

Los conceptos de trastorno del estado de ánimo y de ansiedad: evolución histórica

P. Pichot¹

Las palabras que corresponden al inglés *anxiety*, si bien muy antiguas, no aparecieron en el vocabulario psiquiátrico hasta 1880 aproximadamente.

Su raíz es el verbo latino *ango*, estrechar, apretar, del que derivaban, entre otros, los dos sustantivos *angustia* y *anxietas*.

En la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*, publicado en 1994 por la Asociación Americana de Psiquiatría, dos de los capítulos más importantes se titulan «Trastornos del estado de ánimo» (*Mood Disorders*) y «Trastornos de ansiedad» (*Anxiety Disorders*). Los primeros incluyen dos síndromes fundamentales, depresivo y maníaco, cuya existencia aislada o su asociación, intensidad y duración, entre otras, definen las variedades de trastornos. Los segundos, más allá de su heterogeneidad sintomática, tienen en común, siguiendo la fórmula del DSM-III, que «la ansiedad existe o es el síntoma predominante, o se siente cuando el sujeto trata de reprimir sus síntomas».

Antes de describir la evolución histórica de los conceptos correspondientes a estos dos grupos y a los trastornos que les atañen, conviene recordar algunos problemas de terminología.

Depresión, manía y ansiedad son fundamentalmente manifestaciones patológicas que se inscriben en el marco de la afectividad. Por esta razón, hasta fecha reciente, la literatura psiquiátrica en lengua inglesa ha englobado bajo la expresión «Trastornos afectivos» los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, o bien ha designado con este nombre únicamente los trastornos del estado de ánimo, como hacía aún en 1980 el DSM-III. Este último término no fue adoptado hasta 1987 por la siguiente edición del manual americano, el DSM-III-R, para evitar toda ambigüedad.

Las palabras que corresponden al inglés *anxiety*, si bien muy antiguas, no aparecieron en el vocabulario psiquiátrico hasta 1880 aproximada-

mente. Su raíz es el verbo latino *ango*, estrechar, apretar, del que derivaban, entre otros, los dos sustantivos *angustia* y *anxietas*. En las lenguas romances, por ejemplo en francés y en español, la psiquiatría utiliza dos palabras correlativas: *angoisse* y *angustia* que proceden de *angustia*, *anxiété* y *ansiedad* derivan de *anxietas*. En cambio, *anxiety* –que, además, es un préstamo del francés *anxiété*– es la única palabra técnica inglesa –*anguish*, derivada de *angustia*, es puramente literaria– y en alemán sólo existe la palabra *Angst* (de la misma raíz que *angustia*). En las lenguas en las que la medicina utiliza dos términos, la diferencia de sentido entre ellos ha sido fuente de discusiones. En francés, se aceptaba que existía entre ambos un matiz de intensidad: la *angoisse* era más intensa que la *anxiété*. En 1902, Brissaud propuso oponer la *anxiété*, que designaba la componente psíquica del síntoma, a la *angoisse*, que se refería a sus manifestaciones somáticas. Hoy en día, los dos términos son prácticamente intercambiables, si bien los manuales franceses no vacilan en describir «la *anxiété* de la neurosis de *angoisse*».

En alemán, *Angst* plantea una dificultad específica para dicha lengua. En su sentido habitual, significa miedo y tiene como sinónimo la palabra *Furcht*. Cuando en 1872, Westphal aísla por primera vez un trastorno de ansiedad específico, la agorafobia, utiliza indistintamente *Angst* y *Furcht* para describir el síntoma central de este trastorno. Actualmente, pero sólo en el ámbito de la psiquiatría, *Angst* es el equivalente de *anxiety* en inglés, mientras que en el lenguaje común, debe traducirse, en general, como *Furcht*, miedo.

«Cuando el temor y la tristeza persisten du-

¹Psiquiatra. Ex-Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

Traducción:
Pilar González Rodríguez

rante mucho tiempo, hay un estado melancólico». Este aforismo de Hipócrates constituye la primera descripción médica del trastorno depresivo. El término melancolía (del griego *melas*, negro, y *kholê*, bilis) es etiopatogénico. Para la medicina de la Antigüedad, el cuerpo humano contenía cuatro líquidos principales (llamados también humores): la sangre, la bilis amarilla, la bilis negra o atrabilis y la linfa o flema, normalmente en un determinado equilibrio o temperamento. Cada uno de los cuatro temperamentos, definidos por el predominio relativo de uno de los cuatro humores, se manifestaba por medio de particularidades psicológicas y de comportamiento. Cuando se producía un exceso de bilis negra, ésta intoxicaba el cerebro y producía el síndrome melancólico. Al mismo tiempo, se describía otra enfermedad, la locura, denominada manía, cuya etiología era más discutida. Perviven huellas de estas ideas en el lenguaje. Se sigue hablando de temperamentos sanguíneos, biliosos, melancólicos, etc., y el término psicológico humor evoca la influencia de los líquidos del organismo sobre el espíritu. En el transcurso de la Antigüedad, con este telón de fondo como base, las descripciones de la melancolía y de la manía variaron. Las que finalmente triunfaron adoptaban una concepción intelectualista de los trastornos mentales: lo central era la naturaleza de lo que se llamará más tarde perturbaciones del entendimiento. Esto estaba ligado, en parte, al hecho de que, durante mucho tiempo, solamente los estados que hoy calificamos de psicóticos se incluían en el campo de la medicina. Y de este modo, se definía la melancolía como una perturbación de una parte del entendimiento, una actividad delirante monoideica. La tonalidad de las ideas era, a menudo, triste, tal como la había formulado Hipócrates, pero esto era, desde entonces, accesorio e inconstante. La definición que da Rufus de Éfeso a finales del siglo I d.C.: «Un pensamiento, una preocupación errónea en un único punto» permanece, diecisiete siglos más tarde, en la de

