

JUÁN J. LOPEZ IBOR (Madrid)

Tratamiento
de las
Depresiones Endogenas

Separata dos

Anais Portugueses de Psiquiatria

Volume XXI — n.º 18 (265-275) — Dezembro de 1969

TRATAMIENTO DE LAS DEPRESIONES ENDOGENAS

JUÁN J. LÓPEZ IBOR (Madrid)

Previamente a la exposición del tratamiento de las depresiones, quisiera llamar la atención sobre unos cuantos puntos que me parecen fundamentales.

A) El primero se refiere a las diferencias entre las *depresiones endógenas y reactivas* ⁽¹⁾. A pesar de que la mayoría de los autores insisten sobre ellas, lo cierto es que tales diferencias no pueden establecerse ni *cuantitativamente* pensando que la depresión endógena supone la presencia de una tristeza má intensa que la reactiva, por ejemplo, ni tampoco *patogenéticamente*, aceptando que la primera está determinada por motivos endógenos y la segunda por motivos psicológicos o psicoreactivos. La experiencia clínica demuestra la existencia de un espectro que une ambos tipos de depresiones y por tanto habría que preguntarse, en todos los casos, cuánto hay de endógeno y cuánto de reactivo en una depresión. Para responder a esta pregunta, sería necesario insistir en que la *tristeza de la depresión endógena es distinta de la tristeza del hombre normal*, hasta el punto de que SCHULTE ha dicho que el depresivo es precisamente el sujeto que *no puede estar triste*. Algunos autores han señalado que la tristeza en la depresión endógena es una *tristeza vital, corporal o endotímica* haciendo hincapié sobre la diferencia cualitativa con otra tristeza y aceptando que los llamados sentimientos vitales o endotímicos no existen en los sujetos normales (SCHNEIDER). La realidad es, que también en los sujetos normales, existen los sentimientos endotímicos, así como en los depresivos existen los senti-

⁽¹⁾ Pollit distingue entre depresiones *psicológicas* y *fisiológicas*. En general los síntomas que considera presentes en las psicológicas son la depresión y la preocupación por la situación en la vida; en cambio las demás, tanto de carácter fisiológico como de carácter psicológico, solo aparecen en las llamadas por él: depresiones fisiológicas. En el fondo es una reproducción de la distinción entre depresión endógena o endotímica y depresión reactiva. Si se examinan detenidamente muchos cuadros de depresiones psicológicas o reactivas, se ve como en ellas aparecen varios síntomas de la serie perteneciente a las depresiones propiamente dichas.

por un tiempo indefinido. En tales casos, la práctica de una coagulación estereotáxica nos ha permitido resolver el problema.

Queda un último punto que es el de las posibles indicaciones de la psicoterapia. Los clínicos experimentados niegan una acción terapéutica sobre las depresiones de carácter netamente endógeno con la psicoterapia; pero hay que tener en cuenta que la psicoterapia no tiene por finalidad fundamental la de convertirse en una terapéutica etiológica, sino que la actitud psicoterapéutica por parte del médico es necesaria en cualquier enfermedad somática y psíquica. En el caso de las depresiones aún más, porque se trata de una enfermedad que consiste en puro sufrimiento.

La relación médico-enfermo de la que tanto se habla, consiste fundamentalmente en una absorción de la angustia del enfermo por parte del médico. BARAHONA FERNANDES ha introducido el concepto de «transferencia vital» que se muestra tan fructífero, especialmente en todo el círculo timopático. Saber buscar y encontrar ese modo de transferencia vital es un deber de todo aquel que se ocupe de las depresiones.

Al incluir en el grupo depresivo todas las formas menores de depresión y aquellas con componentes angustiosos, indudablemente la acción psicoterapéutica puede tener una mayor influencia y el enfermo necesitarla más, dependiendo todo ello del coeficiente que corresponda a lo endógeno y del que corresponda a la situación en la manifestación de las depresiones. En el encronizamiento de algunas de ellas es uno de los factores con los que hay que contar.

