

---

## Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos

### *Psychopathology and classification of depressive disorders*

---

V. Peralta, M.J. Cuesta

---

#### RESUMEN

Las depresiones constituyen un grupo heterogéneo de trastornos desde los puntos de vista etiológico, sintomatológico y evolutivo, lo que ha conllevado dificultades para definir el síndrome depresivo axial y sus formas clínicas. Estas dificultades se han traducido en definiciones y sistemas nosológicos cambiantes a lo largo del tiempo, así como en dificultades para delimitar los trastornos depresivos de variaciones afectivas de la normalidad y de otros trastornos mentales con síntomas depresivos. En este estudio, partiendo de la distinción entre alteraciones de los sentimientos y del humor, se propone una definición del síndrome depresivo axial. Se analizan las características de las clasificaciones categoriales y dimensionales en términos de su idoneidad para clasificar los trastornos depresivos. Aunque ambas aproximaciones tienen pros y contras, la aproximación dimensional parece tener más validez para clasificar los trastornos mentales en general y los depresivos en particular. Se propone un modelo de clasificación multidimensional de las depresiones que integra los planos etiológico, psicopatológico y evolutivo, los cuales se componen a su vez de subdimensiones relevantes desde el punto de vista clínico y terapéutico.

**Palabras clave:** Trastornos depresivos. Sentimientos. Humor. Psicopatología. Clasificación.

#### ABSTRACT

Depressive disorders are a heterogeneous group of conditions in terms of their etiology, symptom composition and outcome, which has resulted in difficulties in the definition of the axial depressive syndrome and its clinical forms. This gives rise to a number of problems regarding their definition and delimitation from other mental disorders and from normality. As a result, changing and to some extent overlapping definitions of depressive disorders have been proposed over time. A definition of axial depressive syndrome is proposed based on the differentiation between disturbances of mood and affect. The two main classificatory approaches (categorical and dimensional) are examined with regard to their appropriateness in classifying depressive disorders. Although the two approaches possess pros and cons, the dimensional approach has a number of characteristics that makes it more appropriate than the categorical approach for classifying mental disorders in general and depressive disorders in particular. A multidimensional model for classifying depressive disorders is proposed. The model includes etiological, symptomatological and course/outcome components, each of which is composed of a number of dimensions that have clinical and therapeutical relevance.

**Key words:** Depressive disorders. Affects. Mood. Psychopathology. Classification.

ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 3): 7-20.

Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

**Correspondencia:**  
Víctor Peralta Martín  
Unidad de Psiquiatría  
Hospital Virgen del Camino  
Irunlarrea, 4  
31008 Pamplona  
Tfno. 948 422488  
Fax 948 429424  
E-mail: victor.peralta.martin@cfn Navarra.es

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos constituyen un grupo de trastornos mentales habitualmente caracterizados por un conjunto coherente de síntomas que son la expresión de la afectación de diferentes funciones psicológicas: afectividad (tristeza), cognición (desesperanza), psicomotricidad (inhibición) y conducta (hipoactividad). El síndrome depresivo es extraordinariamente heterogéneo en relación a sus causas (desde factores biológicos a factores psicológicos), su evolución (desde la remisión *ad integrum* hasta la cronicidad o el suicidio), o su intensidad (desde estados próximos a la normalidad o con repercusión casi exclusiva en la esfera subjetiva, hasta cuadros muy graves con incapacitación en todas las áreas de funcionamiento personal).

Por otra parte, hay que reconocer que los límites de la depresión son difusos, y la depresión puede ser conceptualizada alternativamente como síntoma, síndrome, enfermedad, o incluso, como una forma de reacción normal del ser humano ante acontecimientos de la vida. Esto hace que cuestiones como la definición, diagnóstico y clasificación de la depresión planteen serios problemas teóricos y prácticos (terapéuticos) aún no resueltos completamente. Estos problemas se reflejan en las principales denominaciones empleadas para definir estas condiciones. La palabra depresión es la más utilizada tanto en ambientes médicos como popularmente, sin embargo, es demasiado genérica e inespecífica y además implica que todas las depresiones son iguales, lo cual no es cierto; con el término plural de las depresiones se enfatiza su heterogeneidad clínica, el término de trastorno(s) depresivos(s) refleja que la condición es clínicamente relevante; y el término de enfermedad depresiva se emplea para aquellos casos más graves con síntomas endogenomorfos y de fundamento más biológico que clásicamente han constituido el núcleo de las definiciones de trastorno depresivo.

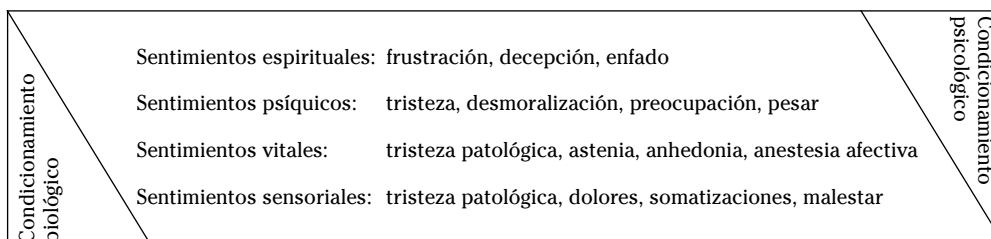
En este capítulo se intenta realizar un abordaje integrador de la conceptualización de las depresiones. Partiendo de un

análisis de los elementos psicopatológicos básicos (afectos, sentimientos, humor) realizamos una definición del síndrome depresivo axial. Posteriormente, se muestran los principales enfoques para clasificar los trastornos depresivos, y finalmente, se describe un modelo de clasificación multidimensional de carácter integrador y clínicamente relevante.

## PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

### Afectividad, estado de ánimo o humor y sentimiento

Para comprender la psicopatología de los trastornos del ánimo, y particularmente para diferenciar los trastornos del ánimo como enfermedades de las reacciones vivenciales anormales y de los problemas afectivos de la vida cotidiana es muy importante la diferenciación de dos fenómenos psicopatológicos que subyacen en cada una de estas condiciones: el estado de ánimo o humor y los sentimientos. Por afectividad entendemos el conjunto de los sentimientos y de estados de ánimo<sup>1</sup>. El estado de ánimo o humor es un estado afectivo de carácter relativamente autónomo y duradero en el tiempo, aunque generalmente de carácter autolimitado, que afecta de modo global a las experiencias psicológicas y corporales. Es, por lo tanto, un modo de experiencia total que afecta primariamente a la percepción del propio yo, y secundariamente a la experiencia del mundo que rodea a la persona<sup>2</sup>. Los sentimientos son vivencias muy variables, que en su concepción más habitual son de naturaleza psicológica (pena, alegría, ira, rabia, frustración), pero no exclusivamente<sup>2</sup>. Un filósofo, Max Scheler, ha elaborado una clasificación de los sentimientos en estratos que ha sido aplicada a la psiquiatría por Schneider<sup>3</sup> y Weitbrech<sup>4</sup>, que tiene importantes implicaciones psicopatológicas y neurobiológicas (Fig. 1). De acuerdo con esta clasificación las capas más profundas de los sentimientos corresponden a vivencias afectivas primarias, difusas y poco elaboradas ligadas a la corporalidad que serían el reflejo de alteraciones biológicas. Por el contrario, las capas más



**Figura 1.** Clasificación jerárquica de los sentimientos en referencia a aquellos de tonalidad depresiva.

superficiales corresponden a sentimientos muy elaborados que son dependientes de la biografía y las circunstancias de la persona. La importancia de esta concepción de los sentimientos se debe a que las alteraciones del ánimo conllevan principalmente una alteración de las capas de los sentimientos profundas entre las que surge la denominada tristeza patológica, hasta el punto de que ambos ámbitos –el humor y los sentimientos profundos– están inextricablemente unidos. También tiene implicaciones terapéuticas para los estados depresivos, ya que la alteración de las capas superficiales de los sentimientos apuntan a abordajes psicológicos y la de las capas profundas a los abordajes biológicos. En definitiva, los sentimientos y el humor son fenómenos independientes, aunque las alteraciones del humor pueden condicionar la alteración de los sentimientos sensoriales y vitales. La distinción entre alteraciones del estado de ánimo o sentimientos es particularmente importante para los sentimientos psicológicos ya que éstos son los más frecuentes y aparentes, por lo que en adelante nos referiremos a ellos a no ser que se especifique lo contrario.

El estado de ánimo y los sentimientos se distinguen entre sí por su relación temporal, ya que los estados de ánimo persisten durante periodos relativamente largos y se oponen a la brevedad e inestabilidad de los sentimientos. Las alteraciones del estado de ánimo son relativamente autónomas del ambiente y muchas veces comienzan y terminan sin motivo aparente, mientras que los sentimientos están unidos a las circunstancias vitales y tienen un comienzo y final paro-

xístico. El humor posee profundidad al estar anclado en la personalidad y entretelado en su estructura, carece de dirección, está dirigido al propio yo, está fuera del alcance de la voluntad y carece de intencionalidad; el humor es una experiencia básica que no está mediada por procesos psicológicos. Por el contrario, los sentimientos comportan una respuesta ante un acontecimiento, pueden ser dirigidos intencionalmente y por ello representan bosquejos de acciones. En este sentido, los sentimientos constituyen fenómenos sociales. Otra característica diferenciadora de los estados anímicos y los sentimientos es el hecho de que mientras la coexistencia simultánea de distintos estados de ánimo es la excepción (esto sólo ocurre en patologías afectivas raras como la ciclación rápida y los estados mixtos), la coexistencia de distintos sentimientos es la regla, así uno puede sentir a la vez tristeza, cólera, rabia o incluso alegría.

Las alteraciones básicas del estado de ánimo son el depresivo, el eufórico y el disfórico. La alteración del estado de ánimo del polo depresivo se corresponde con la aparición de los sentimientos de las capas profundas (vitales y sensoriales) de tonalidad depresiva, mientras que los sentimientos psicológicos sólo se afectan de manera secundaria. La afectación de los sentimientos vitales suele conllevar la experiencia de tristeza, que por tener un carácter cualitativamente distinto de la experiencia normal de tristeza, se la denomina tristeza patológica. Esta diferenciación es básica para delimitar las enfermedades afectivas de las reacciones vivenciales anormales y de los meros problemas afectivos (Tabla 1).

**Tabla 1.** Psicopatología de la afectividad depresiva.

Tipo de afectividad	Mecanismo psicopatológico	Experiencia subjetiva	Trastorno
Sentimientos	Estimulación normal	Tristeza normal	No trastorno
	Estimulación exagerada	Tristeza disfuncional	Reacción vivencial anormal
Estado de ánimo	Alteración cualitativa	Tristeza patológica	Enfermedades del estado de ánimo

### Tristeza normal y patológica

La tristeza normal y patológica, respectivamente, son la expresión de la afectación de dos fenómenos psíquicos muy distintos: el humor o estado de ánimo y los sentimientos. Hablamos de tristeza normal cuando ésta es meramente una estimulación del sentimiento y de tristeza patológica cuando ésta es la expresión de una alteración del estado de ánimo.