Pinel, que dice: «un delirio exclusivo sobre un objeto con libre ejercicio, por lo demás, de todas las facultades del entendimiento» y que describe tanto las melancolías «con disgusto de la vida» como las formas «con agrado». Por el contrario, la manía se caracteriza en esencia por una perturbación de todas las facultades, es la locura propiamente dicha, tal como ya expresó Pinel en 1801 con el título de su célebre obra *Tratado de la alienación mental o la manía* al convertir los dos términos en sinónimos. En la práctica, a comienzos del siglo XIX, la manía o «delirio general» agrupa los estados agudos, excitatorios, eventualmente febriles, incluidos los estados de confusión tóxica o infecciosa, entonces frecuentes, mientras que la melancolía o «delirio parcial» engloba la mayoría de las psicosis delirantes siempre que sean relativamente tranquilas, crónicas y sistematizadas.

El discípulo y sucesor de Pinel, Esquirol, fue el primero que definió, en su *Tratado* de 1838, el trastorno depresivo como un trastorno del humor. El término melancolía, según él, debía abandonarse porque la teoría de la bilis negra, defendida todavía por algunos, era muy discutible y, sobre todo, porque él había reunido casos completamente heterogéneos. Hay una parte de los enfermos en los que «el delirio surge del desorden de las afecciones morales que actúan sobre el entendimiento», en otras palabras, en los que la «afección moral», la «pasión triste» es el fenómeno primordial generador y el delirio una consecuencia secundaria. Por esta razón, Esquirol propone para estos estados el término «*lipe-mania*» (del griego *lupeô*, estar triste). Los otros casos correspondientes a la antigua melancolía son «delirios parciales, alegres o tristes», definidos por la existencia del delirio y por su contenido temático, independientemente del humor, que es accesorio. Constituyen las «monomanías», origen del cuadro posterior de delirios crónicos. Este desmembramiento de la melancolía no sólo ha introducido la definición moderna

Hay una parte de los enfermos en los que «el delirio surge del desorden de las afecciones morales que actúan sobre el entendimiento», en otras palabras, en los que la «afección moral», la «pasión triste» es el fenómeno primordial generador y el delirio una consecuencia secundaria.

Para Falret, los episodios depresivos y maníacos que se producen en el transcurso de la vida de un mismo individuo son manifestaciones de una enfermedad única.

del trastorno depresivo como trastorno del estado de ánimo sino que además ha ampliado sus límites pues, al convertirse el delirio en un fenómeno contingente, la existencia del estado de ánimo triste patológico basta para conducir al diagnóstico. Bien es cierto que los términos *lipemania* y *monomanías* gozaron de un éxito efímero, pero la concepción de Esquirol se impuso.

La evolución del concepto de manía, la eliminación progresiva de su cuadro de los estados excitatorios de otra naturaleza, se desarrolló progresivamente durante la primera mitad del siglo XIX sin que su punto de ruptura fuera tan fácil de precisar como el de la melancolía. El papel esencial lo desempeñó Jean-Pierre Falret que, en 1851, aisló una entidad nosológica cuya descripción detallada ofreció en 1854 en su clásica «*Memoria sobre la locura circular, forma de enfermedad mental caracterizada por la reproducción regular del estado maníaco, del estado melancólico y de un intervalo lúcido más o menos prolongado*». Para Falret, los episodios depresivos y maníacos que se producen en el transcurso de la vida de un mismo individuo son manifestaciones de una enfermedad única. El papel de Falret a quien su colega Baillarger, que describió en la misma época la «locura de doble forma», discutió –sin razón– la prioridad de su descubrimiento, fue fundamental. Por una parte, su descripción de nuestro actual trastorno bipolar implicaba que manía y depresión eran desajustes, en sentidos diferentes, de una misma entidad que hoy llamamos estado de ánimo. Por otra parte, fue el verdadero creador del concepto de enfermedad mental. Hasta entonces, los trastornos que se aislaban, aunque –como lo hacía Esquirol a propósito de la *lipemania* y de las *monomanías*– se hablase de «enfermedades mentales», de hecho se consideraban como manifestaciones de síndromes particulares de un estado patológico único: la alienación mental de Pinel. Para Falret, en cambio, existía en psiquiatría, como en el resto de la medicina, enfermedades autónomas,