Los psicoanalistas han propuesto el tratamiento de las depresiones con el psicoanálisis, pretendiendo de esta manera evitar las recaídas, o dicho de otra manera, la reaparición de las fases. He presenciado una discusión sobre este punto en el Simposio sobre depresiones de Berlín de 1968, entre MATUSSEK y KALINOWSKY. KALINOWSKY hablaba del fracaso del psicoanálisis para evitar la reaparición de las fases, ya que él mismo estaba acostumbrado a que los psicoanalistas en Nueva York hiciesen el análisis en los períodos intervalares y cuando reaparecían las fases se los enviaban a él para ser tratados con electro-schock. Este mismo sistema lo he visto emplear en otras partes. Mi propia experiencia también está contra la eficacia del psicoanálisis para impedir las recidivas en las depresiones.

y a veces paranoides. En estos casos, en la plástia de la enfermedad, lo que influye es la edad, pero no la presencia patogénica de la involución por las mismas razones dadas anteriormente; es decir, porque la eficacia de los tratamientos demuestra como pueden desaparecer los síntomas depresivos, continuando por otra parte la involución. Más claro resulta aún la inexistencia de las depresiones climatéricas. Un largo trabajo catamnésico realizado en esta clínica demuestra claramente en un grupo de más de 200 enfermas con depresiones reiteradas a lo largo de la vida y observadas durante 30 años, que la frecuencia con que coincidía alguna de las fases depresivas con el climaterio, no tenía significación estadística alguna.

E) Un dato clínico nuevo, también digno de tener en cuenta actualmente, desde el punto de vista terapéutico, es la presencia de síndromes depresivos en los esquizofrénicos remitidos mediante tratamientos neurolépticos, planteándose en estos casos el problema de la necesidad de una terapéutica anti-depresiva simple o combinada con los tratamientos neurolépticos.

* * *

La terapéutica de las depresiones pasó, de una ineffectividad prácticamente absoluta, a unos brillantes resultados mediante el electro-choque. Por cierto que con este motivo, es necesario señalar un hecho importante. La depresión es, por regla general, una enfermedad de curso fásico, unas veces sola, otras en forma ciclotímica con largos o cortos períodos intervalares, etc. Por consiguiente, en las formas fásicas puras su tendencia natural es a la remisión. Así se explica que DEDICHEN en un trabajo publicado afirmase que el tratamiento de las depresiones mediante el electrochoque era nulo en su eficacia, puesto que una catamnesis a los 5 años demostraba que en los enfermos no tratados habían remitido las depresiones igualmente. Si estadísticamente el trabajo era impecable, ya no lo era la deducción, puesto que se olvidaba de que la depresión como enfermedad es tan considerable y profunda que no es lo mismo que el enfermo la sufra durante unas semanas o que la sufra durante 9 ó 10 meses.

Recientemente, MILLER ha publicado un trabajo hablando de la ineffectividad de los medicamentos timotropos en las depresiones, con un razonamiento análogo, aparte de que en el trabajo de este autor los motivos que le inducen a establecer el diagnóstico de depresión, no resultan demasiado claros, ni demasiado rigurosos. El electro-choque ha ido reduciendo extraordinariamente sus indicaciones en el tratamiento de las depresiones, cuando han aparecido los fármacos timolépticos, el primero de los cuales fué la

Imipramina y de los cuales contamos actualmente con una larga serie de ellos. Como la experiencia actualmente es considerable, convendría esquematizar lo más posible los resultados, para que quedasen claras las indicaciones.

* * *

Los antidepresivos tricíclicos fueron introducidos en la clínica en el año 1957 (KUHN); el primero de ellos fué la Imipramina. Algunos autores señalaron que los psicofármacos anti-depresivos tenían en sus moléculas tres anillos rotados, en tanto que los neurolépticos se distinguían por tener los anillos en el mismo plano. Hoy se sabe que esta regla tiene algunas excepciones.

ANGST y HIPPIUS señalan que la acción de los anti-depresivos no tiene fronteras nosológicas y que, por consiguiente, antes de preguntarse por la clase de anti-depresivo a usar en un caso determinado, habría que preguntarse si los anti-depresivos están indicados; lo cual significa que tras la investigación psiquiátrica, el paso siguiente terapéutico depende de los puntos de vista sindrómico-genéticos y que después se puede tomar en cuenta la sintomatología psicopatológica y el curso. Sin embargo este punto de vista no resulta claro. Si con él quiere decirse que en todos los casos hay que buscar además de la depresión si existe, alguna otra afección orgánica, sí es aconsejable, aunque si en alguna enfermedad orgánica existe una depresión, el problema consiste en ver si ésta tiene un carácter vital y por lo tanto es auténtica y no usar el tratamiento anti-depresivo como «último ratio» sino desde el primer momento y combinado con las demás terapéuticas somáticas del caso.

