

SÍNDROME DEPRESIVO

Depressive syndrome

Autores:

1. López Paravicini María Eugenia
 2. Gómez Montalvo Lupe Isnela
 3. Serrudo Loayza Gabriela
-
1. Médico Especialista en Psiquiatría; Docente Facultad de Medicina USFX
Correo electrónico: mauge293@hotmail.com
 2. Médico Especialista Internista y Médico Psiquiatra; Médico del Seguro Social Universitario de Sucre; Docente Facultad de Medicina USFX
Correo electrónico: draisne@hotmail.com
 3. Médico Especialista en Psiquiatría; Docente Facultad de Medicina USFX
Correo electrónico: gabrielaserrudo200@gmail.com

RESUMEN

La depresión es una enfermedad devastadora que afecta al ser humano de manera integral, abarcando tanto el aspecto físico como el emocional. El dolor emocional asociado a la depresión suele considerarse más intenso que el dolor físico, aunque su aparición es mucho más gradual.

Muchas personas experimentan numerosos síntomas de depresión sin ser conscientes de ello. En ocasiones, asumen que solo enfrentan problemas físicos, sin reconocer que padecen depresión, o bien, evitan admitirlo. Además, en el ámbito profesional, diagnosticar y diferenciar la depresión clínica de los estados de ánimo transitorios o cotidianos representa un desafío significativo. Esta dificultad subraya la importancia de contar con una base sólida en la clínica de la depresión.

Se estima que incluso en países de altos ingresos, cerca del 50% de quienes padecen depresión no son identificados. La detección temprana es esencial, ya que permite un tratamiento más efectivo, reduciendo el riesgo de discapacidad o incluso de muerte por suicidio. En este contexto, utilizar el conocimiento disponible puede marcar una diferencia significativa.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es describir el Síndrome Depresivo desde la psicopatología, abordando sus síntomas afectivos, conductuales, cognitivos, somáticos e interpersonales.

PALABRA CLAVE: Síndrome depresivo

SUMMARY

Depression is a devastating illness that affects the human being as a whole, encompassing both physical and emotional aspects. The emotional pain associated with depression is often considered more intense than physical pain, although its onset is much more gradual.

Many people experience numerous symptoms of depression without realizing it. At times, they assume they are only dealing with physical health issues, failing to recognize they are suffering from depression or avoiding admitting it. Additionally, in the professional realm, diagnosing and differentiating clinical depression from transient or everyday depressive moods presents a significant challenge. This difficulty underscores the importance of having a solid foundation in the study of depression.

It is estimated that even in high-income countries, nearly 50% of those suffering from depression go unidentified. Early detection is crucial as it allows for more effective treatment, reducing the risk of disability or even death by suicide. In this context, leveraging the knowledge currently available can make a significant difference.

The objective of this bibliographic review is to describe the Depressive Syndrome from a psychopathological perspective, addressing its affective, behavioral, cognitive, somatic, and interpersonal symptoms.

KEYWORD: Depressive syndrome

ANTECEDENTES

La depresión es tan antigua como la humanidad y ha sido un tema de bastante preocupación a lo largo de la historia del hombre. Existen muchísimos escritos científicos, poetas que en sus obras escribieron sobre el tema de la depresión:

Hipócrates describe los trastornos del afecto como de causa natural. Las emociones (los temperamentos) se basaban en el equilibrio de los cuatro humores básicos. La melancolía (depresión) indicaba un aumento de la bilis negra y se describía como: “un estado de aversión a la comida, desaliento, somnolencia, irritabilidad, inquietud”, para el cual el tratamiento se hacía con purgas. (1)

El término melancolía ha sido empleado desde Hipócrates con muy diversos sentidos. Hasta Esquirol, es decir hasta los inicios del siglo XIX, se denominaban melancólicos a un gran número de enfermos de todo tipo. De un modo más particular, desde el renacimiento, la melancolía designaba una especie de “locura parcial” que se oponía a los trastornos de la inteligencia, pero no implicaba forzosamente la tristeza”. (2)