La tristeza es un sentimiento que se experimenta ante una gran diversidad de situaciones cotidianas desagradables o adversas, cuyo común denominador es, por lo general, la pérdida de algo más o menos importante. Se trata, por lo tanto, de una experiencia psicológica corriente, coherente con lo que la desencadena y con una intensidad y duración adecuados a la situación desencadenante. La tristeza patológica, que no siempre se puede diferenciar nítidamente de la normal, se caracteriza por aparecer sin motivo fácilmente identificable, y cuando éste existe, no guarda proporción con el desencadenante, y afecta de manera importante al funcionamiento global. Entre la tristeza normal y la patológica cabe mencionar la tristeza disfuncional, que es una tristeza de cualidades normales pero que es exagerada tanto en intensidad como en duración en relación con el acontecimiento desencadenante. Esta tristeza puede ser desadaptativa, pero no necesariamente es de carácter morboso ni implica necesidad de tratamiento.

La experiencia de la tristeza normal es un sentimiento fácilmente identificable, comunicable y reconocible, tanto por la persona que lo sufre como por la persona a la que se le comunica. Es por lo tanto un sentimiento empático y relacio-

nal. Una persona que se siente apenada o afligida puede contagiar estos sentimientos a otra persona, y ésta sentir sentimientos similares.

La tristeza patológica es un sentimiento cualitativamente distinto de la tristeza normal, que los propios pacientes diferencian muy bien como una cualidad distinta y a veces inefable del estado de ánimo. Tal es así que un enfermo deprimido puede ser incapaz de sentir tristeza por un acontecimiento que habitualmente le hubiera entristecido, lo que le hace sentirse como indigno y culpable. Por otra parte, la tristeza patológica se acompaña de una serie de manifestaciones en los ámbitos cognitivo, somático, y conductual que no suelen acompañar a la tristeza normal. La tristeza patológica, probablemente por su distinta cualidad, no es tan fácilmente comunicable, y de hecho, no pocos pacientes con depresiones graves les cuesta expresar este sentimiento, y algunos incluso niegan sentirse tristes, ya que la tristeza patológica muchas veces tiene un carácter difuso e inefable. Cuando los enfermos deprimidos expresan sus sentimientos, éstos son difícilmente comprendidos por otras personas ya que no encuentran resonancias equivalentes en sus propias vivencias y experiencias. Por ello muchos pacientes se quejan, no sin razón, de que nadie comprende su estado. Incluso dos pacientes melancólicos no pueden comunicarse su tristeza sobre el mismo tema.

La tristeza patológica también se conoce como tristeza vital y como melancolía, términos que en gran parte se superponen. El nombre de vital hace referencia al carácter corpóreo de la tristeza y a su frecuente asociación con manifestaciones somáticas diversas, mientras que el término de melancolía fundamentalmente hace refe-

rencia a las distintas cualidades de la tristeza, tales como arreactividad, experiencia cualitativamente distinta y falta de resonancia afectiva.

### **EL SÍNDROME AXIAL DE LA DEPRESIÓN**

Tradicionalmente se ha considerado la depresión como síntoma, síndrome o enfermedad, y se han realizado muchos esfuerzos para delimitar las características esenciales de la depresión con el objeto de ser fiablemente diagnosticada y tratada. Un diagnóstico conlleva implicaciones psicopatológicas, etiológicas y terapéuticas, por lo que cualquier esfuerzo en este sentido debe de ser válido con respecto a estas variables (validez externa o de criterio). No es lo mismo el diagnóstico de una "depresión" susceptible de ser tratada con psicoterapia que otra con el mismo nombre y susceptible de ser tratada con tratamientos biológicos. Las dificultades en definir la depresión a nivel sindrómico, por una parte se deben a la dificultad de delimitar los distintos síntomas y el propio síndrome de conductas y sentimientos normales o proporcionales a determinadas situaciones vitales, y por otra a la enorme variabilidad clínica de los cuadros depresivos.

Ante la ausencia de validadores externos de los trastornos depresivos, el diagnóstico debe de ser necesariamente psicopatológico y clínico. Con el propósito de delimitar las formas de depresión (con sus distintas implicaciones), se han desarrollado numerosos intentos de delimitación de las características psicopatológicas nucleares del síndrome depresivo. Las diferentes denominaciones que ha recibido el síndrome nuclear de la enfermedad depresiva a lo largo del tiempo (endógena, melancólica, autónoma, somatogena, vital, mayor) reflejan las dificultades de la delimitación de sus características fundamentales.

En la tabla 2 se recogen las características psicopatológicas de lo que podríamos denominar el síndrome axial de la depresión<sup>2</sup>. Aunque los diferentes componentes de este síndrome están muy cohesionados y tienden a darse de manera conjunta, en un determinado paciente su expresividad puede variar enormemente y

uno o más de los componentes pueden estar ausentes. Ninguno de los componentes es condición necesaria para el diagnóstico del síndrome, ni tan siquiera la presencia de la tristeza, ya que hay formas de depresión, no infrecuentes y que plantean importantes problemas diagnósticos para el médico de atención primaria, en que los pacientes no la experimentan (depresiones vegetativas, enmascaradas o equivalentes depresivos). Las alteraciones somáticas, motoras, y particularmente la alteración de los biorritmos tradicionalmente han sido consideradas como marcadores de la endogeneidad de la depresión y de una buena respuesta a los tratamientos biológicos, por lo que se les ha atribuido una particular relevancia diagnóstica<sup>5</sup>. El síndrome depresivo aquí expuesto tiene una finalidad eminentemente descriptiva, y cuantos más componentes (del A al G) estén presentes más probable es el diagnóstico del trastorno.

Entre las múltiples definiciones de los trastornos depresivos mayores, la caracterización de melancólica es la que ha persistido más en el tiempo y sus características según el DSM-IV están recogidas en la tabla 2. Los síntomas melancólicos se asocian con mayor frecuencia a los hallazgos de laboratorio del tipo de la no supresión con dexametasona; concentraciones elevadas de cortisol en plasma, orina y saliva; test de provocación con tiramina anormal, asimetría anormal en la prueba de escucha dicótica y alteraciones polisomnográficas como reducción en la latencia REM.

