

JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

IX: 1-2, 1960, p. 11-32

DIAGNÓSTICO DE LAS DEPRESIONES

PROF. J. J. LÓPEZ-IBOR

SEPARATA

1960

AYUNTAMIENTO DE MADRID

AYUNTAMIENTO DE MADRID

1900

DIAGNÓSTICO DE LAS DEPRESIONES (1)

PROF. J. J. LÓPEZ-IBOR (Espanha)

Siento mucho no poder pronunciar esta ponencia en su hermosa lengua. Uds. me perdonarán que lo haga en la mía. El problema que voy a plantear es el del diagnóstico de los diversos tipos de depresión.

Para mí, el diagnóstico no es sólo una clasificación de enfermedades, sino una clasificación hecha como un esquema de acción. De manera que, en definitiva, todo diagnóstico lleva envuelto un propósito terapéutico, un esquema de acción, una finalidad de actuar sobre los enfermos. Y para que mi exposición resulte lo más clara posible, voy a partir de los dos grandes grupos que han constituido, clásicamente, las depresiones, para someterlos a una revisión crítica y poder mostrar qué es lo que ha avanzado la clínica psiquiátrica en los últimos años.

Los dos grandes grupos, como Uds. saben muy bien, son el de la *depresión endógena* y el de la *depresión reactiva*. Vamos a ver que forma toman actualmente.

La depresión endógena deriva de la concepción kraepeliniana que se basa en estos tres puntos fundamentales: la presencia de un grupo de enfermos de evolución fundamentalmente fásica con una estructura bipolar de la sintomatología, que oscila entre la depresión y la excitación y con un contenido que no aparece directamente ligado a las circunstancias del medio exterior. La observación clínica demuestra que aquellas fases caracterizadas por signos negativos (depresión) son mucho más frecuentes que las caracterizadas por signos

(1) Texto taquigráfico.

positivos (manía). Y esto ha hecho que, poco a poco, se hable cada vez más de la *depresión endógena*, olvidándose de la antigua designación, que tantos inconvenientes tenía, de *psicosis maníacodepresiva*, incluso de la más moderna propuesta por K. SCHNEIDER, para suprimir los factores peyorativos de tal designación (ciclotimia).

Ahora bien, clásicamente se planteaba el problema del diagnóstico de la depresión endógena típica, perteneciente al círculo de la psicosis maníaco-depresiva, como montada sobre una tríade sintomática: *tristeza, inhibición y alteración correspondiente del pensamiento*. En un sentido positivo o negativo, según se tratase de fases maníacas o depresivas, de estos tres síntomas, en la evolución del pensamiento psiquiátrico, ha flotado sobre todo uno: el de la *tristeza*. En segundo término, otro, que es la *inhibición*, habiendo quedado el tercero privado de valor diagnóstico, pues es, en definitiva, un síntoma secundario a los otros dos. La clínica psiquiátrica de los últimos tiempos trata de buscar en el esquema diagnóstico de las enfermedades, no síntomas fundamentales en el sentido de la medicina clásica, en el sentido *patognómico*. La tristeza es, pues, el síntoma fundamental de las depresiones.

Y la pregunta que se hace en torno a la presencia de la tristeza es: *en qué se diferencia la tristeza depresiva del melancólico de la tristeza del hombre normal?*

En los tratados de Psiquiatría, hasta hace pocos años estas diferencias sólo se apoyaran sobre dos elementos: en primer lugar, la mayor intensidad de la tristeza y su maior mayor duración y en segundo lugar, una serie de síntomas acompañantes, unos psíquicos y otros vegetativos, que enriquecen el cuadro clínico y que no acompaña a la tristeza normal.

Sin embargo el problema queda en pie. ¿ Hay una diferencia, no *cuantitativa* sino *cualitativa* entre la tristeza del melancólico y la tristeza normal? Es evidente. A cualquier psiquiatra con experiencia clínica le ha llamado la atención el hecho de que el enfermo mismo ya distingue entre las dos tristezas. Cuántas veces hemos visto un depresivo que sufre un impacto emotivo de carácter triste, un depresivo que pierde a

un familiar querido y él mismo dice: ¿ “Esto que yo siento es distinto de lo que siento en mi enfermedad”? Esta diferencia cualitativa entre las dos tristezas es la que nos obliga a ahincar en el análisis clínico-fenomenológico de los caracteres que pueden calificar a la tristeza, de la misma manera que la clínica médica, en general, cuando aprehende un síntoma, trata de perfilarlo y distinguirlo de las reacciones fisiológicas que se presentan en el acontecer del hombre normal.

El matiz fundamental que ha puesto de manifiesto la clínica en los últimos años con respecto a esta tristeza del melancólico es el *carácter llamado vital de esta tristeza*; pero en torno a esta tristeza vital existen extraordinarias confusiones que yo quisiera esclarecer hoy.

Em primer lugar al hablar de la tristeza vital del melancólico es el *carácter llamado vital de esta tristeza*; pero en torno menológica se mantiene una *actitud descriptiva*, es decir, se trata de señalar la calidad distinta de esta tristeza, y para señalar esta diferencia de calidad se apela al hecho evidente, — puesto de manifiesto por MAX SCHELER — de la *estratificación de los sentimientos*.

