

DEPRESION

Cuestiones nosográficas y nosológicas

JESUS S. CABEZOS FERNANDEZ
Psicólogo.

El presente artículo recoge la exposición del autor en el seminario organizado por la Comisión de Terapia Cognitivo-Comportamental y Salud Mental, desarrollado durante el curso 85/86. A lo largo de éste, tras una breve reseña histórica sobre el trastorno depresivo, se pasan revista a diversas concepciones nosográficas y sus puntos de encuentro o separación, así como a varias posiciones nosológicas al uso, centrando su atención en la actual postura de la A. P. A. (American Psychiatric Association).

El presente artículo se dirige a analizar «in extenso» los temas ya apuntados en uno anterior (Santolaya Ochando, F.; Arribas Saiz, P.; Cabezos Fernández, J. S.; Genís Carchano, M. & Malea Fernández, A., 1986), referidos al área de la *enfermedad depresiva*. En tal artículo la exposición, predominantemente didáctica, de las cuestiones nosológicas y de tratamiento psicofarmacológico era simplemente introductoria y general (el marco aludido era el más amplio de toda la «enfer-

medad mental»). Además se precisó cual sería la perspectiva: el modelo médico de la moderna psiquiatría. Permítaseme, pues, permanecer fiel a ciertas de estas líneas y alejarme de otras.

Centraré el tema en la «depresión», dejando de lado otros trastornos. Y, siguiendo con una presentación didáctica, me circunscribiré en las cuestiones nosológicas y nosográficas, obviando las terapéuticas (y, por ende, la psicofarmacología como base de un tipo de tratamiento, quedando ya el artículo citado como de referencia desde ahora). Las cuestiones etiopatogénicas quedan aplazadas para una próxima entrega,

debido a lo extenso y complejo de su exposición. Finalmente, aducir que la perspectiva será nuevamente el modelo médico.

Podemos afirmar con Alexander (Alexander & Selesnick, 1965) que tres serían las tendencias básicas de la psiquiatría en la conceptualización de la *enfermedad mental*. Así también veríamos tal proceso en cuanto al concepto concreto de la enfermedad depresiva. Según este autor, podríamos retrotraernos a la historia del pueblo hebreo para observar como Saúl, rey de los israelitas, se suicida ante la muerte de sus hijos y la pérdida de la guerra que mantenía frente a los filis-

teos (I Samuel, 31). Polaino Lorente, a su vez (Polaino Lorente, 1984), considera el autoinforme del Rey Antioco IV, Rey de Siria y Macedonia, como la primera reseña completa del curso y desenlace de un trastorno depresivo que nos ha llegado (I Macabeos, 6).

Como he señalado, tres han sido y, en parte, siguen siendo, las conceptualizaciones que se han dado del fenómeno depresivo (quizá en nuestra cultura el concepto mágico ha caído en desuso; pero no hemos de irnos muchos siglos atrás para observar todavía explicaciones demonológicas). Hasta bien entrada nuestra era (siglo XVI) no se produce una clara reacción contra la concepción demonológica (Corona Uhin, 1972). Pero en el curso de mi exposición me centraré obviamente en las otras dos.

Ya en la Grecia clásica se produce un primer intento clasificador de los trastornos mentales, huyendo de las explicaciones demonológicas de Esculapio. Así la historia conceptual de la enfermedad depresiva tiene su formulación primera en Hipócrates (460-370 a. C.).

Este distingue entre manía, frenitis y melancolía. Según él, la melancolía se caracteriza por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia (concepción orgánica); aunque sugirió que, cuando el miedo o la tristeza (aun no siendo depresivos) se prolongan mucho, pueden transformarse en melancolía. Sería, pues, éste («melancolía, del griego melan: negro + cholé: bilis) el primer término asociado para nombrar el trastorno depresivo.

Galeno (130-201 d.C.) acentúa más la sintomatología hipocondríaca. Distingue, asentándose en Hipócrates, tres tipos de melancolía, en función de que el exceso de bilis negra afecte primaria o secundariamente al cerebro.

Serían: las depresiones que sólo afectan al cerebro, las que afectan a la sangre y a los órganos abdominales. La clasificación hipocrática-galénica tomaría, pues, dos criterios: el humoral (bilis negra) y el *clínico* (según el órgano que resultase más afectado por aquélla).

San Pablo distinguió entre la «tristeza según Dios» (un caso particular de lo que hoy conocemos como *reacción depresiva*) y «según el mundo». Tal distinción tiene su importancia, según Snyder (citado por Polaino-Lorente, ob. cit.), para la comprensión del pensamiento medieval sobre el tema que nos ocupa. Durante la Edad Media la «melancolía» se torna en «acedia». Hasta el s. XII se configurará como un vicio capital más. De ahí en adelante, como un desorden de la vida emocional, que es tematizado en función de los apetitos dentro del marco teórico de las pasiones. Representantes, de la una, Casiano (365-435), de la otra, Sto. Tomás de Aquino (1225-1274), como más sobresalientes. Dando una visión global, el pensamiento del medioevo supo establecer, desde la filosofía cristiana, una importante distinción entre las diferentes clases de tristeza (distinción que hubiese sido muy importante para los clínicos).

Como señala Corona Uthink, con el Renacimiento cambia la perspectiva. Goclenius, en 1590, y Cassman, en 1594, introducen el término «psicología» para designar aquella rama de los conocimientos humanos que se ocupa de estudiar la conducta. Bright (citado por Polaino-Lorente, ob. cit.) afirma: «La aflicción del alma por la conciencia del pecado es otra cosa completamente distinta de la melancolía» (en *A treatise of Melancolie*, 1586). En este punto, se suscitara una cuestión apasionante, la del «delirio» depresivo (cuyas consecuencias

afectarán a la nosología psiquiátrica por espacio de tres siglos). Así, Willis (1683) subraya a la «rumiación» como un síntoma depresivo de primera magnitud. Sería una idea obsesiva especial que restringe el arco motivacional y el ámbito de los intereses del sujeto deprimido.

