

ANALES
DE LA
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

AÑO 2001 - TOMO CXVIII
CUADERNO CUARTO
SESIONES CIENTÍFICAS
SESIÓN NECROLÓGICA
SOLEMNE SESIÓN



XVII SESION CIENTIFICA

DÍA 23 DE OCTUBRE DE 2001

PRESIDIDA POR EL EXCMO. SR.
D. HIPOLITO DURAN SACRISTAN

CUADROS DEPRESIVOS SOMATOMORFOS

SOMATOFORM DEPRESSION

Por el Excmo. Sr. D. FRANCISCO ALONSO FERNÁNDEZ

Académico de Número

CUADROS DEPRESIVOS SOMATOMORFOS

SOMATOFORM DEPRESSION

Por el Excmo. Sr. D. FRANCISCO ALONSO FERNÁNDEZ

Académico de Número

Resumen

El modelo de depresión sistematizado en cuatro dimensiones contiene ventajas para el diagnóstico y la terapia. Por ello se exponen aquí los síntomas depresivos somatomorfos siguiendo este modelo.

En el humor depresivo destacan los dolores y las parestesias. En la anergia, la fatiga crónica, el intestino irritable y la inhibición sexual. En la discomunicación, el vértigo y la limitación de la expresión facial. En la ritmopatía, el insomnio y la bulimia.

Para la detección de la depresión ante un cuadro integrado por síntomas somáticos funcionales, se dispone de siete pistas: antecedentes familiares y personales, características clínicas y evolutivas del síntoma somático, búsqueda de síntomas psíquicos, reacción terapéutica y tipo de personalidad.

Abstract

The Tetradsimensional Model of Depression has several advantages for diagnosis and therapy in relation to other models. Therefore, somatoform depressive symptoms are described here following this model.

In the depressive mood, pain and paraesthesiae are the most important somatic symptoms. In the anergy, chronic fatigue, irritable bowel and sexual inhibition. In the communication disorder, vertigo and limitation of facial expressivity. In the rhythmopathy, insomnia and bulimia.

In order to detect the depression in a clinical picture integrated by functional somatic symptoms we have seven kinds of features: personal and family history, clinic and evolutive aspects of somatic symptoms, the search of psychic symptoms, the therapeutic reaction and the type of the personality.

Al constituir la vitalidad como una encrucijada entre los polos psíquico y somático del ser humano, resulta lógico que cada una de las cuatro dimensiones se componga de síntomas psíquicos y somáticos. Por otra parte, los cuadros depresivos se subdividen en completos, con una sintomatología tetradimensional e incompletos, uni, bi o tridimensionales.

Las ventajas de este modelo en la clínica y en la investigación se concretan en los seis puntos consignados en la tabla 3.

TABLA 3
VENTAJAS DEL MET

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Basarse en un concepto de la depresión, sintetizado en el término SDV. 2. Incorporar los síntomas somáticos al cuadro depresivo. 3. Aportar una nueva subtipología de la depresión, distribuida en quince subtipos (uno tetra, cuatro tri, seis bi y cuatro unidimensionales). 4. Reducir el índice de los falsos diagnósticos negativos. 5. Permitir efectuar una predicción terapéutica muy discriminada. 6. Disponer de un test heteroadministrado que permite obtener el perfil del cuadro depresivo (depresograma). |
|--|

Para la medición de la sintomatología depresiva distribuida en cuatro canales independientes, se ha estandarizado el *Cuestionario Estructural Tetradimensional* para la *Depresión* (CET-DE, Alonso-Fernández 1986). El resultado se expresa en un perfil denominado *depresograma* que comprende cinco apartados: los de las cuatro dimensiones y el de la puntuación global dividida por cuatro.

II. CONCEPTO DE LA DEPRESIÓN SOMATOMORFA

Es en este marco ofrecido por el MET donde voy a expresar a continuación el tema de la *Depresión Somatomorfa* o *Somatotropía* (DS). Especifiquemos previamente que cuando el cuadro depresivo es intenso suelen prevalecer los síntomas psíquicos. En los cuadros depresivos intensos los síntomas somáticos son como «Belegleitsymptome» o «akzessorischen Symptomen», como los llamaba Eugen Bleuler. Solamente las depresiones más ligeras ofrecen a los síntomas somáticos la oportunidad de dominar el primer plano clínico. De aquí la tendencia de las depresiones somatomorfas o somatotropas a ser larvadas, incluso paucisintomáticas y hasta en apariencia monosintomáticas.

Los llamados *trastornos somatoformes* (*somatoform disorders*) en la DSM-IV y en la ICD-10 se caracterizan en ambos sistemas clasificatorios internacionales por manifestarse por síntomas físicos persistentes que ocasionan el reiterado requerimiento de una atención médica, sin existir una base de lesión orgánica que permita explicar la naturaleza y la intensidad de los síntomas. Como vemos, se trata de un concepto *negativo*, cuando en psiquiatría se conoce de antiguo que casi todos estos síntomas se distribuyen en estos tres círculos nosográficos: las neurosis, las depresiones y el síndrome de estrés postraumático.

Pero aún más alejada de la realidad clínica, plagada de confusiónismo, es la subdivisión de los trastornos somatomorfos propuesta por los dos sistemas nosográficos mencionados, con pequeñas diferencias entre sí (Tabla 4).

TABLA 4

MODALIDADES DE TRASTORNOS SOMATOFORMES
DISTINGUIDOS EN LA ICD-10

- Somatization Disorder (CF 45.0).
- Undifferentiated Somatoform Disorder (F 45.1).
- Hypochondriacal Disorder (F 45.2).
- Somatoform Autonomic (or Vegetative) Dysfunction (F 45.3).
- Persistent Pain (F 45.4).
- Other Somatoform Disorders (C 45.8).
- Somatoform Disorder without Specification (F 45.9).

Tengo que reconocer que me resulta imposible aceptar no sólo esta clasificación por parecerme muy poco coherente, sino la terminología manejada. Como precisan Fulcheri y Barzega (2001), los términos «somatoforme», «somatización» y «síntomas somáticos funcionales» se vienen usando de un modo intercambiable, o sea, en mi opinión, con una falta de rigor tremenda.

Aquí vamos a entender por *depresión somatomorfa* simplemente una *depresión en la que prevalecen los síntomas somáticos funcionales*, o sea, síntomas físicos no debidos a una lesión orgánica. Los síntomas somáticos de la depresión no pueden considerarse como *somatizaciones*. En esta afirmación conviene insistir ya que en los últimos años el término somatización se ha vuelto un tópico de moda al que se han dedicado numerosos trabajos, revisiones y hasta libros (Ford, 1983; Kellner, 1986 y otros).