### **NOSOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS**

En las ciencias naturales, la forma de clasificar los distintos objetos de estudio, ha suscitado importantes problemas metodológicos que tienen una raíz filosófica sobre cómo entender la naturaleza, y que han tenido y tienen importantes repercusiones prácticas en el campo de la medicina y más específicamente el de la psiquiatría. Los principales enfoques están representados por la aproximación categorial y la dimensional, cuyas principales características se exponen en la tabla 3.

**Tabla 2.** El síndrome axial de las depresiones.

<i>I.- El síndrome axial general (modificado de Glatzel<sup>2</sup>)</i>	
A.- Alteraciones del humor	Humor depresivo, tristeza patológica
B.- Alteraciones de los sentimientos vitales y sensoriales	Astenia Anhedonia Dolores, quejas somáticas
C.- Alteraciones del pensamiento/cognitivas	Ideas de culpa Ideas de minusvalía Ideas de muerte Ideas hipocondríacas Desesperanza Quejas cognitivas subjetivas
D.- Alteraciones vegetativas	Alteraciones del sueño Alteraciones del apetito Pérdida de peso Estreñimiento
E.- Alteraciones motoras	Inhibición psicomotora Inquietud/agitación psicomotora
F.- Alteraciones de la conducta	Aislamiento social Retraimiento emocional Conducta autolítica
G.- Alteraciones de los biorritmos	Empeoramiento matutino Despertar precoz Influencia estacional

*II.- Características de la depresión melancólica (DSM-IV)*

A.- Presencia de uno de estos dos síntomas: Anhedonia Falta de reactividad del humor ante estímulos habitualmente placenteros
B.- Presencia de tres o más de estos síntomas: Cualidad distinta del estado de ánimo depresivo Empeoramiento matutino de la tristeza Despertar precoz Enlentecimiento o agitación psicomotriz Anorexia significativa o pérdida de peso Culpabilidad excesiva o inapropiada

**Tabla 3.** Clasificaciones categoriales vs dimensionales.

	CATEGORIAL	DIMENSIONAL
Filosofía subyacente	Platónica	Aristotélica
Tipo de clasificación	Cualitativa	Cuantitativa
Metodología estadística	Análisis de <i>cluster</i>	Análisis factorial
Tratamiento de la información	Dicotómica	Cuantitativa
Mecanismo clasificatorio	Tipos ideales (prototipos)	Agrupamiento natural de síntomas
Tratamiento de lo clasificado	Excluyente	Complementario
Categorías diagnósticas	Dependientes	Independientes
Area principal de aplicación	Clínica	Investigación y clínica
Problemas asociados	Simplista Elevada comorbilidad Casos atípicos Formas mixtas	Compleja No instrumentos estándar

**Tabla 4.** Clasificación categorial de las depresiones.

---

Según etiología:
a. Primarias
a.1. Endógenas
a.1.1. Con factores hereditarios
a.1.2. Sin factores hereditarios
a.2. Reactivas (a desencadenantes psicosociales)
b. Sintomáticas o secundarias (a factores biológicos o enfermedades médicas)
Según la presencia de factores específicos:
a. Estacionales
b. Hormonales
b.1. Catameniales
b.2. Postparto
b.3. Postmenopáusica
Según la presencia del síndrome melancólico:
a. Melancólicas
b. No melancólicas
b.1. Neuróticas
b.2. Distímicas
b.3. Atípicas
Según la clínica (depresiones melancólicas y/o endógenas, según Glatzel <sup>2</sup> ):
a. Melancolía simple
a.1. Depresión agitada (angustiosa)
a.2. Depresión inhibida (estuporosa)
a.3. Depresión obsesiva
b. Depresión vital
b.1. Anérgica
b.2. Vegetativa (depresión enmascarada)
c. Depresión con síntomas de despersonalización
d. Depresión psicótica
Según la evolución:
a. Trastorno depresivo recurrente (depresión monopolar)
b. Depresión bipolar (trastorno ciclotímico, trastorno bipolar)
c. Depresión crónica (trastorno distímico)
d. Depresión resistente al tratamiento
Según la intensidad del síndrome depresivo
a. Leve
b. Moderada
c. Grave
c.1. Sin síntomas psicóticos
c.2. Con síntomas psicóticos
Según la edad de presentación:
a. Infantiles
b. Del adulto
c. De la tercera edad

---

En el ámbito de las enfermedades mentales, tradicionalmente ha predominado la aproximación categorial al diagnóstico, aunque ésta ha sido criticada con poderosos argumentos teóricos, empíricos y prácticos<sup>6</sup>. Sin embargo, las aproximaciones categorial y dimensional no son necesariamente antagónicas, sino complementarias<sup>7</sup> y se han propuesto diver-

sos modelos integradores para algunos trastornos mentales<sup>8</sup>. El caso de las depresiones no es una excepción, y a pesar de que dentro de los trastornos mentales este grupo de trastornos es uno de los candidatos más firmes para un abordaje dimensional, tradicionalmente han prevalecido las clasificaciones categoriales.

## CLASIFICACIONES CATEGORIALES

Si la definición del síndrome axial depresivo no está exenta de dificultades, la clasificación de las depresiones plantea aún más problemas, algunos de ellos derivados de la propia definición del síndrome depresivo, y otros derivados de la gran heterogeneidad (etiológica, clínica y evolutiva) de los trastornos depresivos.

En la tabla 4 se presenta una clasificación ecléctica, sistemática y clínicamente relevante de los trastornos depresivos. Esta clasificación es muy ilustrativa desde varios puntos de vista. Primero, como toda clasificación categorial, los diferentes subtipos están expresados en términos categoriales de presencia *vs* ausencia. En segundo lugar, es muy comprehensiva y muestra claramente la gran heterogeneidad clínica, ya que una simple permutación de los diferentes subtipos proporcionaría cientos de posibles formas clínicas de depresión.