Lo mismo podríamos decir con respecto a los cuadros de transición con los factores psicoreactivos de las depresiones. KALINOWSKI y HIPPIUS señalan con toda razón, como en algunos casos con variada psicopatología se obtienen resultados inesperados y que esto solo puede explicarse porque estos síndromes pueden ser *causados por una depresión sin un estado de ánimo depresivo*. Esto es verdad para algunos síndromes neuróticos recurrentes y cuadros psicósomáticos. KUHN menciona la curación completa de una impotencia de más de dos años de duración, después de 4 semanas de medicación y nuestra experiencia está llena de cientos de casos de cuadros psicósomáticos y seudoneuróticos tratados con terapéutica anti-depresiva y con excelentes resultados. Uno muy típico es el de los casos de *anorexia*, sobre cuya génesis han prevalecido en los últimos tiempos las interpretaciones psico-genéticas, psicoanalíticas e psiquiátrico-existenciales. Nuestra experiencia induce a pensar que la génesis de la misma es análoga a la de

las auténticas depresiones y que en ellas lo que se halla alterado es el plano endotímico de la personalidad adolescente, plano en el cual se integran los apetitos y tendencias; lo mismo podríamos decir de otros casos de síndrome de KLEINE-LEVIN.

Con respecto a lo que FREYHAN llamó «síntoma diana» habría que hacer algunas consideraciones. Yo mismo insistí en que en las depresiones el síntoma diana era la *tristeza vital*; de todos modos hay que tener en cuenta que lo característico de las depresiones es un estado especial de ánimo o mejor dicho, un especial modo de curso de la vida psíquica en el cual el síntoma más aparente es la tristeza, pero también se hallan presentes otras como angustia, inhibición, tedio, a veces sensaciones vertiginosas, etc., atmósfera sintomatológica que es referible al mismo fondo. Por consiguiente, elegir uno de estos síntomas como síntoma diana del tratamiento aunque resulte cómodo desde un punto de vista estadístico y para establecer trabajos comparativos, puede ser útil, sin embargo no es absolutamente exacto. Podríamos recordar a este respecto que el síntoma más frecuente en las depresiones, según la escala de HAMILTON, es la anorexia y sin embargo de ningún modo podría considerarse la anorexia como el síntoma más *característico* de las depresiones.

Señalar que cada uno de los tres síntomas: depresión, inhibición y angustia, constituyen tres dianas terapéuticas abordables por diversos caminos se muestra en la clínica como erróneo; más bien lo que parece claro es que las depresiones inhibidas son mucho más resistentes a cualquier género de terapéutica farmacológica, que las depresiones con *tristeza vital* y con angustia. En nuestra experiencia no se comprueba que los anti-depresivos tricíclicos como la Desipramina tienen una acción sobre las formas inhibidas de la depresión dado su parecido con los inhibidores de la Monoaminoxidasa, y es que a mi modo de ver, el mecanismo de acción de los anti-depresivos tricíclicos no es el de una estimulación como generalmente se afirma, sino una acción análoga a la de los analgésicos frente al dolor. De aquí que tampoco, según nuestra experiencia, pueda cargarse en la cuenta de las acciones secundarias de los anti-depresivos tricíclicos, la provocación de fases hipertímicas, sino que éstas aparecen espontáneamente. Puede incluso observarse como, aún sin modificar la medicación anti-depresiva, desaparecen esas fases hipertímicas con la misma facilidad que suprimiéndola. Si con los electro-choques era menos frecuente la aparición de las citadas fases hipertímicas, es porque el electro-choque al crear un síndrome psico-orgánico las encubría en muchísimas ocasiones; me refiero naturalmente a las fases hipertímicas poco acentuadas y que pertenecen al síndrome de salida de la depresión, siendo mucho más frecuentes de las que habitualmente se señalan, por lo que la diferencia tan marcada entre depresiones unipolares y alteraciones ciclotímicas bipolares que pretende ANGST, se halla

amenguada en su valor por la gran frecuencia con que aparecen estas ligeras fases hipertímicas de salida de una depresión cuando se observa durante todo este tiempo de recuperación la conducta de los enfermos.