El primer autor en utilizar el término «somatización» fue el psicoanalista Stekel. Trató con ello de ampliar el concepto de conversión de Freud, mediante la globalización o concepto global de todos los síntomas corporales expresivos de conflictos emocionales. Gradualmente ha ido perdiendo el significado de representar un estilo de comunicación a través del cuerpo, al entrar en crisis la noción de «el lenguaje de los órganos». Con ello, la somatización ha tomado la definición operacional de englobar los síntomas somáticos inducidos por un trastorno psíquico o por un conflicto emocional. A esta definición se ajustan los síntomas somáticos neuróticos pero no los síntomas somáticos depresivos. Los síntomas somáticos de la depresión no se derivan de la alteración mental, sino que son la expresión inmediata del hundimiento vital y, por tanto, son tan *primarios* como los rasgos psíquicos depresivos.

Otra especificación terminológica y conceptual necesaria es la de señalar que la depresión somatomorfa no es tampoco una *depresión enmascarada*, sino una depresión larvada. La denominación «depresión enmascarada» es apropiada en cambio para la depresión oculta detrás de otra afección distinta. No resulta justificado emplear este término, como se viene haciendo, para designar la depresión somatomorfa.

A continuación vamos a ocuparnos de los síntomas depresivos somatomorfos de mayor relieve, sistematizados con arreglo a las cuatro dimensiones de la depresión. Los cuadros depresivos somatomorfos pueden aparecer como formas de comienzo de la depresión o presentarse tardíamente como una depresión residual y tienen casi siempre una particular tendencia espontánea a encronizarse y a ofrecer una especial resistencia a los fármacos antidepressivos. Por consiguiente, las DS son, en una amplia medida, *depresiones crónicas y refractarias*.

III. LOS SÍNTOMAS SOMATOMORFOS DEL HUMOR DEPRESIVO

El humor depresivo es un estado de ánimo centrado en el dolor moral o dolor por vivir, en torno al cual se agrupa una constelación de sentimientos negros, tales como la desesperanza y la amargura/tristeza, apoyados por la anhedonia y asocia-

dos con ciertos síntomas somáticos, sobre todo experiencias de dolor físico y trastornos afines diversos. La expresión somática del estado de ánimo depresivo integra un espectro muy amplio que comprende los síntomas siguientes: dolores, molestias sensitivas localizadas, hipocondriasis, dismorfofobia y trastornos vegetativos (tabla 5).

TABLA 5

RELACIÓN DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS CRÓNICOS ADSCRITOS
AL HUMOR DEPRESIVO

(aparecen en cursiva los rasgos que se destacan por ser los que constituyen con mayor frecuencia el fenómeno clínico fundamental en las DS)

1. DOLORES	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Migraña</i> • <i>Cefalea tensional</i> • Facialgia • Otalgia • Glosodinia • Dolor de boca • Nucalgia • <i>Dorsalgia</i> • <i>Dolor torácico</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Braquialgia • Epigastralgia • Dolor abdominal • Coxigodinia • Dolor pélvico • <i>Lumbalgia</i> • Lumbociática • Ciatalgia • <i>Polialgias difusas</i>
2. MOLESTIAS SENSITIVAS LOCALIZADAS (ajenas al dolor)	<ul style="list-style-type: none"> • Parestesias en el cuero cabelludo • <i>Constricción de garganta</i> • <i>Opresión precordial</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Opresión epigástrica • Acroparestesias • Prurito genital • Parestesia perineal
3. HIPOCONDRIASIS	Preocupación o temor infundado sobre la salud somática	
4. DISMORFOFOBIA	Fobia a una malformación corporal	
5. TRASTORNOS VEGETATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia • Aumento de la presión arterial 	

Los síntomas somáticos funcionales que ocupan el primer plano clínico en el sector más amplio de las DS son el dolor y otras molestias sensitivas localizadas. Todos estos síntomas displacenteros y localizados en el cuerpo fueron identificados con gran acierto por la psicopatología alemana clásica como *sentimientos corporales (Leibgefühle)*. Quedaron así catalogados el dolor corporal depre-

sivo y síntomas afines como una variante localizada mórbida de los sentimientos vitales, esos sentimientos que a través de todo el cuerpo nos informan del estado de la vitalidad.

El síntoma del dolor crónico (dolor que ha alcanzado o superado la duración de seis meses) y la depresión se encuentran íntimamente interrelacionados. Esta correlación asociativa del dolor crónico y la depresión se distribuye, según Romano y Turner (1985), en dos grandes grupos: en el 60 por ciento de estos enfermos se han desarrollado la depresión y el dolor simultáneamente, lo que permite interpretar este dolor como un *síntoma depresivo*; y en el 40 por ciento hace irrupción el cuadro depresivo después del comienzo del dolor, lo que señala el dolor como *origen de la depresión*.

La *hipocondriasis* se define por una *actitud* centrada en la autoobservación corporal, a causa de albergar preocupaciones, temores o creencias sobre el padecimiento de alguna enfermedad orgánica, sin una base justificada para ello. Tanto en sus formas extremas, integradas por una creencia delirante absoluta, como en sus formas larvadas, representadas por un temor difuso o una preocupación algo absorbente, la hipocondriasis desarrollada en el adulto es predominantemente una manifestación de enfermedad depresiva.

La *dismorfofobia* es un temor o fobia a tener un defecto físico que los demás pueden percibir. Algo así como si estos cuadros fueran una hipocondria estética o una hipocondria de la belleza. Se repite aquí *mutatis mutandis* la distribución nosológica de la hipocondriasis a tenor de la edad: la dismorfofobia de los niños y los adolescentes es propia de un trastorno de la personalidad o de la ansiedad neurótica, sin descartar por ello que no pueda manifestarse también de esta forma algún estado depresivo infantojuvenil; en cambio, tanto la aparición de la dismorfofobia en el adulto como la reactivación de un fenómeno de este tipo presente a partir de la edad juvenil, casi siempre se debe a una enfermedad depresiva.

Si bien todos los tipos de dolor y de molestias somáticas localizadas que se consignan en la tabla 5 pueden constituir un trastorno depresivo aislado en algunos casos, las localizaciones más destacadas de estas quejas sensitivas de índole depresiva son las siguientes: la cabeza, la garganta, la espalda y región lumbar, el tórax y, en las mujeres, la región pelviana (Tabla 6).