Con el comienzo del período asistencial del enfermo mental, Pinel (en su *Tratado médico-filosófico sobre la manía*, 1801) afirma: «Los melancólicos están frecuentemente absorbidos por una idea exclusiva a la que ellos recurren continuamente en su conversación y con la que aparece continuamente comprometida su atención. Otras veces observan el silencio más obstinado durante muchos años, y rehusan toda participación en su secreto afectivo a sus familiares y amigos (...); de repente, cuando sucede alguna circunstancia que ronda sus idas delirantes, manifiestan otra vez sus pensamientos obsesivos». Probablemente, con tales afirmaciones este médico, que libró a los enfermos de grilletes y cadenas y que dejó una gran obra nosográfica, clínica y terapéutica, dio origen a la concepción de la depresión como «monomanía», concepto que una vez introducido llegó a generalizarse en su uso para designar a la enfermedad depresiva.

Karl Ludwig (1828-1899) señaló, en la línea de lo expuesto al final del párrafo anterior, la consideración de que no hay *especies* de enfermedades mentales, sino periodos diferentes en los que el complejo y único síndrome mental se manifiesta de modo también diferente; sería el criterio *cronopatológico*.

Opina Polaino Lorente (ob. cit.) que: «De esta temática no hay que derivar un criterio continuista que isomorfe a las depresiones con las psicosis. Independientemente de que existan cuadros delirantes de tipo depresivo, es un

CUADRO N.º 1 SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA REPETIDA EN DIVERSOS CUESTIONARIOS

Se señala entre paréntesis, sobre un total de 15 cuestionarios, el número de veces que aparece cada síntoma en ellos.

Manifestaciones emocionales

Infravaloración (15), visión negativa del futuro (pesimismo) (12), descontento con el medio (12), dificultad para concentrarse (9), suspicacia (9), inseguridad (8), autorreproches (8), preocupación por la salud (8), sentimientos de culpa (8), visión distorsionada del propio cuerpo (5), debilidad de la memoria (4), deseo y expectativas de castigo (3).

Manifestaciones motivacionales

Pérdida del interés (14), falta de estímulo (cansancio) (11), pensamientos suicidas (intentos de suicidio) (11), incapacidad de tomar decisiones (9), retraimiento social (aislamiento) (6).

Manifestaciones vegetativas

Tensión (12), labilidad emocional (12), dolencias somáticas específicas (11), llanto, tendencia al llanto (9), alteraciones del sueño (9), oscilaciones diurnas (4).

Manifestaciones motoras

Retardo (13), agitación (9).

Tomado de HOFFMANN (1976)

hecho que la enfermedad depresiva puede acompañarse de síntomas psicóticos. Pero esto es otra entidad clínica muy diferente (...), desórdenes esquizoafectivos (cfr. DSM-III, 1980) (...).»

Quizá sea ahora aquí interesante señalar la diferencia entre timocentrismo y cognitivismo, como conceptualizaciones etiopatogénicas contrapuestas para la enfermedad depresiva. Esquirol (1838), p. e., sostuvo que «son las pasiones las que modifican las ideas, creencias y determinaciones del hombre racional. Las pasiones depresivas producen también una lesión parcial de la comprensión. La vida intelectual de quienes padecen un delirio melancólico está imbuida del carácter específico de su pasión» (timocentrismo; Esquirol hace depender las alteraciones cognitivas de las afectivas). De este enfoque timocentrista surgieron muy diversas nosologías, algunas de

ellas harto chocantes a la luz de nuestros conocimientos actuales (Burtón, 1621; De Sauvages, 1771; Jaquelin-Dubuisson, 1816; Fodere, 1817; Ball, 1880).

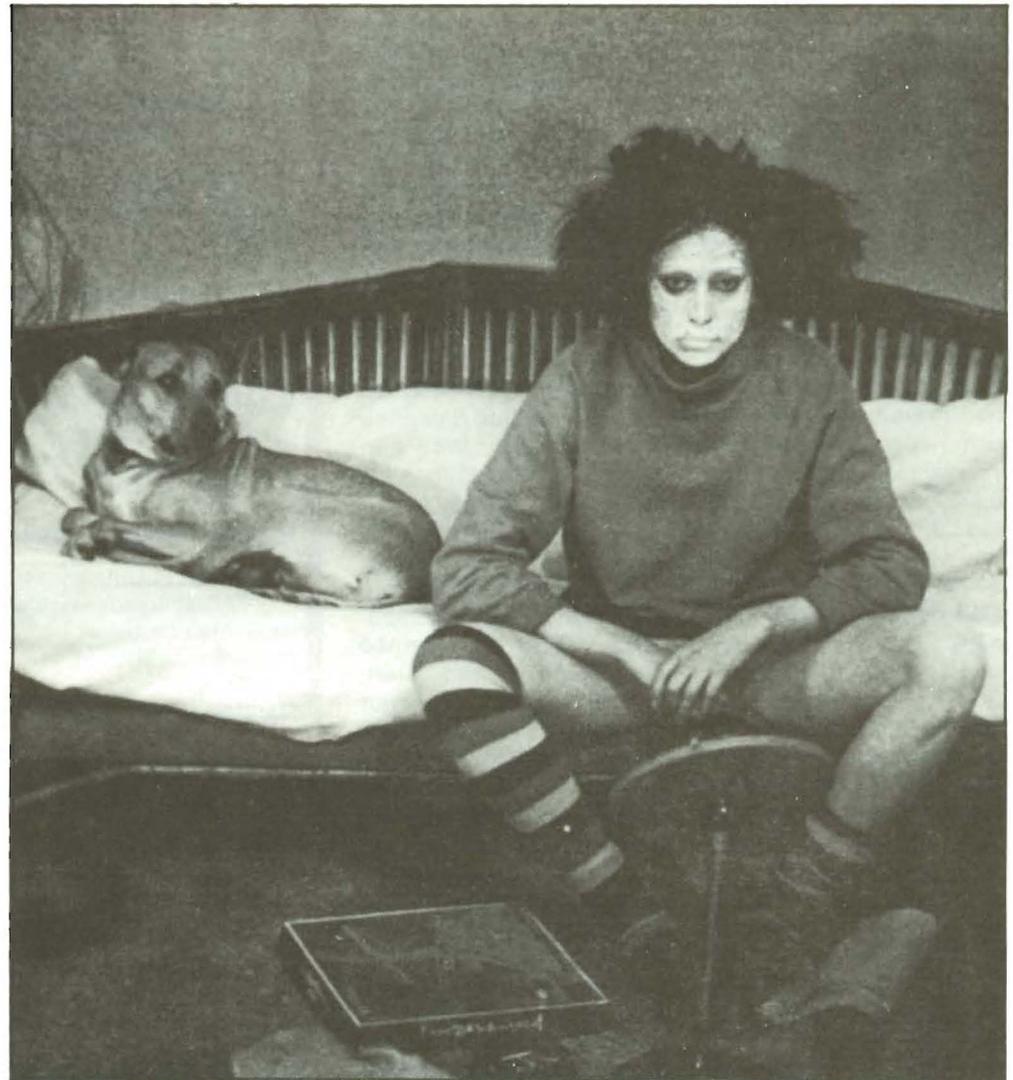
Parece ser que cabría el mérito de precursores de las terapias cognitivas de la depresión a Hoffman (1660-1742) y Rogers (1658-1728). Mas sus esfuerzos de pacientes (no de especialistas) fueron más bien vanos, a la luz de nuestros conocimientos sobre la indicación de tales terapias, que no era precisamente la de ambos casos (*depresión endógena*).

