

# Algunas consideraciones sobre la clasificación de los trastornos depresivos en la décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)

Carlos Berlanga\*

## Summary

The Tenth Version of the International Classification of Illnesses (ICI-10), in its chapter of mental illnesses, has introduced important changes among which the most relevant is the use of diagnostic criteria for the classification of the dysfunctions within the different syndromic categories. This has permitted the comparison of this classification system with other systems used in the practice of clinical investigation, such as the DSM-IV and the RDC. Some general considerations are made in this paper on the advantages and disadvantages in relation with the classification of affective dysfunction in the ICI-10.

Similarly to other classifications, in the ICI-10 the inclusion of depressive dysfunction's is made taking into consideration the interrelation among four dimensional categories: Temporality, continuity, amount and quality.

Thus, the entities will be classified according to the duration of the symptoms, the number of symptoms, its permanence and its specific qualitative characteristics, generating what may be considered the symptomatic interaction area. An important advantage of the application of this new system is that the diagnosis may be compared to other similar classification systems, however there are some problems.

One of them is the discrepancy between the investigation and the clinical areas. The criteria give somewhat rigid and very clearly established paths, thus homogenizing the inclusion of patients, but these criteria are little suitable for most patients attending the daily clinical practice. Therefore, more concordance is needed between these two areas. Another problem which arises from the above mentioned, is the depression comorbidity phenomenon. Depression associated to other clinical entities is more a rule than an exception, so these mixed clinical conditions, must find a determined place within the classification systems. It might also be useful to include certain special diagnostic categories which are found in the clinical practice, such as the subsyndromic depression. The same is true when the severity of the illness is measured by the number and not by the intensity of the symptoms. The importance of considering the phenomenon of the primary-secondary classification regarding the sequence of presentation or the importance of two dysfunction's appearing at the same time is discussed. The dystimic dysfunction is also discussed, as it is considered as a not sufficiently defined entity in terms of its validity construct and

its predictive validity. For this reason, it should be carefully used.

Finally, the diagnostic criteria for depressive dysfunction's has been characterized by the succession of rapid and considerable changes, which must continue to be made in the future. It is considered that criteria are transient solutions that must be constantly evaluated. However, these systems must be open to criticism and remodeling, as it is only by perfecting them that these systems may become more useful and display an ample coverage when used.

## Resumen

La décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), en el capítulo de las enfermedades mentales, ha introducido cambios importantes entre los que resaltan el uso de criterios de diagnóstico para la ubicación de los trastornos dentro de las diferentes categorías sindrómicas. Esto ha permitido que este sistema de clasificación pueda ser comparado con otros sistemas utilizados en la práctica y en la investigación clínica, como son el DSM-IV y el RDC. En el presente artículo se hacen algunas consideraciones generales sobre los beneficios y los problemas relacionados con la clasificación de los trastornos afectivos de la CIE-10.

De manera similar a otras clasificaciones, en el CIE-10 la inclusión de los trastornos depresivos se hace tomando en cuenta la interrelación entre cuatro categorías dimensionales: 1) temporalidad, 2) continuidad, 3) cantidad y 4) cualidad. De esta manera las entidades se clasificarán de acuerdo a la duración de los síntomas, a su cantidad, a su permanencia a lo largo del tiempo y a sus características cualitativas específicas, generando lo que podemos denominar la zona de interacción sintomática. Una ventaja importante de la aplicación de este nuevo sistema es que permite hacer comparables los diagnósticos con otros sistemas de clasificación similares, sin embargo no deja de tener áreas problemáticas.

Una de ellas es la relativa a la discrepancia entre el área de investigación y el área clínica. Si bien los criterios permiten contar con lineamientos muy claramente establecidos y, en cierta manera, rígidos, con lo cual se homogeniza la inclusión de pacientes, esto genera, a la vez, que estos criterios sean poco aplicables a la mayoría de los pacientes que se atienden en la práctica clínica cotidiana. Por lo tanto es deseable que haya mayor concordancia entre estas dos áreas.