Los sentimientos se dividen en cuatro clases: los sentimientos sensoriales, los sentimientos vitales, los sentimientos psíquicos y los sentimientos espirituales. Esta clasificación cualitativa de los sentimientos está determinada, precisamente, por el hecho de que los sentimientos pertenecientes a estratos, distintos de la escala de la que acabo de hablar, pueden coexistir. Si todos los sentimientos tuviesen la misma calidad, no podrían coexistir y la experiencia demuestra como muchas veces, por ejemplo, un estado de ánimo eufórico coexiste con un sentimiento sensorial negativo, con dolor. ¿ Cómo se podrían sentir, sino, un dolor físico cualquiera en medio de un estado de ánimo levantado? La coexistencia de sentimientos de carácter distinto es, en la vida cotidiana y en la vida patológica, la raíz fundamental que demuestra que los sentimientos son cualitativamente distintos y se necesita para llegar a la médula de ellos, ordenarlos de manera estratificada. De estos cuatro grupos interesan fundamentalmente al clínico dos y hasta tres: los vitales, los

psíquicos y en menor escala los sensoriales. Los sentimientos vitales son los sentimientos del mal-estar, del bien-estar, la angustia — inclusive el vértigo — la repugnancia, la simpatía o antipatía vital, etc. Los sentimientos psíquicos son puramente *reactivos*, por ejemplo, la tristeza que se produce ante un acontecimiento triste.

Partiendo de esta estratificación de los sentimientos de SCHELER, K. SCHNEIDER dice: tenemos un síntoma de primer orden, un síntoma de gran valor patognómico, para la definición de la tristeza endógena, que es la tristeza vital. Sin embargo es curioso repasar la enumeración que hace SCHELER de los sentimientos vitales y ver que entre ellos nos figura la tristeza. Esto es muy curioso y nos va a alertar sobre una de las claves del problema. Los sentimientos vitales se caracterizan porque, en definitiva, están proyectados, tienen — diría yo — una cierta somatropía. Están proyectados sobre la corporalidad. Por debajo de ellos están los sentimientos sensoriales que tienen una *somatotropía localizada*; por ejemplo el dolor. El dolor se siente en una parte circunscrita del cuerpo. Pero los sentimientos vitales, a mi modo de ver, los podríamos definir como aquellos que nos dicen la manera *cómo se encuentra el yo corporal*, cómo sentimos nuestra corporalidad en su totalidad. Los sentimientos vitales no coinciden exactamente con el antiguo concepto de *cenestesia*, puesto que en la cenestesia se pretende que haya una especie de mensaje particular de cada parte del cuerpo, de cada célula, de cada rincón de nuestro organismo, que luego se sintetiza en una sensación global. No es así el sentimiento vital; *desde el primer momento es global* y nos dice como está nuestro yo corporal en el mundo y frente a las circunstancias externas. Tienen una cierta capacidad de comunicación, por así decirlo. Por éso los días lluviosos nos ponen tristes y los días radiantes nos ponen alegres. Y por éso tanto el contacto humano como el contacto cósmico influyen en nuestro estado de ánimo fundamental. En cambio los *sentimientos psíquicos son sentimientos dirigidos y reactivos* frente a un acontecimiento del medio exterior que tenga una significación para el sujeto. Están situados en otro estrato. El acontecimiento, es decir, no cualquier hecho

triste que pase en el mundo nos pone tristes, sino algo triste que tenga una significación determinada para nosotros.

Ahora bien, como hemos visto antes, la tristeza como tal, en la clasificación de SCHELER está incluida en el plano de los sentimientos psíquicos, no dentro de los sentimientos vitales. Nos encontramos, pues, con este primer hecho significativo y, además, cuando nosotros oímos a nuestros enfermos e cuando nosotros leemos las descripciones, hechas muy apurada y limpiamente, de la sintomatología de los enfermos, vemos que es *una tristeza que ellos sienten localizada en algunas partes del cuerpo*. El enfermo siente su tristeza localizada, proyectada sobre la cabeza. Es decir, a mi modo de ver, la somatotropía de la tristeza vital desciende más allá del plano de los sentimientos vitales propiamente dichos y *se acerca al de los sentimientos sensoriales*. Por ello es de señalar el acierto de LEME LOPES cuando dice que el síntoma característico de la tristeza vital de los melancólicos es *la pesadumbre*. Y efectivamente así es. Es una tristeza gravitativa que se siente en la corporalidad, que se siente encarnada, enclavada en la corporalidad, mientras que la tristeza reactiva es una tristeza etérea, que no se siente, sino secundariamente, proyectada sobre la corporalidad. Este hecho nos explica también una contradicción sorprendente que hay en la descripción clínica de K. SCHNEIDER, cuando admite la tristeza vital para definir el estado de ánimo de los melancólicos y dice, por otra parte, que no existe la manía vital. No existe la manía vital, porque efectivamente la euforia del maníaco no es una euforia localizada: el maníaco siente su yo corporal en su plenitud, activo, expansivo, con todas las ventanas y las puertas abiertas al mundo. En cambio, en la tristeza hay una reducción gravitativa en la percepción de la propia corporalidad. El yo corporal es un yo, podríamos decir, en expansión, en el cual inclusive el propio límite de la corporalidad está dilatado. El límite de la corporalidad no es el límite geográfico de nuestro propio cuerpo, sino que es el límite de acción de nuestra corporalidad. Nosotros sentimos el cuerpo como un instrumento de nuestra vida y, como en la vida del maníaco es todo fácil, el futuro se realiza con facilidad, etc., etc. Entonces él siente como una

especie de dilatación del yo corporal y la euforia del maníaco en manera alguna está localizada.

En cambio, la reducción del campo vital, por así decirlo, que experimenta el melancólico en su tristeza es la que hace sentir su corporalidad reducida a sus sensaciones, que muchas veces las sienten los enfermos como un frenazo dirigido contra la fluencia propia de la vida. Ellos, en su manera de expresarse, explican la detención de la fluencia vital que existe en la tristeza del depresivo puro.

Venimos hasta ahora haciendo una descripción clínico-fenomenológica de los fenómenos sin interpretación de ninguna clase. La fenomenología lo que hace es describir puramente y sin ideas preconcebidas. Este es su gran valor. Observa la realidad y trata de expresarla en palabras, apelando lo menos posible a cualquier otro aparato conceptual interpretativo. Sin embargo, en el uso de la expresión "tristeza vital" hay otro factor importante que es el siguiente: la tristeza vital es somatotrópica, está encarnada. Pero hay más, *se habla de vitalidad, se habla de biotono. Esto es ya una interpretación de la vitalidad.* Entonces ya no es que sea una tristeza vital localizada, somatotrópica, sino que es una tristeza surgida del cuerpo, nacida de él. ¿Cómo se puede llegar a esta conclusión?