A finales del s. XIX, como señala Alexander (ob. cit.), «la insistencia neurológica en la observación clínica condujo finalmente a una tal abundancia de datos que se hizo obligada la clasificación y generalización de las múltiples formas de descripción de las enfermedades mentales». Surge entonces la figura de Kraepelin (1856-1926). En el campo que nos ocupa, Kraepelin

puso en duda la exclusiva vinculación de las cogniciones a los fenómenos delirantes de tipo depresivo. Diferenció entre la *dementia praecox* y la psicosis maníaco-depresiva; considerando que en el caso de aquélla era rara la recuperación del paciente, mientras que en ésta se podía curar por completo. Su posición timocentrista fue clara, y de su gran influencia en los posteriores desarrollos de la nosología se debe la clasificación de los trastornos depresivos como trastornos afectivos.

Otros autores de gran relevancia seguirían esa misma línea, como el mismo Freud (1856-1939). En su artículo *Duelo y melancolía* (1915, publicado en 1917) distingue claramente entre ambos: «El duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etcétera (...). El duelo es un afecto normal paralelo a la melancolía.» De aquí que hará depender y derivará las otras características que constituyen el perfil de las reacciones depresivas (*depresión reactiva*) de una situación de pérdida, tematizándolo según un registro exclusivamente afectivo.

Resumiendo hasta aquí, podemos seguir a Polaino-Lorente (ob. cit.) al afirmar que se darían «(...) tres posturas desde las cuales se aproximó la psiquiatría clásica al estudio de la depresión: el *timocentrismo* (que ha permanecido hasta hoy), el *cognitivismo* (que fue imposible) y el *voluntarismo* (que sólo perdura en ciertas actitudes vulgares que sostienen que la depresión puede remontarse únicamente con el concurso de la propia fuerza de voluntad). (...) El timocentrismo se alzó sobre la tristeza; el frustrado cognitivismo —ese fue su error— sobre los delirios y el voluntarismo sobre el retardo o inhibición motora.»



Se ha comprobado en diversos estudios epidemiológicos que el trastorno tendría una tendencia generalizada en toda la humanidad. Se podría esperar una incidencia del 5% en los varones adultos y un 10% en las mujeres. Tales diferencias podrían ser achacadas, según se postula por diversas instancias médicas, a los cambios hormonales femeninos.

En general, la sintomatología queda agrupada en manifestaciones de tipo emocional, motivacional, vegetativo y motor, pareciendo así que son «chequeadas» por las diversas pruebas al uso (cuadro n.º 1). Valdés Miyar (1979) señala lo que ya va siendo frecuente en los últimos años: la relación entre sintomatología depresiva y maníaca (tal y como ésta se circunscribe

en nuestros tiempos). Tal distinción nosográfica tiene asimismo validez nosológica, pronóstica y terapéutica, desde una perspectiva puramente psiquiátrica. Esto es de suma importancia para comprender por donde se enfoca parte de la actual investigación médica, y como, precisamente, se podrían encontrar (en este afán simplificador) puntos de encuentro entre psiquiatras y psicólogos del campo de la salud. Como ya se señaló en el artículo publicado en el número de enero-febrero 1986, en la tercera revisión del «Manual diagnóstico y

estadístico de los trastornos mentales» de la Sociedad Americana de Psiquiatría, distínguese claramente entre «episodio maníaco» y «episodio depresivo», relacionándolos ambos en el apartado de «trastornos afectivos» (la sintomatología asociada a los diversos criterios diagnósticos será presentada, «in extenso», en el momento de presentar la nosología adoptada por esta asociación, según es presentada en el citado texto).

Expondré ahora, pues, la sintomatología depresiva tal y como es resumida por Valdés Miyar (ob. cit.):

- a) Inhibición:
 - Inmovilidad.
 - Enclaustramiento (casa, cama, soledad).
 - Enlentecimiento funcional.
- b) Apatía, abulia, desinterés:
 - Laboral (dificultades trabajo, bajas).