Para Falret, en cambio, existía en psiquiatría, como en el resto de la medicina, enfermedades autónomas, clínicamente individualizadas por su sintomatología y evolución, esperando que se descubran sus causas específicas.

clínicamente individualizadas por su sintomatología y evolución, esperando que se descubran sus causas específicas. Él veía en la locura circular el modelo de una verdadera enfermedad, de una forma natural, y en los estados depresivos que no le correspondían un grupo heterogéneo cuya clasificación estaba por descubrir. Retomadas en Alemania por Kahlbaum, estas ideas fueron transmitidas a Kraepelin que las sistematizó e hizo de ellas la base de su sistema nosológico que, en lo esencial, domina aún la psiquiatría.

Si el concepto de trastorno del estado de ánimo y su denominación han nacido de la medicina de la Antigüedad y de su teoría sobre el papel de los cuatro fluidos en el organismo, el de los trastornos de ansiedad es mucho más reciente y de origen diferente. La idea había aparecido en Gran Bretaña en 1667 cuando Willis expuso que las perturbaciones del sistema nervioso, y no los humores, desempeñaban un papel más importante en numerosas afecciones. Cullen creó en Edimburgo en 1769 el término *neurosis* para designar un conjunto de trastornos que eran signo de una perturbación general y funcional de aquél. Muy heterogéneas, las *neurosis* englobaban no sólo las “*adinamias*”, como el coma y la hipocondría, las “*vesanias*”, como la manía y la melancolía, sino también los “*espasmos*”, como la histeria, la epilepsia y el tétanos, y los “*comas*”, como la apoplejía y las parálisis. El éxito del término *neurosis* fue duradero si bien su sentido y sus límites debieron modificarse después profundamente. En realidad, algunas manifestaciones peculiares de nuestros trastornos de ansiedad habían sido descritos al margen de la medicina (basta recordar los “*escrúpulos*” en los manuales de los confesores) y Esquirol había bosquejado un notable cuadro clínico de un trastorno obsesivo-compulsivo –el de Melle F.– que consideraba una variedad de monomanía.

Pero, realmente, es Morel quien, en 1866, inaugura la historia moderna con su artículo “Sobre el delirio emotivo, *neurosis* del sistema nervioso

ganglionar visceral". A pesar de que no emplea nunca el término ansiedad, Morel recoge en un mismo cuadro los estados en los que se puede reconocer tanto el trastorno de ansiedad generalizada como las crisis de pánico, las obsesiones y las fobias. A su juicio, todo ello revelaba una perturbación de la "emotividad" y, puesto que él consideraba que ésta tenía como soporte fisiológico el "sistema nervioso ganglionar visceral", nuestro sistema nervioso autónomo, lo atribuía a un trastorno funcional de éste, a una neurosis específica. Seis años más tarde, Westphal –al que hemos citado anteriormente– individualizó clínicamente la agorafobia, manifestación neuropática cuyo síntoma central es un sentimiento de miedo (en griego: *phobos*) irracional, que aparece cuando el sujeto se encuentra en un espacio abierto (en griego: *ágora*). El éxito de esta nueva entidad conduce rápidamente a la descripción de otros numerosos estados fóbicos más o menos específicos cuyos nombres, derivados del griego, son en ocasiones pintorescos, tal como la "siderodromofobia", o fobia provocada por los viajes en ferrocarril. En 1887, el mismo Westphal aisló un segundo trastorno caracterizado por la aparición de representaciones apremiantes (*Zwangsvorstellungen*). La palabra *Zwang* será posteriormente traducida al inglés por *compulsion* mientras que los autores franceses, que han preferido insistir menos en el carácter apremiante para el enfermo de sus actividades rituales patológicas que en el asedio al que pensamientos indeseables someten su espíritu, utilizarán la palabra *obsession* (del latín *obsidere*: asediar). Tendrá que pasar más de medio siglo para que la expresión que asocia los dos términos y los dos síntomas, trastorno obsesivo-compulsivo, sea adoptada internacionalmente.

Durante las dos últimas décadas del siglo XIX, las ideas sobre los trastornos de ansiedad y sobre los trastornos del estado de ánimo experimentan una transformación radical.