El proceso analítico y lógico ante este fenómeno es parecido al que se hace frente a las otras psicosis. Se analiza la génesis de un fenómeno psíquico hasta un límite determinado, en el cual ya se pierde, por así decirlo, el hilo conductor de esta análisis. Y entonces, en la frontera de este análisis, el psicopatólogo acepta la hipótesis de que estos fenómenos psíquicos que estaba analizando, surgen de la corporalidad. Es lo que pasa en el análisis de los síntomas primarios de la esquizofrenia. Al llegar el análisis de la tristeza vital a este punto, se piensa que puesto que la cadena genética psíquica se halla rota en ese punto, hay que buscar "otra cadena" para lograr una interpretación de la totalidad del hecho clínico. Este es el gran problema de la interpretación genética. Y tal cadena genética es la presencia de la corporalidad. Entonces aceptamos, basados en la experiencia clínica casi secular, que esta tristeza está no sólo proyectada

sobre la vitalidad, sino que nació de la vitalidad. Los clásicos ya sabían que es una tristeza *inmotivada*.

Hay un tratado sobre la melancolía de ALFONSO DE SANTA CRUZ del año 1622, publicado en Valladolid, que trata de su diagnóstico y tratamiento (“Dignotio et cura affectuum melancolicorum”). El síntoma fundamental de la melancolía para el citado autor es el miedo sin razón (“metum, sive moestitiam sine ratione dixit esse melancholiae signa”). El miedo “metum”, de entonces equivale a la angustia de hoy. La diferencia entre angustia y miedo, en el sentido de que la angustia se siente ante ningún objeto — ante la nada — y el miedo ante un objeto o peligro concreto, es reciente, puesto que en KANT todavía se usa la palabra miedo (“Furcht”) en ocasiones en que ahora emplearíamos la palabra angustia.

De suerte que el carácter *inmotivado de la tristeza* ya lo reconocían los clásicos. El melancólico atribuye su tristeza a un motivo determinado; pero nosotros sabemos que la tristeza del melancólico no tiene *motivo* sino *causa*. Una exigencia de su propia mente les lleva muchas veces a cristalizar tristeza o angustia en torno a determinados acontecimientos o si se quiere “traumas” de su vida; pero tal proceso de cristalización es secundario. Lo primario consiste en que la tristeza emerge de los bajos fondos de la personalidad. Su motivación es tan inconsciente que ya no es motivación, puesto que no depende, en su génesis, de un eslabón psíquico, sino *causalidad*, puesto que es desarreglo de los planos somáticos de la vitalidad que se manifiesta en los planos vivenciales de la misma vitalidad.

Precisamente, por emerger de esas estructuras somáticas de la vitalidad, es por lo que ofrece un carácter que con frecuencia se olvida, *su inercia*. La tristeza del melancólico, una vez aparecida, se muestra impermeable a las influencias psíquicas. La melancolía endógena, en contra de lo que afirman algunos — pocos psicoterapeutas, que se empeñan en perder contacto con la realidad clínica, es la enfermedad más impermeable a la psicoterapia. Mucho más accesible a la influencia psicoterapéutica es, en general, el mundo de los esquizofrénicos que el de los melancólicos. El melancólico cree que su tristeza

está producida por un acontecimiento cualquiera; p.ej. un mal negocio. Se endereza el negocio, pero no se endereza su fase melancólica. Otro contenido la rellana. Las terapéuticas actuales desde el eletrochoque a la imipramina nos demuestran hasta que punto la tristeza del melancólico se halla anclada en la corporalidad. Alguien ha dicho, ironizando sobre la naturaleza humana, que graves sentimientos de culpabilidad pueden redimirse con un eletrochoque o unas tabletas. Eso son las culpabilidades patológicas que invaden la conciencia como una niebla morbosa que emanan de los estratos inferiores del ser.

Tenemos, pues, varios argumentos decisivos que nos permiten afirmar lógicamente, con la misma lógica con que el clínica habla de la génesis o de la patogenia de la diabetes, aunque no se conozca el substratum auténtico, para que sea legítimo pensar que, como fondo de la tristeza vital del melancólico, existe un proceso somático de carácter funcional desconocido, pero que tiene todos los caracteres clínicos que nosotros exigimos para poder afirmar que estamos frente a un proceso de origen somático.

Ahora bien, esta tristeza vital se formuló en la mente de K. SCHNEIDER como un *síntoma de primer orden*, es decir como un *síntoma patognomónico*. Sin embargo, la observación posterior clínica ha demostrado que esto no es así, ya que nosotros diagnosticamos hoy en día la melancolía endógena en otros enfermos en los que este sentimiento vital no aparece transparente. Y entonces ha sobrevenido un intento de clasificar las formas clínicas de melancolía, lo cual tiene una enorme transcendencia pronóstica y terapéutica, porque yo creo que con respecto a las indicaciones de las medicaciones somatoterápicas este problema que voy ahora a plantear ofrece un interés decisivo. WEITBRECHT, discípulo de K. SCHNEIDER a quien aludió muy brillantemente HONORIO DELGADO en el Simposio de Buenos Aires, trata de aislar un grupo de enfermos en los que el síntoma primario de la melancolía ya no es la *tristeza vital*, sino que es el *sentimiento de culpabilidad*. Acerquémonos a la clínica y veremos lo que pasa. Ocurre lo siguiente: desde el punto de vista del contenido, por así decir, del tema melan-

cólico, flotan, en toda melancolía endógena, tres temas fundamentales, que son: el tema de culpabilidad, el tema de la vulnerabilidad corporal y el tema de la pérdida de las cosas del mundo exterior. Habría pues, desde el punto de vista de la temática melancólica, tres formas: una en la cual predomina el sentimiento de culpabilidad, otro la hipocondría y otro el delirio de pobreza, el cual en sus formas graves se transforma en delirio nihilista. Los delirios nihilistas a veces son mixtos de delirio de ruina y delirio nihilista corporal.