- Social (retraimiento, soledad).
 - Sexual (anafrodisia, impotencia).
- c) Dificultades de concentración:
- Quejas amnésicas.
 - Merma rendimientos intelectuales.
- d) Cansancio, fatigabilidad, irritabilidad, intolerancia.
- e) Tristeza:
- Llanto fácil.
 - Evaluación negativa del pasado (ideas de culpa y autodesprecio).
 - Evaluación pesimista del futuro (ideas de condenación y ruina).
 - Pérdida de ilusiones (idea de muerte).
- f) Cefaleas, dolores osteoarticulares y musculares.
- g) Anorexia y estreñimiento.
- h) Insomnio:
- De madrugada (peligro suicidio).
 - De conciliación (ansiedad).
 - Total.
- i) Equivalentes depresivos:
- Algias en general.
 - Parestesias.
 - Vértigos.
 - Síndromes anoréxicos.

Reseñaré ahora cuál sería la sintomatología maniaca, según este autor. Ello nos permitirá contrastar y sacar conclusiones. Tal sintomatología sería, pues, la siguiente:

- a) Desinhibición:
- Inquietud psicomotora.
 - Tempestad de movimientos.
 - Búsqueda contactos sociales.
 - Despilfarro económico.
 - Pérdida de las normas de convivencia.
- b) Interés desmedido por todo:
- Proyectos múltiples irrealizables.
 - Promiscuidad sexual, aumento libido.
- c) Dificultad de concentración:
- Distraibilidad.
 - Captación por cualquier estímulo.
 - Hipermnesia.
- d) Energía inagotable, iniciativas continuas.
- e) Irritabilidad, tolerancia lábil.
- f) Euforia:
- Llanto fácil.
 - Reinterpretación poco realista del pasado.
 - Evaluación optimista del presente y futuro (ideas de omnipotencia).
 - Megalomanía.
 - Proyectos desmedidos.
 - Grandes negocios.
- g) Anorexia:
- Total.
- h) Insomnio:
- Total.

Señala Valdés Miyar (ob. cit.): «Lo cierto es que el cuadro maniaco puede sustituir, sobreañadirse, alterar o mezclarse de modos atípicos con el síndrome depresivo, *hasta el punto de hacer extraordinariamente difícil su control terapéutico*» (el subrayado es mío). Otros autores no precisan de una tan completa y extensa semiología, y su visión del trastorno y sus interrelaciones es más simple. Así, p. e., Hollister (1983), refiriéndose a la atención primaria de la enfermedad depresiva, afirma: «Muy a menudo los pacientes no refieren síntomas directos, sino una variedad de manifestaciones físicas vagas, como fatiga o cefalgia, incapacidad para dormir, alteraciones gastrointestinales, pérdida de peso, dolor crónico. *Esta es la clase de síntomas que generalmente no ayudan mucho en la investigación diagnóstica y deben constituir una advertencia de que quizá existe depresión* (el subrayado es mío); si los sujetos relatan pérdida del interés por asuntos que suelen proporcionarles satisfacción, disminución del apetito sexual o incapacidad para concentrarse, desde luego, ello constituye evidencia mucho más directa de depresión.»

Desde una perspectiva cognitiva, Beck (1979; 1967, cit. por Davison & Neale, 1974) resume en cinco los síntomas más comunes de la depresión:

1. Estado de ánimo triste.
 2. Opinión negativa de uno mismo (autorreproches, reprensión de uno mismo).
 3. Deseo de ocultarse, de mantenerse alejado de los demás.
 4. Pérdida del sueño, del apetito y del deseo sexual.
 5. Cambios en el nivel de actividad, volviéndose el paciente letárgico o agitado.
- Considero tal resumen apropiado a lo que gene-

ralmente es la nosografía fundamental de este trastorno. Señalar tan sólo, con Davison & Neale (ob. cit), algo obvio: «Como cabe esperar, un solo individuo rara vez reúne al mismo tiempo estos síntomas de depresión; normalmente se aplica el diagnóstico de depresión cuando son evidentes unos cuantos de ellos (recuérdese a Hollister), *sobre todo el de una profunda tristeza incongruente con la situación vital de la persona*» (el paréntesis y el subrayado son míos).

Es común a toda la bibliografía manejada y de referencia en este trabajo, así como de la experiencia que diversos colegas médicos consultados exponen, que dos serían los grandes grupos que definirían la nosología de la enfermedad depresiva. Tales: *Depresión reactiva, depresión endógena*. Tal distinción tiene, al parecer, gran relevancia a la hora de la terapéutica y en cuanto al pronóstico. Siendo de interés el señalar aquí que nadie se opone, sino todo lo contrario, a añadir a estas dos categorías otras residuales, o de subdividir ellas mismas.

El ya citado Valdés Miyar, desde una perspectiva fenomenológica (y, a su parecer, «...totalmente de la explicación psicofisiológica que sería de desear»), expone la clasificación presentada en el cuadro n.º 2. Aunque resume, a lo largo de su exposición, en tres categorías fundamentales: las ya conocidas «endógena» y «reactiva», y la «caracterial» («personalidad histérica», «personalidad obsesiva», «personalidad sensitivo-paranoide»).

Kielholz expone en su obra *Los estados depresivos* (1972), y citada por multitud de otros autores (p. e., Sánchez Caro, 1976), una clasificación original y que partiendo de dos ejes coordinados («esfera somatogena»-«esfera psicogena») ordena en tres