TABLA 6

TIPOS DE DOLOR CRÓNICO Y SÍNTOMAS AFINES MÁS FRECUENTES EN LAS DS DISTRIBUIDOS SEGÚN SU LOCALIZACIÓN

A. CABEZA	1. Cefalea músculo-tensiva crónica. 2. Migraña común (sin aura) en accesos.
B. GARGANTA	3. Constricción o globus faríngeo.
C. TÓRAX	4. Dolor precordial. 5. Dolor retroesternal. 6. Opresión precordial.
D. ESPALDA Y REGIÓN LUMBAR	7. Dorsalgia. 8. Lumbalgia. 9. Lumbociática.
E. PELVIS	10. Dolor abdominal pélvico.
F. DOLORES SIN LOCALIZACIÓN PRECISA	11. Polialgias difusas.

Las modalidades de dolor y disestesia localizadas en la cabeza que toman mayor presentación aislada en los cuadros depresivos son estas dos:

1.º La *cefalea músculo-tensiva crónica*, también conocida como cefalea de tensión muscular, con frecuencia acompañada de parestesias de cabeza y molestias en la nuca.

2.º Los accesos *migrañosos*, más bien de la migraña común, o sea, sin aura. Los episodios dolorosos hemicraneales, acorde con la indicación de Glover, Jarman y Sandler (1993), deben interpretarse en muchas ocasiones como episodios depresivos breves recurrentes.

La comorbilidad formada por la asociación de migraña, sobre todo la clásica (con aura neurológica), y la depresión es frecuente. «En las mujeres migrañosas la prevalencia de la depresión es el doble que en los hombres migrañosos, como también ocurre en la población general» (Breslau et al., 1994). Schwartz et al. (2000) concluyen que la cefalea migrañosa y la depresión poseen factores de riesgo comunes. Por ello puede atribuirse su elevada comorbilidad a que abundan los individuos con una predisposición a la vez para la migraña y la depresión. Los ataques de migraña de

ambas clases son facilitados por la baja actividad del sistema serotoninérgico y mejoran con la estimulación de este sistema, rasgo neuroquímico común con un amplio sector de estados depresivos. Además, según Breslau (1992), el riesgo de suicidio es considerablemente más alto en los depresivos migrañosos (31 por ciento) que en los depresivos testigos (16 por ciento).

El *globus faríngeo (globus pharyngis)* es un síntoma descrito como una sensación de nudo en la garganta, desprovisto de una anomalía anatómica del órgano esofagofaríngeo y de una disfunción orgánica de la deglución.

En el *globus faríngeo*, al igual que en todos los cuadros de DS de presentación aislada y curso crónico, el diagnóstico de depresión se desliza por una doble vertiente: la vertiente *negativa*, o sea excluir una afección orgánica local, lo que en este caso exige una consulta del otorrinolaringólogo, con objeto de verificar esta exclusión, y además la práctica de una manometría esofágica y una esofagogastroscoopia, para no descuidar la posible presencia de una esofagitis; y la vertiente *positiva*, que se traduce sobre todo en indagar características depresivas en el propio síntoma y/o captar la presencia de otros rasgos depresivos. Aquí me he permitido intercalar este comentario, dadas las dificultades diagnósticas especiales implicadas en el *globus*, pese a que uno de los apartados finales se dedicará a la evaluación diagnóstica de las DS consideradas en su conjunto.

Dentro de los trastornos sensitivos crónicos localizados en el tórax, los más representativos de las DS son la precordialgia, el dolor retroesternal y la opresión precordial. Las sensaciones crónicas de *dolor y opresión precordial* exigen, antes de tomarse como un síntoma depresivo, la exclusión de una afección coronaria. En cuanto al *dolor retroesternal*, la evaluación como síntoma depresivo sólo puede admitirse después de haber comprobado la inexistencia de un trastorno coronario o esofágico.

Los dolores crónicos de la espalda y la región lumbar, tipo *dorsalgia* y *lumbalgia*, o con extensión a una extremidad inferior, tipo *lumbociática*, deben evaluarse en principio como probables síntomas depresivos cuando no se ha detectado una causa orgánica definida y provista de una entidad suficiente, ya que pequeñas anomalías en la columna vertebral están presentes en casi todos los individuos y son con mucha frecuencia objeto de sobrevaloración clínica para explicar trastornos dolorosos dorsolumba-

res y lumbociáticos. Como indican Gallagher, Moore y Chenoff (1995), la depresión es el diagnóstico prevalente en el dolor crónico de espalda baja.

Los *dolores abdominales pélvicos*, cuando aparecen en la mujer como molestias crónicas, sin patología orgánica obvia, componen una agrupación psiquiátrica heterogénea en la que las interpretaciones diagnósticas varían entre el estado depresivo, la ansiedad somática y el trastorno psicossomático. En muchas enfermas afectas de dolores pelvianos, como señalan Slocumb et al. (1989), la depresión puede ser una consecuencia del dolor persistente más que un factor etiológico suyo.

Los *dolores difusos* se han introducido como un tema importante de interés psiquiátrico con la denominación de *síndrome poliálgico idiopático difuso*, término reemplazado después por los de *fibrositis*, *fibromiositis* o *fibromialgias*. En los institutos de belleza llaman a estos cuadros «celulitis dolorosa».

En cualquier caso, como advierten los autores que han hecho revisiones del tema (Cathebras, Lauwers y Rousset, 1998, entre otros), se trata de mialgias difusas funcionales de evolución crónica que afectan preferentemente a la mujer, desde la pubertad a la menopausia. El cuadro clínico está dominado por los fenómenos dolorosos bilaterales en forma de cefalea difusa, nucalgia, escapulalgia y lumbalgia, sin extenderse apenas a las extremidades. También suele haber trastornos parestésicos o disestésicos muy molestos, sobre todo en forma de hormigueos en las manos. Las molestias dolorosas y las parestesias se activan con el movimiento y disminuyen con el reposo. Por ello, se ha definido algunas veces este aspecto de la fibrositis como una especie de «fatiga dolorosa», designación que permite sospechar que este trastorno cuando tiene una filiación depresiva puede estar relacionado no sólo con el estado de ánimo sino también con la anergia o pérdida de impulsos.

IV. LOS SÍNTOMAS SOMATOMORFOS DE LA ANERGIA

La *anergia* engloba los síntomas debidos a la debilitación o la pérdida de los impulsos. Su intensidad se distribuye en tres niveles: el nivel más ligero, constituido por la falta de estimulaciones internas, o sea una ausencia o déficit de las motivaciones y los

intereses, vivido por el propio sujeto como sitiéndose apático, hastiado o aburrido (aburrimento, en inglés, *boredom*, y en alemán, *Langeweile*). En el nivel intermedio se agrega al déficit interno de intereses una falta de reactividad a los estímulos externos, lo que conduce al depresivo a sentirse como embotado o anestesiado. Finalmente, en el grado más acentuado, la intensa pérdida global de estímulos externos e internos hace que el enfermo se sienta petrificado o paralizado.

