

ENFERMEDAD DEPRESIVA MENOR

*Dr. Ramiro Coello-Cortés**



SUMARIO

La depresión neurótica o reactiva puede ser un trastorno psicobiológico. Sus manifestaciones clínicas son más típicas de una enfermedad que de una "neurosis", o un proceso "reactivo". El estudio de 45 pacientes con este diagnóstico, demostró un cuadro clínico característico consistente de insomnio inicial, crisis de llanto, afecto ansioso - depri-

mido, dolor de diversa índole, sentimientos depresivos e irritabilidad. La edad de comienzo fue más frecuente durante la adolescencia. Problemas maritales y familiares fueron comunes, así como el uso de alcohol o sedantes como medio de controlar los síntomas. Solamente una tercera parte de los pacientes presentaron factores precipitantes que pudieran dar crédito al adjetivo "reactiva". En 600/0 de los casos, se encontró una historia familiar positiva, ya sea por alcoholismo o por depresión "neurótica", confirmando una base familiar del trastorno. Debido a que los términos "reactiva" y "neurótica" son confusos, se propone el uso del nombre "depresión menor".

*Jefe de Residentes de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Cook County Hospital

INTRODUCCIÓN

Gillespie (9) tratando de diferenciar la depresión exógena de la endógena, atribuyó a la primera la característica de tener "reactividad". Él aplicó el término "reactive", primera vez usado por Lange (23). Describió esta cualidad como la capacidad de los pacientes con depresión exógena, de "reaccionar" a los estímulos psicosociales del ambiente en general. Como la reactividad no se presentaba en la depresión endógena, él sugirió que esta cualidad era útil para distinguir ambas clases de depresión y llamó a la exógena "depresión reactiva".

Con el tiempo, este concepto se ha distorsionado y la depresión reactiva ha venido a ser equivalente a "depresión inducida por factores psicosociales del ambiente". De este modo, la búsqueda y presencia de factores precipitantes se ha tornado diagnóstica. Cuando ellos están presentes, el diagnóstico es depresión reactiva (exógena); cuando ausentes, depresión endógena. Este enfoque es erróneo.

Como en ambas depresiones, los factores precipitantes pueden o no estar presentes, su valor diagnóstico o etiológico es mínimo. Por ejemplo, Paykel y cois. (20) encontraron precipitantes psicológicos en 35 a 40% de pacientes con depresión endógena. Cadoret y cois. (2) estudiando sujetos con depresión unipolar (depresión que no se acompaña de ataques maníacos) hallaron precipitantes en 12% de los casos. Consciente de este problema Klein (21) ha llamado a la endógena "depresión endogenomórfica", para enfatizar el cuadro clínico en vez de la causa. Todavía, sin embargo, persiste la creencia de que la depresión reactiva es causada exclusivamente por factores adversos del ambiente.

Otro sinónimo de depresión reactiva es "neurosis depresiva" (1). Neurosis se define como "un conflicto intrapsíquico no resuelto". Este término es aún más vago ya que conflictos intrapsíquicos existen en una variedad de trastornos psiquiátricos no neuróticos e incluso en personas que no tienen ningún desorden mental (33). Además, tiene un significado etilógico impreciso, no dice nada de la sintomatología o el pronóstico e implica la idea de un carácter específico, particular de un individuo, sin ninguna connotación genética, familiar o un cuadro clínico típico.

Sydenham, por otro lado, en el siglo XVII, describió el concepto de enfermedad como una constelación (síndrome) de síntomas y signos con un pronóstico peculiar. Él utilizó el diagnóstico como un medio de predecir con certeza el futuro de la enfermedad. Saber el diagnóstico es conocer el pronóstico. Este concepto es especialmente útil en trastornos en los cuales la etiología se desconoce, y es el prevalente, hoy en día, en la clasificación de desórdenes psiquiátricos aunque con menor valor predictivo (16).

En resumen, ¿es la depresión reactiva, reactiva? ¿es una neurosis o una enfermedad? ¿es la depresión reactiva causada por factores psicosociales? Con objeto de responder estas preguntas se estudió en pacientes con este trastorno: a) la edad de comienzo, b) los síntomas y signos, c) los factores precipitantes y d) los parientes consanguíneos.

MÉTODOS

Este estudio se realizó con pacientes psiquiátricos externos del Centro de Salud Fantus, en el Hospital Cook Country de la Ciudad de Chicago, Illinois, Estados Unidos, entre el 10 de Julio de 1977 y el 30 de Junio de 1978.