Es como si la depresión despertase las tres angustias originales del hombre. Desde el punto de vista clínico el problema está en si estas estructuras delirantes aparecen sólo como síntomas o si vienen, además, acompañadas de una manera perceptible, aprehensible clínicamente, de un fondo de tristeza. En algunos casos, el fondo de tristeza no resulta tan claramente aprehensible, aunque en esto la percepción de cada caso concreto varía. En la aprehensión o no de ese fondo sentimental se diferencian unos clínicos de otros, como los enfermos se diferencian también en su capacidad de expresión de sus vivencias. Es la logofonía de los síntomas. La verdadera experiencia del psiquiatra consiste en esa posibilidad de contactar y aprehender incluso lo que el enfermo expresa mal.

Recuerdo, por ejemplo, el caso de un enfermo que vino a la consulta nuestra enviado desde la consulta de medicina interna diciendo que no respiraba bien. Era un campesino muy pobre, muy elemental, que no se quejaba más que de la falta de aire; no había manera de obtener otra expresión de sus trastornos subjetivos. La falta de aire era una falta de vida, la expresión de una alteración de la vitalidad, de una tristeza vital.

De todas maneras, es un hecho evidente que hay un espectro en la constitución de los síntomas. *Unas veces es más transparente este fondo vital sobre el cual emanan estas estructuras delirantes, otras veces es menos transparente.* Y de todas estas estructuras delirantes la que aparece muchas veces menos adherida al fondo vital es la de culpabilidad. Y por eso WEITBRECHT ha querido establecer como un tipo especial de melancolía

colía señalando que la idea de culpabilidad pertenece al plano del *yo psíquico* y no del *yo corporal*.

Pero examinando bien los hechos clínicos se observa un hecho fundamental desde el punto de vista terapéutico: *la acción terapéutica es mucho mas eficaz cuanto mas transparente es el trastorno de la vitalidad como sentimiento, como modo de estar del yo corporal*.

En cambio, cuando este modo de estar del yo corporal se estructura en una forma delirante, accede por así decirlo, a los planos mas poéticos de la personalidad, donde se forman estructuras más rígidas, menos permeables a la acción terapéutica.

Por debajo de esta descripción clínico-fenomenológica y de esta interpretación genética, hay otro plano de interpretación de la melancolía, al cual yo voy solo a aludir, que es la interpretación existencial, del cual nos ofreció HONORIO DELGADO en Buenos Aires un punto de vista nuevo, hablando de *enantomia*, de la reducción de la timia, de la reducción del curso vital.

Voy a dedicar la última parte de mi trabajo a otro problema: el de la *depresión reactiva*. Una reacción psíquica es la que se produce cuando uno recibe un impacto emotivo y se establecen entre el impacto e reacción las siguientes relaciones: el impacto determina la reacción psíquica; el tema de la reacción psíquica; el tema de la reacción psíquica es el mismo tema del impacto, de la emoción y la duración es proporcional a la violencia del impacto. Desde este punto de vista esto es lo que ocurre en un sujeto normal que recibe una emoción triste. El psiquiatra no tiene que ver con esto, se trata de una reacción normal y si tiene que ver con él no es en su función específicamente médica.

Si la reacción es *inadecuada* y por tanto morbosa será por su manera de "metabolizarla" podríamos decir, empleando una metáfora. Este camino interior que transforma y modifica la reacción ofrece, por su parte, dos vertientes, una que consiste en lo que la personalidad tenga de anómala constitucionalmente o de anómala vitalmente — fases timópáticas — y otra, en la que la interiorización de la nueva vivencia se ha de hacer en consonancia con todo el mundo experiencial anterior: es decir, en

este segundo caso, influirá la historia interna, la intrahistoria, y estaremos ante el problema de las neurosis.

Estamos, pues, en el terreno de las *depresiones neuróticas y de las otras formas depresivas* que se han descrito últimamente y que tratan de enlazar estos dos grandes grupos de depresiones endógenas y de depresiones reactivas. Desde el punto de vista clínico, aunque sólo sea de pasada, quiero comunicar la siguiente experiencia: uno de mis colaboradores, LOPES DE LERMA acaba de hacer su tesis sobre las depresiones reactivas, incluyendo en su tesis las depresiones climatéricas y las depresiones llamadas involutivas. Ha recogido material de diez años de la Clínica Neuropsiquiátrica del Hospital Provincial de Madrid y ha hecho la catamnesis de todos los casos diagnosticados por mi mismo o por otros colaboradores de la Clínica o por otros psiquiatras. Se ha encontrado con el hecho sorprendente de que casi ningún caso de la llamadas depresiones reactivas había tenido esta sola depresión, sino que haciendo una larga catamnesis se encontraba a lo largo de sua vida alguna otra fase depresiva surgida sin impacto emotivo de ninguna clase. De todas formas siempre queda el problema de la depresión. Son problemas de la intra-historia del enfermo.

Pero de esto grupo de depresiones neuróticas que es a mi juicio la auténtica depresión reactiva, hay todavía un hiato entre la depresión endógena típica y estas depresiones reactivas o neuróticas, hiato que se ha tratado de llenar de diferentes maneras.