La depresión por agotamiento (*Erschöpfungsdepression*, en alemán) es un cuadro clínico descrito ya en la psicopatología clásica alemana como un conjunto de manifestaciones de agotamiento psíquico y corporal que podrían presentarse de una manera conjunta o separada. Coincide en muchos puntos el cuadro de la depresión por agotamiento con el agotamiento emocional que suele identificarse como el síndrome de estrés. He podido comprobar por mi parte que la salida habitual del síndrome de estrés no tratado es la de transformarse en una depresión anérgica.

Los síntomas somatomorfos propios de la anergia depresiva se distribuyen en ocho agrupaciones (Tabla 7).

TABLA 7

RELACIÓN DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS CRÓNICOS ADSCRITOS
A LA ANERGIA DEPRESIVA

(aparecen en cursiva los síntomas que poseen mayor tendencia a ocupar el primer plano de las DS)

1. <i>Síndrome de fatiga crónica</i>	Astenia. Adinamia. Cansancio doloroso.
2. Trastornos digestivos vagotónicos	Boca seca. Náuseas. Vómitos. Dispepsia e indigestión. Meteorismo, aerofagia o flatulencia. Estreñimiento espástico. Colitis. Diarrea. (<i>Síndrome del intestino irritable</i>).
3. Trastornos circulatorios vagotónicos	Sofocaciones. Bradicardia.
4. Trastornos de la micción vagotónicos	Polaquiuria. Poliuria. Disuria.
5. <i>Inhibición sexual</i>	Falta de libido. Disfunción eréctil.
6. Caída del pelo	Alopecia areata
7. Enlentecimiento o retardo psicomotor	Bradiquinesia. Psicomotilidad pseudoparkinsoniana.
8. Signos de envejecimiento	Caída del pelo de la cabeza. Disminución del vello corporal. Arrugas de la piel. Agrietamiento de las uñas.

La forma más frecuente del *síndrome de fatiga crónica funcional* es la que dimana de la anergia depresiva. Hasta que David consignó en 1991 que en alrededor del 50 por ciento de los pacientes con el síndrome de fatiga crónica vistos en el hospital por su equipo concurría el diagnóstico de depresión mayor o de distimia, la ligazón entre la depresión y este síndrome era muy poco estimada. Abundan los cuadros depresivos limitados a la presencia de fatiga o cansancio.

El cansancio depresivo persistente puede aparecer como *adynamia* (falta de ganas de moverse) o como *astenia* (fatiga precoz). Algunas veces se acompaña el cansancio depresivo de dolores musculares. El estado de *cansancio doloroso crónico* es un cuadro próximo o idéntico al constituido por los movimientos dolorosos propios de la fibromialgia, trastorno somatomorfo ya comentado entre los síntomas somáticos del humor depresivo. Para algunos autores como Claw et al. (1997), muchos enfermos de fibromialgia reúnen los criterios del síndrome de fatiga crónica. Entre ambas entidades existe una relación específica todavía no clara.

El *síndrome del intestino irritable* comprende una constelación de síntomas agrupados en torno a un dolor abdominal crónico u hábitos intestinales alterados, en la ausencia de una causa estructural conocida para estos síntomas. Los enfermos psíquicos afectados por este síndrome forman un grupo heterogéneo, en el que predomina de forma muy destacada el diagnóstico de depresión.

La *inhibición sexual* se refleja en falta de deseos y/o en la pérdida de capacidad. A consecuencia de la debilitación de la libido se reduce o anula la actividad sexual, y a consecuencia de la pérdida de la capacidad se establece una disfunción eréctil, sobre todo en forma de una dificultad de erección o una eyaculación precoz entre los hombres, y un estado de frigidez entre las mujeres. Un trastorno sexual aislado de este tipo es muchas veces la manifestación prevalente de una DS.

Los trastornos sexuales sintomáticos de depresión no se adscriben, en rigor, a la estirpe orgánica ni a la psicógena —que son las dos referencias etiológicas manejadas en exclusiva muchas veces para explicar la disfunción sexual, desde luego con un criterio equivocado—. A pesar de su carácter funcional, la disfunción eréctil depresiva se acompaña en algunos enfermos, según precisan Steiger, Holsboer y Benkert (1993), de una supresión de la tumescencia del pene nocturna que se produce de forma habitual en el marco

del sueño REM. El trastorno depresivo de erección nocturna, a diferencia del que acompaña a la disfunción sexual orgánica, es reversible, o sea, que se normaliza al recuperarse el estado depresivo.

V. LOS SÍNTOMAS SOMATOMORFOS DE LA DISCOMUNICACIÓN

La pérdida de la capacidad de sintonización vital con los demás y con el espacio circundante genera el trastorno de la intercomunicación humana que afecta a un amplio sector de enfermos depresivos. Sus síntomas prevalentes son un relativo bloqueo de la emisión y de la recepción y la distorsión de la metacomunicación reflejada por ambas partes en el registro de frecuentes mensajes engañosos o contradictorios. Hay algunos cuadros depresivos larvados en los que prevalecen los síntomas somáticos crónicos incluidos en la dimensión de la discomunicación depresiva (Tabla 8).

TABLA 8

RELACIÓN DE LOS SÍNTOMAS SOMATOMORFOS DEPRESIVOS ADSCRITOS A LA DISCOMUNICACIÓN

(en cursiva se destacan los síntomas que toman el mayor relieve en las DS)

A. VISTA	Visión borrosa Disminución de la agudeza visual Moscas volantes Trastornos de la visión cromática
B. OÍDO	Disminución de la agudeza auditiva con tinnitus (ruidos)
C. GUSTO	<i>Pérdida del sabor de la comida</i>
D. OLFATO	<i>Temor o creencia de desprender olores desagradables (autodisosmofobia)</i>
E. SENSIBILIDAD GENERAL	Hipoestesia Descenso o aumento del umbral del dolor
F. VIVENCIA ESPACIAL	<i>Vértigo perceptivo o representativo.</i> <i>Mareo</i>
G. COMUNICACIÓN GESTUAL	<i>Expresión facial limitada y/o descenso de su percepción</i>
H. HIPERACTIVIDAD MOTORA O MUSCULAR PRIMARIA	Tics. Movimientos coreiformes. Espasmos musculares

La brusca *pérdida del sabor* para la comida ha constituido durante algún tiempo la única queja expresada por un escaso número de enfermos depresivos iniciales. En mi casuística, esta incapacidad para estimar el gusto de los alimentos se instauró con la máxima agudeza, de la noche a la mañana, y se mantuvo como un trastorno predominante tan sólo durante dos o tres semanas. Con la aparición de una sintomatología depresiva de mayor relieve se borró espontáneamente el interés del enfermo por este trastorno.