Sin embargo, estas características –que son las propias de cualquier sistema clasificatorio categorial– aunque válidas desde el punto de vista didáctico y hasta teórico– tienen importantes dificultades desde el punto de vista clínico y práctico. 1.– Algunos criterios de clasificación producen subtipos excluyentes entre sí; por ejemplo depresión endógena *vs* reactiva, depresión melancólica *vs* distimia. Esto es rigurosamente erróneo desde el punto de vista clínico, ya que un paciente puede tener un trastorno distímico y a la vez un episodio depresivo mayor con melancolía, y los factores endorreactivos y psicorreactivos pueden estar presentes a la vez, lo que de hecho es la situación clínica habitual; 2.– Las diferentes formas clínicas se pueden dar de manera simultánea y con distinta intensidad en un mismo paciente, y además ser cambiantes a lo largo del tiempo; éste es el caso de las características melancólicas que no siempre aparecen en cada episodio depresivo; 3.– Aunque no está expresamente formulado, cualquier clasificación categorial de la depresión lleva implícita la asunción de que la depresión se puede delimitar claramente

de la normalidad por un lado y de otros trastornos mentales por otro.

Ya hemos hecho referencia a algunos criterios psicopatológicos que nos ayudan a distinguir la depresión como trastorno o enfermedad de formas de reacción normal o disfuncional con elementos depresivos, sin embargo esta distinción no siempre es fácil, de lo que se derivan cuestiones terapéuticas tan relevantes como si se debe intervenir, cuándo y de qué manera. La delimitación de los trastornos depresivos de otras enfermedades mentales es aún más compleja, ya que a menudo se plantean problemas de diagnóstico diferencial con trastornos limítrofes, que están en función de los síntomas depresivos predominantes (Fig. 2). Así por ejemplo, cuando aparecen síntomas psicóticos (delirios y/o alucinaciones) especialmente si son incongruentes con el humor depresivo, a menudo se plantea el problema del diagnóstico diferencial con un trastorno esquizoafectivo, problema que muchas veces se resuelve en una u otra dirección por criterios tan arbitrarios como la duración o intensidad de un tipo de síntomas sobre otro. Aunque no existen datos fiables al respecto, se puede afirmar con bastante seguridad, que la tipicidad de los trastornos depresivos es la excepción más que la regla, particularmente cuando se contempla su evolución a largo plazo.

## CLASIFICACIONES DIMENSIONALES

### Supuestos de la aproximación dimensional a los trastornos depresivos

Existe una evidencia consistente de que los límites de los trastornos afectivos son difusos desde cuatro perspectivas o fronteras distintas: la normalidad<sup>9-11</sup>, las características del propio síndrome depresivo<sup>12,13</sup>, la relación entre las distintas formas de trastornos afectivos<sup>14</sup>, y la relación con otros trastornos psiquiátricos<sup>15,16</sup>. Por otra parte, es un hecho bien establecido que los factores causales son múltiples y que en la mayoría de los pacientes están presentes en mayor o menor intensidad varios de ellos. Por ello, cualquier intento





**Figura 2.** Las fronteras de la depresión con otros trastornos mentales.

de clasificar las depresiones debe necesariamente tener en cuenta estos factores, cuestión para la que los abordajes dimensionales son más apropiados dado su manera de integrar la información (complementaria, aditiva, y no excluyente).

Estas aproximaciones también tienen validez neurobiológica como lo demuestra el clásico trabajo de Asberg y col<sup>17</sup> en el que se demostró que niveles bajos en LCR de 5-HIAA (el mayor producto de la degradación del 5-HT) en pacientes depresivos estaba ligado a la dimensión de suicidio. Posteriormente se encontró que la relación entre niveles bajos de 5-HT y el suicidio no era específico de la depresión ya que se encontró en otros trastornos mentales<sup>18</sup>. Más recientemente se ha encontrado que la 5-HT está asociada con la dimensión más general del trastorno del control de los impulsos<sup>19</sup>, de la que forma parte la conducta suicida.

### Clasificaciones unidimensionales

Kendell<sup>20</sup> formuló una de las primeras formulaciones operativas sobre la dimen-

sionalidad de la depresión basándose en técnicas estadísticas multivariantes, comprobando que la depresión tiene una distribución unimodal. Por lo tanto, la depresión puede ser conceptualizada a lo largo de un continuo en el que se sitúan todos los trastornos depresivos, y en el que las formas crónicas leves y las formas psicóticas graves representan los extremos del continuo. Este modelo ha sido recientemente revitalizado por otros investigadores<sup>21</sup> al encontrar que, a pesar del hallazgo de varias dimensiones clínicas, las depresiones se agrupan en un continuo de gravedad. De hecho, la depresión representa el paradigma de la dimensionalidad de los trastornos mentales al conectar los trastornos afectivos con la esquizofrenia siguiendo el criterio de gravedad: Síntomas depresivos → Síndrome depresivo → Depresión melancólica → Depresión psicótica → Trastorno esquizoafectivo subtipo afectivo → Trastorno esquizoafectivo subtipo esquizofrénico → Esquizofrenia con síntomas depresivos.

Aunque probablemente existe una dimensión común a todos los trastornos

depresivos que estaría en función del número, intensidad y duración de los síntomas depresivos<sup>12-13</sup>, esta dimensión difícilmente explica la gran variabilidad etiológica, psicopatológica y evolutiva de los trastornos depresivos. De hecho, el mismo Kendell<sup>20</sup> observó que las formas más graves responden mejor al tratamiento que las formas más leves (pero más crónicas), lo que evidencia una incongruencia entre la gravedad de la sintomatología y la evolución, lo cual es consistente con la práctica clínica.