CUADRO N.º 2
PRECISIONES CLINICO-NOSOLOGICAS SOBRE LOS ESTADOS DEPRESIVOS

Depresión	Criterios delimitadores
Endógena (uni o bipolar)	Sin motivo aparente. Posibles determinantes genéticos (sobre todo, bipolar) Dependencia factores mesológicos. Normalidad entre cada episodio. No acuerdo sobre posible personalidad peculiar.
Reactiva (situacional)	Motivos comprensibles (en función de los acontecimientos o de la situación). Evolución proporcional a los acontecimientos desencadenantes. No siempre aparece en los mismos tipos de personalidad.
Endorreactiva (Weitbrecht)	Criterio nosológico: elementos desencadenantes que ponen en marcha un curso endógeno. Como entidad, nos orienta sobre la relatividad de toda distinción tajante entre endógeno y reactivo.
Caracterial (neurótica)	Etiopatogenia: peculiar dinámica en la personalidad, en virtud de su configuración (factores educativos, biográficos, aprendizajes, etcétera). La reincidencia es atribuida muchas veces a endogeneidad.
Involutiva (y senil)	Criterio nosológico: la edad de aparición, en ausencia de antecedentes depresivos. Posible factor precipitante: la personalidad se hace más rígida a medida que progresa la edad. No se descartan implicaciones biológicas ligadas a la involución.
Pospuerperar	Criterio nosológico: el momento de la aparición. Curso e intensidad, dependientes de personalidad.
Larvada, enmascarada (equivalente depresivo) (D. ^a Fonseca, López Ibor, Spiegelberg)	Presencia síntomas depresivos (fatiga, ansiedad). Personalidad peculiar. Particularidades evolutivas («syndrome shift») Antecedentes heredofamiliares. Reacción positiva al tratamiento antidepressivo,
Atípica	Configura el síndrome inicial de otras entidades nosológicas (en particular de la esquizofrenia).
Inhibida, ansiosa, agitada	Adjetivaciones que orientan sobre el síntoma o conjunto de síntomas que sobresalen o acompañan al cuadro depresivo.
Por agotamiento (Kielholz)	El cuadro depresivo va precedido de tensiones posiblemente generadas del síndrome.
Por mudanza (Bürger-Prinz)	El cuadro depresivo aparece como resultado de un cambio de ambiente.
Por descarga (Schulte)	La depresión aparece tras ceder una presión que actúa sobre el sujeto.
Anaclítica (Spitz)	Hace referencia a aquellos síndromes depresivos que aparecen como resultado de carencias en períodos críticos del desarrollo (p. e.: en niños separados de sus madres a edad muy temprana).

grupos principales: depresiones «somatógenas», «endógenas» y «psicógenas» (cuadro n.º 3). Según esta clasificación, como señala Sánchez Caro (ob. cit.) «...las depresiones endógenas tendrían una causa endógena, bioquímica o biogénica, y las psicógenas unas exógenas, por motivaciones psíquicas (...), también... las depresiones pueden ser secundarias a

trastornos orgánicos (seniles, arterioescleróticas, postraumáticas, epilépticas, etcétera) y sintomáticas (postinfecciosas, hemodinámicas, endocrinas, tóxicas, etcétera)».

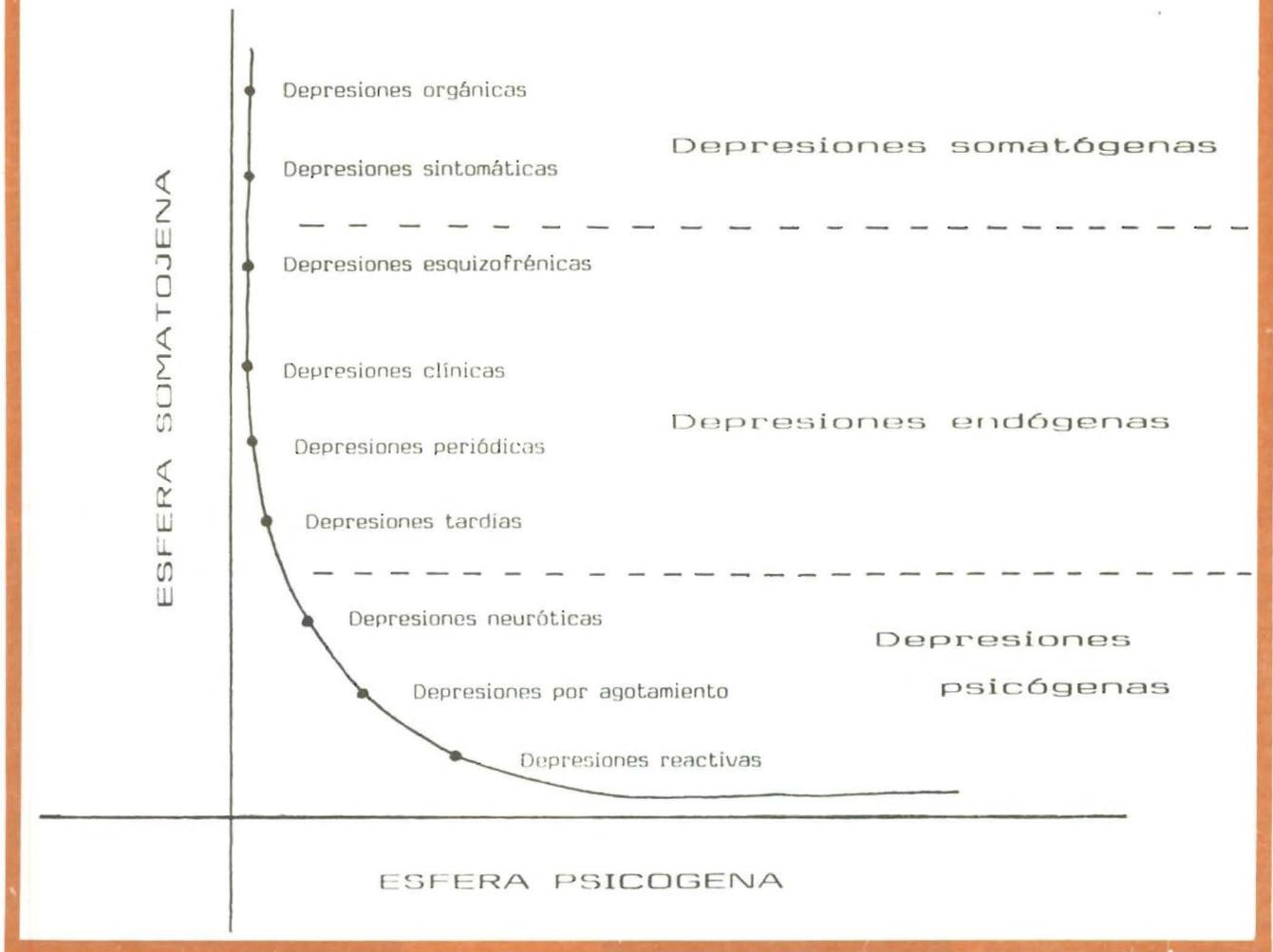
Antes de pasar directamente a la exposición de la nosología adoptada en el DSM-III (1980), resumiré brevemente la postura adoptada por la OMS en su novena revisión de la Clasificación Internacional de

las Enfermedades. Encontramos, nuevamente, en ella la distinción, ya clásica, en psicosis y neurosis, pudiendo encontrar trastornos afectivos (y, por ende, trastornos depresivos), en cualquiera de ambos grupos marco (cuadro n.º 4).