La *autodisosmofobia* en cuanto síntoma depresivo aparece unas veces como el temor a exhalar mal olor y en otras como la convicción de exhalarlo, en ambos casos naturalmente sin una base objetiva. El fenómeno, por tanto, puede ser una fobia o un delirio.

El *vértigo depresivo*, en cuanto síntoma nuclear de algunas DS, presenta unas características variables de unos enfermos a otros. En algunos enfermos depresivos puede calificarse de vértigo menieriforme, toda vez que se manifiesta como un trastorno perceptivo, con ligeras sensaciones de giro o de rotación o movimientos de vaivén. Con mayor asiduidad el vértigo depresivo se atiene a la línea del trastorno de la representación del espacio, con sensaciones en forma de inseguridad del piso y de inestabilidad, tal como acontece en el vértigo agorafóbico. El vértigo que abunda más aquí es un trastorno de equilibrio ligero limitado a una sensación de mareo.

La actividad gestual comunicativa se centra en la *expresión facial*. De ella depende en amplia medida la metacomunicación (el significado de la comunicación). La disminución de la capacidad para expresar y reconocer las emociones a través de la mímica, síntoma presente en algunos enfermos depresivos, es un trastorno causado por la disfunción del hemisferio cerebral derecho, hemisferio más responsable del estado depresivo que su homónimo contralateral.

VI. LOS SÍNTOMAS SOMATOMORFOS DE LA RITMOPATÍA

La *ritmopatía*, entendida como una disregulación de los ritmos, comprende en primer lugar la desorganización de las formas rítmicas biopsíquicas circadianas más caracterizadas del ser humano, a saber: la alimentación, el sueño y la actividad motora.

En el fondo del espectro de las perturbaciones ritmopáticas también figuran la lentificación del ritmo existencial y la instalación en el pasado. Las DS ocupadas por síntomas ritmopáticos son tal vez las más importantes de todas por razón de su fuerte entidad clínica (Tabla 9).

TABLA 9

RELACIÓN DE LOS SÍNTOMAS SOMATOMORFOS DEPRESIVOS
ADSCRITOS A LA RITMOPATÍA

(la cursiva sirve para destacar los síntomas que toman el mayor relieve como trastornos aislados en las DS)

A. TRASTORNOS DEL SUEÑO (DISOMNIAS)	<i>Insomnio</i> <i>Insomnio subjetivo</i> <i>Hipersomnia</i> Inversión del ritmo sueño-vigilia
B. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN O DEL PESO	<i>Anorexia/pérdida de peso</i> <i>Bulimia</i> <i>Hiperfagia/aumento de peso</i>

El síntoma ritmopático que más se destaca en las DS como un trastorno aislado es el *insomnio inicial*, o sea la dificultad de conciliar el sueño. El *insomnio medio*, representado por la presentación de pesadillas o crisis de terror durante el sueño o por la interrupción mediante despertares, en cuanto manifestación prevalente de las DS toma su máximo relieve entre los niños y los jóvenes. Finalmente, el *insomnio tardío o terminal*, en el que se produce el despertar precoz con imposibilidad de reanudar el sueño, aunque constituye el trastorno sómnico de mayor peso específico para el diagnóstico de la depresión, sobre todo cuando el despertar se acompaña de un empeoramiento momentáneo de la sintomatología, su aparición en forma aislada alcanza escasa frecuencia, al menos en mi casuística.

El *insomnio subjetivo* corresponde a uno de los perfiles más frecuentes del insomniaco depresivo: al despertar se siente este enfermo dominado por la impresión de haber dormido muy poco y mal y encontrarse mal recuperado para la actividad física e intelectual, y todo ello a pesar de haber dormido sin interrupciones.

La *hipersomnia*, con una presencia continuada a lo largo del día o en forma de crisis, constituye el trastorno prevalente en un minoritario grupo de DS. La hipersomnia depresiva mitigada, en forma de simple somnolencia, se acompaña casi siempre de hiperfagia y de aumento de peso, asociación que constituye el cuadro básico de la depresión estacional.

La incidencia de los trastornos del apetito o del peso en las DS ocupa entre los síntomas ritmopáticos el segundo lugar, a continuación de los trastornos del sueño. Aquí figura como manifestación depresiva más frecuente la *anorexia*, acompañada de pérdida de peso. La identidad nosológica de la mayor parte de las anorexias mentales y de las bulimarexias se debe interpretar, según mi experiencia, como una conducta sintomática de la ritmopatía depresiva. Hay que consignar aquí que su trastorno básico no es verdaderamente la anorexia (falta de apetito), sino el rechazo del alimento determinado por la fobia a ganar peso.

Si nos atenemos estrictamente al sector de las DS, aparece la *bulimia pura* como el trastorno alimentario de índole depresiva más frecuente. Su incidencia es mucho mayor en la población femenina que en la masculina, en una proporción que supera el 5 a 1. Las DS que afectan a las adolescentes y a las mujeres jóvenes muestran una especial inclinación por manifestarse de una forma exclusiva por los «atracones de dulces y bollos», o sea por una *bulimia dulce*.

La *hiperfagia*, responsable del aumento de peso, es en ocasiones el trastorno somático único o casi único de la depresión estacional. Las formas larvadas de depresión estacional suelen manifestarse por una asociación mitigada de hipersomnia e hiperfagia.

VII. EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN LOS CUADROS SOMATOMORFOS

En los cuadros somatomorfos crónicos el diagnóstico de depresión exige una doble base: una base negativa y otra positiva. Su base diagnóstica negativa está formada por los criterios *excluyentes* de la patología orgánica, y la positiva por los criterios *definidores* de depresión.

La estimación diagnóstica negativa en forma de la exclusión de un proceso somático genuino u orgánico es una comprobación

imprescindible antes de atribuir a la depresión la sintomatología somatomorfa. Pero el hallazgo de una enfermedad somática permite de por sí excluir el diagnóstico de depresión somatomorfa sólo cuando el proceso orgánico guarda una relación de causalidad con los síntomas somáticos. Todos los médicos prácticos saben que muchos pacientes vistos por ellos en la clínica presentan síntomas corporales no explicables por la enfermedad orgánica detectada.

Distribuimos los *datos positivos* para el diagnóstico de la DS en varios apartados (Tabla 10).