En 1880, el libro del neurólogo americano Beard, *Tratado práctico del agotamiento nervio-*

so (neurastenia), introduce en la nosología una nueva neurosis atribuida por su autor a lo que hoy se llama el "estrés de la vida moderna". El cansancio físico y mental es su principal síntoma, pero va acompañada de otros muchos, somáticos y físicos, entre los cuales se puede reconocer fenómenos fóbicos y obsesivos. El concepto de neurastenia conoció un éxito internacional inmediato, pues se llegaba al diagnóstico con más facilidad cuando las manifestaciones clínicas eran múltiples y mal delimitadas. En 1895, un joven neurólogo austríaco, Sigmund Freud que, después de una estancia en París con Charcot, se interesaba sobre todo por el estudio de la histeria y, más en general, de las neurosis, emprendió la clasificación de la neurastenia. En su libro, Beard no utilizaba el término *anxiety*, pero Hecker había afirmado en Alemania que la *Angst* –término que él empleaba en su sentido psiquiátrico preciso– estaba en el centro de la sintomatología neurasténica. Citando a Hecker, Freud afirmó en un famoso artículo que la neurastenia de Beard debía descomponerse en dos neurosis distintas, la neurosis de angustia (*Angstneurose*) y la neurastenia propiamente dicha. La primera estaba especificada por la presencia de angustia bajo dos formas coexistentes en el enfermo: una forma leve, espera ansiosa permanente, que él denomina *Ängstlichkeit*, a la que se incorporan crisis de angustia (*Angstanfälle*) intensas, de duración limitada, que sobrevienen en cualquier momento, quedando a veces la angustia enmascarada por síntomas físicos (sensación de ahogo, opresión torácica). La neurastenia propiamente dicha, por el contrario, está dominada por la fatiga.

El mismo año, Freud publica en París, en francés, un trabajo consagrado a las fobias y a las obsesiones. Hasta entonces, pese a las descripciones ya realizadas, estos síntomas eran con frecuencia confundidos y ligados generalmente a una patología neurótica hereditaria vaga: eran considerados como manifestaciones de la dege-

Freud publica en París, en francés, un trabajo consagrado a las fobias y a las obsesiones. Hasta entonces, pese a las descripciones ya realizadas, estos síntomas eran con frecuencia confundidos y ligados generalmente a una patología neurótica hereditaria vaga: eran considerados como manifestaciones de la degeneración mental.

Así pues, neurosis de angustia y neurastenia son "neurosis actuales" fruto del comportamiento sexual inmediato, la histeria, las neurosis fóbica (que inicialmente llama histeria de angustia) y obsesiva son psico-neurosis. Son el resultado de una elaboración psicológica de conflictos situados en la sexualidad infantil que conducen a las expresiones simbólicas que son los síntomas.

neración mental, amplia concepción etiológica elaborada en 1857 por Morel. Para Freud, fobias y obsesiones difieren radicalmente por los mecanismos psicopatológicos que están en su base, corresponden a dos neurosis distintas, la neurosis fóbica y la que él llama (en francés) la "*névrose des obsessions*".

Las aportaciones de Freud son fundamentales, comenzando por el punto de vista nosológico. Los límites del grupo de las neurosis, del que hacía ya mucho que se habían desgajado las "vesanias" (la manía y la melancolía), continuaba restringiéndose al incorporar la neurología algunas de ellas (como la epilepsia), y la medicina general otras (como el tétanos). A partir de Freud, el grupo estará constituido esencialmente por cinco entidades distintas, las tradicionales histeria e hipocondría, a las que se añaden desde entonces las neurosis de angustia, fóbica y obsesiva. La neurastenia va desapareciendo progresivamente, aunque subsiste el concepto en algunas escuelas psiquiátricas y continúa incluida en la Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud (ICM-10) publicada en 1992.

Estos dos artículos marcan también un giro al introducir una perspectiva psicopatológica en la concepción de las neurosis. Aunque en 1895 Freud interpreta de manera psicoenergética neurosis de angustia y neurastenia, la primera por una desviación hacia vías inadecuadas de los productos catalíticos de la excitación sexual privada de su descarga normal –como el *coitus interruptus*–, la segunda por el agotamiento producido por la masturbación, poco a poco irá insistiendo en los mecanismos psicológicos ligados a la sexualidad y a las pulsiones, propias de cada neurosis. Así pues, neurosis de angustia y neurastenia son "neurosis actuales" fruto del comportamiento sexual inmediato, la histeria, las neurosis fóbica (que inicialmente llama histeria de angustia) y obsesiva son psico-neurosis. Son el resultado de una elaboración psicológica de conflictos situados en la sexualidad infantil que

conducen a las expresiones simbólicas que son los síntomas. Para Freud, su método de psicoterapia psicoanalítica permite –por diferentes mecanismos, como la transferencia– desvelar y resolver estos conflictos y curar la psiconeurosis. La ansiedad está en el centro de esta construcción. Las ideas de Freud al respecto evolucionaron. Finalmente la consideró como signo de la existencia de un conflicto. A menudo no puede observarse clínicamente, sin embargo está siempre presente, deducible por la existencia de síntomas que son el producto de mecanismos de defensa que las instancias psíquicas movilizan contra ella. Patente o latente, la ansiedad existe en todas las neurosis.