En los últimos años, por ejemplo, WEITBRECHT ha descrito las *depresiones endo-reativas*. En el concepto de este autor son depresiones endoreactivas las tienen un fondo somatógeno y factores reactivos sobreañadidos. Se han descrito también las *depresiones distónicas*. Yo mismo me he ocupado de las *timopatias*, que también pertenecen a este grupo. En realidad KURT SCHNEIDER — y esto es un hecho fundamental — ha descrito las reacciones que yo propondría llamar *depresiones básicas* ("Untergrund Depressionen"), al lado de las *depresiones de trasfondo* ("Hintergrund Depressionen"). El problema se plantea por la existencia de un grupo de enfermos que no per-

tenecen a las depresiones neuróticas o reactivas y que no pertenecen a las depresiones endógenas. Muchos de ellos pertenecen a las depresiones psicopáticas. No hay que olvidar que dentro de la descripción de las personalidades psicopáticas de KURT SCHNEIDER hay unos psicopatas que él llama psicopatas depresivos y todos Uds. saben que para él las psicopatías no son más que variantes de la normalidad y en cambio hay hiatos entre las depresiones endógenas y las depresiones psicopáticas y para llenarlo SCHNEIDER introduce el concepto de *depresiones básicas*. *Las depresiones básicas son depresiones no vivenciables ni pueden serlo*. Se trata de un concepto límite del cual no podemos saber más. No podemos más que especular.

Lo cierto es que debe haber un fondo vital porque en estos sujetos, de vez en cuando, emergen depresiones de carácter aparentemente reactivo con más facilidad que en sujetos normales. En el plano psíquico surgen sentimientos de tristeza. *En las depresiones de trasfondo* la idea está más clara, puesto que este trasfondo puede ser unas veces somático — por ejemplo un dolor de cabeza o una enfermedad corporal sobre la cual anida una depresión — otras veces psíquico — es decir un estado de ánimo anterior, una experiencia, anterior, que es en definitiva, la reproducción del concepto de trauma. El sujeto ahora se deprime porque el impacto emotivo en este momento le ha hecho evocar otra tristeza que ha tenido en su pasado y que tenía ahí latente. Estas son las reacciones de trasfondo.

El gran problema está en llenar este hiato y, en definitiva la descripción se puede hacer de muchas maneras. Pero a mi juicio, el hecho cierto es que nos encontramos con un espectro, es decir, *que no hay solución de continuidad*. Yo no admito la idea del hiato, sino que no hay solución de continuidad. Nos encontramos con un espectro que va de las depresiones endógenas a las depresiones neuróticas. Y en este espectro va disminuyendo el factor somatógeno, va disminuyendo la tristeza que arranca del cuerpo que arranca de un mal-estar, que arranca de una transformación del yo corporal y va aumentando la tristeza que es puramente reactiva, que está fuera en el plano

psíquico y que se inserta sobre estas oscilaciones. La tarea clínica consiste en poder analizar debidamente los elementos de ese espectro. Unas veces vemos una depresión con sentimientos de culpabilidad que rápidamente regresa mediante cualquier terap-utica somática. En cambio, vemos en otros casos, que hay sentimientos de culpabilidad aparentemente igual expresadas que no remiten con la misma facilidad a idéntica acción terapêutica. Y entonces tenemos que pensar que están menos somáticamente anclados y que están psíquicamente constituidos. Además, al decir, que están psíquicamente constituidos, no podemos pensar que sean psicogénéticos, porque muchas veces, aunque psíquicamente constituidos hay otros tipos de dinamica psíquica que no son psicogénéticos. Y como ejemplo yo les ofrecería la constitucion de las obsesiones: con frecuencia una neurosis obsesiva es absolutamente impermeable a toda acción psicoterapêutica. Cuantas veces no hemos recibido a enfermos sometidos no dos o tres años, sino ocho o diez a tratamiento por psicoterapeutas competentes y que no han logrado, apenas mas que remover alguno de los síntomas de la fachada de un cuadro de esta naturaleza! Es decir, aun en el plano psíquico hay una cierta rigidificación de la vida psíquica poco explorada todavía por la psicopatologia actual y que encroniza el cuadro que pierde su carácter vital. A medida que el cuadro pierde su carácter vital es menos accesible a la psicoterapia, y, entonces se elabora psíquicamente en dos vertientes, una en la cual la intervencion de los elementos de la historia individual de a intrahistoria es más o menos clara y en las que la acción psicoterapêutica puede tener un cierto resultado. Y otra en las que, a pesar de manifestarse en un plano puramente psíquico, se instala una cierta estructura rígida impermeable que no es psicogénética, sobre la cual la investigación psicopatológica no ha dicho todavía su última palabra.

BONHOUR (PRESIDENTE): Cada vez que el Profesor López Ibor nos habla nos enseña cosas muy interesantes. Es un hombre temible, porque, oyéndolo disertar sobre problemas que parecemos conocer

muy bien, nos hace dudar y nos obliga a tener otras ideas y redoblar nuestros estudios, como Uds. acaban de comprobar.

Tiene la palabra el Dr. Agustín Caso, a quien se le conceden diez minutos para que haga sus observaciones.

DR. AGUSTÍN CASO (MÉXICO): Señor Presidente, Señoritas, Señores colegas. Antes que todo, me siento muy honrado en ocupar esta tribuna en este coloquio. Quiero expresar aquí las muchas gracias y el más profundo sentimiento de agradecimiento en nombre de mi país — México.

En realidad, no conocía yo el trabajo del Prof. López Ibor. Por lo tanto, no puedo hacer un comentario digno de su exposición. Mi educación psiquiátrica está un poco alejada de la escuela y de los distintos conceptos expresados por el ilustre Profesor Ibor.

Referiéndome a la clasificación de las depresiones, como Uds. saben, las depresiones, de una forma simple, las podemos dividir, en primer término, en las depresiones patológicas y las depresiones normales.

