

mente la organización neural para la conducta apropiada y el desarrollo somático pueden ocurrir en ausencia de la amígdala.

R. LEMUS D.

Nelson, George N. y Minorau Masuda, "Correlation of behavior and catecholamine excretion". *Psychosomatic Medicine*, vol. XXVIII, núm. 3, mayo-junio de 1966, p. 276.

Los autores, después de mencionar los trabajos de Cannon, Von Euler y Funkenstein, referentes a los cambios fisiológicos en las emociones, particularmente en la secreción de adrenalina y noradrenalina, pasan a estudiar la relación entre las catecolaminas y diversas clases de comportamiento. Llevaron a cabo la investigación diaria de seis pacientes psiquiátricos hospitalizados. Los datos obtenidos acerca de la evolución de los enfermos fueron analizados y clasificados por personas independientes, que la dividieron en periodos de conducta relativamente homogéneos.

La excreción de los metabolitos de las catecolaminas se tomó como índice de la actividad simpática, midiendo la concentración de metadrenalina y normetadrenalina en la orina, y se encontró que los niveles de dichas sustancias eran bajos durante los periodos de comportamiento tranquilo y controlado y elevados en los casos contrarios.

El estudio presente también hace una crítica de las aportaciones de Funkenstein y compara el aumento de la actividad simpática observada por ellos con la reacción de lucha o huida de Cannon, llegando a la conclusión de que las psi-

cosis, la ira y la angustia pueden ser consideradas como formas de comportamiento adaptativo, tendientes a mantener la supervivencia del organismo, que se acompañan de numerosos cambios fisiológicos. Estas defensas no corresponden necesariamente a cambios notables en el comportamiento, como ocurrió en dos de los pacientes.

Los autores concluyen también que, de acuerdo con sus datos, la depresión no es un estado quieto o fisiológicamente inactivo, ya que en sus enfermos deprimidos encontraron elevados los niveles de metadrenalina y normetadrenalina. La elevación de estas sustancias se puede dar lo mismo en pacientes deprimidos o en esquizofrénicos agudos, por lo que esta relación parece depender más de la severidad del trastorno de conducta que de las categorías diagnósticas.

J. SANTAMARÍA

Blinder, M. G. "The pragmatic classification of depression". *American Journal of Psychiatry*, vol. 123, núm. 3, septiembre de 1966, p. 259.

El autor critica los sistemas actuales vigentes para clasificar la depresión. El sistema oficial de la A. P. A. se basa en el sistema kraepeliniano que considera a las enfermedades mentales como entidades clínicas bien definidas y aunque es lo bastante flexible para que lo usen distintas escuelas psicopatológicas su utilidad es limitada cuando se aplica como guía terapéutica, para referir éxitos o fracasos, *v. gr.* y en general para la investigación clínica. Dicha clasificación de la A. P. A., que utiliza dos

grandes categorías (depresión psiconeurótica y depresión psicótica), es un marco demasiado estrecho, o demasiado amplio, para referir la realidad de los cuadros clínicos que no corresponden ni a una ni a otra de las denominaciones. Lo mismo es cierto para la usual clasificación "no oficial" de la depresión en "endógena" y "reactiva", términos que se utilizan en trabajos científicos como si se tratara de entidades clínicas perfectamente definidas y como si el factor precipitante no fuera en muchas ocasiones de dudoso significado. La depresión, sigue el autor, se utiliza como una "bolsa o saco" en el que se guardan algunas alteraciones fisiológicas, algunos complejos sintomáticos con trastornos físicos o psicológicos y algunos elementos inconscientes que provocan al enfermo un gran sufrimiento.

El autor propone una clasificación empírica de la depresión y a continuación describe los siguientes tipos de la misma.

I. La depresión fisiológica con retardo (término que engloba la depresión endógena, "clásica", psicótica, melancólica, de la psicosis maniaco-depresiva y la involutiva), que se caracteriza por su comienzo insidioso, con malestares vagos, fatiga, síntomas de retardo autonómico, como anorexia, constipación, baja de peso, dispepsia, cefalea y disminución de la libido. Más adelante hay un síndrome claro con tristeza, abatimiento, pesimismo, minusvalía, culpa, desinterés, dificultad para concentrarse, retardo psicomotor e insomnio tardío. Por lo general su estado es peor por la mañana y mejor por la noche, el alcohol y los barbitúricos los hacen sentirse muy mal. Estos cuadros se presentan hacia la mitad de la vida. Puede haber alguna enfermedad grave

o leve que favorezca el inicio de la sintomatología. Frecuentemente hay antecedentes del mismo padecimiento previo en el paciente o en sus familiares. Más adelante el paciente se ve físicamente enfermo, avejentado, deshidratado, triste, tiene accesos de llanto a veces sin lágrimas. Estos casos responden bien al tratamiento psicofarmacológico y en ocasiones ameritan TEC, sobre todo al inicio del tratamiento. La psicoterapia puede ayudar pero siempre como un auxiliar de los tratamientos somáticos. Es frecuente que cuando se presenta una depresión de este tipo en la edad involutiva se asocien síntomas hipocondriacos, obsesivos o paranoides, los enfermos en la edad senil presentan a veces agitación (depresión agitada) que cede a las fenotiazinas.

II. La depresión con tensión (corresponde a la depresión reactiva, reacción depresiva, al estado de ansiedad crónica y a la depresión atípica). Se presenta frecuentemente en pacientes de edad menor a la de los afectados de depresión fisiológica con retardo; en ellos, la ansiedad parece ser el síntoma predominante y puede comenzar en forma más súbita que la anterior con síntomas somáticos de aceleración autonómica: hiperorexia, exaltación de la libido, diarreas, taquicardias. Hay cefaleas, dolor de nuca. Los síntomas depresivos permanecen subyacentes y a veces resulta difícil identificarlos, sin embargo, la ansiedad desaparece con tratamiento antidepressivo. Estos pacientes tienen insomnio temprano y les cuesta trabajo despertarse, al hacerlo se sienten "cansados". Durante el día se sienten irritables, hipersensibles a la crítica, mejoran con el alcohol y con los barbitúricos por lo cual peligra el que se hagan toxicómanos. La mayor parte de estos pacientes