### Clasificaciones multidimensionales

Estas clasificaciones, a diferencia de las categoriales, pretenden integrar toda la información clínica y etiológica disponible de una manera aditiva e integradora. Hay precedentes de propuestas de clasificaciones multidimensionales que bien han estado centradas en los síndromes psicopatológicos<sup>22</sup>, o han esbozado una clasificación que integra aspectos biológicos, psicopatológicos y evolutivos<sup>23</sup>. Sin embargo, toda aproximación multidimensional que pre-

tenda ser comprensiva e integradora debe tener en consideración las 4 dimensiones cardinales: la presencia del síndrome axial, la etiológica, los síndromes clínicos y los patrones evolutivos (Fig. 3). Seguidamente exponemos un modelo jerárquico y multidimensional de las depresiones similar al que hemos propuesto para la esquizofrenia<sup>24</sup>, y que en principio podría ser generalizable, con modificaciones, a la mayoría de los trastornos mentales.

El primer paso de esta aproximación consiste en determinar la presencia en algún grado del síndrome axial y posteriormente evaluar al paciente en función de las dimensiones etiológicas, sintomatológicas y evolutivas. Estas dimensiones básicas, a su vez se componen de subdimensiones que representan sus elementos característicos. En las figuras 4, 5 y 6 se muestran respectivamente las dimensiones etiológicas, sintomatológicas y evolutivas. Cada dimensión esta expresada de forma cuantitativa en términos de ausencia y presencia en grado ligero, moderado

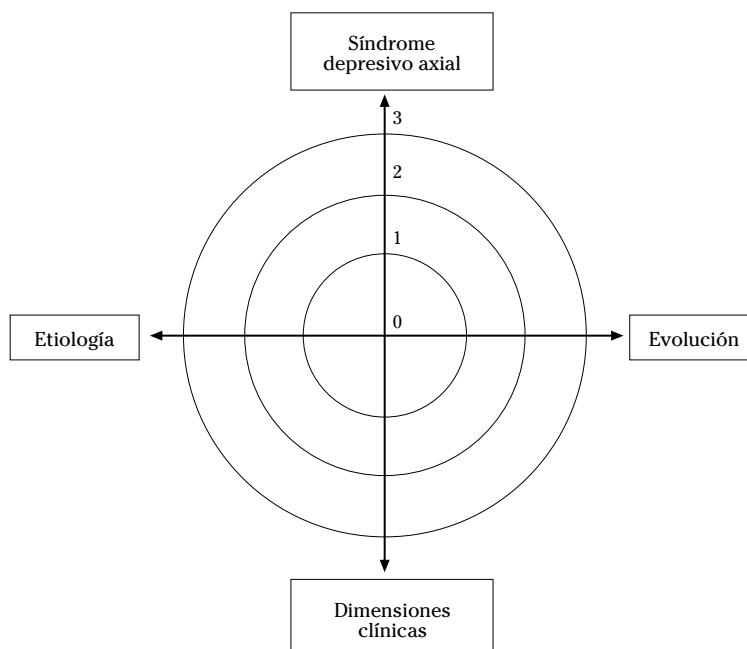


Figura 3. Multidimensionalidad de las depresiones.

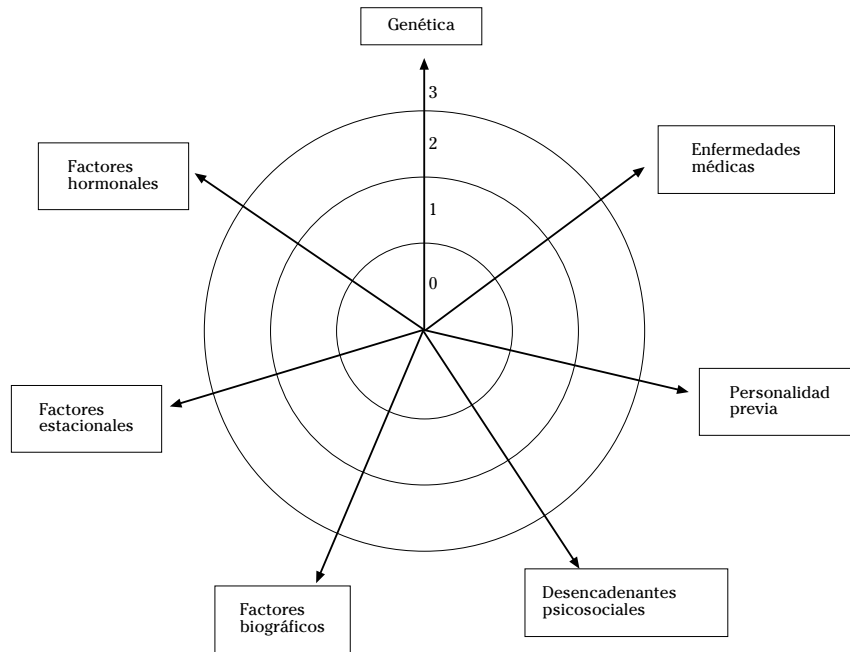


Figura 4. Multidimensionalidad etiológica.

