

---

## T.9. T. ESTADO DEL ÁNIMO: ASPECTOS CLÍNICOS

### 1. HISTORIA CONCEPTUAL

#### **DE LA MELANCOLÍA A LA DEPRESIÓN**

Los intentos más remotos de comprender “científicamente” la depresión se deben a Hipócrates (s. IV a. C), quien emplea el término genérico de melancolía (engloba cuadros muy diversos, incluso esquizofrenia).

Desequilibrios en la secreción de bilis negra o una mala combustión.

Aristóteles la relaciona con personas sensibles e inteligentes.

La concepción humoral se mantendrá hasta el s. XIX. Y aunque el término melancolía es el más usado, la palabra depresión comienza a usarse con frecuencia durante el XIX. A pp. del XX se emplea con bastante asiduidad.

El cambio conceptual se debe a Kraepelin a finales del XIX:

- Diferencia (en h<sup>a</sup> familiar, curso y gravedad) la “demencia precoz” (dp Breuler la llamará esquizofrenia) de la “locura maniicodepresiva”:  
Los manía-depre. : mayor h<sup>a</sup> de antecedentes de enfermedad, - gravedad y un curso -crónico.
- Reserva el término melancolía para las depresiones de la senectud.

Pero, el término “maniicodepresivo” incluía “todos los casos de exceso de afectividad” (es decir, lo que hoy llamamos depresión mayor (D.M.), distimia, T. bipolar o ciclotimia), y las causas eran innatas.

La amplitud y el innatismo le generaron críticas por parte de Mayer, de Jaspers, de Freud...

#### **DE LA “LOCURA MANIICODEPRESIVA” A LA “BIPOLARIDAD”**

El término “manía” viene de **Hipócrates**:

Pacientes con estados delirantes psicóticos sin fiebre (no estaba relacionado con el estado de ánimo).

Englobaba cuadros de la Esquizofrenia actual.

**Areteo de Capadocia** (s.II d.C) fue quien describió casos alternantes de agitación maníaca e inhibición alternantes en una misma persona. Lo atribuía a desequilibrios humorales.

**Kraepelin** por “locura maniicodepresiva” entendía las formas cíclicas o circulares de locura (alternancia de cuadros de depresión y de manía)

¡¡ Aunque también incluía casos de depresión “no circulares” (= D.M. y distimia)

**K. Leonhard** fue el 1º en separar los trastornos afectivos, superando el concepto genérico de “maníacodepresivo” e influyendo en la forma actual de entenderlos. Así, los T. afectivos podían ≠ en:

- Bipolar: maniacodepresivos o circulares.

Actualmente hace referencia a todos los casos en los que curse o haya cursado manía o hipomanía.

- . Monopolar: solo depresión o solo manía.

Desde los años 70, en EEUU se emplea la distinción BIPOLAR I y BIPOLAR II:

- Bipolar I: ha existido algún episodio de manía.
- Bipolar II: solo episodios de hipomanía (-grave, sin interferencia seria)

El DSM-IV reconoce por 1ª vez la utilidad de distinguir estas dos entidades.

Todavía hoy se desconoce la fisiopatología y etiología del TB. Y posiblemente englobe diagnósticos distintos que hoy en día no somos capaces de distinguir.

## **2. CONCEPTOS GENERALES**

La depresión es el diagnóstico clínico que se emplea con más frecuencia y el que potencialmente tiene más peligro de mortalidad debido a las conductas suicidas.

- La depresión como síntoma (=sentirse triste) está presente en la mayor parte de los cuadros patológicos. ¡No como síndrome!

- ¿Dónde está la frontera entre una R. depresiva “normal” (adaptativa) y una “patológica”?:

- La a/normal se distribuye a lo largo de un continuo (distribución unimodal):

≠ intensidad -cuantitativa de los síntomas; se basan en análisis estadísticos. (Posición del libro)

- La a/normal son cualitativamente distintas:

El estado de ánimo lo impregna todo y es “independiente” de la voluntad de la persona.

## **3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS ANIMICOS**

### **3.1. DICOTOMÍAS DESCRIPTIVAS**

¿Cuántas depresiones hay? → Polémica sin fin. (Perris contabilizó hasta 53 subtipos diferentes).