Pasando ya a la clasificación DSM-III, comenzaré por exponer, a modo de comparación, lo que se exponía en la revisión an-

terior de este manual. El DSM-III (1986) fue la primera revisión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, que publicó la APA en 1952. Las dos revisiones efectuadas de esta obra han significado un progresivo avance en cuanto a precisión y simplificación (que en la revisión ya en curso parece acentuarse aún más). Ello unido a su relevancia intrínseca la ha-

CUADRO N.º 3
CLASIFICACION DE KIELHOLZ DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS



cen ser (y no es opinión particular) fundamental.

En el DSM-II la clasificación adoptada del trastorno depresivo se hacía en función de dos ejes esenciales: stress ambiental precipitante y gravedad (cuadro n.º 5). En el DSM-III esto se ha simplificado al haber hecho depender los trastornos depresivos de un solo grupo: «trastornos afectivos» (cuadro n.º 6). Expongo a continuación los criterios diagnósticos para cada uno de ellos.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPISODIO MANIACO

- A. Uno o más períodos diferentes en un estado de ánimo predominantemente elevado, expansivo o irritable.
- B. Una semana de du-

ración como mínimo (o cualquier duración si ha sido necesaria la hospitalización), en la que persisten durante la mayor parte del tiempo, al menos tres de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es irritable), y que se han presentado de forma significativa:

1. Aumento de la actividad (tanto laboral como social o sexual) o inquietud física.
2. Más hablador de lo habitual o mantenimiento de un lenguaje verborreico.
3. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se suceden a gran velocidad.
4. Aumento de la autoestima (grandiosidad que puede ser delirante).
5. Disminución de la necesidad de dormir.
6. Distrabilidad, por

ejemplo, la atención es fácilmente dirigida hacia estímulos externos irrelevantes o poco importantes.

7. Implicación excesiva en actividades con una alta posibilidad de consecuencias negativas, sin que ello sea reconocido por el sujeto, por ejemplo, gastar dinero en juergas, indiscreciones sexuales, invertir en absurdos negocios, conducir imprudentemente.

C. Cuando no está presente un síndrome afectivo (por ejemplo, criterios diagnósticos A y B), esto es, antes de que se desarrolle o después si ha remitido, ninguno de los síntomas domina el cuadro clínico:

1. Ideas delirantes o alucinaciones con estado de ánimo incongruente.

2. Conducta extraña.

D. No hay sobreañadidos ni esquizofrenia, ni trastorno esquizofreniforme o paranoide.

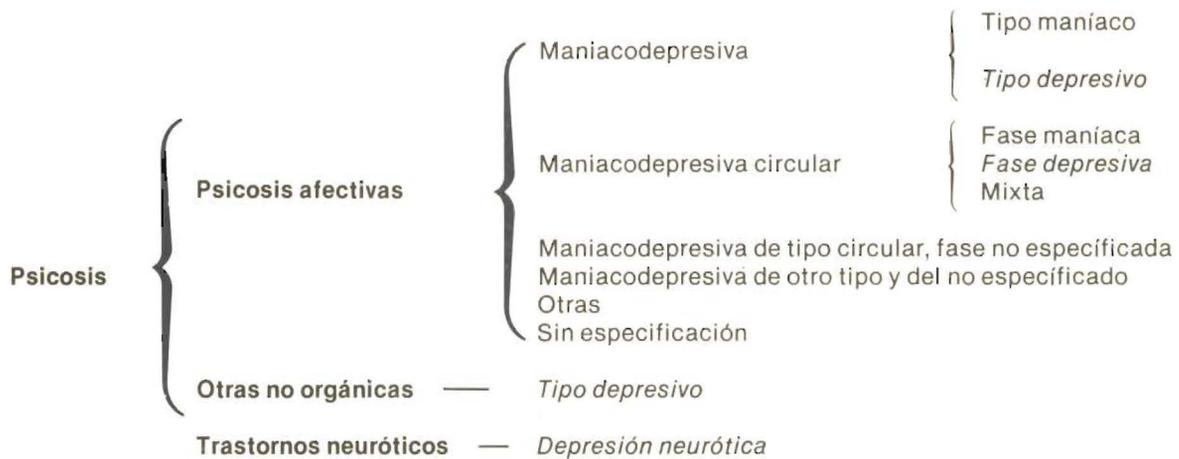
E. Todo ello no es debido a ningún trastorno mental orgánico, como intoxicación por sustancias tóxicas.

(Nota: El episodio hipomaniaco es una alteración parecido, pero no tan grave como el episodio maniaco.)

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A. Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales. El estado de ánimo disfórico se caracteriza por los siguientes síntomas:

CUADRO N.º 4
CLASIFICACION DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN LA ICD-9



depresión, tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, falta de iniciativa e irritabilidad. La alteración del estado de ánimo puede ser predominante y relativamente persistente, aunque no siempre es el síntoma más llamativo; en cualquier caso, no hay cambios momentáneos de un estado disfórico a otro: como ocurre con el paso de la ansiedad a la depresión o la cólera, tal y como se observa en los estados de confusión psicótica aguda (el estado de ánimo disfórico en los niños menores de seis años puede inferirse a partir de la persistente tristeza de la expresión facial).

B. Por lo menos, cuatro de los siguientes síntomas han estado presentes casi diariamente, durante dos semanas como mínimo (en los niños menores de seis años, tres de los cuatro primeros síntomas, como mínimo):

1. Poco apetito o pérdida significativa de peso (sin estar bajo dieta), o aumento del apetito con ganancia de peso (no se opera la ganancia de peso esperada en los niños menores de seis años).