Durante este período, que ve a las antiguas neurosis transformarse prácticamente en nuestros trastornos de ansiedad, Kraepelin, en la sexta edición de su *Tratado*, en 1899, reagrupa la mayor parte de las psicosis no orgánicas en dos enfermedades. Sugerido anteriormente por Falret, el criterio que utiliza el psiquiatra alemán para crear esta dicotomía es la evolución clínica. Kraepelin recoge la hebefrenia, descrita por Hecker, la catatonía, aislada por Kahlbaum, y la demencia paranoide en una entidad única, la "demencia precoz" (*Dementia praecox*) porque, pese a sus sintomatologías iniciales muy diferentes, todas desembocan en un estado de debilidad física idéntica. La "locura circular" de Falret, los estados depresivos y maníacos aislados o recidivantes, sólo son para él formas clínicas de la segunda gran psicosis, la "locura maniaco-depresiva" definida, sobre todo, porque nunca se observa en ella debilitamiento terminal. Todavía mantiene fuera de esta enfermedad la depresión que aparece en período de evolución, porque aún cree que ésta termina en demencia pero, convencido en 1905 de la inexactitud de este hecho por el trabajo de su alumno Dreyfus, la incorpora a la locura maniaco-depresiva en la octava edición de su *Tratado* (1908-1915). Aunque la unicidad de ésta, que afirma insisten-

temente, se base para él sobre todo en la evolución y no en las relaciones de los síntomas con el concepto psicológico del humor, Kraepelin está en el origen del agrupamiento de estos trastornos.

Durante la primera mitad del siglo XX, se difunden las concepciones de Freud y de Kraepelin en psiquiatría. La nosología kraepeliniana de las psicosis se impone internacionalmente muy rápido. La sustitución del término esquizofrenia por el de demencia precoz en 1911, gracias a Bleuler, y el reemplazo del criterio evolutivo de estado terminal por el psicopatológico de “disociación” (*Spaltung*) de las funciones mentales, no afecta al cuadro de la enfermedad. La noción de “locura (ya se prefiere la palabra psicosis) maníaco-depresiva” se acepta con eventuales modificaciones de detalle. En cambio, la penetración de las ideas psicoanalíticas es mucho más lenta. Es cierto que se impone la idea, que Freud compartía además con otros contemporáneos, como Janet, de que las neurosis son afecciones de causa psicológica, accesibles a la psicoterapia, y también la nosología de éstas sistematizada por el médico vienés. Pero sólo un pequeño número de psiquiatras aceptan en su totalidad sus construcciones teóricas y, cuando las adoptan, suele ser una forma simplificada y parcial.

La primera edición del *Manual diagnóstico* publicado en 1952 por la Asociación de Psiquiatría Americana, el DSM-I –en el que las categorías diagnósticas individuales se designan con el término reacción introducido por Adolf Meyer– es representativa de la situación de la época y de que, indudablemente, la influencia del psicoanálisis era entonces más fuerte en Estados Unidos que ningún otro lugar.

Se dedica un capítulo a los “trastornos psico-neuróticos”. El impacto del psicoanálisis, ya visible en el empleo del término psico-neurótico creado por Freud, se pone de manifiesto en su definición. Tienen “como característica principal la ansiedad que puede percibirse directamente o

ser controlada inconsciente y automáticamente empleando diversos mecanismos psicológicos de defensa”. Aparecen descritas seis categorías. Junto a la “reacción ansiosa”, la “reacción fóbica” y la reacción obsesiva-compulsiva, correspondientes a los cuadros creados o aislados por Freud, la neurosis histérica se divide en reacción disociativa (que agrupa las amnesias, fugas, desdoblamientos de la personalidad histéricas) y la “reacción de conversión” de manifestaciones somáticas, sensitivas y sensoriales. Una sexta psiconeurosis es la reacción depresiva en la que la sintomatología observada es moderada y provocada por una pérdida –por ejemplo de un ser querido. La depresión es entonces el resultado de un mecanismo de defensa contra la angustia. No se mencionan, en cambio, la hipocondría y la neurastenia propiamente dicha.

Cuando la adopción, al menos parcial, de la teoría psicoanalítica transforma en el DSM-I el grupo de las psiconeurosis prácticamente en un grupo de trastornos de ansiedad, las ideas de Kraepelin prevalecen en el manual sobre los trastornos del estado de ánimo. En el capítulo “Trastornos psicóticos”, aparece una sección titulada “Reacciones afectivas”, donde la ambigüedad del término afectivo, se elimina con la definición: estos trastornos se caracterizan por la existencia de un trastorno primario del estado de ánimo (*mood*). Las “reacciones maníaco-depresivas” son su categoría principal. Se indica expresamente que el término es sinónimo de “psicosis maníaco-depresiva”. Presentan tres formas sintomáticas: maníaca pura, depresiva pura y “mixta” asociando los dos tipos en un mismo enfermo. En realidad, el DSM-I no sigue del todo la última edición del manual kraepeliniano. Describe, aparte de las reacciones afectivas, la reacción psicótica de involución que Kraepelin había incorporado en su gran psicosis, igual que había hecho con las personalidades depresivas, hipertímicas y ciclotímicas, mientras que el DSM-I sigue clasificando ésta última –la única que menciona–

La primera edición del Manual Diagnóstico publicado en 1952 por la Asociación de Psiquiatría Americana, el DSM-I –en el que las categorías diagnósticas individuales se designan con el término reacción introducido por Adolf Meyer– es representativa de la situación de la época.