TABLA 10

PISTAS PARA LA DETECCIÓN DE LA DS

1. Antecedentes de trastorno bipolar en familiares de primer grado.
2. Antecedentes de depresión en la historia personal.
3. Ciertas características del síntoma somático crónico.
4. Ciertos rasgos evolutivos del síntoma somático crónico.
5. Presencia de otros síntomas depresivos larvados o de trasfondo.
6. Reacción terapéutica favorable a la aplicación de fármacos antidepresivos.
7. Tipo de personalidad ciclotímica, obsesiva, neurótica o de organización límite.

Los apartados 1 y 2 exigen prestar una particular atención a los antecedentes personales y familiares.

En el apartado 3 lo básico es analizar los aspectos vivenciales y conductuales del síntoma somático crónico prevalente. Los síntomas somáticos depresivos suelen dominar al enfermo hasta el extremo de crearle una *sobredependencia del síntoma*, que se traduce en alcanzar una influencia en apariencia desproporcionada en cuanto *sufrimiento* vivenciado en el interior del mundo del enfermo, así como por generar una severa caída de los *rendimientos* sociales y profesionales del paciente. El tobogán interior tiende a abocar a la ideación suicida y la realización de conductas de alto riesgo y por su parte la inactividad discapacitante exterior implica, con frecuencia, el absentismo laboral y/o la inadaptación social.

No debe olvidarse que del 70 al 80 por ciento de los enfermos fallecidos por suicidio han consultado en los seis meses anteriores a su muerte con un médico no psiquiatra movidos por el sufrimiento psíquico o somático, incidencia comentada por Brändli

(1984). En tanto que la vivencia de sufrimiento afectivo y la ideación suicida nos conducen a la pista del humor depresivo, el abandono de las tareas cotidianas o de la actividad profesional son rasgos que suelen provenir de la anergia.

En el apartado 4 se mencionan los rasgos evolutivos propios del síntoma somático depresivo. En el marco del *ritmo circadiano*, muchos síntomas de este tipo empeoran por la mañana y se alivian por la tarde, y en general se acentúan cuando se perturba el estado climatológico. En el *ritmo estacional* lo más característico es el empeoramiento en el tránsito del otoño al invierno y al comienzo de la primavera. En las mujeres, el incremento de intensidad de los síntomas en la *segunda mitad del ciclo menstrual*, en especial en los tres o cuatro días premenstruales, es un indicio de depresión muy significativo.

El apartado 5 nos conduce a la observación de que las DS casi nunca se presentan como una depresión monosintomática aunque la primera impresión nos permita captar sólo el síntoma somatomorfo prevalente. Por lo general, este síntoma sirve como de tapadera a otros síntomas psíquicos y/o somáticos ocultos en el *trasfondo del cuadro clínico*. En la habilidad del clínico reside el don para identificarlos.

La indagación diagnóstica de síntomas depresivos psíquicos y somáticos cuenta con el auxilio de dos *marcadores biológicos*: el test de la dexametasona y el acortamiento del tiempo de latencia del sueño paradójico, y de *pruebas psicológicas* adecuadas, de las que la conocida en Hispanoamérica como «prueba española» que se distingue por estar formada por un sistema de cuatro canales de evaluación independiente, es la conocida por las siglas CET-DE, test ya mencionado antes.

La *reacción terapéutica positiva* a la administración de uno o varios psicofármacos antidepresivos, punto señalado en el apartado 6, es sin duda un valioso dato diagnóstico *ex iuvantibus* en pro de que el síntoma remitido o mejorado pueda identificarse como un dato depresivo. Su significado se recorta un tanto por la estimación de que ciertos fármacos antidepresivos pueden desarrollar de por sí una acción antiálgica. A pesar de esta limitación, la modificación terapéutica alcanza a veces un valor demostrativo evidente para el diagnóstico de la depresión al acompañarse la desaparición del trastorno somático larvado de una transformación favorable del estado mental, conversión que patentiza la exis-

tencia retrospectiva de un cuadro mental depresivo que había pasado inadvertido.

En la tabla 11 se consignan los psicofármacos antidepresivos más eficaces para cada uno de los síntomas somáticos prevalentes en las DS.

TABLA 11

MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS MÁS EFICACES PARA LOS
DISTINTOS SÍNTOMAS DE LAS DS

<i>Síntoma</i>	<i>Medicamento</i>
Dolor crónico	Amitriptilina, paroxetina y/o alprazolán
Fibromialgia	Amitriptilina y/o fluoxetina (o sertralina)
Síndrome de fatiga crónica	Venlafaxina, bupropion y/o fluoxetina
Dispepsia	Maprotilina
Síndrome intestinal irritable con diarrea	Imipramina
Síndrome intestinal irritable con estreñimiento	Fluoxetina y/o sertralina
Disfunción sexual	Trazodone y/o bupropion
Vértigo	Paroxetina
Bulimia	Fluoxetina (altas dosis) y desipramina o naltrexona
Anorexia	Clomipramina y sertralina
Insomnio	Mirtazapina y/o trimipramina

Existe una fuerte correlación positiva entre el tipo de personalidad y la categoría de la enfermedad depresiva, según se recoge en la tabla 12.

TABLA 12

CORRESPONDENCIA ENTRE EL TIPO DE PERSONALIDAD Y LA
CLASE DE ENFERMEDAD DEPRESIVA

<i>Tipo de personalidad</i>	<i>Clase de depresión</i>
Personalidad ciclotímica ⇨	Depresión endógena
Personalidad obsesiva ⇨	Depresión situativa
Personalidad neurótica ⇨	Depresión neurótica
Personalidad límite ⇨	Las cuatro categorías de depresión

VIII. FACTORES RESPONSABLES DEL INCREMENTO DE LA INCIDENCIA DE LA DS

Los registros clínicos alimentan la sospecha de que la tasa de incidencia de la DS se ha elevado en los últimos tiempos en las sociedades occidentales, incluso por encima del ascenso correspondiente al incremento global de la depresión. Esta mayor tendencia de la depresión a presentarse en la población occidental contemporánea como un cuadro somatomorfo puede entenderse si apelamos a ciertos *acontecimientos transhistóricos* registrados en los últimos cincuenta años, sobre todo los dos siguientes:

1.º La imposición *patoplástica* de los cuadros clínicos mitigados e íntimos sobre los masivos y públicos en casi toda la patología psiquiátrica, sobre todo en las esquizofrenias, la depresión y las neurosis. La transformación de la neurosis histérica en neurosis visceral y el ocaso de los cuadros catatónicos son los hechos de este estilo más descollantes.

2.º El descenso de la capacidad de *comunicación interpersonal* en la población general, acompañado del incremento del índice de incidencia de la *personalidad alexitímica*, tipo de personalidad definido por una especial dificultad para expresar y percibir las emociones propias a través de la palabra. Y es que a medida que en un individuo se empobrece el lenguaje verbal, se incrementa la tendencia de la depresión a manifestarse mediante síntomas somáticos.