Otro conflicto que se desprende de lo anteriormente mencionado es lo que respecta al fenómeno de comorbilidad de las depresiones. La depresión asociada a otras entidades clínicas es más la regla que la excepción, por lo tanto, estas

\* División de Investigaciones Clínicas. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101 San Lorenzo Huipulco, México, D.F. 14370

**CUADRO 1**  
**Trastornos depresivos**  
**Clasificación general CIE-10**

<i>Episodios depresivos</i>	<i>Episodios depresivos recurrentes</i>
Leves Moderados Graves Con síntomas somáticos Con síntomas psicóticos	Leves Moderados Graves Con síntomas somáticos Con síntomas psicóticos
Trastornos depresivos persistentes	Otros trastornos depresivos
Distimia ciclotimia	Mixtos, breves, recurrentes y sin especificación

condiciones mixtas deben encontrar un lugar determinado dentro de los sistemas de clasificación. De la misma manera, sería de utilidad incluir ciertas categorías diagnósticas especiales que se encuentran en la práctica clínica, como es el caso de la depresión subsindromática. Sucede lo mismo cuando la severidad de los cuadros se mide por el número y no por la intensidad de los síntomas. También se discute la importancia de considerar el fenómeno de la clasificación primaria-secundaria, en lo que respecta a la secuencia de aparición o a la importancia de dos padecimientos que se presentan de manera simultánea. Finalmente, se aborda el trastorno distímico, el cual se considera como una entidad no suficientemente definida en términos de validez de constructo y validez predictiva, por lo que debe aplicarse con cuidado.

Se concluye que el área de los criterios diagnósticos para los trastornos depresivos se ha caracterizado por la sucesión de cambios rápidos y considerables que deberán seguir en el futuro. Se considera que los criterios son soluciones transitorias que requieren de constante replanteamiento. Sin embargo, se requiere mantener estos sistemas abiertos a la crítica y a la remodelación ya que es precisamente por medio de su perfeccionamiento como pueden ser más útiles y tener una amplia cobertura al aplicarlos.

### Antecedentes

Los trastornos del humor o afectivos que se incluyen en la sección correspondiente a la Clasificación Internacional de las Enfermedades, de la décima versión de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), abarcan tanto a los trastornos de manía como al bipolar y a los depresivos. Entre éstos el área más sujeta a discusión y análisis corresponde precisamente al de este último tipo de padecimiento (6).

De acuerdo a la clasificación de los trastornos depresivos, éstos se encuentran conformados en cuatro grupos principales: 1) los episodios depresivos con sus tres modalidades de severidad y con las categorías somática y psicótica, siendo el común denominador de este grupo el de ser episodios únicos, sin antecedentes previos; 2) los trastornos depresivos recurrentes también con las 3 modalidades de severidad y con las categorías somática y psicótica, que se caracterizan por la existencia en el enfermo de más de un episodio; 3) los trastornos depresivos persistentes, en donde se ubica la distimia que es un cuadro subagudo en cuanto a manifestaciones y a la vez crónico en cuanto a duración; 4) el grupo denominado como otros trastornos depresivos en el que se clasifican los trastornos mixtos y los trastornos breves recurrentes

que tienen características diferentes a los de los grupos anteriores (cuadro 1).

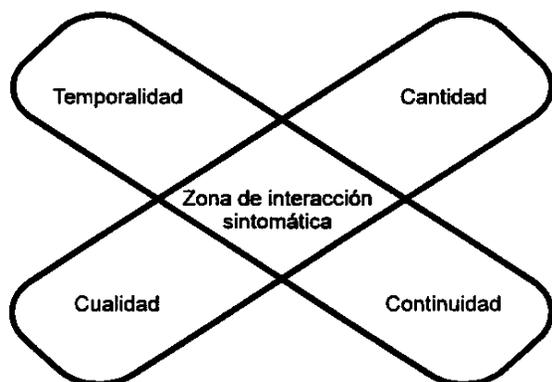
Al igual que en otros sistemas de clasificación, en la CIE-10 se requiere que estén cubiertos los criterios generales de duración mínima, de exclusión de manía y de exclusión de síntomas depresivos producidos por abuso de sustancias psicoactivas o bien por trastornos orgánicos. También es necesario que estén presentes por lo menos 2 síntomas principales y 3 en los casos graves, así como por lo menos 4 síntomas adicionales en los casos leves, 6 en los casos moderados y 8 en los casos graves (cuadro 2).