Los anti-depresivos del tipo de la Amitriptilina tienen una acción anti-depresiva menos penetrante que los del tipo de la Imipramina, lo cual por otra parte los hace más utilizables en las formas de depresiones de contenido angustioso, hipocondríacas y fóbricas que representan la transición entre el síndrome depresivo y las neurosis. Precisamente por tener también una acción menos penetrante es por lo que la desipramina también es útil en estos casos. La mayor acción penetrativa del fármaco es necesaria en cambio en los cuadros más profundos y típicos de depresión endógena.

Los anti-depresivos en general, tienen una acción sobre el sueño y no sólo los anti-depresivos del grupo de la amitriptilina, como lo tienen también sobre la angustia. En estos dos puntos las diferencias individuales son tan acentuadas que no se puede establecer más regla general sino la de observar al enfermo y cuando la acción del anti-depresivo no sea suficiente para combatir los síntomas pertenecientes a estos dos grupos, combinarlo con algún ansiolítico o con algún hipnótico ligero.

Con respecto a la terapéutica de ataque en la depresión que actúa como un verdadero choque bioquímico, hay que tener en cuenta algunas modalidades en su aplicación que resultan extraordinariamente importantes. Una de ellas consiste en la frecuencia con que se producen disregulaciones en la tensión arterial y sobre todo cuadros de hipotonía ortostática que resultan espectaculares. Si desde el primer día se utilizan medicamentos que eviten la presencia de esta complicación, puede procederse con toda seguridad y sin temor a ningún accidente, de tal suerte que el enfermo después de recibir su tratamiento hace su vida normal en la clínica o fuera de ella.

En las depresiones con delirios secundarios y en los delirios de referencia que aunque no parecen montados sobre una estructura depresiva o angustiosa, ésta se encuentra en el subfondo del cuadro clínico, constituyen uno de los campos de indicación de la cloripramina. También la cloripramina por vía intravenosa se ha mostrado muy eficaz en muchas neurosis obsesivas de larga duración tratadas con todos los métodos farmacológicos y psicoterapéuticos posibles y en las cuales se había sentado la indicación de una leucotomía. Ultimamente nuestra experiencia en estos casos se ha visto mejorada por la combinación de las perfusiones intravenosas de cloripramina, agregándole Propericiazina.

Las acciones secundarias de los anti-depresivos, varían según el tipo de anti-depresivo y según la dosis. En general no son excesivas y permiten el tratamiento de la mayoría de estos enfermos en forma ambulatoria. A la sequedad de boca que aparece espontáneamente como síntoma secundario en muchos depresivos, sobre todo por las mañanas, se agrega una sequedad

especial que producen los antidepresivos tricíclicos. Algunos producen también sudores abundantes, así como taquicardias y raramente trastornos en la acomodación.

Se ha señalado la presencia de *crisis epilépticas* durante los tratamientos. En nuestro material no han aparecido crisis epilépticas salvo en tres casos tratados muy intensamente con cloripramina; tampoco los síntomas extrapiramidales han sido manifiestos más que en tratamientos muy intensos, especialmente con esta última medicación. Hay que señalar dos síntomas muy fácilmente detectables y que permiten averiguar cuando un enfermo se halla próximo a dosis que pueden considerarse límites. Uno consiste en una gran midriasis persistente y el otro en la aparición de un reflejo palmo-mentoniano uni o bilateral. Basta bajar las dosis para que desaparezcan estos dos síntomas. Son más frecuentes en personas de edad, aunque es necesario consignar que prácticamente no hay límite de utilización de uno u otro anti-depresivo por elevada que sea la edad del enfermo. La hipotonía que acompaña al uso de anti-depresivos de esta serie es fácilmente combatida con dihydergotamina o similares.

Los anti-depresivos tricíclicos producen algunas veces en los viejos estados confusionales, e incluso alucinatorios; también los he visto aparecer en alguna enfermedad orgánica como en una enferma de PARKINSON que atravesó una depresión. Recuerdan estos casos los estados de alucinosis peduncular descritos por LERMITHE.