2. Insomnio o hipersomnia.

3. Agitación o enlentecimiento psicomotor (no bastan los sentimientos subjetivos de inquietud o



de estar enlentecido) (hipoactividad en los niños menores de seis años).

4. Pérdida de interés o placer en las actividades habituales, o disminución de la actividad sexual fuera de los períodos delirantes o alucinatorios (signos de apatía en los niños menores de seis años).

5. Pérdida de energía, fatiga.

6. Sentimientos de inutilidad, autorreproche o de culpa excesiva, o inapropiada (puede ser delirante).

7. Quejas o pruebas de la capacidad de concentración o pensamiento, tales como enlentecimiento del pensamiento o indecisión no acompañada de incoherencia o pérdida notable de la capacidad asociativa.

8. Pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos de suicidio.

C. Cuando no está presente el síndrome afectivo; es decir, antes de que se haya desarrollado o después de haber remitido, ninguno de los siguientes síntomas dominan en el cuadro clínico:

1. Preocupación por

CUADRO N.º 5
CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS DSM-II

GRAVEDAD	Stress ambiental precipitante	
	SI	NO
LIGERA	Depresión neurótica Depresión exógena	
GRAVE	Depresión psicótica	Maníaco depresivo (tipo depresivo) Depresión endógena Melancolía involucional

ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo.

2. Conducta extraña.

D. No hay sobreañadida una esquizofrenia, ni un trastorno esquizofreniforme, ni un trastorno paranoide.

E. Todo ello no es debido a ningún otro trastorno mental ni al duelo no complicado.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR MIXTO

A. El episodio actual o el más reciente comprende el cuadro sintomatológico completo de los episodios tanto depresivos como maníacos entremezclados, o alternando rápidamente en pocos días.

B. Los síntomas depresivos predominan y duran todo el día.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR MANIACO

Episodio maníaco presente en la actualidad (o recientemente). (Si ha habido un episodio maníaco previo, el episodio actual no precisa cumplir todos los criterios para el diagnóstico de un episodio maníaco.)

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE UN TRASTORNO BIPOLAR DEPRESIVO

A. Ha habido uno o más episodios maníacos.

B. El episodio actual (o el más reciente) es un episodio depresivo mayor.

(Si ha habido un episodio depresivo mayor previo, el episodio actual no necesita cumplir todos los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor.)

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION MAYOR

A. Uno o más episodios de depresión mayor.

B. Nunca ha habido un episodio maníaco o episodio hipomaníaco.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO CICLOTIMICO

A. Durante los dos últimos años se han presentado numerosos periodos con algunos síntomas característicos tanto de síndrome depresivo como maníaco, pero no con la gravedad y duración suficientes para cumplir los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor o de un episodio maníaco.

B. Los periodos depresivos e hipomaníacos pueden estar separados por periodos de estado de ánimo normal, que pueden durar varios meses, o bien pueden entremezclarse ambos periodos o alternarse entre sí.

C. Durante los periodos depresivos hay un estado de ánimo depresivo o una pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o

pasatiempos habituales, y tres de los siguientes síntomas como mínimo:

1. Insomnio o hipersomnia.

2. Disminución de la energía o fatiga crónica.

3. Sentimientos de incapacidad.

4. Disminución de la efectividad o productividad en la escuela, en el trabajo o en la casa.

5. Disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar.

6. Retraimiento social.

7. Pérdida de interés o de placer en el sexo.

8. Restricción de las actividades placenteras, sentimientos de culpa por actividades pasadas.

9. Sentimiento de lentitud y desmoronamiento.

10. Menos hablador de lo habitual.

11. Actitud pesimista hacia el futuro o rumiación pesimista de los acontecimientos pasados.

12. llantos o sollozos.

Durante los periodos hipomaníacos hay un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, y tres de los siguientes síntomas como mínimo:

1. Disminución de la necesidad de sueño.

2. Más energía de lo habitual.

3. Aumento de la autoestima.

4. Aumento de la productividad, acompañado a menudo de horas extras.

5. Inusual agudeza y creatividad del pensamiento.

6. Falta de inhibición en la búsqueda de contac-

to con la gente (gregarismo extremo).

7. Hipersexualidad, sin reconocimiento de las posibles consecuencias negativas.

8. Implicación excesiva en actividades placenteras, sin preocuparse de la posibilidad de consecuencias negativas, p.e.: gastar dinero en juergas, invertir en negocios absurdos, conducir imprudentemente.

9. Inquietud física.

10. Más hablador de lo habitual.

11. Exageración del optimismo y de los acontecimientos pasados.

12. Chistes, juegos de palabras o risas inapropiadas.

D. Ausencia de síntomas psicóticos, como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia o pérdida de la capacidad asociativa.

E. Todo ello no es debido a ningún otro trastorno mental, como la remisión parcial del trastorno bipolar. Sin embargo, el trastorno ciclotímico puede preceder al trastorno bipolar.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DISTIMICO

A. Durante los dos últimos años (o uno en el caso de los niños y adolescentes) el sujeto ha presentado durante mucho o todo el tiempo síntomas característicos del síndrome depresivo, pero no con la suficiente gravedad y duración como para

CUADRO N.º 6
CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DSM-III

TRASTORNOS AFECTIVOS								
Mayores					Otros	Especificos	Atipicos	
Trastorno bipolar		Depresión mayor						
Mixto	Maníaco	Depresivo	Episodio único	Recurrente				

cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.

B. Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser relativamente persistentes, o estar separadas por períodos de estado de ánimo normal que duran de unos días a unas pocas semanas, pero no más de unos meses.

C. Durante los períodos depresivos hay un llamativo estado de ánimo depresivo (p. e.: triste, melancólico, abatido, bajo) o una notable pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales.