Creo haber mostrado con esta exposición que la DS constituye un tema del mayor interés tanto en sus elementos diagnósticos y clínicos como en sus aspectos antropológicos, transhistóricos y transculturales.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: *La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico*. Labor, Barcelona, 1988. (Agotado).
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: *Vencer la depresión con la ayuda del médico, la familia y los amigos*. Temas de Hoy, Madrid, 2.ª edición, 1996. (Traducido al italiano).
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: *El Cuestionario Estructural Tetrádica para la Depresión*. Publicaciones Tea, Madrid, 4.ª edición, 1998.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: *Claves de la depresión*. Cooperación Editorial, Madrid, 2.ª edición, 2001.

- BRÄNDLI, H.: «Somatization et suicide». *Psychologie Médicale* 1984; 16, 4: 687-9.
- BRESLAU, N.: «Migraine, suicidal ideation, and suicide attempts». *Neurology* 1992; 42: 392-395.
- BRESLAU, N.; DAVIS, G.; SCHULTZ, L. y PETERSON, E.: «Comorbidity of migraine and major affective disorders». *Headache* 1994; 34: 388-393.
- CATHEBRAS, P.; LAUWERS, A. y ROSSET, H.: «Fibromyalgia. A critical review». *Ann Med International* 1998; 149: 406-414.
- CLAUW, D.J.; SCHMIDT, M.; RADULOVIC, B. et al.: «The relationship between fibromyalgia and interstitial cystitis». *J Psychiat Res* 1997; 31, 1: 125-131.
- DAVID, A. S.: «Postviral fatigue syndrome and psychiatry». *British Medical Bulletin* 1991; 47: 966-988.
- FONSECA, A. F.: «Affective equivalents», *British J Psych* 1963; 109: 464-9.
- FORD, C. V.: *The somatizing disorders*. Elsevier, Nueva York, 1983.
- FULCHERI, M. y BARZEGA, G.: «Disturbi affettivi e sintomatologia somatica». *Minerva Psichiatrica* 2001; 42, 1: 1-6.
- GALLAGHER, R. M.; MOORE, P. y CHENOFF, I.: «The reliability of depression diagnosis in chronic low back pain». *General Hospital Psychiatry* 1995; 17: 339-413.
- GLOVER, V.; JARMAN, J. y SANDLER, M.: «Migraine and depression: biological aspects». *J Psychiat Res* 1993; 27, 2: 223-231.
- HOLE, G. y GRAW, P.: «Somatische Symptome und depressionstiefe bei depressiven Zustandsbildern». *Nervenarzt* 1973; 44: 139-142.
- JANNE, P.; WUNSCH, A.; ZDANOWICZ, N. y REYNAERT, Ch.: «Douleurs chroniques et états dépressifs: propositions pour une stratégie thérapeutique». *Ann Méd-Psychol* 1998; 156, 2: 115-122.
- KATILA, H.; KUUS, K. y FÄRKKILÄ, M.: «Globus pharyngis: A review». *Psychiatria Fennica* 1995; 26: 83-88.
- KEEFE, F.J. y GOLI, V.: «A practical guide to biobehavioral assessment and treatment of chronic pain». *Journal Prac Psychiatry and Behav Health* 1996; 3: 151-161.
- LYNCH, S.P. y SETH, R.: *Do antidepressants have a role in chronic fatigue syndrome?* En Lynch, S.P. (ed.), *Psychosocial aspects of chronic fatigue syndrome*. Baillière Tindall, Londres, 1997, 487-510.
- MALT, U.F.: «Somatization: an old disorder in new battles?». *Psychiatria Fennica* 1991; 22: 79-90.
- NISSEN, N. (Hrsg.): *Depressionen*. Kohlhammer, Stuttgart, 1999.
- PAYKEL, E.S. (ed.): *Handbook of affective disorders*. Churchill, Edimburgo, 1992.
- ROMANO, J.M. y TURNER, J.A.: «Chronic pain and depression». *Psychological Bulletin* 1985; 97: 18-34.
- SCHWARTZ, K. L.; PRATT, L. A.; ARMENIAN, H. K. et al.: «Mental disorders and the incidence of migraine headaches in a community sample». *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 945-950.
- SLOCUMB, J. C.; KELLNER, R.; ROSENFELD, R. C. y PATHAK, D.: «Anxiety and depression in patients with the abdominal pain with abdominal pelvic pain syndrome». *General Hospital Psychiatry* 1989; 11: 48-53.
- STEIGER, A.; HOLSBOER, F. y BENKERT, O.: «Studies of nocturnal penile tumescence and sleep electroencephalogram in patients with major

- depression and in normal controls». *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 358-363.
- WILSON, D. R.; WIDMER, R. B.; CADORET, R. J. y JUDIESCH, K.: «Somatic symptoms». *J Affective Disorders* 1983; 5: 199-207.
- ZUBIETA, J. K.; ENGLEBERG, N. C.; YARGIC, Ll. et al.: «Seasonal symptom variation in patients with chronic fatigue: comparison with major mood disorders». *J Psychiat Res* 1994; 28, 1: 13-22.

INTERVENCIONES

Prof. García Pérez

Me ha parecido excelente la conferencia del Profesor Francisco Alonso, que intenta equilibrar nuestras interpretaciones etiopatogénicas, muchas veces meramente organicistas, con la valoración de posibles componentes psíquicos. Hemos convivido en dos Universidades, Sevilla y Madrid, hemos tenido pacientes comunes y él conoce bien mi disposición a valorar lo que pueda haber de psiquiátrico en bastantes cuadros dermatológicos. Ha citado en su exposición la alopecia areata, en la que, en efecto, los dermatólogos están de acuerdo en que existe en la mayor parte de los casos un factor psíquico, aunque no tengamos explicación de por qué vías puede actuar. Querría llamar la atención sobre otro cuadro, el prurito esencial, tanto generalizado como regional, por ejemplo, el prurito genital, que es a menudo expresión sintomática de una depresión larvada, y a veces, no tan larvada, sino suficientemente desarrollada para que el clínico no psiquiatra lo detecte. Otro tanto podría decirse de bastantes más dermatosis: urticarias crónicas, liquen, neurodermitis y algunas más. De nuevo mi felicitación por el gran interés que su conferencia tiene para todos.