La presencia de los cuadros paranoides alucinatorios utilizando los anti-depresivos se han interpretado por algunos autores como debidos al despertar de una esquizofrenia latente e incluso se ha propuesto su utilización para hacer un diagnóstico diferencial. HEINRICH señala con toda razón que esta procedencia sintomática es inespecífica nosológicamente. En cada caso hay que buscarle una explicación o en los propios parámetros de la personalidad del sujeto o en la presencia de algunas otras afecciones de carácter cerebral.

Con respecto a la naturaleza del temblor que se produce cuando se usa un anti-depresivo del tipo de la imipramina se ha negado la naturaleza parkinsoniana del mismo, basándose en el argumento de que esta misma medicación tiene una acción anti-parkinsoniana; aunque el segundo hecho es cierto, también lo es que las dosis altas de imipramina y sobre todo de cloripramina como hay que utilizar en algunos casos de depresión profunda, producen ligeros cuadros parkinsonianos, muchísimo menos acentuados que los que producen los neurolépticos, pero evidentemente de la misma naturaleza. En un caso, incluso hemos visto la aparición de una distonía oral típica.

Existen algunas alteraciones electrocardiográficas, tales como un aumento del intervalo P Q y del Q T, así como algunas deformaciones de

la onda T o descenso del espacio ST; pero por regla general no tienen ninguna traducción clínica.

* * *

Los inhibidores de la Monoaminoxidasa fueron utilizados a partir de la observación sobre el estado de ánimo del tuberculostático denominado Iproniazida. Partiendo de este principio se han sintetizado diversos productos anti-depresivos con este mismo esquema y que han sido bautizados con el nombre de *timeréticos*. En algunos países se han sostenido dudas sobre su peligrosidad y una retracción de su uso como en Alemania y en Estados Unidos; en cambio en otros países como en Inglaterra y en España se utilizan muy ampliamente.

Mi experiencia sobre la acción de los timeréticos es la siguiente: raramente sirve para un cuadro típico de depresión endógena. Realmente resultan muy eficaces en los cuadros que hace ya muchos años describí como de «timopatía ansiosa», es decir, en los que el elemento depresivo era menos intenso y en cambio el elemento ansioso más, con cristalizaciones sindrómicas diversas. Incluso algunos diagnósticos de psicópatas angustiosos pertenecen a estos cuadros, aunque a veces la larga duración de los mismos haga pensar en su cronicidad y en su estructura constitucional inalterable. En ellos el uso de los inhibidores ofrece resultados sorprendentes; tan sorprendentes que en mi Servicio no solo los utilizamos por vía bucal sino alguno de ellos, como el Niamid, por vía intravenosa.

Hay que tener en cuenta dos principios fundamentales: uno la abstención de alimentos que contengan tiramina, tal como ocurre con algunos quesos, porque producen aumentos de tensión, e incluso puede llegar a producir hemorragias subaracnoideas. El otro es el del tránsito a otro tipo o mezcla con anti-depresivos tricíclicos. En algunos preparados se ha usado la combinación con neurolépticos del tipo de la Clorpromazina o la Trifluoperazina para evitar estas acciones secundarias.

Muchas veces es necesario pasar de la medicación con inhibidores de la monoaminoxidasa a medicación tricíclica o al revés, por razones diversas, entre otras porque el enfermo llega a nuestras manos sometido a una medicación de uno de estos dos tipos cuando realmente la eficaz debe ser la otra. Pasar bruscamente de un tipo de medicación a otro puede ser incluso muy peligroso para los enfermos. Dejar a un enfermo con angustia, con depresión, etc. sin ninguna medicación durante 15 días, plantea otros problemas, incluso deontológicos. En nuestra experiencia el problema se resuelve mediante la introducción de otros anti-depresivos del tipo de la benzodiazepina, los cuales facilitan el tránsito de una a otra medicación. Este tránsito puede,

Este tránsito puede, además, hacerse mucho más rápido si simultáneamente con un anti-depresivo de esta naturaleza se agrega a la pauta terapéutica diariamente 100 mg de Clorpromazina.