Me refiero a esta clasificación tan sencilla, porque todos sabemos el hecho, todos nos hemos sentido alguna vez, nos hemos sentido alguna vez deprimidos. Pero estas depresiones son temporarias y podemos atribuir las a una causa reciente y, más generalmente, a los efectos de la pérdida de una posición de orden económica, la pérdida del amor: cuantas veces nos hemos sentido tristes cuando la novia nos deja, la mujer amada o el hijo nos dejó.

Después de esta enorme clasificación entre los males patológicos, pasamos a analizar las depresiones patológicas.

Yo he seguido, en una forma casi al pie de la letra, la clasificación aceptada por la Sociedad Americana de Psiquiatría y esta es la clasificación con que he trabajado unos dieciocho años que llevo trabajando en psiquiatría. En el principio seguí la primera clasificación y hace algunos años, para elaborar los trabajos que elaboramos sobre depresión, sigo, al pie de la letra, la clasificación americana, que se estableció en 1952.

Yo no creo que esta clasificación sea una clasificación perfecta. Estoy lejos de pensarlo. Pero, sin embargo, creo que en la mayoría de los trabajos que se hacen sobre depresión y sus síntomas — y esto es importante — en el mundo tenemos que seguir siempre una pauta general que nos lleva hacia un fin práctico. Y me refiero a esto, porque no olvidemos que nuestra función médica tiene también la obligación de llevar los conceptos médicos hacia la estadística.

Habiendo dicho estas palabras, creo que lo que les voy a decir, todos Uds. lo conocen y, por lo tanto, hago simples resúmenes.

Nosotros seguimos, por lo tanto, la clasificación de las depresiones endógenas en dos grandes grupos. Para nosotros es útil Uds. saben — la depresión endógena es fundamentalmente caracterizada por este gran detalle, de que forman parte de las depresiones maniaco-depresivas, por un lado, así depresiva, y por otro lado, la psicosis involutiva que, Uds. saben, Kraepelin, en sus primeras descripciones, había separado de las psicosis maniaco-depresivas y que, más tarde, se incluyó dentro del reglón de la depresión maniaco-depresiva. Más tarde, estos estudios han sido refutados desde el punto de vista genético por Kalmann.

Y a mí me parece importante señalar que, para el médico, es indispensable, que el médico tiene de resolver un problema, que es el pronóstico. Y si nosotros diferenciamos entre psicosis maniaco-depresiva, así depresiva, y depresión involutiva, como Uds. saben, el pronóstico de las dos psicosis va ser muy distinto. El familiar nos va preguntar: "Doctor, ¿este estado patológico va volver, este estado patológico, esta enfermedad va volver?" Y entonces, si se trata de un caso de una psicosis involutiva, es lo probable que esta psicosis no presente un nuevo período depresivo. En cambio, si se trata de una psicosis maniaco-depresiva, muy obligadamente, tenemos casos que seguimos durante años, y que ahora estamos, a un tiempo, controlando con el electrochoque periódico y que ahora estamos tratando de controlar con Tofranil, desde hace ya unos dos años de la fecha, o con algunos otros medicamentos inhibidores de la mono-amino-oxidase, tipo marcellid, tipo bromaxila. Nosotros,

tratamos de controlar estos períodos, en que se repite la psicosis, por medio de estos fármacos, o como decíamos, por medio del electrochoque.

Pero, en muchas ocasiones, el enfermo se descuida y vuelve a presentar luego un período psicótico-depresivo.

En cambio, refiriéndome a la psicosis involutiva, es muy frecuente en la personalidad previa, el individuo que se ha preocupado toda su vida, que es un preocupado crónico, el individuo muy dado al trabajo, muchas veces se trata de solteros, muchas veces de personas que han dado mucho al mundo o que, según ellos, han dado mucho al mundo, o que, se no han dado mucho, creen que han dado mucho, porque han sido muy trabajadores; y llega el momento, en la involución, en que estos enfermos entran en un período depresivo. En un estado de decadencia de la vida, entran en la psicosis involutiva. Es frecuente, como Uds. saben, constatar, en estos casos, sentimientos de culpa tremendos. En psiquiatría, son individuos atormentados, que recuerdan, entonces, fases de su vida sexual y se sienten tremendamente culpados, como Uds. lo habrán visto.

En realidad, haciendo una síntesis de lo que creo como se deben clasificar las depresiones, tenemos, en primer lugar, las depresiones maniaco-depresivas, en segundo lugar, las psicosis involutivas, y, en tercer lugar, el grupo de las depresiones neuróticas, que no deben ser llamadas, por más tiempo reactivas, porque, como dijo el ilustre Prof. Ibor, o obedecen a una instantánea en el momento, y la reacción mucho más grande es una causa que se ha dado antes.

Por otro lado, el tipo de depresión que vemos en la depresión psicótica tiene mucho de psicosis maniaco-depresiva, pero que es una depresión muchas veces agitada; y, por otro lado, lo que estamos viendo recientemente es que el enfermo se deprime, porque el médico lo deprime a base de atarácicos de meprobamatos. Para ilustrar, poco tiempo antes de venir de México, fué invitado a ver un enfermo que tiene una psicose, además de ser una persona francamente deprimida. Este enfermo, al preguntarle el tratamiento, tenía una gran dosis de atarácicos y mejoró rápidamente suspendiendo el medicamento.

Yo creo que así les expuse mí pensamiento, que Uds. va parecer muy simple, pero que yo he seguido durante años.

Creo que ya he abusado de la atención de todos Uds. y les presento mis muchas gracias por me haber escuchado.

