

## Acerca de la inexistente «facies depresiva» como entidad unitaria

### About the nonexistent “depressive facies” as a unitary entity

Lizardo Cruzado<sup>1, a</sup> 

Sres. editores:

De un tiempo a esta parte se ha extendido en el léxico atañadero a la salud mental, específicamente en la descripción de la apariencia o el estado de ánimo y afecto de nuestros usuarios y pacientes, el empleo de la expresión bimembre «facies depresiva» o «facies del depresivo» (1, 2). Queremos cuestionar el uso de esta locución por no ser del todo correcta y porque puede conducir a engaño y confusión en la valoración del caso clínico.

«Facies» es un vocablo de origen latín y que actualmente, en nuestro idioma (3), designa no a la faz (es decir, cara o rostro), sino a la expresión o conjunto característico de rasgos o elementos del rostro que nos orientan sobre el estado de salud del individuo. Así, por ejemplo, es memorable la «facies hipocrática», donde los ojos hundidos y la mirada fija, la piel reseca y pálida y las prominencias óseas marcadas apuntan a un mal estado general del paciente, usualmente en trance de agonía; o la «facies cushingoide», en que la rubicundez y el acúmulo de grasa en la zona bitemporal y de los pómulos oculta los pabellones auriculares —por ello el nombre de «facies de luna llena»— y que es característica del hipercortisolismo (1).

El rostro ha sido definido como el «órgano de la expresión de los sentimientos» (1) y es un elemento crucial de la expresividad, reactividad, espontaneidad y de la conducta motora observable en todos los individuos (4). Por otro lado, aunque «depresión» es un término polisémico y puede designar tanto a la entidad nosológica llamada «depresión mayor» como al síndrome depresivo psicopatológicamente establecido —además de que es un término de sobra vulgarizado en la

#### Citar como:

Cruzado L. Acerca de la inexistente «facies depresiva» como entidad unitaria. *Rev Neuropsiquiatr.* 2024; 87(1): 81-83. DOI: 10.20453/rnp.v87i1.5212

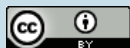
**Recibido:** 19-01-2024

**Aceptado:** 25-03-2024

**En línea:** 31-03-2024

#### Correspondencia:

Lizardo Cruzado  
Dirección: Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado – Hideyo Noguchi», Departamento de Emergencia. Jr. Eloy Espinoza 709. Urb. Palao. San Martín de Porres, Lima, Perú. 15102.  
Contacto:  
lizardo\_cruzado@yahoo.com



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© El autor

© *Revista de Neuro-Psiquiatría*

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», Departamento de Emergencia. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Psiquiatra.

representación social de las enfermedades mentales, en que se iguala a sentirse entristecido con estar «depre» o «deprimido»—, resulta obviamente desproporcionado y erróneo afirmar que toda persona deprimida habrá de lucir triste. Basta recordar que uno de los dos criterios principales de la depresión mayor en el DSM-5 es la «disminución importante del interés o el placer»; es decir, para diagnosticar depresión mayor, no es obligatorio que una persona experimente depresión del ánimo ni que luzca triste (5). Y lo opuesto es igualmente cierto: no toda persona que luzca entristecida o demacrada cursará con un síndrome depresivo.

En este punto, es menester acotar que el ánimo y el afecto no se definen únicamente como el aspecto subjetivo (ánimo) y la expresión externa de él (afecto), sino que también se concibe al afecto como la emoción más o menos temporal o reactiva y al ánimo como el tono afectivo de fondo (5). El mismo DSM recoge estas definiciones que, sin embargo, son menos empleadas en la praxis diaria (6). Así, el rostro de un individuo puede expresar un afecto triste por una mala noticia reciente, sin que su estado de ánimo prevalente sea deprimido en sí mismo.

Por añadidura a la expresión facial del sentimiento de tristeza, se ha mencionado en la «facies del depresivo» la presencia de signos como el de los pliegues palpebrales de Veraguth (2). Empero, este signo, de los escasos que pueden enumerarse dentro la psiquiatría, se observa en el 72 % de pacientes deprimidos de ancestro europeo y solo en 31 % de aquellos pacientes con ancestro africano (7). No se ha investigado la prevalencia de este signo o el de Omega en la población latinoamericana. Asimismo, estos signos se asocian directamente a la severidad de la depresión o específicamente a la depresión de tipo melancólico (8). Es decir, su especificidad y sensibilidad para la generalidad de los casos de depresión mayor pueden resultar muy discretas.

Otra atingencia importante respecto a la «facies depresiva» es el diagnóstico de «depresión enmascarada», que en las últimas décadas ha sido soslayada de la bibliografía, pero que es más frecuente en países en vías de desarrollo como el nuestro. «Depresión enmascarada» es un término que propuso López-Ibor en España en la década de 1960; también se la ha conceptualizado como «*depressio sine depressio*», es decir, depresión sin depresión, donde el ánimo triste no es prominente y las manifestaciones sintomáticas predominantes se encuentran en el plano somático. Según algunos autores, hasta el 10 %

de las depresiones corresponden a esta naturaleza (9); sin embargo, en el contexto de la atención primaria son más prevalentes: 69 % de pacientes deprimidos solo comunican síntomas físicos inicialmente, lo cual «enmascara» el diagnóstico (10).

Desde luego, la valoración del estado anímico del paciente involucra bastante más que la observación de su expresión facial, pero es imprescindible, desde el principio de la exploración psicopatológica, mantener amplia la consideración de un cuadro depresivo — tan frecuente en la práctica clínica— y que no resulte sesgada por la presencia o ausencia de una supuesta «facies depresiva» que, como hemos comentado, puede ser del todo ausente en un buen porcentaje de casos y, por tanto, dista de ser uniformemente orientadora — y mucho menos patognomónica— para el diagnóstico clínico.

**Conflicto de intereses:** El autor declara no tener conflicto de intereses.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

## REFERENCIAS

1. Argente HA, Álvarez ME. Semiología médica: fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. 2.<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2013.
2. Zambrano M. Semiología psiquiátrica. En: Perales A, Mendoza A, Vásquez-Cacedo G, Zambrano M, editores. Manual de psiquiatría «Humberto Rotondo». Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008. pp. 36-65.
3. Real Academia Española. Facies. En: Diccionario de la lengua española. 23.<sup>a</sup> ed. [versión 23.7 en línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es/facies>
4. Arrufat F. Alteraciones de la apariencia. En: Obiols JE, coordinador. Manual de psicopatología general. Madrid: Biblioteca Nueva; 2020. pp. 57-70.
5. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
6. Serby M. Psychiatric resident conceptualizations of mood and affect within the mental status examination. Am J Psychiatry [Internet]. 2003; 160(8): 1527-1529. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1527>
7. McDaniel WW, Brar B, Srirama M, Shaikh S, Kaur A. Prevalence of Veraguth's eyelid folds during depression in different ethnic groups. J Nerv Ment Dis [Internet]. 2004; 192(10): 705-

707. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000142504.70087.fb>
8. Saraf AS, Nath S. Revisiting Omega and Veraguth's Sign. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 2019; 41(3): 295-297. Disponible en: [https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM\\_408\\_18](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_408_18)
9. Vallejo J, Urretavizcaya M. Trastornos depresivos. En: Vallejo J, editor. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 8.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. pp. 249-276.
10. Artiles-Pérez R, López-Chamón S. Síntomas somáticos de la depresión. *Medicina de Familia-SEMERGEN* [Internet]. 2009; 35(Supl. 1): 39-42. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-X1138359309908974>