El DSM-I se adhiere ampliamente al dogma kraepeliniano según el cual los cuadros clínicos no orgánicos dominados por los trastornos del estado de ánimo corresponden a una enfermedad única y, en general, esta posición se acepta internacionalmente.

en los "Trastornos de la personalidad". Además, el DSM-I describe accesoriamente entre las "Reacciones afectivas", fuera de la psicosis maníaco-depresiva, implícitamente endógena, una "reacción psicótica depresiva" desencadenada por un acontecimiento traumatizante.

Pese a ciertas mínimas desviaciones, el DSM-I se adhiere ampliamente al dogma kraepeliniano según el cual los cuadros clínicos no orgánicos dominados por los trastornos del estado de ánimo corresponden a una enfermedad única y, en general, esta posición se acepta internacionalmente. La situación se ve sacudida en 1966 con la publicación simultánea de trabajos realizados de modo independiente por Angst en Suiza y Perris en Suecia. Estos autores afirman que la psicosis maníaco-depresiva debe descomponerse en tres entidades. Una, llamada bipolar, se caracteriza clínicamente por la aparición en el mismo sujeto de episodios maníacos y depresivos, mientras que las otras dos, llamadas unipolares maníaca o depresiva, presentan una sola variedad de episodios. No se trata de formas sintomáticas de una misma enfermedad sino de entidades autónomas, pues tienen una herencia y una edad de comienzo diferente. Esta concepción se admitirá rápidamente con la restricción que los estudios posteriores revelarán sobre la forma unipolar maníaca que, al compartir sus características genéticas y otras con la forma bipolar, debe asociarse a ésta. Se opondrá desde entonces una afección bien definida, que se manifiesta por una sintomatología bipolar o unipolar maníaca, a los otros estados depresivos. Se trata de una resurrección, más de un siglo después, de las ideas de Falret cuya "locura circular" había sido engullida por Kraepelin en su vasta psicosis maníaco-depresiva.

Casi al mismo tiempo, se producía el desmembramiento de otra afección, ésta creada por Freud, de la neurosis de angustia. A partir de 1962, el psiquiatra americano Donald Klein observó que, entre los enfermos agorafóbicos que

presentaban también una neurosis de angustia, los medicamentos psicotrópicos producían acciones diferentes sobre las dos componentes descritas por Freud en esta última. Los sedantes eran eficaces en la ansiedad leve permanente, pero no actuaban sobre las crisis de angustia, y lo contrario se cumplía con ciertos antidepresivos. De ahí concluyó que las dos variedades de ansiedad eran de naturaleza diferente. La lengua inglesa sólo utiliza en psiquiatría –ya lo hemos dicho– la palabra *anxiety* y Klein buscó un segundo término para designar el síntoma en lo que Freud llamaba crisis de angustia (*Angstfall*). Lo descubrió en una errónea traducción inglesa del texto original, que había interpretado *Angstfall* como "crisis de pánico". Ya podía oponer la *anxiety* leve permanente al síntoma, no sólo más intenso sino, según él, cualitativamente distinto, presente en el momento de las crisis. Esta descomposición de la neurosis aislada por Freud en dos entidades, una caracterizada por la presencia continua de una espera ansiosa, denominada hoy "trastorno de ansiedad generalizada", la otra definida por la aparición, con cierta frecuencia, de crisis de pánico, el "trastorno" pánico, hoy aceptado.

Las modificaciones aportadas a la psicosis maníaco-depresiva y a la neurosis de angustia eran de extensión limitada. Sin embargo, el DSM-III introdujo en 1980 una verdadera revolución conceptual que afectaba a los principios mismos de toda la nosología. Específicamente americano en sus comienzos, fue presentado como un lenguaje común, aceptable para todos los psiquiatras de Estados Unidos, divididos entonces entre los partidarios del psicoanálisis, cuya influencia estaba en claro declive, los de una psiquiatría biológica en plena expansión desde el nacimiento de la psicofarmacología, y los del enfoque social. El elemento esencial era el rechazo de toda hipótesis etiopatogénica en la delimitación de las categorías diagnósticas. Su definición es sintomática, la etiología sólo se tiene en cuenta si está "científica-

mente demostrada". El DSM-III aportaba más innovaciones, el empleo de criterios diagnósticos, la naturaleza multi-axial de la clasificación entre otras, pero el ateorismo era el principal. El éxito internacional inmediato –e inesperado para sus autores– del DSM-III hizo que la OMS adoptara sus principios y, en lo esencial, las categorías y los términos que las designaban en la CIE-10, publicada en 1992. El DSM-III-R y el DSM-IV sucedieron en 1987 y en 1994 al DSM-III pero mantuvieron los principios iniciales aún con mayor rigidez.