Veamos las dicotomías más empleadas:

### a. Endógena/Reactiva

Apuntada por Moebius (s.XIX) causó mucha polémica en los años 20 y 30.

Freudianos (causas ps; veía casos menos graves) vs kraepelianos (causas biológicas; veía casos más graves)

El eje endógeno - reactivo, alude a una supuesta distinción entre depresiones biológicas (endógenas) y depresiones psicosociales (reactivas). Hoy, esta distinción no tiene ningún apoyo empírico.

→ ¡¡ La existencia o no de precipitantes psicosociales es irrelevante para distinguir subtipos de depresión.

¡¡ Actualmente, cuando los clínicos emplean esta distinción lo hacen para distinguir dos subtipos de depresión que difieren por sus síntomas, pero no por su etiología:

- ♦ **Depresión endógena** (en la actualidad “melancólicas”): mayor sintomatología vegetativa (pérdida de peso, insomnio terminal, retardo psicomotor...), más síntomas graves (suicidio), y más recurrentes.
- ♦ **Depresión reactiva**: existe escaso apoyo empírico.

En la mayor parte de los trabajos, se distingue entre endógena y no endógena, dejando de lado el concepto de reactividad.

### b. Psicótica/Neurótica

Distinción de escasa fiabilidad. Se desaconseja su uso.

Psicótico y neurótico son términos ambiguos, con muchos significados.

Por esta razón, la diferencia diagnóstica entre cuadros psicóticos y neuróticos, ha desaparecido en las clasificaciones más modernas y fiables (DSM - III, DSM - III - R y DSM - IV).

Kendel y Gourlay:

Bajo la distinción Psicótica vs Neurótica, subyace simplemente una distribución unimodal basada en la gravedad sintomatológica.

El DSM - III y sus sucesores conservan el término “psicótico” pero con un significado inequívoco:

Trastornos afectivos en los que existen o delirios (p. ej. culpa, enfermedad, ruina) o alucinaciones (p.ej. voces acusatorias, visiones de familiares fallecidos), acompañando al trastorno depresivo.

En este sentido estrictamente “sintomatológico” puede emplearse.

### c. Unipolar/Bipolar

Es la dicotomía clasificatoria de **Leonhard** (años 50) y es la que más se emplea. Multitud de datos la avalan.

La distinción es puramente descriptiva y sintomatológica, y no asume etiología. Así:

- **El trastorno bipolar (antes maníacodepresivo):** se caracteriza por la aparición (en algún momento dado) de episodios de manía, existan o no episodios depresivos (¡los tendrá!).
- **El trastorno depresivo unipolar:** el sujeto tiene episodios de depresión y nunca ha tenido manía (ni hipomanía)  
¡¡ Son 10 veces más frecuentes que los bipolares!!

¡¡ El episodio depresivo de un paciente bipolar y el de un unipolar es el mismo:

¡¡ Mismo patrón de síntomas y misma intensidad!!

Pero sí hay ≠ en cuanto a curso, genética y respuesta al tratamiento.

Las dicotomías anteriores no son equivalentes o superponibles a esta (no se pueden relacionar entre sí)

### d. Primaria/Secundaria

Distinción de la Universidad de San Luis (años 60).

**Primaria:** cuadros en los que el trastorno del estado de ánimo (depresivo o bipolar) existe *aisladamente*, sin presencia actual o pasada de otro cuadro distinto al afectivo (ej. T. de ansiedad, alcoholismo, esquizofrenia, trastornos orgánicos cerebrales...)

**Secundaria:** pacientes con un trastorno médico o psiquiátrico preexistente diferente a la depresión o a la manía.

La distinción no alude a ningún vínculo causal, sino a un orden de presentación.

La idea es separar las depresiones “puras” de otras en las que haya cierta contaminación de otros cuadros coexistentes.

La ≠ es importante tanto desde p.d.v. descriptivo como para la predicción del curso y manejo clínico:

- Los primarios o puros están mejor que los 2<sup>os</sup> entre cada episodio, pero tienen mayor riesgo de suicidio (excepción del alcoholismo)
  - o Las terapias para los primarios son más directas.
- Los secundarios requieren intervenciones simultáneas tanto del problema afectivo como de los otros trastornos del paciente y esto hace que el manejo clínico sea más complicado.