SUJETOS. De una serie de 150 pacientes externos, nuevos y consecutivos, se diagnosticaron 45 pacientes con depresión reactiva/neurótica. Cuarenta de ellos (89%) fueron mujeres y 5 (11%) varones. Todos estos pacientes se sometieron a un examen físico y neurológico completos y exámenes de laboratorio incluyendo glicemia, proteínas totales, albúmina, urea, creatinina, ácido úrico, bilirrubina, fosfatasa alcalina y colesterol séricos; calcemia, electrolitos, enzimas séricas, hemograma, radiografía de tórax y electrocardiograma. Todos ellos fueron referidos por otros médicos después de que exámenes exhaustivos demostraron ausencia de factores orgánicos explicativos del síndrome depresivo. En los casos necesarios otros exámenes fueron ordenados como electroencefalograma, radiografía de cráneo y escintigrama y tomografía computarizada cerebrales, así como consulta con otros especialistas. En ninguno de los casos se encontró una alteración orgánica que pudiera explicar los síntomas depresivos. Sin embargo, con fines de investigación, se urgió a todos los sujetos a conti-

miar las visitas médicas con objeto de detectar trastornos incompletamente manifiestos. Estas visitas se continuaron por un período hasta de un año y no menor de tres meses después de la primera consulta psiquiátrica. De nuevo, no se detectó ninguna otra enfermedad intercurrente que pudiera causar el desorden depresivo.

Todos los pacientes fueron sujetos a una historia clínica y examen del estado mental estandarizados (Apéndice I). La edad índice promedio fue de 38.75 años con 17 años para el paciente mas joven y 70 años para el más viejo. La edad índice media fue de 37 años. La clase social fue una mezcla de media y baja con preponderancia de la última.

CRITERIO DIAGNOSTICO. Los 45 pacientes incluidos en este estudio fueron diagnosticados en base a criterios de inclusión y exclusión. Criterios de inclusión fueron síntomas sugestivos de depresión descritos por Chapman (4) y Nemiah (28) como: afecto deprimido, crisis de llanto, trastornos del sueño, dolor en diversas áreas corporales, trastornos del apetito, irritabilidad, sentimientos depresivos, problemas interpersonales e historia de depresión. Criterios de exclusión constituyeron otros desórdenes que producen cambios similares del afecto como depresión endógena ("endogenomórfica"), neurosis de angustia y síndrome de Briquet. Pacientes con estos desórdenes, usando los criterios diagnósticos (Apéndice O) de Chodoff (5), Guze (11), Feighner y cois. (8), Woodruff y cois. (35) y Taylor y Abrams (34) fueron excluidos del estudio. Asimismo, se eliminaron sujetos usando medicamentos o drogas o con enfermedades sistémicas o cerebrales que se conoce producen trastornos depresivos (reserpina, anemia perniciosa, epilepsia del lóbulo temporal, etc.)

Antes de su inclusión en el estudio, todos los casos se presentaron en sesiones clínicas al Personal del Centro de Salud constituido por dos profesores de Psiquiatría, dos residentes en Psiquiatría del tercer año, tres psicólogos y una trabajadora social en Psiquiatría. Cuando el diagnóstico estuvo en duda o los criterios no claramente definidos, el paciente fue excluido.

FACTORES PRECIPITANTES. El propósito de esta parte del estudio fue determinar la presencia o ausencia de factores negativos concurrentes con la depresión, no esclarecer si ellos fueron causales, precipitantes, contribuyentes o efectos de la depresión. El término "precipitantes" se ha escogido, en este contexto, arbitrariamente, sin ninguna connotación etiológica. Con el objeto de proveer homogeneidad, "factor precipitante" se definió como: "cualquier evento adverso de la vida (muerte de pariente, pérdida del trabajo, conflicto marital, accidentes, divorcio, enfermedad, etc.) presente en cualquier momento durante los 6 meses previos a la aparición del actual episodio depresivo". El período de seis meses se escogió en base al conocimiento de la reacción normal de pena. Clayton y cois. (6) han demostrado que las personas normales resuelven sus penas completamente en un período de seis a ocho semanas y siempre menor de seis meses.