Al analizar con detalle la forma en que la clasificación determina la asignación de las distintas entidades en cada uno de los grupos, podemos observar que esto se hace tomando en cuenta la interrelación de cuatro categorías dimensionales: la primera es la categoría temporal, que hace referencia al tiempo durante el cual están presentes los síntomas; la segunda es la categoría cuantitativa, que hace referencia al número de síntomas presentes de manera simultánea en un momento dado en el episodio; la tercera es la categoría de continuidad que determina la presencia o ausencia de los síntomas a lo largo de un periodo prolongado, y

**CUADRO 2**  
**Trastornos depresivos CIE-10**

<i>Criterios generales</i>
1. Duración mínima 2. Ausencia de síntomas maníacos 3. Exclusión de abuso de sustancias y trastorno orgánico
<i>Criterios principales</i>
1. Animo depresivo 2. Incapacidad para disfrutar 3. Fatiga, falta de vitalidad
<i>Síntomas adicionales</i>
1. ↓ La confianza o autoestima 2. Ideas de culpa o minusvalía 3. Pensamientos y/o actos suicidas 4. ↓ De atención y concentración 5. ↓ ↑ Actividad psicomotriz 6. ↓ ↑ Apetito 7. Trastornos del sueño

**Figura 1**  
Interacción de las categorías dimensionales en los síntomas afectivos



la última categoría es la cualitativa en la que se definen ciertos elementos específicos de los síntomas que sirven para diferenciar a los subtipos depresivos. Esta interrelación se esquematiza en la figura 1.

La categoría temporal sirve entonces para definir la duración mínima suficiente de las distintas entidades. Así, tanto el episodio depresivo único como el recurrente deben durar por lo menos 2 semanas consecutivas para cubrir los requisitos diagnósticos. La distinción requiere de una duración mínima de los síntomas de 2 años, aunque puede presentarse de manera intermitente, permitiendo, que se presenten días o incluso semanas en los que los síntomas estén ausentes. Finalmente, la clasificación también incluye aquéllos cuadros con un número suficiente de síntomas pero de insuficiente duración continua, lo cual determina la depresión breve recurrente (cuadro 3).

La categoría cuantitativa se fundamenta en que la severidad del cuadro va a depender del número de síntomas presentes en forma simultánea, con lo cual se hace referencia a la intensidad del episodio en el sentido de que mientras más síntomas estén presentes, más severo será el estado depresivo. Esta categoría no toma en cuenta el que la severidad pueda deberse a la presencia de pocos síntomas pero muy intensos, o bien al grado de incapacidad que los síntomas generen en el enfermo (cuadro 4).

De esta manera, los cuadros leves requieren de 2 síntomas principales y como mínimo de 2 síntomas adicionales; los moderados, de dos principales y un mínimo de 3 adicionales; y los graves, de los 3 principales y por lo menos 4 de los síntomas adicionales (cuadro 5).

**CUADRO 3**  
Trastornos depresivos CIE-10

<i>Categoría temporal</i>
<i>Duración de los síntomas</i>
Mínimo 2 semanas
Mínimo 2 años
Menos de 2 semanas

**CUADRO 4**  
Trastornos depresivos CIE-10

<i>Categoría cuantitativa</i>
Magnitud de los síntomas = número
Número de los síntomas = severidad

**CUADRO 5**  
Trastornos depresivos CIE-10

<i>Severidad</i>		
	Síntomas principales	Síntomas adicionales mínimos
Leve	2	2
Moderada	2	3
Grave	3	4

Por lo que respecta a la categoría de continuidad, ésta se define de acuerdo a la forma de presentación de los síntomas en términos de periodicidad. De esta forma, el cuadro puede ser constante o intermitente, o bien se puede tratar de un episodio único o de un episodio recurrente (cuadro 6).