La desaparición del capítulo "Neurosis" y la supresión del término que, como en el DSM-III, justificaba el carácter hipotético de conflictos y mecanismos de defensa que, para algunos, estaban en el centro del concepto, fue una innovación muy controvertida. El nuevo capítulo, Trastornos de la ansiedad –aparentemente su sucesor–, que tenía como criterio común la presencia de ansiedad observable en el centro del cuadro clínico, difiere profundamente de éste en su composición. Es cierto que incluye la antigua neurosis de angustia, ya dividida en "Trastorno pánico" y "Trastorno de ansiedad generalizada", al igual que los "Trastornos fóbicos" y el "Trastorno obsesivo-compulsivo". Pero la histeria, el prototipo de las neurosis en la época de Charcot y de los primeros trabajos de Freud, queda excluida. Su forma llamada de conversión se incluía en el nuevo capítulo de los Trastornos somatomorfos donde se unía, entre otros, a la hipocondría. Su forma disociativa, en sus diversas modalidades, constituía el capítulo autónomo Trastornos disociativos. Hay que señalar que el DSM, contrariando sus principios, conserva los términos "conversión" y "disociación", creados por Freud y Janet respectivamente, evocando no síntomas sino hipótesis patogénicas. La primacía de la sintomatología en la definición de los "trastornos de ansiedad" lleva a incorporarles dos entidades nuevas, el "estado de estrés posttraumático" y el "estado de estrés agudo", cuya etiología se afirma en su nombre mismo y, lo que

es todavía más significativo (en el DSM-IV), todos los trastornos orgánicos se manifiestan sobre todo por una forma de cuadro ansioso.

Las transformaciones del marco de los "trastornos del estado de ánimo", menos espectaculares, son también profundas. El DSM-III había suprimido los tradicionales conceptos de "depresión endógena" y "depresión neurótica" (o neurosis depresiva) porque eran patogénicamente especulativos y, sólo reconocía, según su intensidad, la "depresión mayor" y la "distimia". En el DSM-IV, los trastornos del estado de ánimo engloban todos los estados cuya sintomatología es, de manera predominante, depresiva, maníaca, mixta, o asocia estos aspectos en un mismo sujeto, cualquiera que sea su intensidad, su evolución o su causa. El conjunto tiene, esquemáticamente, una estructura tripartita. Los "trastornos bipolares" contienen los episodios maníacos, la asociación bajo diversas formas de episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos mayores y mixtos, pero también el trastorno ciclotímico. En el segundo subgrupo se encuentran las manifestaciones exclusivamente depresivas, sea cual sea su naturaleza, única o recidivante, su duración e intensidad (en especial el trastorno distímico). En el tercer subgrupo se recogen todos los estados, bipolares y depresivos, de causa orgánica demostrada. Unos criterios denominados "especificaciones" delimitan las variedades particulares de numerosos trastornos individualizados (por ejemplo los trastornos depresivos mayores, unipolares o recidivantes, y los trastornos bipolares pueden tener o no un ritmo estacional) pero no afectan a la estructura general de la nosología tripartita.

Estas concepciones no se aceptan universalmente en su integridad. La nosología de la CIE-10, resultado de un compromiso entre expertos internacionales, se aparta un poco de ellas, tanto en el vocabulario –conserva el término neurosis, utilizando además el de trastorno de ansiedad– como en su estructura: el "trastorno bipolar orgá-

La desaparición del capítulo "Neurosis" y la supresión del término que, como en el DSM-III, justificaba el carácter hipotético de conflictos y mecanismos de defensa que, para algunos, estaban en el centro del concepto, fue una innovación muy controvertida.

La noción de afectividad, de la que dependerían ansiedad y trastornos del estado de ánimo, es jerárquicamente superior: se remonta a la antigua psicología que dividía las funciones del espíritu en tres áreas, cognitiva (o intelectual), conativa (o de la voluntad) y afectiva.

nico” y el “trastorno ciclotímico” no se incluyen en el párrafo “Trastornos bipolares”. Pero, en general, se puede considerar que el DSM-IV expresa la opinión actual predominante en lo esencial.

Sin embargo, no se trata más que de una etapa provisional en la larga historia de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos de ansiedad.

La perspectiva actual es categorial, primariamente sintomática y, en ocasiones –pero sólo secundariamente–, etiológica, lo que conduce, cuando se demuestra la etiología, a una doble clasificación: junto al “trastorno bipolar” delimitado sólo por sus síntomas, existe el trastorno bipolar debido a...” seguido del enunciado de la causa.

Aquí podemos tan sólo recordar las controversias sobre la legitimidad del enfoque categorial, tradicional en medicina desde Sydenham, y sobre la posible superioridad del enfoque dimensional en psiquiatría. Gracias al análisis factorial se han aislado, entre otras, unas dimensiones depresiva, maníaca y ansiosa –cada una con subdimensiones– y es posible determinar, según los síntomas que presente, el lugar de cada sujeto en cada dimensión, caracterizarlo por su perfil en vez de asignarlo a una categoría sindrómica. Como escribió David Goldberg, el enfoque dimensional, cuyos conceptos derivan exclusivamente de la observación de los hechos, es aristotélico, mientras que el enfoque categorial, que postula la existencia de entidades ideales no observables, es platónico.