* * *

Se ha dicho con cierta verosimilitud que el *tratamiento antidepressivo con psicofármaco debe durar tanto tiempo como dure la fase*; sin embargo la experiencia clínica no confirma totalmente esta afirmación. En muchas ocasiones, si desde el principio se interviene muy activamente, el tratamiento puede ser mas corto. Ocurre como si se cortara un círculo vicioso. En cualquier dolor, la intervención rápida de una medicación es capaz de anularlo antes que si se interviene con dosis menores y más tardíamente.

Algunos enfermos señalan la presencia de síntomas que indican que han alcanzado su *nivel normal de ánimo*, ya que los citados síntomas son los que siente un sujeto normal que tomase anti-depresivos, tales como: pesadez en los miembros, sobre todo en los inferiores, sequedad de boca, cansancio, somnolencia, sudores, temblor, etc. Alteraciones que no sentían cuando estaban más profundamente deprimidos; este mismo hecho nos debía hacer reflexionar sobre el concepto de acción secundaria. En este caso conviene reducir o suprimir la medicación, quedando el enfermo de todas maneras bajo vigilancia.

* * *

La experiencia con el Litio de la cual se va a hablar a continuación es extraordinariamente interesante y con él se ha obtenido una nueva vía de regulación del humor.

* * *

Un problema muy importante es el del tratamiento de las *depresiones crónicas o encronizadas*, no solo por sus aspectos terapéuticos, sino por la psicopatología de los mismos. Desde el punto de vista terapéutico, en casos de depresiones encronizadas hemos utilizado el tratamiento intenso con cloripramina, acompañado por algunos electro-choques. Nuestra observación nos ha señalado que en estos casos, los electro-choques unilaterales resultan eficaces. Es cierto, como dice KALINOWSKI, que los electro-choques unilaterales en general son mucho menos eficaces que los bilaterales, pero

al simultanear el tratamiento intenso con drogas anti-depresivas de acción profunda y electro-choques unilaterales, dá un excelente resultado sobre todo en personas de edad, porque no se producen los conocidos trastornos de la memoria.

Por otra parte, en las depresiones encronizadas aparece el problema de la personalidad y de su situación. Si en las depresiones reactivas se trata de buscar siempre explicaciones referentes a la personalidad o a la situación en que ésta se halla, para explicar su aparición; esto sucede mucho más fácilmente cuando nos hallamos ante un enfermo depresivo crónico y tratamos de explicar los factores que influyen en la cronicidad. Algunas veces se trata de una personalidad *constitucionalmente depresiva* de las que antiguamente se consideraban como psicópatas depresivos. En otras, una enfermedad intercurrente como la diabetes es un factor digno de tenerse en cuenta, en otras, la situación misma y los problemas que se van a crear al salir de la depresión, contribuyen a dificultar esta salida. De todos modos no hay que desistir del tratamiento en muchas ocasiones. En nuestro material figuran depresiones encronizadas en personas de edad y con 3 años de duración, que tratadas intensamente, se ha conseguido una remisión completa.

El problema del encronizamiento y en general de la terapéutica de los síndromes depresivos y de los cuadros fronterizos a las mismas, se halla en lo siguiente:

Mientras la alteración del fondo vital o endotímico de la personalidad sea manifiesta, se pueden obtener resultados; sin embargo, hay un hecho clínico digno de ser subrayado y es la transformación de la oscilación endotímica o vital en una alteración noética. El ejemplo más claro es el de la aparición de desarrollos paranoides tras fases angustiosas o depresivo-angustiosas. Cuando el desarrollo paranoide está ya establecido con neutralidad de ánimo, es decir, cuando la estructura paranoide se ha desprendido de la estructura vital y ésta se normaliza y se ha integrado en las formaciones caracterológicas de la personalidad, entonces todas estas terapéuticas tienen mucha menos eficacia. Sobre este punto, habría muchas consideraciones que hacer a propósito del tratamiento de algunas neurosis obsesivas graves en las que han fracasado todas las terapéuticas anteriores y hay que recurrir a la leucotomía.

En las depresiones encronizadas o que resisten a la acción de los fármacos y aún del electro-choque se ha propuesto la utilización de las leucotomías planos más o menos parciales. Hace largo tiempo que he desistido de esta intervención en las depresiones y solo he limitado la indicación a algunos casos especiales en los que la aparición brusca de un impulso suicida, en una fase poco acentuada de una depresión, constituyen un peligro constante para el enfermo y la necesidad de su internamiento

mientos reactivos. No resulta tan claro por ejemplo, que las depresiones reactivas o neuróticas, no tengan componentes endógenos, sino que siempre suelen tener un subsuelo endotímico y de aquí la importancia del tratamiento farmacológico o somático en general, también en tales casos.

