

¿UNA DEPRESIÓN SIN DEPRESIÓN?

Alberto Botto

Cuando Emil Kraepelin describió la “locura manícodepresiva” en el año 1913 estableció como parámetro fundamental para su agrupación nosológica el curso clínico de la enfermedad definido por las condiciones de aparición, evolución y terminación. Utilizando ese criterio incluyó la *locura periódica y circular*, la manía simple, la melancolía, algunos casos de amencia y ciertas constituciones personales consideradas como disposiciones patológicas del humor y que denominó “estados fundamentales” (Kraepelin, 2012). La “locura manícodepresiva” quedó caracterizada entonces como un conjunto de manifestaciones clínicas producto de un solo proceso patológico cuya delimitación diagnóstica no fue determinada por los síntomas sino más bien por una serie de características comunes propias de su transcurso. En primer lugar, Kraepelin postuló que si bien los síntomas podían aparecer de manera transitoria, alternante, simultánea (o no hacerlo nunca), transformándose progresivamente unos en otros, el sello distintivo de la enfermedad estaba dado por su pronóstico favorable ya que los cuadros agrupados no llevaban nunca al “deterioro psíquico”; como sí ocurría en los casos de psicosis esquizofrénica. Además, observó que las formas sintomáticas presentaban un curso episódico, con tendencia a la remisión y, por último, con una marcada propensión a transmitirse de manera hereditaria. A diferencia de lo que podría pensarse, la clasificación que propuso Kraepelin consideró una serie de cuadros clínicos que, bajo la mirada de los criterios diagnósticos actuales, se encuentra lejos de lo que estrictamente se conoce como enfermedad bipolar. Por el contrario, su propuesta apuntaba especialmente a establecer patrones diferenciales en un intento por delimitar nosológicamente el campo de las

enfermedades del ánimo. De hecho, lo que en último término pretendía Kraepelin era alcanzar una correlación entre la etiopatogenia, la anatomía patológica, la descripción clínica, la evolución y el pronóstico, adelantándose a los que, muchos años más tarde, serían los cinco criterios –llamados también “fases”– propuestos por Robins y Guze (1970) como requisitos para establecer la validez de un diagnóstico en psiquiatría: (1) descripción clínica, (2) estudios de laboratorio, (3) diferenciación con otros trastornos, (4) estudios de seguimiento y (5) estudios familiares.

Aunque estos criterios fueron elaborados a partir del análisis comparativo de las características de las esquizofrenias antiguamente llamadas “de buen pronóstico” y “de mal pronóstico”, su aplicación ha sido probada en otros cuadros clínicos obteniéndose resultados dispares. En cuanto a las alteraciones del ánimo, el intento por definir los límites de la psicopatología tiene una especial relevancia ya que sus manifestaciones se encuentran estrechamente vinculadas con experiencias emocionales habituales como la tristeza, el duelo, la alegría o el impulso hacia la creatividad. En efecto, el mismo Kraepelin consideraba que, dentro del diagnóstico diferencial de la “locura manícodepresiva”, se hallaba no solo la parálisis general, la arterioesclerosis o la histeria –entre otros cuadros– sino también la depresión psicógena. De esta forma dejó claramente establecido que aquellas depresiones motivadas –ya sea psicológica o situacionalmente– y cuyo curso estaba directamente relacionado con la causa que las originó se encontraban excluidas de la “locura manícodepresiva”.

Algunos decenios más tarde, en un texto de erudición deslumbrante, López-Ibor (1966) planteó que la

experiencia clínica le había mostrado que al lado de la *angustia reactiva* se encontraba la *angustia endógena*, la cual era análoga a la *tristeza endógena* del paciente melancólico, y defendió la transición entre la neurosis, la psicogénesis y las enfermedades del ánimo. Aunque el intento por ordenar la diversidad de formas clínicas que describió puede resultar algo abrumador, cabe destacar la manera en que revela la existencia de cuadros clínicos transicionales, vinculados con el carácter, en los que predomina la angustia y que se encuentran íntimamente relacionados con las circunstancias del medio exterior.