D. Durante los períodos depresivos están presentes, como mínimo, tres de los siguientes síntomas:

1. Insomnio o hipersomnia.
2. Bajo nivel de energía o cansancio crónico.
3. Sentimientos de incapacidad, pérdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación.



4. Disminución de la efectividad o de la productividad en la escuela, trabajo o en casa.

5. Disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad.

6. Retraimiento social.

7. Pérdida de interés o de disfrute de las actividades placenteras.

8. Irritabilidad o cólera excesiva (expresada en los niños hacia los padres o monitores).

9. Incapacidad para responder con placer a los elogios o refuerzos.

10. Menos activo o hablador de lo habitual, o sensación de lentitud o inquietud.

11. Actitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados o sentimientos de lástima hacia uno mismo.

12. Llanto o sollozo.

13. Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.

E. Ausencia de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia o pérdida de la capacidad asociativa.

F. Si el trastorno se sobreañade a un trastorno mental preexistente, como un trastorno obsesivo-

compulsivo o la dependencia de alcohol, el estado de ánimo deprimido puede diferenciarse del estado de ánimo habitual del sujeto en virtud de su intensidad o de su efecto sobre la actividad.

Hasta aquí una somera (aunque extensa) reseña de lo expuesto por la Sociedad Americana de Psiquiatría. Obsérvense parecidos y diferencias con lo expuesto con antelación. Sólo señalar que en el DSM-III el diagnóstico se afina más de lo expresado; su sistema clasificador evalúa al sujeto particular en cinco «ejes», siendo los criterios expuestos los correspondientes al primero de ellos, el que hace referencia a los síndromes clínicos. Los cuatro siguientes: eje II, trastornos de la personalidad y trastornos específicos del desarrollo; eje III, estados y trastornos somáticos; eje IV, intensidad del stress psicosocial; eje V, máximo nivel de adaptación en el trascurso del último año.

Termina con la discusión sobre los aspectos nosológicos esta primera entrega sobre lo expuesto en el seminario que la Comisión de Terapia Cognitiva Comportamental y Sa-

lud Mental organizó para el curso 85/86, quien firma este artículo. Queda para su momento la exposición de las cuestiones etiopatogénicas, con las que se cerró mi exposición que sobre «Depresión» efectuó en el mencionado seminario, así como también la reseña de una breve discusión suscitada al final de la misma.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, F. G. & SELESNICK, S. T.: *Historia de la psiquiatría. Una evaluación del pensamiento psiquiátrico desde los tiempos prehistóricos hasta nuestros días*. Ed. Espaxs. 1970 (V. O. 1965).
- A. P. A.-DSM-III: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson. 1984 (V. O. 1980).
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F. & EMERY, G.: *Terapia cognitiva de la depresión*. Ed. Desclee de Brouwer. 1983 (V. O. 1979).
- CORONA UHINK, G.: *El proceso de la psiquiatría (una visión de la psicopatología y una aproximación al*

enfermo mental a través del tiempo). Ed. Herrero Hnos. Sucesores. 1972.

DAVISON, G. G. & NEALE, J. M.: *Psicología de la conducta anormal. Enfoque clínico experimental*. Ed. Limusa. 1980 (V. O. 1974).

EUROPHARMA: «Depresión». *Diagramas Clínicos*, n.º 72. Ediciones del Laboratorio Europharma.

HOLLISTER, L.: «Depresión: Atención primaria». Entrevista. *Tiempos Médicos*. Exclusiva para el *Médico Joven*, n.º 34. Noviembre, 1983.

POLAINO-LORENTE, A.: *Depresión: Actualización psicológica de un problema clínico*. Ed. Alhambra, 1984.

SANCHEZ CARO, J.: «Depresiones. Diagnóstico clínico y tratamiento». En García de la Fuente, A. *Medicine. Tratado de Medicina*, n.º 20. Idepsa. Agosto, 1976.

SANTOLAYA OCHANDO, F.; ARRIBAS SAIZ, P.; CABEZOS FERNANDEZ, J. S.; GENIS CARCHANO, M. & MALEA FERNANDEZ, A.: «Introducción a la psicofarmacología y nosología psiquiátrica». *Información Psicológica*, n.º 25. Enero-febrero, 1986.

VALDES MIYAR, M.: «La patología depresiva en la clínica». En García de la Fuente, A. *Medicine. Tratado de Medicina*, n.º 34. Idepsa. Agosto, 1979.

NOTA SOBRE EL IVA

La Junta Rectora, en sesión celebrada el pasado 25 de noviembre, adoptó el acuerdo de proponer las siguientes actuaciones:

OPCION A: Cobrar el IVA y pagarlo a Hacienda, recurriendo a la autoliquidación. Consiste en tramitar el recurso al tiempo que se efectúa la autoliquidación.

OPCION B: No cobrar ni pagar IVA y esperar que la inspección levante acta y recurrir por vía ordinaria, primero, ante el Tribunal Económico-Administrativo y, en su caso, ante el Tribunal Constitucional.

OPCION C: Con independencia

de la opción anterior, y al mismo tiempo, puede recurrirse contra el primer acto de la Delegación de Hacienda directamente (por vía de urgencia) ante los Tribunales Contencioso-Administrativos, en el plazo de diez días desde la inspección, por lesión a los derechos fundamentales (discriminación). El recurso por esta vía permite eliminar ante la jurisdicción contencioso-administrativa, mediante el llamado recurso de amparo ordinario, que a la postre, una vez agotadas las vías judiciales, permite el acceso al Tribunal Constitucional.

Los colegiados que se acojan a

cualquiera de las opciones anteriores cuentan con el apoyo de la Junta Rectora y con los servicios técnicos gratuitos del asesor jurídico.

Los que tomen las opciones B y C deben esperar que les venga la inspección, explicar al inspector que no cobran ni pagan IVA, porque los servicios psicológicos son sanitarios, y posiblemente el inspector levantará acta. Una vez firmada el acta de disconformidad, hay que ponerse de inmediato en contacto con el asesor jurídico, teniendo en cuenta que para la opción C sólo contamos con 10 días de plazo para presentar recurso.