O DR. RENÉ RIBEIRO: Eu não creio que tenha algum comentário a fazer ao núcleo da exposição magnífica do Professor López Ibor, tão pouco no sentido intrínseco dos comentários feitos anteriormente, mas eu queria talvez levantar uma questão, ou abrir as perspectivas para um campo que nós, os psiquiatras do mundo ocidental, desprezamos de algum modo. É de tóda a atualidade a incorporação que se está dando no momento presente de novas sociedades à sociedade mundial. Do ponto de vista da psicopatologia e do ponto de vista da profissão médica, estão surgindo já e irão surgir de agora por diante vários problemas de fundamental importância que tocam ao nosso tema central de estudo e classificação, e possível terapêutica das depressões. Eu quero me referir especialmente àquilo que se vem discutindo hoje em dia em relação com a chamada constância dos sintomas fundamentais quando nós queremos aplicar aqueles conceitos que foram desenvolvidos no mundo ocidental, a não ser às vèzes em restrita medida política. Ésse problema e ésse foco de interêsse já foi percebido. Não há novidade nenhuma nisso, e já foi percebido por um psiquiatra norte-americano de orientação psicanalítica, que foi Geza Roheim, que foi à África verificar precisamente se os casos psicopatológicos ali duplicavam fundamentalmente ou sintomatológicamente os casos que nós tínhamos estudado, analisado, classificado e tratado. Outro psiquiatra americano, Steinbrook, por exemplo, passou tempos no Brasil, preocupado em comparar a sintomatologia fundamental e casos de psicose maníaco-depressiva e casos de esquizofrenia, chegando à conclusão de que na subcultura baiana, por exemplo, há meios institucionais e há elementos culturais que suplementam as circunstâncias da vida na sociedade brasileira e que têm influência fundamental não somente sôbre a natureza das doenças dêsse tipo encontradas na Bahia como inclusive sôbre

o curso ou a evolução desses casos. É material já publicado, de maneira que é acessível a todo mundo. Em segundo lugar, urge que nós levemos em consideração os valores fundamentais em função dos quais os indivíduos norteiam sua vida. Esses valores fundamentais variam de sociedade para sociedade. Na exposição magnífica do Prof. López Ibor, por exemplo, ele se refere a sintomas fundamentais e no conteúdo desses sintomas inclui, por exemplo, culpa e pobreza. O primeiro evidentemente existe em todas as sociedades humanas, mas o sentimento de pobreza como conteúdo de uma depressão não é constante em todas as sociedades. Há sociedades que vivem num grau de pobreza mas não se dão conta dessa pobreza. Têm outras orientações de vida diferentes dessas orientações que nós temos na sociedade atual.

Em terceiro lugar me parece que seria interessante que nós déssemos maior consideração ao equipamento cultural e institucional de certas sociedades. Por exemplo, nós, que vivemos em sociedades com religiões éticas, nos esquecemos que são muito comuns as religiões de participação — comuns em toda a África, comuns nas tribos americanas e na Oceania. Essas religiões de participação modificam as vivências do indivíduo, e as modificam inclusive institucionalmente. Por exemplo, os índios brasileiros fornecem ao indivíduo deprimido ou ao indivíduo com uma crise vivencial intensa meios institucionais inteiramente reconhecidos porque resolvem essa crise, sem intervenção terapêutica medicamentosa. Dêsse modo, eu queria que fossem levados em consideração esses casos, ou que toda vez que falamos de classificação de doenças mentais e especialmente de classificação de estados depressivos, se tomassem em consideração estas variações, e não nos estabelecessemos sobre constantes que foram estabelecidas e que têm inclusive implicações para a terapêutica à base da experiência da nossa sociedade atual.

Era isso que tinha a dizer.

DISCUSION

Agradezco a los Doctores CASO Y RIBEIRO su intervención

y voy a permitirme aclarar algunos puntos de mi exposición, forzosamente defectuosa, por ser mía. Los comentarios del Dr. CASO me permitirán aclarar mis puntos de vista respecto a las depresiones involutivas.

Las *depresiones involutivas* se han descrito como tipo clínico porque tienen algunos caracteres sintomatológicos con variantes especiales. En la tesis de mi colaborador LÓPEZ DE LERMA resultan las depresiones involutivas prácticamente iguales a las demás en su pronóstico; también ellas tienen con muchísima frecuencia recaídas fásicas. Hay enfermos que empiezan su involución y después sufren dos, tres o más depresiones hasta los 60 y 70 años, según nuestra propia experiencia.

Ya LEONHARDT trató de aislar un tipo especial de depresión la *depresión angustiosa*, buscándole como razón característica no sólo un cierto matiz clínico, sino, además, una razón genética. Trató de demostrar que genéticamente había algunas diferencias, ya que aparecía en determinadas familias. Parece que a medida que se avanza en edad el ser humano es más sensible a la experiencia angustiosa como tal. Las depresiones de la segunda mitad de la vida serían, en general, de matiz más angustioso. De ahí que las depresiones involutivas lo sean. De todos modos no está excluido que la involución sea un momento especialmente frágil en la vida del hombre y por tanto que pueden aparecer más fácilmente depresiones en ciertas edades y tampoco debe excluirse, según la experiencia de LEONHARDT, la existencia de familias en las que las depresiones ofrecen una cierta tipología angustiosa.

Con respecto al uso de la expresión *depresión psicótica*, yo tengo una cierta resistencia a admitirla. Depresiones psicóticas son también las maníaco-depresivas, llamadas ahora "ciclotimias" por esa tendencia natural del psiquiatra, a la cual aludió el Prof. NELSON PIRES, de dar cada día más carácter extramanicomial a las depresiones.

Naturalmente que en otros cuadros clínicos hay depresiones. En la esquizofrenia hay depresiones. En la epilepsia, incluso, aparecen pequeñas depresiones. Todo esto es un problema aparte. Esas serían, en todo caso, las depresiones psicóticas,

sensu strictu. Las depresiones psicóticas tienen, desde mi punto de vista, un valor sintomatológico.