A pesar de que la dicotomía endógeno/psicógeno ha sido fuente de innumerables controversias, la observación clínica apoya la existencia de al menos dos tipos de experiencia depresiva: una reactiva a situaciones ambientales estresantes, que depende de la personalidad y en la que predominan los síntomas ansiosos, y otra con una evidente inhibición psicomotora, anhedonia, arreactividad ambiental y una marcada tendencia a la recurrencia. Ahora bien, si consideramos las ideas expresadas por Kraepelin podemos inferir dos cosas: en primer lugar, que lo que él llama “enfermedad maniacodepresiva” sobrepasa lo que actualmente se denomina “enfermedad bipolar”, abarcando otros cuadros clínicos del así denominado “espectro afectivo”. En segundo lugar, que las “depresiones psicógenas” no se encuentran dentro de este grupo de enfermedades, razón por la cual se justificaría efectuar un diagnóstico diferencial. En consecuencia, ¿significa esto que debiéramos suponer la existencia de un cuadro anímico que no necesariamente forma parte de los *trastornos del ánimo*? ¿Una *depresión sin depresión*?

Para ser más exactos, si consideramos los criterios de Robins y Guze, probablemente el trastorno que más se adecua a lo que podría considerarse un “diagnóstico psiquiátrico válido” es la melancolía. Efectivamente, se ha visto que la melancolía es un trastorno con un perfil clínico característico, que presenta una fisiopatología estable, una respuesta típica a los tratamientos y una demostrada agregación familiar (Taylor y Fink, 2008). Sus manifestaciones más relevantes son la inhibición psicomotora –de hecho, tanto para la manía como para la depresión, la alteración del ánimo podría considerarse un epifenómeno del trastorno psicomotor nuclear–, la arreactividad, la anhedonia total, la alteración cronobiológica característica y la tendencia a la recurrencia. Por lo tanto, ¿habrá llegado el momento en que definitivamente el grupo de las depresiones reactivas (llámense psicógenas, caracterológicas o neuróticas) no se

consideren más como trastornos del ánimo primarios y, por lo tanto, deban ser removidas de ese lugar en las clasificaciones para considerarlas, por poner un ejemplo, como cuadros de tipo adaptativo? Evidentemente una propuesta de esta naturaleza deja de lado la posibilidad de considerar la mente como un campo causal legítimo (en cuyo caso sería imposible cumplir a cabalidad con los criterios de Robins y Guze) y la experiencia subjetiva como eje de la psicopatología, argumentos que se han utilizado para criticar los desarrollos de la psiquiatría neokraepeliniana. Sin embargo, lo cierto es que en la actualidad existe un renovado interés por revisar la nosología de los trastornos del ánimo. Una hipótesis muy interesante es la que ha desarrollado Koukopoulos (2009) respecto al lugar que ocupa la manía en el conjunto de las alteraciones anímicas. Utilizando diversas fuentes de evidencia (desde la farmacología clínica a la psicopatología), el autor sugiere que la manía –a diferencia de lo que se ha considerado históricamente– debiera ser entendida de manera amplia no simplemente como una euforia episódica asociada a hiperactividad sino como la manifestación de un diverso rango de comportamientos excitatorios. Esto es lo que llama “la primacía de la manía”: en contraposición a la noción de un estado maniaco como defensa o escape ante la depresión, postula que la depresión sería una consecuencia del proceso excitatorio que subyace a la manía, es decir, justamente lo opuesto a lo que sostiene el psicoanálisis.

¿Qué diría Freud al respecto? No lo sabemos, pero si confiamos en la anécdota documentada por Paul Roazen (citado por Ghaemi, 2013), Freud habría escrito su clásico texto “duelo y melancolía” de manera abrupta y apresurada con el objeto de adelantarse a la inminente publicación de un trabajo de su joven discípulo Víctor Tausk. Desde entonces, mucha agua ha pasado bajo los puentes. Afortunadamente.

REFERENCIAS

1. Ghaemi N (2013). Understanding mania and depression The Oxford handbook of philosophy and psychiatry (pp. 803-819). Oxford: Oxford University Press
2. Koukopoulos A, Ghaemi SN (2009). The primacy of mania: a reconsideration of mood disorders. *Eur Psychiatry*, 24(2), 125-134
3. Kraepelin E (2012). La locura maniacodepresiva. Madrid: Ergon
4. López-Ibor J (1966). Las neurosis como enfermedades del ánimo. Madrid: Gredos
5. Robins E, Guze SB (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 126(7), 983-987
6. Taylor MA, Fink M (2008). Restoring melancholia in the classification of mood disorders. *J Affect Disord* 105(1-3), 1-14