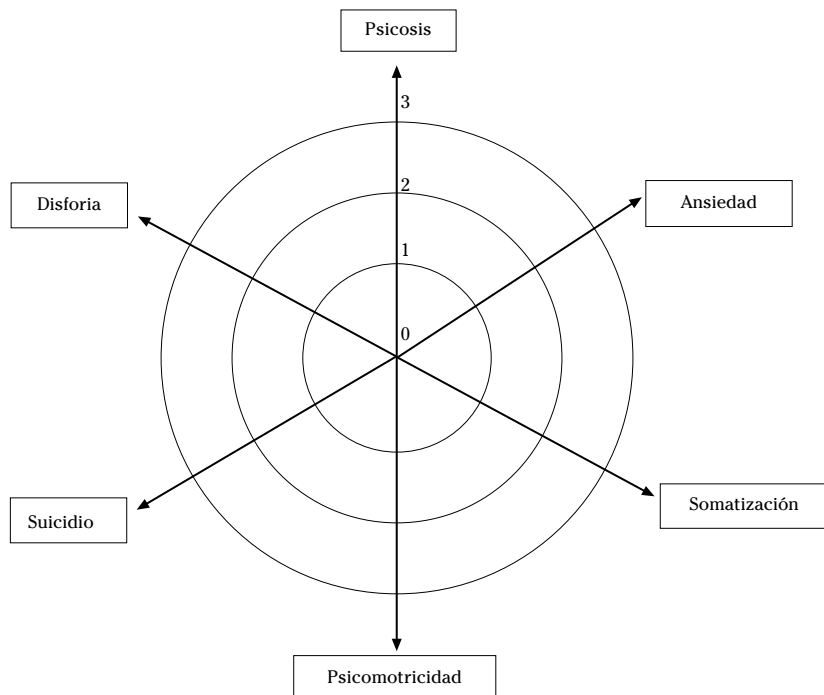


Figura 5. Multidimensionalidad clínica.

y grave, aunque otros criterios de cuantificación son posibles.

De acuerdo a la multidimensionalidad etiológica (Fig. 4), en un determinado paciente pueden, por ejemplo, estar ausentes factores genéticos, médicos y estacionales, y estar presentes en diferente intensidad factores de personalidad, hormonales y reactivos. Este sería el caso de una paciente que presenta rasgos de personalidad obsesiva (factor predisponente), relaciones afectivas inestables (factor biográfico), que de forma no deseada se queda embarazada (precipitante psicológico) y que tras el parto (factor hormonal) presenta un trastorno depresivo mayor.

Las dimensiones sintomatológicas (Fig. 5) son especialmente relevantes desde el punto de vista clínico y terapéutico. Así, además del tratamiento habitual del síndrome depresivo con fármacos antidepresivos y psicoterapia, la presencia de cada una de estas dimensiones clínicas implica abordajes terapéuticos diferentes. Así, la presencia de ansiedad es susceptible de tratamiento con ansiolíticos. La presencia de quejas somáticas plantea importantes problemas de diagnóstico diferencial con múltiples trastornos médicos que de manera demasiado frecuente conducen a exploraciones médicas innecesarias y diagnósticos erróneos, especialmente cuando la tristeza es poco patente o está ausente (depresiones enmascaradas). La presencia de humor disfórico más que depresivo implica dificultades adicionales de diagnóstico y de manejo, ya que estos pacientes se muestran disruptivos, poco colaboradores, con escasa conciencia de enfermedad, y no suelen acudir al médico. La presencia de síntomas motores, especialmente cuando dominan el cuadro clínico en forma de síntomas catatónicos (marcada inhibición, aquinesia, estupor, rigidez) sientan la indicación de tratamiento con Terapia Electro Convulsiva (TEC), a la que suelen responder muy bien. La presencia de síntomas psicóticos indica la necesidad de tratamiento con neurolepticos y eventualmente con TEC. Por último, ante la presencia de riesgo de suicidio se debe supeditar el tratamiento del cuadro

depresivo a las medidas apropiadas para controlar dicho riesgo.

La importancia de considerar los diferentes patrones de evolución (Fig. 6), estriba en el hecho cada vez más contrastado de que, a pesar de la evolución normalmente cíclica de la depresión, existe una muy elevada prevalencia de síntomas residuales (entre el 32 y 38%<sup>25,26</sup> y de importantes déficits funcionales en los ámbitos social y laboral, así como en la calidad de vida<sup>25-27</sup>. Estos datos ponen en entredicho la creencia bastante generalizada de que la mayoría de los trastornos depresivos se curan sin dejar secuelas, y aunque esto puede ser cierto en el plano sintomático, no lo es tanto en el plano de la discapacidad residual que provocan. La consideración de una dimensión bipolar nos permite diferenciar las depresiones bipolares de las monopolares, que tienen importantes diferencias clínicas y biológicas.

Una característica común a la mayoría de las nosologías categoriales de la depresión es que mezclan los planos etiológico, sintomatológico y evolutivo, lo que da lugar a solapamiento y confusión en los subtipos. Por el contrario, una de las características fundamentales de la clasificación multidimensional que hemos descrito es que los niveles etiológico, sintomático y evolutivo son considerados de manera independiente y a la vez de forma integradora. Este modelo no pretende sustituir a las clasificaciones categoriales al uso, más bien, ambos tipos de clasificaciones son complementarias y como tal deberían de emplearse conjuntamente y evaluar su validez predictiva de forma comparativa, tal y como se ha realizado en otros trastornos mentales<sup>28-29</sup>. Este modelo tampoco pretende ser exhaustivo en cada una de sus dimensiones, y por lo tanto debe de considerarse provisional. Esta aproximación parece ser válida desde el punto de vista teórico y clínicamente útil ya que toma en consideración las principales variables implicadas en el pleomorfismo de los trastornos depresivos. Además, es un modelo que permite generar hipótesis tales como la de que los tres planos están interrelacionados, lo que puede arrojar luz sobre áreas que conocemos muy poco, tales como las relaciones entre