Finalmente, la categoría cualitativa define a distintas entidades de acuerdo a la presencia de síntomas característicos e independientes los unos de los otros. Las dos categorías cualitativas de los trastornos depresivos son los cuadros con síntomas somáticos, los cuales corresponden a lo que en otras clasificaciones son los síntomas de melancolía, de endogenicidad, o bien, la denominada depresión vital y los cuadros psicóticos (cuadro 7).

Para que el síndrome somático pueda ser identificado se requiere que en el episodio estén presentes por lo menos 4 de los siguientes síntomas: 1) anhedonia, 2) falta de reactividad a estímulos positivos, 3) insomnio terminal, 4) predominio sintomático matutino, 5) inhibición o agitación psicomotriz, 6) disminución del apetito y del peso por lo menos en un 5 % y 7) disminución de la libido. Si bien en la versión de los

**CUADRO 6**  
Trastornos depresivos CIE-10

<i>Categoría de continuidad</i>
<i>Forma de presentación</i>
✓ Constante
✓ Intermitente
✓ Episodio único (F32)
✓ Episodio recurrente (F33)

**CUADRO 7**  
Trastornos depresivos CIE-10

<i>Categoría cualitativa</i>
✓ Síntomas somáticos
✓ Síntomas psicóticos

**CUADRO 8**  
**Trastornos depresivos CIE-10**  
**Síntomas somáticos**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anhedonia</li> <li>2. Sin reactividad a estímulos positivos</li> <li>3. Insomnio terminal</li> <li>4. Predominio sintomático matutino</li> <li>5. Inhibición o agitación psicomotriz</li> <li>6. ↓ Apetito y peso (5%)</li> <li>7. ↓ Libido</li> </ol>
--

critérios clínicos de la clasificación, la elaboración de este síndrome se deja de manera optativa, en la versión de los criterios de investigación se recomienda buscarlo de manera propositiva en los episodios de intensidad grave. Esto es debido a que aún en la actualidad este es un síndrome que no está validado en forma definitiva (cuadro 8).

Para considerar que el cuadro depresivo tiene síntomas psicóticos, se requiere la presencia de por lo menos 2 de los siguientes tres síntomas: 1) ideas delirantes (de culpa, de ruina o de catástrofe), 2) alucinaciones (auditivas, olfatorias) y 3) estupor depresivo. Con respecto a los dos primeros se deberá codificar si son o no congruentes con el estado anímico (cuadro 9).

**Consideraciones**

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 representan una adición indispensable que viene a enriquecer las versiones anteriores de este sistema de clasificación que carecía de estos criterios. Una ventaja importante de estos criterios, en el caso de los trastornos afectivos, es que son criterios comparables a los de otras clasificaciones, por lo que esto permite que las investigaciones que incluyan a pacientes que han sido diagnosticados con base en otros criterios de investigación, tales como los del DSM-IV (1) o los del RDC (10), puedan ser comparables entre sí, ya que se puede considerar que se habla el mismo lenguaje y que se está haciendo referencia a los mismos padecimientos. Sin embargo, estos criterios no dejan de tener áreas problemáticas que aún son fuente de discrepancia y de discusión, pero que desde luego no son privativas de estos criterios sino que también las encontramos en otros sistemas clasificatorios. A continuación se mencionan algunos de los que pudieran considerarse de mayor importancia.

El primero, y tal vez el más importante, es el relativo a que hay lo que se puede llamar una discrepancia

**CUADRO 9**  
**Trastornos depresivos CIE-10**

<i>Síntomas psicóticos</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>*1. Ideas delirantes (culpa, ruina, catástrofe)</li> <li>*2. Alucinaciones (auditivas, olfatorias)</li> <li>3. Estupor depresivo</li> </ol>

\* Congruentes o no congruentes

entre el área de investigación y el área clínica. Para el clínico, lo prioritario es contar con un número de criterios diagnósticos que sean suficientes y flexibles para poder incluir a todos los pacientes que son evaluados en la práctica clínica cotidiana; mientras que para el investigador, lo prioritario es tener criterios muy claros y definidos con los cuales pueda purificar y homogeneizar a los pacientes seleccionados para ser incluidos en un proyecto determinado de investigación con el objeto de que puedan ser comparables entre sí y con los resultados de otras investigaciones que han incluido en su muestra a pacientes con cuadros similares.