### 3.2. CLASIFICACIONES EMPÍRICAMENTE BASADAS: HACIA EL DSM-V

Los sistemas categoriales tienen serias limitaciones funcionales especialmente en cuanto a planificación e intervención terapéutica.

Otra limitación: permiten una comorbilidad excesiva (agrupan por *apariencia superficial*)

En los últimos años han surgido sistemas de clasificación empíricos (son dimensionales).

El objetivo es comprobar mediante técnicas multivariadas complejas cómo se agrupan realmente los síntomas, cuáles son las categorías resultantes y solucionar el problema de la excesiva comorbilidad.

Más cerca de la psicología que de la psiquiatría.

Resultados respecto a los T. de ánimo (y que quizá recoja el DSM-V):

- NO hay ≠ cualitativas entre la depresión en clínica y la depresión en población general: hay un continuo de gravedad de síntomas.
- La gravedad de la depresión es más una función lineal de los síntomas que de agrupaciones particulares.
- Algunos T. de Ansiedad (ej. el TAG y, aunque menos, el TEPT) encajan mejor dentro de los T. de ánimo.
- Hay homogeneidad transcultural.
- Surge una nueva propuesta de sistema diagnóstico (ver pág. 239):
  - Grupo único de T. Emocionales (que incluye a los T. de ansiedad y depresión). Tres categorías:
    - Bipolares: Bipolar I, bipolar II y ciclotimia.
    - Problemas Ω con el Malestar: ¡¡El TAG y el TEPT junto a la D.M. y la distimia!!
    - Problemas Ω con el Miedo: Pánico, Agorafobia, Fobias específicas y F. social.

### 3.3. CLASIFICACIÓN DEL DSM - IV (mejor, más claro y operativo que la CIE-10).

La clave para comprender el sistema de diagnóstico de los T. del estado de ánimo es el concepto de episodio.

El DSM-IV distingue 3 tipos de episodios:

1. Episodio depresivo mayor.
2. Episodio maniaco.
3. Episodio hipomaniaco.
- (4. Episodio mixto)

La combinación de uno u otro modo de estos episodios es lo que da lugar a la definición y etiquetado de los distintos T. del estado de ánimo:

- **Trastornos depresivos:** trastornos en que nunca ha habido episodios maníacos o hipomaníacos
- **Trastornos bipolares:** se dan episodios maníacos o hipomaníacos (da igual si hay o no depresión).  
(Aunque después veremos que el hecho de que haya depresión crea otros subgrupos dentro de los T. Bipolares).

Novedades del DSM-IV respecto al DSM-III-R:

- Incorpora nuevos cuadros: Bipolar II, bipolar I hipomaníaco.
- Incorpora T. debidos a condiciones orgánicas: por una condición médica general o por abuso de sustancias.
- Incorpora la distinción entre bipolar I y bipolar II  
Bipolar II: episodios depresivos + hipomaníacos (nunca maníacos)
- Incorpora el **T. bipolar I con episodio maníaco único:** un episodio de manía (nunca depresión)

*Estas son las Categorías diagnósticas de los Trastornos del estado de ánimo según el DSM-IV:*

**1. Trastornos depresivos:**

- T depresivo mayor (episodio único).
- T depresivo mayor (recidivante) (o recurrente, según el libro).
- T distímico.
- T depresivo no especificado.

**2. Trastorno bipolares**

- T bipolar I, episodio maníaco único.
- T bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco.
- T bipolar I, episodio más reciente maníaco.
- T bipolar I, episodio más reciente mixto.
- T bipolar I, episodio más reciente depresivo.
- T bipolar I, episodio más reciente no especificado.
- T bipolar II
- T ciclotímico
- T bipolar no especificado

**3. Trastornos del estado de ánimo debido a condición médica general**

**4. Trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias**

**5. Trastorno del estado de ánimo no especificado**

Veamos ahora solo los T. Depresivos.

**4. TRASTORNOS DEPRESIVOS**

#### 4.1. SÍNTOMAS DEPRESIVOS

El síndrome depresivo se puede reducir a 5 grandes núcleos:

##### - Síntomas anímicos:

- La tristeza es el síntoma anímico por excelencia.
- Presente en (casi) todos, es la queja principal de la mitad.
- A veces, el ánimo predominante es la irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo.
- En depresiones graves se puede llegar a negar sentimientos de tristeza: “soy incapaz de tener algún sentimiento”, y tener dificultad para llorar.
- Por otro lado, hay una reducción de emociones positivas.
- Las emociones negativas unidas a la incapacidad de disfrute de la vida (anhedonia) son la característica más distintiva de la depresión frente a otros cuadros.