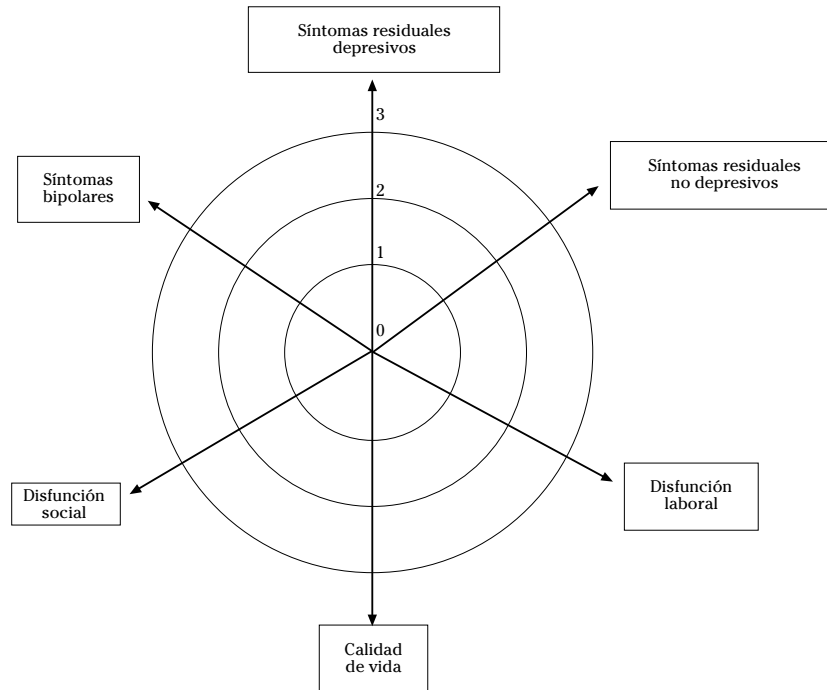


Figura 6. Multidimensionalidad evolutiva.

los diferentes factores etiológicos, síntomas clínicos y patrones evolutivos. Por poner un sólo ejemplo, con relevantes implicaciones de sufrimiento personal para el paciente y de política sanitaria, sería interesante conocer los determinantes etiológicos (biológicos, psicológicos, sociales) y clínicos de la importante discapacidad que conllevan los trastornos depresivos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. SCHARFETTER CH. Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. Stuttgart, Georg Thieme, 1976.
2. GLATZEL J. Endogene Depressionen. Zur Psychopathologie, Klinik und Therapie zylothymen Verstimmungen. Stuttgart, Georg Thieme, 1983.
3. SCHNEIDER K. Die Sichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionen. Z ges Neurol Psychiat 1921; 59: 281-286.
4. WEITBRECHT HJ. Manual de Psiquiatría. Madrid, Gredos, 1969.
5. BERNER P. Die Unterteilung der endogenen Psychosen: Differential Diagnostik oder Differential Typologie. En Gross G, Schüttler R (eds) Empirische Forschung in der Psychiatrie. Stuttgart, Schattauer, 1983.
6. VAN PRAAG HM. Over the mainstream: diagnostic requirements for biological psychiatric research. Psychiatry Res 1997; 72: 201-212.
7. MILLON T. Classification in psychopathology: Rationale, alternatives, and standards. J Abnorm Psychol 1991; 100: 245-261.
8. PERALTA V, CUESTA MJ. Clinical models of schizophrenia: a critical approach to competing conceptions. Psychopathology 2000; 33: 252-258.
9. HELMHEN H, LINDEN M. Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem. Comp Psychiatry 2000; 41: 1-7.
10. HORWATH E, JOHNSON J, KLERMAN GL, WEISSMAN MM. Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 817-823.

11. ANGST J, MERIKANGAS KR, PRIESIG M. Subthreshold syndromes of depression and anxiety in the community. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 6-10.
12. ANGST J, MERIKANGAS KR. Multi-dimensional criteria for the diagnosis of depression. *J Affect Disord* 2001; 62: 7-15.
13. KENDLER KS, GARDNER CO. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 172-177.
14. JUDD LJ. Pleomorphic expressions of unipolar depressive disease: toward a new diagnostic paradigm. *J Affect Disord* 1997; 45: 1-3.
15. The structure and stability of common mental disorders.. The NEMESIS study. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 597-603.
16. JONES PB, TARRANT CJ. Developmental precursors and biological markers for schizophrenia and affective disorders: specificity and public health implications. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience* 2000; 250: 286-291.
17. ASBERG M, TRASKMAN L, THOREN P. 5-HIAA in the cerebrospinalfluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33, 1193-1197.
18. VAN PRAAG HM, PLUTCHIK R, CONTE H. The serotonin hypothesis of (auto)agression: Critical appraisal of the evidence. *Ann NY Acad Sci* 1986; 487: 150-167.
19. EVENDEN J. Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *J Psychopharmacology* 1999; 13: 180-192.
20. KENDELL R. The continuum model of depressive illness. *Proc R Soc Med* 1969; 62: 665-339.
21. GULLION CM, RUSH AJ. A toward generalizable model of symptoms in mayor depressive disorder. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 959-972.
22. WETZLER S, VAN PRAAG HM, KATZ MM. Diagnosticando la depresión: una doble linea de aproximación. En: Feighner JP y Boyer WF (eds). *Diagnóstico de la depresión*. Chichester,Wiley, 1991 pp 83-97.
23. HICKIE I. Issues in classification: III. Utilising behavioural constructs in melancholia research. En Parker G and Hadzi-Pavlovic D (eds) *Melancholia. A disorder of movement and mood*. Cambridge, Cambridge University Press 1996, pp 38-56.
24. CUESTA MJ, PERALTA V. Integrating psychopathological dimensions in functional psychoses: a hierarchical approach. *Schizophr Res* 2001; 52: 215-229.
25. PAYKEL ES. Remission and residual symptomatology in major depression. *Psychopathology* 1998; 31: 5-14.
26. BROADHEAD WE, BLAZER DG, GEORGE LK, TSE CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990; 264: 2524-2528.
27. MOJTABAI R. Residual symptoms and impairment in major depression in the community. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1645-1651.
28. VAN OS J, GILVARRY C, BALE R, VAN HORN E, TATTAM T, WHITE I et al. A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. *Psychol Med* 1999; 29: 595-606.
29. PERALTA V, CUESTA MJ, GIRALDO C, CARDENAS A, GONZALEZ F. Classifying pasychotic disorders: issues regarding categorical vs. dimensional approaches and time frame to assess symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 12-18.