Jackson, en 1985, menciona las denominaciones que recibió este estado de abatimiento e infelicidad: “Aunque el término melancolía era la etiqueta diagnóstica más usada, la palabra “depresión” se comienza a utilizar con frecuencia durante el siglo XIX, y ya a principios del siglo XX se emplea como término diagnóstico con bastante asiduidad”. (3)

Kraepelin en su manual de psiquiatría (1986) realizó una diferenciación entre la demencia precoz (esquizofrenia) y la enfermedad maniaco-depresiva (que incluía todos los casos de excesos en la afectividad), considerando a esta última menos grave y de curso menos crónico en relación a la primera. (1)

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Concepto de Depresión

Al referirse a la depresión en general, se está haciendo referencia a un estado de abatimiento del humor, de decaimiento del ánimo y de la voluntad. (4)

La depresión (del latín depressus, “abatido”, “derribado”) es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En general el paciente se ve y los demás lo ven como derribado, debilitado en su potencialidad y en la base de sustentación afectiva; desplaza su eje de acción usual, está desganado y con baja energía”. (1)

La Tristeza Patológica

No es tan fácil diferenciar la tristeza patológica o depresión clínica de la tristeza normal, ya que ambas situaciones son parecidas y solamente varían en función de la intensidad. La tristeza patológica es una variante anormal del estado de ánimo en la que el individuo se siente especialmente apenado, triste y afligido. La tristeza es un fenómeno afectivo normal, que surge en el individuo en sus relaciones con el medio, aunque puede también estar vehiculada por factores orgánicos. (5)

El Síndrome Depresivo

Entre los síntomas que forman parte del síndrome depresivo tenemos los afectivos, motivacionales o conductuales, cognitivos, físicos e interpersonales.

Síntomas afectivos

En cuanto a los síntomas afectivos del síndrome depresivo, el más característico es la apariencia triste que se manifiesta en aproximadamente la mitad de los pacientes, pero algunas personas pueden manifestar irritabilidad, además de ansiedad.

En cuanto al estado de ánimo, el síntoma afectivo más llamativo de la depresión es el estado de ánimo deprimido, con sentimientos de tristeza, y un duelo excesivo y prolongado. Los sentimientos de minusvalía y de haber perdido el gozo de vivir son comunes. Llorar de forma incontrolable puede ser una reacción general a la frustración o al enojo. Esta forma de llorar no parece estar directamente correlacionada con una situación específica. (6)

Whybrow et al., en 1984, señalan que, aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, hostilidad, ansiedad, sensación de vacío o nerviosismo que son secundarios al estado de ánimo fundamental (tristeza). (3)

La ansiedad es una acompañante habitual de la depresión, es decir los pacientes depresivos son proclives a la ansiedad. Entonces, en la depresión pueden existir síntomas ansiosos o coexistir tanto la depresión como la ansiedad. Breslaw, Shultz y Peterson, en 1995, señalan que estudios epidemiológicos más recientes han confirmado que la depresión mayor casi siempre sigue a la ansiedad y puede ser una consecuencia de ella. (7)

Síntomas motivacionales y conductuales

Es frecuente que las personas con depresión no se sientan motivadas y presenten anhedonia, además de alteraciones psicomotoras.

Las personas deprimidas con frecuencia muestran poca motivación y exhiben anhedonia, una pérdida en la capacidad de obtener placer de las experiencias normalmente placenteras. Otros síntomas incluyen la vestimenta sucia o descuidada, el cabello desarreglado y la falta de preocupación por la limpieza personal. (6)

Las alteraciones psicomotoras pueden ir desde la inhibición hasta la agitación severa. El retraso psicomotor generalizado es el síntoma más frecuente de la depresión, aunque también se observa agitación psicomotora, especialmente en pacientes mayores. Retorcerse las manos y tirarse del pelo son los síntomas más frecuentes de agitación. Clásicamente, un paciente deprimido tiene una postura encorvada, sin movimientos espontáneos y una mirada abatida que no es directa. (8)

Síntomas cognitivos

En relación a los síntomas cognitivos, la atención, concentración, la sensopercepción y la memoria están disminuidas debido a su introversión, lo que repercute en su rendimiento académico y laboral. El pensamiento y lenguaje están enlentecidos, el volumen de su voz es bajo. Es frecuente que presenten ideas de inutilidad, culpa y muerte.