Se aconsejan “terapias psicológicas positivas”

##### - Síntomas motivacionales y conductuales:

- Uno de los aspectos más dolorosos para el deprimido es el estado general de inhibición (apatía, falta de motivación).
- Este estado se conecta con pensamientos negativos de desesperanza, falta de control, o de no poder dar sentido a lo que uno hace.
- En su forma más grave la inhibición conductual se conoce como retardo psicomotor:  
Enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, del habla, el gesto e inhibición motivacional casi absoluta.
- En casos extremos puede llegar a estupor depresivo:  
Mutismo y parálisis motora casi totales, similar al estupor catatónico.

##### - Síntomas cognitivos:

- El rendimiento cognitivo está afectado.
- Alteración de la memoria, la atención y la capacidad de concentración, incluso para tareas cotidianas.
- Pensamiento circular y rumiativo.
- Las tareas que requieren esfuerzo y control ejecutivo son las de mayor dificultad, aunque también las automáticas pueden verse afectadas.
- El contenido de las cogniciones está también alterado: visión negativa, autodepreciación, autoinculpación, pérdida de autoestima.

Los modelos cognitivos de la depresión, plantean que estas cogniciones negativas tienen un papel causal, más que sintomatológico.

Las cogniciones serían un elemento etiológico de la depresión más que un síntoma de la misma.

**- Síntomas físicos:**

- Uno de los síntomas principales por los que se solicita ayuda.
- Problemas de sueño 70-80% de los pacientes: sobre todo insomnio. Pequeño porcentaje de hipersomnia diurna.
- Otros síntomas físicos: fatiga, pérdida de apetito y disminución de actividad y deseo sexuales.
- También molestias corporales difusas (dolores de cabeza o espalda, vómitos, náuseas, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc).
- A veces marcan la diferencia entre pedir/no ayuda (= depresión clínica/normal).  
Estos acuden más al médico

**- Síntomas interpersonales:**

- Deterioro de las relaciones interpersonales: 70% dice haber disminuido su interés por la gente.
- Normalmente, sufren rechazo de las personas que les rodean aislándolos más.
- ¡¡Un funcionamiento interpersonal inadecuado es un buen predictor de un peor curso de la depresión.

**4.2. CLASIFICACIÓN Y CUADRO CLÍNICO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS**

Trastornos depresivos:

T depresivo mayor (episodio único).

T depresivo mayor (recidivante) (o recurrente, según el libro).

T distímico.

T depresivo no especificado

**Concepto de Episodio Depresivo Mayor**

Presencia simultánea de síntomas durante un periodo continuado de 2 semanas.

**Episodio depresivo mayor según el DSM-IV:**

**A.** Durante al menos DOS SEMANAS presencia casi diaria de al menos CINCO de los siguientes síntomas, incluyendo el (1) o (2) necesariamente

- (1). Estado de ánimo triste.
- (2). Disminución del placer o interés en cualquier actividad (anhedonia).
- (3). Aumento o disminución de peso / apetito
- (4). Insomnio o hipersomnio
- (5). Agitación o enlentecimiento psicomotor
- (6). Fatiga o pérdida de energía
- (7). Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa
- (8). Problemas de concentración toma de decisiones
- (9). Ideas recurrentes de muerte o suicidio.

