

MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA

Edición revisada

Amparo Belloch

Bonifacio Sandín

Francisco Ramos



**Mc
Graw
Hill**

Volumen II

En segundo lugar, no resulta fácil diferenciar la depresión clínica de los estados de ánimo depresivos más o menos transitorios y cotidianos. Los teóricos de la depresión no han llegado a un acuerdo respecto a las fronteras que delimitan una respuesta depresiva «normal» de una respuesta depresiva «patológica». Para algunos autores, los estados depresivos simplemente varían en una única dimensión, en un *continuo* de gravedad, de tal modo que los cuadros depresivos se diferenciarán sólo por la intensidad cuantitativa de los síntomas (Beck, 1976; Goldberg y Huxley, 1992); así, la depresión normal cotidiana que todos padecemos cuando experimentamos algún suceso negativo sería básicamente similar, aunque de menor intensidad, a la depresión de una persona que busca ayuda profesional. Los defensores de esta posición se basan en análisis estadísticos (por ejemplo, análisis discriminante) que muestran que bajo las puntuaciones de los diferentes subtipos depresivos en diversas escalas en realidad subyace una *distribución unimodal*, lo que parece efectivamente sugerir la idea de un continuo (Kendell, 1976). Los defensores del continuo, entre los que nos encontramos los autores de este capítulo, proponen que tanto las depresiones subclínicas como las clínicas comparten muchos factores sintomatológicos y etiológicos (por ejemplo, factores estresantes); sin embargo, en la decisión de buscar ayuda de un profesional intervienen variables ajenas a la propia patología, como pueden ser el sexo o el nivel socioeconómico (Sanz y Vázquez, 19XX).

Para otros autores, por el contrario, la depresión normal difiere *cualitativamente* de la depresión patológica (Akiskal, 1983; Andreasen, 1985). A diferencia de los estados normales de tristeza, la depresión clínica impregnaría todos los aspectos del funcionamiento de la persona y, en cierto modo, el estado de ánimo parece tener vida en sí mismo, autonomía, de modo que apenas reacciona ante sucesos externos y parece «independiente» de la voluntad de la persona que lo padece (véase Whybrow y cols., 1984). No obstante, es discutible que esta distinción cualitativa entre la tristeza normal y patológica sea útil clínicamente o en la investigación.

Como veremos más adelante, se han efectuado muchos intentos para hallar subgrupos de pacientes que pudieran diferir en la etiología, la respuesta al tratamiento, la constelación de síntomas que presentan e incluso en sus características bioquímicas.

III. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS ANÍMICOS

A. DICOTOMÍAS DESCRIPTIVAS

¿Cuántas depresiones hay? Las respuestas a esta pregunta han generado una polémica sin fin en la psicopatología y psiquiatría de nuestro siglo (Perris, 1985; Andreasen, 1985; Jackson, 1986). Perris (1987), en un recuento un tanto irónico, ha contabilizado hasta 53 subtipos diferentes de depresión que a lo largo de la historia se han propuesto (por ejemplo, «enmascarada», «existencial», «juvenil», «alcohólica», «endorreactiva», «melancólica», «poséxito», «menstrual», «endógena», «reactiva», «biológica», «psicológica», etc.). Pero

prácticamente ninguna de estas etiquetas resiste un examen científico riguroso. A continuación analizaremos brevemente algunas de las dicotomías que han sido más empleadas a lo largo de las pasadas décadas para clasificar los trastornos afectivos (véase una revisión general en Vázquez, 1990c; Vázquez y Sanz, 1991).

1. Endógena-reactiva

Esta distinción, ya apuntada por Moebius en el siglo XIX (Whybrow y cols., 1984), creó mucha polémica en los años veinte y treinta de nuestro siglo. El debate se originó, en parte, por la contraposición de una visión freudiana con la kraepeliniana. Es decir, la discusión entre causas psicológicas frente a causas biológicas, respectivamente. Quizá también el tipo diferente de pacientes que veían psiquiatras como Kraepelin en hospitales era muy diferente (más graves, más crónicos, menos reactivos ante acontecimientos externos) que los pacientes típicamente menos graves de las consultas privadas psicoanalíticas (Goodwin y Guze, 1989).

El eje endógeno-reactivo alude a una supuesta distinción entre *depresiones biológicas* (o endógenas) y *depresiones psicossociales* (o reactivas). Sin embargo, esta distinción etiológica no tiene *ningún apoyo empírico* sustancial; por ejemplo, muchos estudios han demostrado que las depresiones de aquellas personas que reciben el diagnóstico de «depresión endógena» han padecido factores estresantes ambientales en la *misma intensidad* que aquellas otras a quienes se les diagnostica una «depresión reactiva» (Paykel, 1979). Esto nos conduce a la conclusión de que la existencia o no de precipitantes psicosociales es *irrelevante* para distinguir subtipos de depresión o para efectuar cualquier clasificación de los trastornos afectivos.

Diversos estudios empleando técnicas multivariadas han demostrado que, en realidad, cuando los clínicos emplean la distinción endógena-reactiva lo que hacen es sencillamente distinguir dos subtipos de depresión que difieren entre sí por sus síntomas, pero no por su etiología: las depresiones «endógenas» —en la actualidad llamadas melancólicas, como expondremos más adelante— serían aquellas con mayor sintomatología vegetativa (pérdida de peso, insomnio terminal, retardo psicomotor, etc.) y más síntomas graves, como el suicidio, y más recurrentes.

Mientras que la denominada «depresión endógena» tiene una razonable validez si nos atenemos a este *patrón específico de síntomas*, existe un apoyo empírico escaso que justifique el término de «depresión reactiva». Así pues, en la mayor parte de los trabajos de investigación se distingue entre «depresiones endógenas» y «depresiones no endógenas», dejando así de lado el concepto de reactividad que fue tan empleado en las décadas de los cincuenta y los sesenta.

2. Psicótica-neurótica

Esta distinción, que ha originado debates semejantes a los anteriores y que también se han prolongado hasta hace pocos años, ha sido muy popular en la tradición clínica