En relación a la atención, a primera vista impresiona muy disminuida, pero esto es sólo en apariencia y por la gran introversión, ya que su atención está particularmente dirigida a los temas relacionados con su estado. No les interesa nada de lo exterior. (9)

Los estudios de memoria muestran, por una parte, que frecuentemente los déficit mnésicos son subjetivos y no se corresponden con una medición objetiva y, por otra, el descenso de rendimiento en pruebas de memoria inmediatamente se resuelve una vez recuperado el paciente de su depresión. Los recuerdos están lógicamente centrados en experiencias negativas, lo cual conecta con las teorías cognitivas de la depresión. (5)

Los trastornos del pensamiento se dividen en: formales y de contenido. Los primeros incluyen los fenómenos de inhibición del pensamiento, con enlentecimiento del curso, latencia incrementada, lenguaje monocorde, monótono, bajo y de pobre sintaxis. Los

trastornos del contenido están referidos a la temática persistente y estereotipada de muerte, suicidio, culpa o enfermedad. En los casos más graves el paciente entra en un verdadero “delirio depresivo”. (4)

En los estados depresivos la percepción del tiempo se hace puntual, solo se registra un presente cargado de ansiedad, culpa, tristeza, ineptitud, fracaso. Los logros del pasado no cuentan y las posibilidades del futuro no existen. (9)

La mayoría de los pacientes deprimidos están orientados en cuanto a personas, lugar y tiempo, aunque algunos pueden no tener suficiente energía o interés como para responder a las preguntas al respecto en la entrevista. (8)

En cuanto a la conciencia, no hay alteraciones groseras, si bien el desinterés que llega a ser muy intenso en los casos graves, puede hacer suponer cierto grado de obnubilación de la conciencia, leve y fácilmente descartable si se exige la atención del investigado. (9)

El juicio se valora mejor revisando las acciones del paciente en un pasado reciente y su comportamiento durante la entrevista. La descripción de su trastorno que hacen los pacientes deprimidos a menudo constituye una hipérbole, resaltan excesivamente sus síntomas, su trastorno y sus problemas vitales. Es difícil convencer a estos pacientes de que es posible mejorar. (8)

Signos y síntomas físicos

Muchas personas en vez de referir sentimientos de tristeza, se enfocan en el aspecto somático, caracterizado por fatigabilidad o astenia, alteraciones del sueño, apetito, sexuales y quejas somáticas.

El paciente expresa la astenia como “fatiga”. No corresponde a un aumento del trabajo o del esfuerzo y no se alivia por el descanso ni por la disminución de la labor. Tiende a agravarse cuando el paciente deja completamente su actividad. Es particularmente intensa por la mañana, aún después de una noche de sueño. Muchas veces se describe como localizada en los ojos, los brazos y las piernas. Otras veces se describe como algias musculares, particularmente en los miembros, nuca y espalda. (4)

La dificultad para conciliar el sueño, levantarse muy temprano, caminar erráticamente durante la noche, insomnio y pesadillas que dejan a la persona exhausta y cansada durante el día. Muchos sienten temor por la llegada de la noche pues representa una gran batalla para conciliar el sueño que genera fatiga. Algunas personas deprimidas, sin embargo, muestran

hipersomnia o sueño excesivo. A menudo se sienten continuamente cansados a pesar de dormir mucho. (6)

