesiva en sentido estricto.

6-1-2 Fobias: íntimamente relacionadas con las obsesiones y las ideas sobrevaloradas, las fobias son definidas clásicamente como "miedos irracionales y desproporcionados que el sujeto experimenta ante ciertas

situaciones y objetos". En el síndrome depresivo, éstas se dan con un matiz de aprensividad y vaguedad en cuanto a objeto, que permiten distinguirlas de las fobias presentes en la auténtica neurosis fóbica o en las histerias de angustia. En la depresión, el componente aprensivo de las fobias está referido frecuentemente a la seguridad o salud de familiares, especialmente cuando están ausentes, o están emparentados con las "angustias primordiales" que veremos a continuación.

6-1-3 Angustias primordiales: Schneider había aislado tres grandes temas de preocupación en el depresivo, y éstos están referidos a ancestrales intereses del hombre: la salud, la seguridad material y la salvación (2). En lo concerniente a la salud, los temores adoptan la forma de ideas sobrevaloradas hipocondríacas y nosofóbicas, que tienen valor indicativo cuando están referidos a los grandes temas (cáncer, afecciones cardíacas, deterioro intelectual), pero que deben inducir a sospecha cuando están focalizados en temas menos frecuentes (ácarofobia, por ejemplo), ya que pueden ser provocadas por otras patologías. Y aún cuando se trate de las ideas ya mencionadas, también pueden ser consideradas como no depresivas cuando se presentan como "síntoma-tarjeta" con relativa ausencia de otros elementos claves del síndrome. Cuando están centrados en torno a la seguridad material, tienen tanta más importancia cuanto más alejadas de la realidad estén, ya que estas aprensiones tienen con frecuencia una base real, por lo que conviene evaluarlas con cuidado. Adoptan, por supuesto, la forma de ideas sobrevaloradas de ruina, cuya magnitud fantaseada por el enfermo es otro de los datos semiológicos a tener en cuenta. Por último, las ideas de culpa, cuya base clásicamente ha sido referida a las preocupaciones respecto de la salvación. Si bien hoy en día se las sigue observando de acuerdo a la descripción clásica, también es cierto que aparecen con mucha frecuencia referidas a la imagen de sí dentro de otros, lo que en Sociología es "el otro generalizado" de acuerdo a la terminología de Merrill (12). Así, muchas veces, la culpa está relacionada con supuestos fracasos en un proyecto de vida que tiene que ver con expectativas sociales, y con el nivel de vida que no se ha obtenido de acuerdo con esas expectativas. Como ya se ha visto,

en el entramado relacional de estos síntomas, las ideas de culpa se constatan con las de desvalorización, y también con rechazo sistemático, síntomas que veremos luego al hablar de las alteraciones de la autoscopia y de la cristalización de la agresión.

Pasaremos ahora a los derivados, en el pensamiento, de la cristalización de la agresión.

6-2-1 Rechazos sistemáticos: con frecuencia, la agresividad se concentra en una especie de "chivo emisario" (con el que, por lo común sin saberlo, existen conflictos no conscientes). Así, hay descargas de agresión sobre hijos, esposa, subordinados, pero siempre objetos o personas sobre las que se pueda experimentar una sensación de poderío. Es necesario distinguir este síntoma de otro muy similar en el que el paciente tiene ideas agresivas (generalmente vividas como obsesiones de un matiz desagradable y angustioso) hacia algún familiar (por lo común, hijos) y que suele darse en los estados prepsicóticos.

6-2-2 Llegamos así al crucial tema de la suicidalidad, punto central en la temática depresiva. Como ocurre con la angustia y la agresión, también en este punto nos enfrentamos con un tema de capital importancia y de complejo y extenso tratamiento doctrinario. Lo que aquí, debido al carácter resumido de este trabajo, cabe decir, es que nunca debe dejarse de explorar, partiendo siempre de ideas referidas a la "falta de sentido de la vida" que, por lo común, preceden a las ideas de suicidio propiamente dichas. También suelen suceder a las ideas de culpa o a las alteraciones de la autoscopia (visión desvalorizada del "sí mismo"). No debe haber ninguna duda de que la presencia de estas ideas, aunque sea como antecedente a la historia clínica y no estén presentes en el momento actual, imponen la derivación del paciente al especialista. No cabe aquí, de ninguna manera, la errónea concepción (tan frecuentemente creída como cierta) de que el sujeto que anuncia su suicidio nunca lo comete. Más bien debe creerse que toda mención al respecto es siempre un pedido de auxilio.

6-2-3 Heteroagresividad: se trata aquí de la "irritabilidad" "generalizada" que muchos de estos enfermos notan junto a otros síntomas inherentes al síndrome depresivo. Paradójicamente, un reducido número de enfermos pueden experimentar

cambios en sentido opuesto, vale decir una disminución de la acometividad que los caracterizaba en su estado normal. Tal vez este último dato tenga que ver con los derivados de la disminución energética.