ESTUDIO DE FAMILIAS. El diagnóstico de parientes consanguíneos de primer orden (padres, hermanos e hijos) se realizó a través de entrevistas con el propio paciente. En todos los casos, también se interrogó de uno a tres parientes mayores de edad (incluyendo el cónyuge) con el propósito de confirmar dichos diagnósticos. Los criterios diagnósticos usados con los parientes (Apéndice III) fueron los mismos descritos por Feighner y cois. (8), Woodruff y cois (35) y Taylor y Abrams (34), incluyendo esquizofrenia, manía, depresión endógena, alcoholismo y depresión neurótica. Esta última se diagnosticó usando los mismos criterios anteriormente descritos páralos sujetos.

RESULTADOS

EDAD DE INICIO. El cuadro número 1 demuestra que en la mayoría de los pacientes el comienzo de la depresión ocurrió durante la adolescencia, siendo menos frecuente después de la edad de 21 años y rara después de los 35 años.

SINTOMATOLOGIA, La frecuencia de los varios síntomas se presenta en el cuadro número 2. Afe-

to ansioso-deprimido, sentimientos depresivos, dolor, trastornos del sueño (especialmente insomnio inicial), crisis de llanto, discordia marital e irritabilidad fueron los síntomas más comunes. Impotencia se presentó en 800/0 de los cinco casos varones. La ingestión de sedantes o alcohol fue más un intento de controlar los síntomas depresivos y no dependencia medicamentosa.

FACTORES PRECIPITANTES. En solamente una tercera parte de los pacientes hubo factores que

precedieron la depresión durante los 6 meses previos. La historia detallada de estos eventos sugiere que exacerbaron una depresión ya existente, de duración prolongada que se había aminorado, más que precipitar o causar la depresión. En 66.60/0 de los casos, no hubo factores concurrentes durante un período similar. Otros pacientes atribuyeron la depresión a sucesos acaecidos años atrás, por ejemplo: la muerte de la madre cinco años antes¹¹, mientras otros no encontraron razones para su depresión.

CUADRO NUMERO 1
EDAD DE INICIO EN 45 PACIENTES

EDAD DE INICIO	NUMERO DE CASOS
13 - 14:	1 (2.2o/o)
15 - 16:	5 (11.1o/o)
17 - 18:	11 (24.4o/o)
19 - 20:	10 (22.2o/o)
21 - 22:	4 (8.8o/o)
23 - 24:	2 (4.4o/o)
25 - 26:	6 (13.3o/o)
27 - 28:	0 (--)
29 - 30:	3 (6.6o/o)
31 - 32:	1 (2.2o/o)
33 - 34:	2 (4.4o/o)
35 - 36:	0 (--)

CUADRO No. 2
SINTOMATOLOGIA EN 45 PACIENTES

APECTO ANSIOSO-DEPRIMIDO.	100.0o/o
DOLOR DIVERSOS.	97.7o/o
SENTIMIENTOS DEPRESIVOS.	93.3o/o
DOLOR DE CABEZA.	91.1o/o
CRISIS DE LLANTO.	88.8o/o
DISCORDIA MARITAL.	82.2o/o
IMPOTENCIA.	80.0o/o
INSOMNIO INICIAL.	77.7o/o
IRRITABILIDAD.	71.1o/o
DISCORDIA FAMILIAR.	60.0o/o
USO DE ALCOHOL.	51.1o/o
USO DE SEDANTES.	48.8o/o
HIPERSOMNIO TERMINAL.	37.7o/o
INSOMNIO MEDIO.	26.6o/o
INSOMNIO TERMINAL.	20.0o/o
INTENTOS SUICIDAS.	13.8o/o
ATAQUES DE ANSIEDAD.	4.4o/o

CUADRO NUMERO 3.
MORBILIDAD EN 45 FAMILIAS

ALCOHOLISMO.....	48.8o/o
DEPRESION REACTIVA.....	48.8o/o
ALCOHOLISMO O DEPRESION REACTIVA.....	60.0o/o
ALCOHOLISMO O DEPRESION REACTIVA.....	42.2o/o
ESQUIZOFRENIA.....	0.0o/o
DEPRESION ENDOGENA.....	2.2o/o
MANIA.....	0.0o/o
HISTORIA FAMILIAR NEGATIVA....	40.0o/o

ESTUDIO DE FAMILIAS. En un 60o/o de los pacientes (cuadro número 3), se encontró historia familiar positiva ya sea de alcoholismo o depresión reactiva en parientes consanguíneos de primer orden. Una u otra de estas dos enfermedades estuvo presente en 48.80/o de los casos y ambas en 42.2o/o. Se presentó un caso de depresión endógena (2.2o/o) y no parientes con esquizofrenia o manía. En 40o/o de los sujetos no se detectó ninguna enfermedad mental en las familias. Un análisis preliminar de la morbilidad familiar, indica que la depresión reactiva es más frecuente en parientes femeninos y el alcoholismo en parientes masculinos.