Esta "pureza" de los pacientes que se seleccionan en los estudios, si bien son los más idóneos para los fines de la investigación, no corresponden a los casos que se presentan en la práctica cotidiana. Si los objetivos de la investigación clínica son que los conocimientos se incrementen, éstos, para que sean útiles, deben de poderse aplicar a las condiciones que se suceden en la consulta habitual, y estos pacientes estrictamente seleccionados corresponden más bien a la excepción que a la regla. Por lo tanto sería deseable que hubiera mayor concordancia entre la investigación y la clínica (5).

Alrededor de esta área, que pudiéramos considerar como problemática, se desprenden otras situaciones que también son susceptibles de discutirse. Tal es el caso de las condiciones de comorbilidad, en las que la depresión es muy común que se acompañe de otras entidades, por ejemplo, de un trastorno de ansiedad o de un trastorno de abuso o dependencia al alcohol. Cuando la depresión se asocia a estas patologías, tanto su evolución como su respuesta al tratamiento se modifican notoriamente, por lo que pudiera ser conveniente que se agregaran ciertas categorías específicas para distinguir a estos pacientes y, tal vez, estudiarlos agrupados en forma independiente de los deprimidos que no tienen esta problemática. En este sentido es conveniente determinar cuál es la patología principal, bien sea en términos de severidad o en cuanto a un orden cronológico de aparición. En la sección de trastornos de la ansiedad aparece una entidad mixta que es el trastorno ansioso depresivo. Sin embargo, este cuadro considera a aquellos pacientes que inicialmente presentan un problema de ansiedad y posteriormente se deprimen. Si esto se toma en cuenta en este grupo de padecimientos, lo mismo debería suceder en los trastornos depresivos (2).

De la misma manera, sería de utilidad incluir ciertas categorías especiales que no aparecen en los criterios, pero que es muy común encontrarlas en la práctica habitual. Tal es el caso de la denominada depresión subsindrómica, en la cual se reúnen los requisitos generales de duración y de exclusión etiológica, pero no los relativos al número de síntomas, por lo cual quedarían fuera. Sin embargo, los clínicos reconocen que hay pacientes que presentan unos cuantos síntomas pero de suficiente severidad como para ameritar tratamiento (4). También sucede lo mismo cuando la severidad se mide no por el número de síntomas, sino por el grado de incapacidad producido por el cuadro (7).

Otro aspecto que también sería conveniente considerar es lo que en otros sistemas de clasificación, como el RDC, se denomina diferencia primaria-secundaria. Esta diferencia se fundamenta en que hay algunos episodios depresivos en los que el cuadro es consecuencia clara de un trastorno previamente instalado, por lo que, en este sentido, la depresión es cronológicamente secundaria a la primera entidad, de tal forma que el comportamiento clínico de las entidades consideradas como secundarias puede ser muy diferente al de las primarias y, por lo tanto, para fines de investigación no debería mezclarse a estos sujetos.

Si bien las clasificaciones dicotómicas en los trastornos depresivos, como la endógena-exógena, la neurótica-psicótica la orgánica-reactiva, tienden a desaparecer por ser de poca utilidad, es posible que la dicotomía primaria-secundaria si tenga en sí un aspecto clínicamente útil (9).