La ansiedad, la depresión, la manía son modos de reacción psicológica del organismo individualizados por la observación clínica. La noción de humor, donde la manía y la depresión serían trastornos, se sitúa ya en un nivel conceptual más elevado. La noción de afectividad, de la que dependerían ansiedad y trastornos del estado de ánimo, es jerárquicamente superior: se remonta a la antigua psicología que dividía las funciones del espíritu en tres áreas, cognitiva (o intelectual),

conativa (o de la voluntad) y afectiva. El DSM-III, al definir con precisión los trastornos que aislaba gracias a los criterios diagnósticos, ha puesto de manifiesto la fragilidad de su inclusión en esta última área. Se ha constatado la extrema frecuencia de la coexistencia en el mismo sujeto de dos o más trastornos, de su co-morbilidad. Así, siguiendo la gran encuesta americana ECS, parece existir en todos los casos de “trastorno bipolar”, el trastorno del estado de ánimo mejor individualizado, una co-morbilidad con al menos uno y en ocasiones hasta con tres trastornos, que son, a menudo, trastornos de ansiedad diversos. En especial, la asociación con el trastorno pánico era trece veces más elevada que lo previsto en una combinación al azar (una co-morbilidad aleatoria). En el estudio de Rasmussen y Eisen (1988), el 31% de los enfermos afectados de “trastorno obsesivo-compulsivo” –el trastorno de ansiedad cuya autonomía parece más clara– recibían simultáneamente el diagnóstico de “episodio depresivo mayor”, 11% el de “fobia social”, 8% el de “trastorno pánico” y 7% el de fobia simple. Estos resultados demuestran la existencia de factores subyacentes comunes a todos los trastornos, signo de la patología de la afectividad, que conciernen al estado de ánimo o se manifiestan por la ansiedad. Al mismo tiempo, sacan a la luz el carácter probablemente artificial de su actual clasificación, basada en el criterio objetivo, pero probablemente insuficiente, si no inadecuado, de la sintomatología predominante.

El futuro descubrirá, sin duda, elementos más decisivos. Algunos confían en la biología –sobre todo en el descubrimiento de los mecanismos bioquímicos o neurofisiológicos cerebrales o en la demostración de determinantes genéticos–, otros en una psicopatología renovada, otros en el estudio del papel de los factores ambientales y sociales, siendo calificada de biopsicosocial la combinación de estas aproximaciones diferentes. Gracias a los progresos reales que se han producido, podemos esperar que se consigan

no sólo concepciones más exactas de los límites y la naturaleza de estos trastornos, sino también, en consecuencia, tratamientos que completen o sustituyan los que hoy tenemos.

Bibliografía.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorder. Washington: American Psychiatric Association. Hospital. Hospital Service, 1952

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorder. Second Edition (DSM-II) Washington: American Psychiatric Association. Hospital, 1948

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorder. Third Edition (DSM-III) Washington: American Psychiatric Association, 1980.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorder. Third Edition Revised (DSM-III-R). Washington: American Psychiatric Association, 1987.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorder. Fourth Edition Revised (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994.

Angest J. Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Berlin: Springer, 1966.

Baillarger J. Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation. Bull Acad Impér Méd 1954; 19: 30-52.

Beard G. A practical treatise of nervous exhaustion (neurasthenia). New York: William Wood, 1980.

Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig. Wien: Deuticke, 1911.

Cullen W. Apparatus ad nosologiam methodicam, seu Synopsis nosologicae methodicae in usum studiorum. Amsterdam: De Tournes, 1775.

Esquirol E. Des maladies mentales considérées sous les rapports medical, hygiénique et médico-legal. Paris: Baillière, 1838.

Falret JP. Mémoire sur la folie circulaire, forme de la maladie mental caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé. Bull Acad Impér Méd 1854; 19: 382-400.

Freud S. Über die Berechtigung, von der Neurasthénie einen bestimmten Symptomenkomplex als Angstneurose abzutrennen. Neurol Centralbl 1985; 14: 50-66.

Freud S. Obsessions et phobies. Rev neurol 1985; 3: 33-38.

Klein EE. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. Psychopharmacologia 1964; 5: 397-408.

Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte 6the. Auflage. Leipzig: Barth, 1899.

Kraepelin E. 1909-1915. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte 8the. Auflage. Leipzig: Barth, 1909-1915.

Morel BA. Du délire émotif. Arch Génér Méd 1866;7: 385-402 ; 530-551 ; 700-707.

Perris C. A study of bipolar (maniac-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Acta Psychiatri. Scandinav 1966, 42 (suppl 194): 15-152.

Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie. Paris: Richard, Caille y Ravier.

Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical and epidemiological findings of significance in neuropharmacology trials in OCD. Psychopharmacol Bull 1988; 24: 466-470.

Westphal C. Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung. Arch Psychiatr Nervenkrankn 1872; 3: 138-161.

Willis T. Opera omnia. Amsterdam: Wetstenius, World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: WHO, 1992.