DISCUSIÓN

Gurney (10), Roth (31) y Schapira (32) han demostrado, por métodos clínicos, que la depresión neurótica y la neurosis de angustia son entidades distintas. De modo similar, otros investigadores han documentado las diferencias entre la depresión endógena y la depresión neurótica con respecto al cuadro clínico, (7, 13, 15, 17, 20, 27) las respuestas al tratamiento con antidepressivos tricíclicos (18, 19, 20) y electroterapia (12, 24, 25, 30). Carney y cois. (3), Mendels (26) y Kay y cois. (14) también demostraron que estas depresiones tienen un pronóstico diferente. La depresión endógena es más severa, se acompaña de signos mayores de depresión (Apéndice II) y es episódica. Por contraste, la depresión neurótica tiende a ser crónica pero se presenta con síntomas más leves de depresión. Con base en esta diferencia clínica, los resultados del presente estudio y debido a que los términos "neurótica" y "reactiva" crean confusión, se propone el empleo del nombre "depresión menor".

Tal como se describe en estos pacientes, la depresión menor es una enfermedad tanto psicológica como somática que interfiere en la vida emocional y social del paciente en el trabajo, matrimonio y las relaciones con parientes y amigos. Experiencias traumáticas no precipitan la depresión sino que exacerban, intermitentemente, su curso prolongado. Un cuadro clínico típico, una edad de inicio similar en la mayoría de los casos, una predilección hacia los pacientes femeninos y una incidencia elevada en parientes consanguíneos de primer orden, sugieren un componente biológico en esta enfermedad.

SUMMARY

Reactive or neurotic depression may be a psychological illness. Its clinical manifestations are typical of a disease rather than of a "neurosis" or a "reactive" process. A study of 45 patients with this diagnosis showed a characteristic clinical picture with initial insomnia, crying spells, anxious-depressive mood, pain (especially headaches), depressive feelings and irritability. The age of onset was more frequent during adolescence with a decline after age 21, becoming rare after age 35. Marital and family problems were common as well as the use of alcohol or minor tranquilizers in order to relieve the symptoms. Only a third of the cases had precipitating factors subjects had a positive family history for either reactive depression or alcoholism, suggesting a familial basis for the disease. Since the terms "neurotic" and "reactive" are confusing, proposed is the use of the name "minor depression".

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Mental Disorders: Diagnostic and Statistical Manual. Washington, D.C. 1952.
2. CADORET RJ, WINOKUR G, DORZAB J, BAKER M: Depressive Disease: Life Events and Onset of Illness. Arch. Gen. Psychiatry 26: 133-136, 1972.
3. CARNEY MWP, ROTH M, GARSIDE RF: The Diagnosis of Depressive Syndromes and the Prediction of ECT response. Brit. J. Psychiatry 111:659-674, 1965.
4. CHAPMAN AH: Clinical Psychiatry. Segunda Edición. Philadelphia-Toronto, JB Lippincott Company, 1976.
5. CHODOFF P: The Diagnosis of Hysteria: an overview. Am. J. Psychiatry 131: 1073-1078, 1974.
6. CLAYTON P, DESMARIS L, WINOKUR G: A Study of Normal Bereavement. Am. J. Psychiatry 125:168-178, 1968.
7. DAVIS D, LAMBERTI J, AJANS ZA: Crying in Depression. Brit. J. Psychiatry 115:597-598, 1969.
8. FEIGHNER JP, ROBINS E, GUZE SB, WOODRUFF RA, WINOKUR G, MUÑOZ R: Diagnostic Criteria for use in Psychiatric Research. Arch. Gen. Psychiatry 26: 57-63, 1972.
9. GILLESPIE, RD: The Clinical Differentiation of Types of Depression. Guy's Hosp. Reports 79:306-344, 1930.
10. GURNEY C, ROTH M, GARSIDE RF, KERR TA, SHAPIRA K: Studies in the Classification depressive illnesses. II. Brit. J. Psychiatry 121: 162-166, 1972.
11. GUZE, SB: The Validity and Significance of the clinical diagnosis of Hysteria (Briquet's Syndrome). Am. J. Psychiatry 132:138-141, 1975.
12. KALINOWSKI, LB: Convulsive Shock Treatment. American Handbook of Psychiatry. II. Arieti (ed.) New York, Basic Books pp: 1499-1520, 1959.
13. KAY DWK, GARSIDE RF, BEAMISH P, ROY JR: Endogenous and Neurotic Syndromes of Depression: A factor analytic study of 104 cases. Clinical features. Brit. J. Psychiatry 115:377-388, 1969.
14. KAY DWK, GARSIDE RF, ROY JR, BEAMISH P: "Endogenous" and "Neurotic" Syndromes of Depression: A 5-to-7 year follow-up of 104 cases. Brit. J. Psychiatry 115: 389-399, 1969.
15. KEAR-COLWELL: A Taxonomy of Depressive Phenomena and its Relationships to the Reactive-Endogenous Dichotomy. Brit. J. Psychiatry 121:665-671, 1972.
16. KENDELL, RE: The Role of Diagnosis in Psychiatry. Oxford, London, Edinburgh Melbourne, Blackwell Scientific Publications, 1975.
17. KILOH LG, ANDREWS G, NEILSON M, BIANCHIGN: The Relationship of the syndromes called endogenous and neurotic depression. Brit. J. Psychiatry 121:183-196, 1972.
18. KILOH LG, BALL JRB: Depression treated with imipramine: a follow-up study. Brit. Med. J. 2:168-171, 1961.
19. KILOH LG, BALL KRB, GARSIDE RF: Prognostic factors in the treatment of depressive states with imipramine. Brit. Med. J. 1:1225-1227, 1962.
20. KILOH LG, GARSIDE RF: The independence of neurotic depression and endogenous depression. Brit. J. Psychiatry 109:451-463, 1963.
21. KLEIN, DF: Endogenomorphic Depression. Arch. Gen. Psychiatry 31:447-454, 1974.
22. KUHN, R: The treatment of depressive states with G-22355 (imipramine hydrochloride). Am. J. Psychiatry 115:459-464, 1958.
23. LANGE, J: The Endogenous and Reactive affective disorders and the manic-depressive constitution. Handbook of Mental Diseases. Bumke (ed.) Berlín, 1928.