Finalmente, un aspecto de mucha controversia es el relacionado con el concepto de distimia. En sí, el diagnóstico como tal ha sido fuente de discusión debido a que no tiene un perfil específico lo suficientemente validado para considerarlo como un trastorno distinto e independiente del resto de los trastornos depresivos. Si bien en algunos casos es una entidad que se inicia en etapas tempranas de la vida y que sigue un curso totalmente autónomo, en la mayoría de los pacientes aparece posteriormente a la presentación en otra época de otros trastornos depresivos, por lo que para muchos investigadores este cuadro no es otra cosa más que un estado crónico de depresión que se manifiesta con sintomatología residual. Para otros, es difícil distinguir entre esta entidad y un trastorno caracterológico en el que sobresalen síntomas depresivos tales como actitudes pesimistas, de autoderrota y de labilidad afectiva, que corresponderían a lo que algunos consideran como el trastorno de personalidad depresiva. Otra crítica al respecto señala que desde el punto de vista del perfil sintomático, la distimia es

indistinguible del episodio depresivo. Mientras esta entidad no esté lo suficientemente definida en términos de validez de constructo y validez predictiva, continuará siendo riesgosa su aplicación en la investigación (3).

En conclusión, podemos decir que después de casi 15 años de haber aparecido los primeros criterios diagnósticos de investigación para los trastornos afectivos, ésta ha sido un área que se ha caracterizado por la sucesión de cambios rápidos y considerables, que seguramente continuarán en el futuro. Es necesario considerar que el intento de mezclar definiciones clínicas, como las del DSM-IV y las del CIE-10, es exclusivamente una solución transicional que requiere ser constantemente remodelada y replanteada. Indudablemente es difícil construir un sistema que lleve por igual las expectativas de la práctica clínica y de la investigación, pues necesariamente se tendrá que quedar mal con alguna de las dos.

Los criterios diagnósticos, tanto en la aplicación clínica como en la investigación, no son de ninguna manera perfectos, por lo que es indispensable revisarlos y modificarlos continuamente. Mientras se llega al equilibrio, es totalmente válido y aceptable que la investigación no se limite a las clasificaciones oficiales y que, incluso, utilice sistemas más flexibles. Es precisamente el resultado de estas investigaciones lo que permitirá ir reajustando los sistemas de clasificación con el fin de hacerlos más operacionales.

Sir Martin Roth se refiere a estos aspectos diciendo: "Lo importante es que a los sistemas oficiales de clasificación no se les permita convertirse en sistemas cerrados, protegidos del reto y de la refutación hasta la aparición de la siguiente edición revisada. Esta actitud sólo aumentará las inquietudes e interrogantes respecto a muchos aspectos de la clasificación de los trastornos afectivos que todavía no están resueltos y respecto a las incertidumbres científicas que contienen" (8).

## REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición. Washington, 1994.
2. BERLANGA C: La comorbilidad en los trastornos depresivos. *Salud Mental*, 16(1):1-9, 1993.
3. FRIEDMAN RA: Social impairment in dysthymia. *Psychiatric Ann*, 23(11):623-637, 1993.
4. JUDD LL, RAPAPORT MH, PAULUS MP, BROWN JL: Subsyndromal symptomatic depression: A new mood disorder? *J Clin Psychiatry*, 55(4):18S-28S, 1994.
5. KLIERMAN GL: Approaches to the phenomena of comorbidity. En: *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. Maser JD, Cloninger RC (Eds.) American Psychiatric Press. Washington, 1990.
6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Décima Revisión de la Clasificación de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación*, Meditor. Madrid, 1994.
7. PERUGI G, MEREMMANI Y, MCNAIR DM y cols: Differential changes in areas of social adjustment form depressive episodes through recovery. *J Affect Dis*, 15:39-43, 1988.
8. ROTH M, MOUNJOY CO: The distinction between anxiety states and depressive disorders. En: *Handbook of Affective Disorders*. Paykel Es (Ed). Guilford Press. Nueva York, 1982.
9. SIRIS SG: Diagnosis of secondary depression in schizophrenia. Implications of DSM-IV. *Schizophrenia Bull*, 17:93-98, 1991.
10. SPITZER RL, ENDICOTT J, ROBINS E: Research Diagnostic Criteria: Rationale and Reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 35:773-782, 1978.