B) En segundo lugar es necesario tener en cuenta las subformas de la depresión. Actualmente se describen tales formas fronterizas de las depresiones, entre las cuales habría que anotar las depresiones por agotamiento, las depresiones por descargas o liberación, las depresiones existenciales, las depresiones vegetativas y las mismas depresiones neuróticas, y muchas designaciones que resultan análogas a éstas.

C) En tercer lugar, hay que señalar la presencia de los equivalentes depresivos o afectivos, que no son más que formas de depresiones enmascaradas.

D) Dentro del círculo propiamente dicho de las depresiones, se distinguen algunos grupos que hay que tener en cuenta desde el punto de vista terapéutico, tales como las depresiones orgánicas (seniles), arterioescleróticas, traumáticas, epilépticas, oligofrénicas, etc.; las depresiones sintomáticas: post-infecciosas, hemáticas, endocrinas, tóxicas, etc.; las depresiones involutivas, y las depresiones en el curso de las psicosis esquizofrénicas. También este grupo merece un comentario, siquiera sea breve.

En muchas enfermedades orgánicas aparecen depresiones. La experiencia clínica demuestra, que solo indirectamente están relacionadas con la enfermedad orgánica, como ocurre por ejemplo con la enfermedad de PARKINSON; con la epilepsia y a veces con las fases precoces de la senilidad y con la misma oligofrenia. Esta afirmación se basa en dos hechos: uno que procede de la observación clínica, y que consiste en que en muchas ocasiones se comprueba que tales depresiones se presentan en *forma fásica*, persistiendo la enfermedad somática con igual grado, si bien el enfermo se siente mejorado mediante la terapéutica anti-depresiva. Sólo para poner un ejemplo elegiremos el de la enfermedad de PARKINSON. Muchos enfermos parkinsonianos se encuentran mucho peor de su PARKINSON cuando están deprimidos y con un tratamiento anti-depresivo se encuentran mejor del mismo, no porque hayan mejorado los síntomas de dicha enfermedad, sino porque — por así decirlo — esos síntomas *pesan* menos en ellos. En algunos casos la diferencia es muy notoria.

Por otra parte, en cambio, las *depresiones involutivas*, aunque presentan clínicamente algunas características propias, no están tan ligadas a la involución como parece. Las características clínicas fundamentales consisten en la mayor frecuencia de cuadros angustiosos y de cuadros hipocondriacos

En el estudio de la psicología, se debe tener en cuenta la evolución de la ciencia a lo largo del tiempo. Este proceso ha sido marcado por diversas corrientes de pensamiento que han contribuido a la formación de la psicología moderna.

La psicología surge como una disciplina independiente a finales del siglo XIX, cuando se separa de la filosofía y la medicina. Los primeros psicólogos se dedicaron a estudiar los procesos mentales y el comportamiento humano.

Entre los principales representantes de la psicología experimental se encuentran Wilhelm Wundt y Hermann Ebbinghaus. Wundt estableció el primer laboratorio de psicología en Leipzig, Alemania, donde se comenzaron a realizar experimentos controlados sobre la percepción y la memoria.

Ebbinghaus, por su parte, realizó experimentos pioneros sobre la memoria a corto plazo, demostrando que la información se olvida rápidamente si no se repite. Sus trabajos sentaron las bases para el estudio de los procesos de aprendizaje y la memoria.

Además de la psicología experimental, surgieron otras ramas como la psicología clínica, la psicología social y la psicología evolutiva. Cada una de ellas se dedicó a estudiar aspectos específicos del comportamiento humano desde una perspectiva científica.

En conclusión, la psicología ha experimentado un crecimiento constante a lo largo de la historia. Gracias a los avances metodológicos y teóricos, hoy en día es una ciencia que permite comprender mejor el funcionamiento de la mente y el comportamiento humano.

Tipografia Severo Freitas
& Freitas (Filho), S.A.R.L.
Rua Manuel Soares Gue-
des, 13-A — L I S B O A