24. MENDELS, J: Electro-convulsive therapy and depression: I. The prognostic significance of clinical factors. Brit. J. Psychiatry 111:675-681, 1965.
25. MENDELS, J: Electro-convulsive therapy and depression: II. Significance of endogenous and reactive syndromes. Brit. J. Psychiatry 111:682-686, 1965.
26. MENDELS, J: Electro-convulsive therapy and depression: III. A method for prognosis. Brit. J. Psychiatry. 111:687-690, 1965.
27. MENDELS J, COCHRANE C: The nosology of depression: the endogenous-reactive concept. Am. J. Psychiatry 124:1-11. 1968.
28. NEMIAH, HC: Depressive Neurosis. Comprehensive Textbook of Psychiatry-H. Segunda Edición. Freedman, Kaplan, Sadock (eds.). Baltimore, Williams and Wilkins Company pp 1255-1263, 1975.
29. PAYKEL E, MYERS J, DRENELT M, KLERMAN G: Life events and depression. Arch. Gen. Psychiatry 21:753-760, 1969.
30. ROSE, JT: Reactive and Endogenous depressions - response to E.C.T. Brit. J. Psychiatry 109:213-217, 1963.
31. ROTH M, GURNEY C, GARSIDE RF, KERR TH: Studies in the Classification of Affective Disorders. The relationship between anxiety states from depressive illnesses. Brit. J. Psychiatry 121:175-181, 1972.
32. SCHAPIRA K, ROTH M, KERR TA, GURNEY C: The prognosis of Affective Disorders: the differentiation of anxiety states from depressive illnesses. Brit. J. Psychiatry 121:175-181, 1972
33. SPITZER, RL: DSM-III: What happened to the Neuroses?. Syllabus and Scientific Proceedings, 131st Annual Meeting, American Psychiatric Association. Atlanta, 1978.
34. TAYLOR MA, ABRAMS R: A Critique of the St. Louis Psychiatric Research Criteria for Schizophrenia. Am. J. Psychiatry 132:1276-1280, 1975.
35. WOODRUFF RA, GOODWIN DW, GUZE SB: Psychiatric Diagnosis. New York, Oxford University Press, 1974.
- hipersomnia. Orgasmia, libido, trastornos de la erección o eyaculatorios. Historia de dolor.
- Historia Pasada: Tratamientos previos intentos suicidas, hospitalizaciones, problemas médicos, Alergias.
- Historia Medicamentosa: Uso de medicamentos, drogas, alcohol, café, tabaco, psicotrópicos.
- Historia Social: Religión, servicio militar, viajes, matrimonio, divorcio, posiciones en el empleo, sueldo, actividades en la comunidad, distracciones. Número y edad de los miembros de la familia.
- Historia Familiar: Relaciones con los padres, hermanos, hijos, cónyuges y otros parientes cercanos. Defunciones y nacimientos en la familia. Historia de enfermedades psicósomáticas, esquizofrenia, depresión, suicidio, problemas con las autoridades, manía, neurosis, conducta aberrante. Éxitos y sistemas de soporte familiares.