En relación a los cambios en el apetito y el peso, estos trastornos comienzan frecuentemente por alteraciones del gusto. Desaparece ante todo el placer por comer. El paciente encuentra que lo que come es insípido o desagradable. Muchas veces los enfermos comen más que de costumbre aun sin tener apetito. Las modificaciones del apetito están acompañadas por trastornos digestivos, entre otros: malestar epigástrico, dolor abdominal, "crisis hepática", indigestión, náuseas, vómitos, estreñimiento tenaz, etc. Con estos elementos frecuentemente se observa la pérdida de peso. (4)

En la mujer son frecuentes los trastornos menstruales que se manifiestan sobre todo bajo la forma de amenorreas, dismenorreas o de oscilaciones del ciclo. En la mujer se puede observar una disminución de la libido o una frigidez transitoria. En el hombre, se observa impotencia, anorgasmia, eyaculación precoz, etc. (4)

Entre los trastornos neurovegetativos se observan: Respiratorios: disnea, respiración suspirosa o jadeante. Laberínticos: vértigos. Oculares: fotofobia, disminución de la visión. Auditivos: zumbidos, hiperestesia auditiva, disminución subjetiva de la audición. Cardiovasculares: hipotensión, taquicardia, palpitaciones, dolores torácicos. Generales: sofocos, entumecimientos, hormigueos, cefaleas, compresión del cráneo, jaquecas, sudoración. (4) Algias diversas, dolores vertebrales o articulares, etc. Es posible incluso que estos trastornos adquieran una tal importancia que el estado depresivo quede camuflado por las quejas somáticas. Entonces sólo cabe un examen clínico muy minucioso que permita establecer que los trastornos de que se aqueja el sujeto no son de etiología orgánica, sino que expresan un estado depresivo. (2)

Síntomas interpersonales

Por último, en cuanto a los síntomas interpersonales, su aislamiento suele generar un deterioro de sus relaciones sociales, lo que agrava aún más su situación.

Barnett y Gotlib (1988), dicen que esta área puede ser foco de interés en el futuro, puesto que un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado ser un buen predictor de un peor curso de la depresión. (3)

CONCLUSIONES

La depresión en un término vago, debido a que se usa para describir un amplio espectro de situaciones,

desde una leve oscilación de ánimo hasta una entidad nosológica específica. En ese sentido todas las personas caben en alguna parte de ese espectro y en alguna medida el grado de depresión varía de hora en hora y de día en día. Sin embargo la gente que está clínicamente deprimida presenta síntomas psicológicos que interfieren con su funcionamiento social, laboral, situación que marca la diferencia entre la tristeza normal y la patológica, y por lo tanto requieren una atención y un tratamiento adecuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santa-cruz, H. y Uribe, M. (2008). Trastornos del afecto, *Psiquiatría Clínica* (3a. ed., pp. 185-193). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
2. Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1998). Estados depresivos y crisis de melancolía, *Tratado de Psiquiatría* (8a. ed., pp. 224-252). Barcelona: Masson, S.A. Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2006). Trastornos del estado de ánimo, *Psicopatología* (3a. ed., pp. 200-257). Madrid: Thomson.
3. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. J. Sanz y C. Vázquez, *Manual de Psicopatología* (Vol. II, pp. 299-340). Madrid: McGraw-Hill.
4. Forselledo, A.G. (2009). El Síndrome Depresivo, *Manual Práctico De Psicopatología* (28-49). Montevideo: UNESU
5. Vallejo, J. (2015). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (8th. ed.). Barcelona: Masson, S.A.
6. Sue, D., Sue, D.W. y Sue, S. (2010). Trastornos del estado de ánimo, *Psicopatología-Comprendiendo la Conducta Anormal* (9ª ed., pp. 303-332). México, D.F.: CENGAGE, Learning.
7. Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2003). *Psicopatología*. Madrid: Thomson.
8. Sadock, B.J. y Alcott, V. (2009). Trastornos del estado de ánimo, *Sinopsis de Psiquiatría* (10ª ed., pp. 527-561). USA: Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins
9. Cortese, E.N. (2004). Trastornos del estado de ánimo, *Manual de Psicopatología y Psiquiatría*, ((2a. ed., pp. 221-132). Buenos Aires: nobuko.