6-3 Los síntomas producidos en relación con alteraciones de la autoscopia tienen, como se ha subrayado varias veces, un complejo entramado con otros pertenecientes al síndrome. Pero a este grupo lo caracteriza, además, una intensa nota de sufrimiento subjetivo (tal vez, con los sentimientos de culpa y las ideas autodestructivas, las más intensas). Consisten básicamente en ideas erróneas sobre sí mismo, sus posibilidades y capacidades, su esquema corporal, y la idea que de sí tienen los otros.

6-3-1 Descenso de la autoestima: el paciente siente que "no vale nada" y tiene de su vida una intensa sensación de fracaso; en el hombre, frecuentemente relacionadas con su trabajo o profesión; y en las mujeres, en lo concerniente a sus realizaciones sentimentales o maternas, o por no haber podido incorporarse adecuadamente al sistema de producción.

6-3-2 Ideas paranoides y de referencia: no llegan a tener características de verdadero delirio, pero consisten claramente en una proyección de sus sentimientos de desvalorización hacia los demás, en los que crece su propia opinión de sí. A veces esta proyección hacia el Destino (la "mala suerte") a quien se responsabiliza de los fracasos. También ocurre que estas fantasías vayan acompañadas de sentimientos de desvalorización y autocompasión.

6-4 Trastornos derivados de la disminución energética: consisten en dificultades en la atención, concentración y memoria (especialmente en la de fijación). El problema central parece estar dado por una disminución de la capacidad de atención voluntaria.

Como se puede comprobar, este esquema diagnóstico no incluye cuestionarios que permitan establecer una cuantificación de intensidad de síntomas, ya que el objetivo que se persigue en este trabajo es aportar elementos a los médicos generales y a los especialistas no psiquiatras para la detección del síndrome depresivo; pero representa un primer paso hacia la concentración de una escala de apreciación que permita obtener datos cuantitativos y subsindrómicos del mismo, tal como lo postula Pichot (3).

Algunas observaciones finales pueden re-

sultar pertinentes. Los síndromes depresivos en donde están totalmente ausentes los síntomas psicósomáticos, en particular los digestivos, parecen tener una etiopatogenia más frecuentemente psiconeurótica y serían, por lo tanto, poco modificables por los medicamentos antidepressivos. Esto es tanto más cierto cuando predominan los síntomas ansiosos sobre los de inhibición. Por otra parte, la presencia de síntomas psicósomáticos distintos a los descritos (colon irritable, úlcera

gástrica, hipertensión arterial, etc.) deben hacer pensar en componentes psicodinámicos posiblemente relacionados con la agresión no alcanzables por la medicación y, por lo tanto tributarios de la psicoterapia. También debe ser considerada la derivación al especialista cuando ya están presentes los trastornos del pensamiento, particularmente cuando éstos se muestran ocupando el primer plano y tienen acusada intensidad.

RESUMEN

Debido a la creciente importancia del síndrome depresivo y la frecuencia con que éste es visto en primera consulta por el médico general y por el especialista no psiquiatra, los autores han creído conveniente analizar dicho síndrome para facilitar su detección. Se cuestionan las distintas escalas de valoración en uso, subrayando los esfuerzos que diversas escuelas de psiquiatría han hecho para desarrollarse. Se dividen los síntomas depresivos en dos grupos principales y varios secundarios, acompañando la descripción de los mismos con un esquema

para facilitar su visualización. Los dos grupos principales están constituidos por los trastornos afectivos y los energéticos, y los secundarios comprenden los trastornos en los ritmos biológicos, del sueño, psicósomáticos y del pensamiento. Se hace particular hincapié en la existencia de "equivalentes depresivos", especialmente psicósomáticos, que son causa frecuente de consulta al médico general, y en donde la depresión, como vivencia afectiva, no ocupa el primer plano o no existe.

Bibliografía

1. Ayuso JL, Saiz J: Las Depresiones. Interamericana, Madrid, 1981.
2. Lopez Ibor Aliño JJ, Ruiz Ogara C, Barcia Salorio D: Psiquiatría. Tomo II. Toray, Barcelona, 1982.
3. Pichot P: Le probleme de l'appréciation quantitative des symptomes dépressifs. En: *Etats Dépressifs*, P. Kielholz, Hans Huber, Basilea, 1972.
4. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561, 1961.
5. Hamilton M: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23: 56, 1960.
6. Zung WWK: A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12: 63, 1965.
7. Vallejo Nágera JA: Introducción a la Psiquiatría. Científico-Médica, Barcelona, 1968.
8. Lopez Ibor JJ: La Angustia Vital. Paz Montalvo, Madrid, 1950.
9. Mata EA: Depresiones endotóxicas y correlación psicósomática. "Jornadas de Actualización en Psicopatología", Buenos Aires, 1980.
10. Rof Carballo J: Patología Psicósomática. Paz Montalvo, Madrid, 1950.
11. Kretschmer E: Histeria, Reflejo, Instinto. Labor, Barcelona, 1963.
12. Merrill FE: Introducción a la Sociología. Aguilar, Madrid, 1969.