**B.** Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.

**C.** No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (p. ej.: hipotiroidismo)

**D.** No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses (excepto en el caso de marcado deterioro en el funcionamiento)

Gravedad de los episodios depresivos:

1. *Leve*. Pocos o ningún síntoma más de los necesarios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, y poco deterioro del funcionamiento laboral o de las actividades sociales habituales o las relaciones interpersonales.
2. *Moderado*. Síntomas de incapacidad funcional entre “leve” y “grave”.
3. *Grave sin síntomas psicóticos*. Varios síntomas además de los necesarios para establecer el diagnóstico, y síntomas que interfieren marcadamente en el funcionamiento laboral o en las actividades sociales habituales o las relaciones interpersonales.
4. *Grave con síntomas psicóticos*. Delirios o alucinaciones. Si fuera posible especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo. Los delirios congruentes se refieren a temas típicos asociados al ánimo depresivo, como la inadecuación personal, la culpa, la inutilidad, la enfermedad, la muerte, etc. Los delirios incongruentes tienen contenidos no relacionados con los temas depresivos típicos (p.ej., delirios de persecución, inserción del pensamiento, ideas delirantes de control, etc.).
5. *En remisión parcial*. Están presentes algunos síntomas del episodio depresivo mayor pero ya no se cumplen totalmente los criterios o, aunque han desaparecido los síntomas, aún no han pasado al menos 2 meses desde que finalizó el episodio depresivo mayor.
6. *En remisión total*. Durante los 2 últimos meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

Notas:

- El término psicótico, se reserva únicamente a un aspecto sintomatológico: presencia de delirios y/o alucinaciones.
- La gravedad viene determinada más por el ajuste psicosocial que por la intensidad de los síntomas.
- Diagnóstico diferencial respecto al duelo.
- El DSM - IV propone que cualquier episodio depresivo puede ser calificado adicionalmente con el adjetivo de “melancólico”, “atípico” o “catatónico”.

Será melancólico cuando concurren una serie de síntomas:

- Pérdida muy marcada de placer, falta de reactividad emocional ante estímulos positivos, retardo o agitación psicomotora, despertar precoz, anorexia o pérdida de peso, estado de ánimo peor por la mañana, culpabilidad excesiva o inapropiada...
- No implica mayor gravedad, ni etiología diferente, sino un mayor componente de síntomas vegetativos y anhedonia.
- Aunque está en todos los sistemas diagnósticos, existen dudas sobre la validez de esta categoría.

*Importante: un episodio no es una categoría diagnóstica. Es un elemento que nos va a ayudar a encontrar un diagnóstico.*

### A. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM)

- Aparece por primera vez en el DSM-III.
- Antes se definía como “depresión neurótica grave”, depresión involutiva o depresión psicótica.
- El término TDM: se emplea para describir a una persona que presenta un Episodio depresivo mayor (*el de antes*) y además cumple:
  - o Nunca ha tenido un episodio de manía o hipomanía (en cuyo caso sería un T. Bipolar).
  - o No se trata de un caso de esquizofrenia u otro trastorno psicótico.
- Solo se pueden diagnosticar dos tipos:
  - o De Episodio único: es el primer episodio que han tenido en su vida.
  - o Recurrente (o recidivante): no es el primero.

### B. DISTIMIA

El DSM-III empleó el término T. distímico para referirse a un tipo de depresión que nunca había estado bien resuelta.

Se trata de estados depresivos muy prolongados, prácticamente crónicos, que sin llegar a cumplir los criterios del Episodio depresivo mayor, se caracterizan por la presencia de bastantes síntomas depresivos.

Antes se definía como Neurosis depresiva o Personalidad depresiva (se incluía como T. de personalidad).

Pero es más un T. afectivo de naturaleza subsindrómica que un T. de personalidad.

Y así lo entiende el DSM-III al incluirlo en T. afectivos.

Hay periodos en los que la distimia se agrava y llega a satisfacer los criterios de episodio D.M.

En estos casos se emplea la expresión “**depresión doble**”. No se ha incluido en ningún sistema diagnóstico, pero suscita investigación clínica y terapéutica, especialmente por su pronóstico sombrío.

La diferencia fundamental con los T.D.M:

Los distímicos presentan una sintomatología semejante pero menos grave, más sostenida en el tiempo y rara vez requieren hospitalización.

Los síntomas que caracterizan la distimia son la presencia durante un periodo mayor de 2 años de un estado de ánimo triste prácticamente a diario.

El paciente no ha de estar libre de síntomas durante más de 2 meses durante ese periodo.

En niños: 1 año; irritabilidad.

Es importante hacer diagnóstico diferencial:

- una distimia no es un estado de depresión subsindrómica tras experimentar un TDM.

P.ej.: Si la primera experiencia de trastorno afectivo de un paciente fue un TDM hace 3 o 4 años y aunque mejoró mucho nunca se ha recuperado del todo, no es un caso de distimia (aunque cumpla los criterios A, B y C), sino un caso de TDM con remisión parcial.