Prof. Díaz-Rubio García

Me ha parecido muy interesante su conferencia y su análisis sobre los aspectos somatomorfos de la depresión. Los cuadros a que hace referencia los vemos los clínicos con gran frecuencia y no siempre son bien interpretados. La ansiedad forma parte de nuestra vida diaria y no pocas veces el médico banaliza la presencia de síntomas en este sentido sobre todo en determinados cuadros sindrómicos bien conocidos por el médico. Sin duda, a mi

juicio de todos los que ha referido son tremendamente frecuentes en las consultas los trastornos funcionales, la fibromialgia y el dolor torácico de origen inexplicado. En general, estos cuadros son en sus aspectos somatomorfos bien interpretados por el clínico pero desgraciadamente no siempre se vinculan a un cuadro de depresión. Estamos convencidos que muchas de estas situaciones, como dice, son debidas a depresión que queda sin diagnosticar. Por otra parte, no es menos verdad que el empleo de fármacos antidepressivos está muy implantado en las consultas de medicina general y en las de aparato digestivo, quizás con el matiz de que se usan dosis muy bajas que a veces no sirven ni para aliviar el cuadro sintomatológico ni el cuadro depresivo.

Mi planteamiento o pregunta sería si no cree que son necesarios consensos no sólo para tratar mejor a estos pacientes, sino ante todo para reconocerlos y poder referirlos al psiquiatra. ¿Cuáles serían a su juicio los síntomas indicativos de determinados cuadros de depresión «mínima» que no son bien enfocados?

Prof. Rubia Vila

Quisiera agradecer al Prof. Alonso Fernández su presentación porque demuestra claramente la dificultad de separar la psique del soma. Ahora bien, vista la profusión de síntomas que acompañan a la depresión, me gustaría preguntarle dónde están los límites entre la Medicina Interna, la Medicina Psicosomática y la Psiquiatría.

Prof. Rodríguez Rodríguez

El Prof. Alonso Fernández nos ha impartido, como siempre, una magnífica lección magistral, y en un tema que sin duda ejerce son sobrada autoridad.

Algo sí quiero confrontar: la rehabilitación física no existe en el ámbito conceptual. La rehabilitación es del ser total del hombre. Otra cosa es el aspecto terapéutico o tratamiento físico de la Medicina Física con lo que el individuo alcanza una menor dependencia o minusvalía: su rehabilitación. Por ello, en casi todos los países se llama a la especialidad Medicina Física y Rehabilita-

ción. Pero esto sólo es conceptual y el término rehabilitación física ya sé que lo ha señalado el Prof. Alonso-Fernández con un criterio pedagógico delimitador. Yo sé que se habla de rehabilitación de la fractura cuando tendría que ser fracturado. No tiene más valor.

El problema que le pregunto y nos lo preguntamos muchas veces en nuestras consultas, y que ha señalado, es éste:

Entidades diferenciadas como el síndrome de dolor miofascial y la fibromialgia, responden habitualmente de forma distinta a la utilización de amitriptilina a dosis de 25 mg. al acostarse, o antidepressivos tricíclicos como la fluoxetina y la S-Adenosil-Metionina. El síndrome de dolor miofascial, la fibromialgia u otros síndromes, a veces anónimos, son habitualmente difíciles de diagnosticar, diferenciar y, desde luego, no siendo conocedor de los mismos se les considera en una sola entidad.

Sé de la dificultad o imposibilidad de la respuesta, pero ¿podría atisbarnos algún criterio por el que la amitriptilina resuelve muchas veces la fibromialgia y casi nunca el síndrome doloroso miofacial?

Paco, muchas gracias por lo clara, atractiva y didáctica que ha sido tu intervención.

CONTESTACIÓN DEL PROF. FRANCISCO ALONSO-FERNÁNDEZ

Agradece las cuatro intervenciones, tanto por su oportunidad como por su acertada aportación.

Al profesor Antonio García Pérez: las manifestaciones cutáneas más depresivas están constituidas por un elevado tanto por ciento de la alopecia areata y la difusa, la caída del vello generalizado, el prurito (sobre todo el genital) y los signos de envejecimiento cutáneo. Dentro del campo psiquiátrico, se catalogan otras dermatopatías como el eczema endógeno, el liquen crónico, la rosácea y ciertos brotes de psoriasis como trastornos psicósomáticos. De esta suerte, se establece una distinción nosológica importante entre los síntomas somáticos de las enfermedades depresivas y el círculo de las psicopatosis (trastornos inducidos por factores emocionales).

Al profesor Manuel Díaz-Rubio: Los rasgos indicativos de

enfermedad depresiva ante la presencia de la amplia serie de trastornos somáticos funcionales señalados en la comunicación se concentran en las dos pistas siguientes:

1.º Las características del propio trastorno somático: desde su modo de aparición hasta su mejoría con los remedios antidepresivos, y de modo especial los rasgos de la experiencia correspondiente registrada por el enfermo y el profundo impacto sobre su mundo interior y sobre su conducta.

2.º La percepción de otros rasgos depresivos psíquicos y/o somáticos en el trasfondo del sujeto enfermo.

La orientación negativa, o sea la ausencia de una lesión orgánica responsable, resulta una comprobación necesaria sólo en algunos casos dudosos.

Con relación a la respuesta favorable o no al tratamiento antidepresivo hay que contar con la intervención modificadora de los dos factores siguientes: de un lado, se trata por lo general de cuadros más refractarios de lo común al tratamiento antidepresivo, por lo que casi siempre resulta preciso asociar dos o más productos antidepresivos de acción sinérgica o complementaria, con la técnica psicoterapéutica selectiva y el plan de resocialización pertinente; de otro, hay que evaluar en estos enfermos, y en general en todos, la influencia terapéutica ejercida por la personalidad del médico (hay personalidades placebo y personalidades nocebo).

Al profesor Francisco Rubia Vila: Yo creo que la línea divisoria entre la Medicina Interna y la Psiquiatría es obvia. Y que el interesante problema planteado en esta pregunta se puede centrar en torno a los límites de la Medicina Psicosomática, en cuyo campo se agrupa toda la serie de trastornos somáticos estructurales inducidos por factores psíquicos/emocionales, por cuya razón constituye un campo compartido por la Medicina Interna y la Psiquiatría. Aparte de este concepto inmanente de la Medicina Psicosomática, su concepto trascendente es universal para todas las ciencias médicas al exigir la práctica de una Medicina personalizada y humanista.

Al profesor Luis Pablo Rodríguez Rodríguez: Me temo que algunos de los enfermos que han sorprendido al terapeuta por su alto grado de discapacidad pudieran estar afectados por un síndrome depresivo. La sobredependencia del enfermo depresivo hacia el síntoma le lleva a multiplicar el tono de su sufrimiento y el grado de su discapacidad más allá de lo que pudiera parecer lógi-

co y razonable. Con relación al problema puntual planteado, habría que partir del postulado de que la mayor parte de los dolores faciales idiopáticos no se deben a una etiología depresiva.