APÉNDICE I

1. ANAMNESIS

Datos personales: nombre, edad, sexo, raza, estado civil, educación, ocupación, lugar y fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono.

Motivo de la Consulta

Síntoma Principal e Historia Presente.

Historia Personal: Funciones orgánicas generales. Pesadillas,

2. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Apariencia, estado de la conciencia, actividad motora, habla.

Atención, concentración, comprensión, repetición.

Contenido y forma del pensamiento.

Percepción.

Orientación, registro, recuerdo inmediato, memoria reciente y remota, cálculo, nomia, lectura y escritura.

Afecto: depresión, angustia, sentimientos depresivos, crisis de llanto, irritabilidad, ataques de angustia. Juicio.

Autoconocimiento.

APÉNDICE II

1. DEPRESIÓN ENDÓGENA (Se requieren los tres).

(1) Afecto deprimido, disfórico o angustioso; (2) Por lo menos tres de los siguientes: a) insomnio terminal, b) variación diurna - pero en la mañana, c) pérdida de peso - más de 5 lbs. en 3 semanas, d) agitación o retardo psicomotor, e) conducta o pensamientos suicidas, f) sentimientos de culpa, desesperanza, etc.; (3) Ausencia de enfermedad sistémica, cerebral o uso de medicamentos o drogas que se conozca producen síntomas depresivos.

2. NEUROSIS DE ANGSTIA (Se requieren los tres)

(1) Edad de comienzo antes de los 40 años; (2) Nerviosidad crónica con ataques recurrentes de angustia; (3) Ninguna otra enfermedad psiquiátrica dos años después de la aparición de la angustia. No medicamentos, drogas o enferme-

dad que se conozca producen angustia.

3. SÍNDROME DE BRIQUET

De una serie de síntomas que incluye trastornos conversivos, respiratorios, digestivos, dolorosos, emocionales, menstruales, sexuales, neurológicos y urinarios se requieren 25 síntomas para un diagnóstico definitivo y 18 para un diagnóstico probable.

APÉNDICE ni

1. ESQUIZOFRENIA (Se requieren los cuatro):

(1) Ausencia de enfermedad afectiva; (2) Ausencia de enfermedad sistémica, cerebral o uso de drogas o medicamentos que se conozcan producen síntomas esquizofrénicos; (3) Estado normal de la consciencia; (4) Por lo menos uno de los siguientes: a) afecto aplanado, frío, distante, b) trastorno en la forma del pensamiento, c) síntoma de Schneider.

2. MANÍA (Se requieren los cuatro):

(1) Hiperactividad; (2) Habla rápida, apresurada; (3) Afecto irritable, eufórico, expansivo; (4) Ausencia de enfermedad

sistémica, cerebral o uso de drogas o medicamentos que se conozca producen síntomas maníacos.

3. ALCOHOLISMO (Se requieren por lo menos cinco):

(I) La familia se opone a que el paciente tome; (s) El paciente piensa que toma demasiado; (3) Amigos, médicos, etc. se oponen a que el paciente tome; (4) El paciente se siente culpable cuando toma; (5) Pérdida de amigos debido a la bebida; (6) Problemas en el trabajo debido a la bebida; (7) Pérdida del trabajo debido a la bebida; (8) Problemas al conducir vehículos debido a la bebida; (9) Arrestos por las autoridades debido a la bebida; (10) Borracheras de 48 horas o más (por lo menos dos veces); (II) Deseo pero imposibilidad de parar la bebida; (12) Intentos para restringir la bebida en ciertas circunstancias; (13) Trago antes del desayuno; (14) Ingestión de tónico para el cabello, solvente de pintura, alcohol de quemar, lociones, perfumes, etc.; (15) Peleas en estado de ebriedad; (16) Amnesia alcohólica; (17) Impotencia asociada con el alcohol; (18) Delirium tremens, enfermedad hepática u otras complicaciones médicas debidas al alcohol.