El Dr. RIBEIRO planteó un problema muy interesante, la enfermedad varía según las circunstancias, según las áreas culturales y según el curso de la historia. Permítanme un ejemplo no basado en la diversidad de áreas culturales, sino históricas. En la Edad Media era muy frecuente *la acedia*. SAN JUAN CRISÓSTOMO hablaba de la *acedia* y el "demo meridiano". Después en el siglo XVIII ha sido muy frecuente hablar del "*spleen*". Hoy día esa *acedia* de los conventos de la Edad Media o el "*spleen*" de los elegantes del siglo XVIII las diagnosticamos de *tédio vital* y para nosotros es morboso. Para nosotros, son enfermos muchas gentes que antes no eran considerados como tales. En esto estriba cierto progreso de la medicina, porque en definitiva el concepto de enfermedad es abierto como la propia estructura del hombre.

De manera que todas las circunstancias culturales, ya sean geográficas o históricas, influyen en la configuración de la enfermedad. Creo que en el mundo moderno, por el espíritu del tiempo, hay una mayor sensibilidad para el reconocimiento de estos estados internos que antes pasaban desapercibidos y quedaban mal calificados. Por eso, el área de las enfermedades psíquicas en general, y el área de aquello con que tenemos que ver nosotros los psiquiatras, aumenta extraordinariamente.

* * *

II) Hay una pregunta del Dr. AGRAMONTE que dice: "En toda depresión hay dos hechos: uno negativo, que es la ausencia de los normales sentimientos del bien-estar, que conserva la salud; y otro positivo, que es la presencia de la tristeza o desesperanza".

Yo diría que no hay dos hechos, sino sólo uno que es la presencia de la tristeza. La desesperanza es otro problema desde el punto de vista del análisis psicopatológico. Hay depresiones en las que la tristeza, es decir, la perturbación de los sentimientos vitales no se siente de una manera positiva, como el

mal-estar de la tristeza, sino que tienen sus puntos de contacto con la sensación de tedio, del vacío. Y hay, en esta fase intermedia que yo no pude describir por premura de tiempo, unas depresiones muy interesantes que son *las depresiones anestésicas*, y las depresiones con *síntoma de despersonalización*.

Es evidente que hay depresiones con síntomas de despersonalización o las depresiones en las que la alteración de los sentimientos vitales se realiza, no en el plano de la tristeza, no en el plano de la angustia, sino el del tedio y vacío existencial. Estas depresiones tienen un pronóstico distinto. No es que lo tengan malo forzosamente, porque, a la larga se pueden curar, pero duran mucho más. Si el término medio de la depresión con tristeza vital, calculada estadísticamente, como Uds. saben muy bien, es de ocho o nueve meses, sin terapéutica, el término medio de una depresión anestésica puede ser alrededor de dos a tres años, con oscilaciones en su sintomatología. De manera que tienen otra estructura ya en su propio curso y el análisis de todo este problema tiene una extraordinaria importancia clínico-terapéutica.

* * *

III) Hay otra pregunta del Dr. GRUSPÜN que dice: "En los niños no solamente encontramos síntomas de depresión sino cuadros de esquizofrenia infantil. La verdadera depresión infantil siempre la he encontrado como reactiva, ligada a sentimientos de culpa, con ideas permanentes de suicidios como castigo, con más o menos derecho a alijarse del mundo exterior, casos que van acompañados en la adolescencia o después de ella, cuando se establecen posteriormente reacciones depresivas iniciales idénticas endógenas o por razón catatónicas. En las esquizofrenias que en ocasiones se establecen tuvieran las primeras reacciones depresivas en la infancia comprobadas personalmente por nosotros y reconocidas genéticamente reactivas". Este sería contrario al criterio expresado por el Dr. LEME LOPES.

Desde luego dejemos aparte hoy el problema de la esquizofrenia infantil. Es muy complicado y nos llevaría mucho tiempo. Pero sí les voy a hablar de lo que pienso yo en general

de la vida psicótica infantil. Es evidente que el problema grave planteado a la clínica psiquiátrica actual es el siguiente: en la depresión hay unos síntomas psíquicos y unos síntomas vegetativos. Pues bien, los síntomas psíquicos que nosotros valoramos en la depresión solo pueden presentarse en la edad adulta. ¿Cómo nos va a hablar un niño de tristeza vital, y el niño pequeño ni siquiera de tristeza, si el niño no sabe definir su vida interior? Ya se que los psicoanalistas hablan de *depresión básica*, anclada en la situación primordial del niño, de la que las depresiones ulteriores no son más que reminiscencias.

Pues bien, mi tesis no es ésta, sino la siguiente: la estructura depresiva, la depresión, es una disregulación, hipotéticamente una disregulación diencefálica de carácter fásico. Esa disregulación puede presentarse también en la edad infantil, bajo otras formas sintomáticas. Por ejemplo, bajo vómitos y otras formas distintas de como aparece en la edad adulta. La vida psíquica infantil no le permite manifestarse en forma de síntomas psíquicos. Un problema muy importante para la investigación clínica actual es el problema de los *equivalentes depresivos*. Y esto es muy importante porque creo que tales equivalentes existen y si los reconocemos como tales, reconoceríamos su carácter fásico, y, además, nos permitiría un cierto acceso terapéutico. Por ejemplo, yo he visto a un niño con dolores de cabeza que ha sido curado con Tofranil. Esta cefalea infantil era una expresión de su depresión. Yo no creo que estas fases sean condicionadas psicogenéticamente. Creo que estas fases existen en el individuo en virtud de los ritmos vitales de la vida y que se manifiestan en forma de trastornos psicósomáticos, en general, y merecen ser estudiados y observados con una perspectiva más amplia de la que utilizó SPITZ, por ejemplo, en sus muy conocidos trabajos.

BONHOUR (PRESIDENTE): Agradezco al distinguido público haber escuchado con tanta atención las magníficas exposiciones que aquí se hicieron y sugiero que se suspenda la sesión para un descanso de diez minutos.

IA
a-
en
e-
o-
le
y
r
n
e

a
e
-
o
s
a
-
-
s
.



Composto e impresso
na Oficina Gráfica da
Universidade do Brasil