- Nunca ha debido tener manía o hipomanía.
- No es debido a T. psicóticos, enfermedad orgánica ni sustancias.

El DSM-IV distingue:

- distimia de comienzo temprano: antes de los 21 años. Se cree que es un grupo + homogéneo.
- distimia de comienzo tardío: dp de los 21 años.

No existen muchos datos sobre el curso y el tratamiento. Algunos dicen que se está infravalorando el papel que determinados factores biológicos (p.ej.: enfermedades, ingesta continuada de fármacos...) puedan tener en su mantenimiento crónico.

#### Trastorno distímico (DSM-IV-TR)

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, manifestado por el sujeto u observado por los demás durante al menos 2 años. **Nota:** en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
- B. Mientras está depresivo, presencia de 2 (o más) de los siguientes síntomas:
  - (1) Pérdida o aumento de apetito
  - (2) Insomnio o hipersomnia
  - (3) Falta de energía o fatiga
  - (4) Baja autoestima
  - (5) Dificultades para concentrarse o tomar decisiones
  - (6) Sentimientos de desesperanza
- C. Durante el periodo de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, la persona no ha estado libre de síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes). Es decir, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico, o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

**Nota:** Antes de la aparición del trastorno distímico, pudo haber un episodio depresivo mayor que ha remitido totalmente (no hay signos o síntomas significativos durante 2 meses). Además, tras los 2 años iniciales (1 año en niños y adolescentes) del trastorno distímico, puede haber episodios superpuestos de trastorno depresivo mayor, en cuyo caso pueden establecerse ambos diagnósticos si se cumplen los criterios de una episodio depresivo mayor.

## C. TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

Cajón de sastre para T. depresivos que no se adecuan bien al concepto de TDM ni al de distimia.

El DSM - IV incluye:

- a). Trastorno disfórico premenstrual: síntomas depresivos casi sistemáticos que se dan durante la última semana del ciclo menstrual y que remiten en los primeros días de la menstruación.
  
- b). Depresión postpsicótica en la esquizofrenia: aparición de un episodio depresivo mayor durante la fase residual de los episodios esquizofrénicos.
  
- c). Depresión menor: se cumplen las 2 semanas requeridas de síntomas para el episodio depresivo mayor, pero se dan menos de los 5 síntomas requeridos.
  
- d). Trastorno depresivo breve recurrente: cortos episodios depresivos (entre 2 días y 2 semanas), produciéndose al menos 1 vez al mes durante 12 meses (no asociados a ciclos menstruales).

### 4.3. CURSO

#### 4.3.1. DEPRESIÓN MAYOR

- Curso variable y fuerte tendencia a la recurrencia (recaídas).
  
- La edad modal de inicio del TDM se sitúa entre los 25-35 años, pero ha decrecido en las últimas cuatro generaciones.

- La duración media de un episodio depresivo mayor es de unos 4 - 5 meses, bajo control en clínicas universitarias. Con tratamientos médicos o psiquiátricos, se aproxima a 1 año.
- La mayor parte se recupera en 1 o 2 años.  
Aunque un 15% va a tener un curso crónico (2 años o más).

Otros datos:

- Las personas que tienden a la cronificación son las que han tardado mucho en buscar tratamiento.
- Tener una edad avanzada al inicio del episodio y un nivel socioeconómico bajo, son también predictores de un mal pronóstico.  
(También aparece en el libro: cuanto más precoz es el inicio, mayor será la probabilidad de recurrencias)
- La duración de los ciclos de depresión/no depresión se va acortando, cuantos más episodios tiene el paciente y cuanto más tardía es la edad de aparición del primer episodio.
- Las cifras sobre recaídas son peores de lo que se pensaba.  
Entre un 50 - 85% de las personas que buscan tratamiento en clínicas universitarias, presentarán al menos otro episodio depresivo en el curso de su vida.
- El mayor riesgo de recaídas:
  - o Está en los primeros meses después de recuperarse. El primer año es un periodo de alto riesgo.
  - o Las tasas de reaparición del trastorno son mayores en personas de +45 años.
  - o La existencia de varios episodios previos de depresión, aumenta el riesgo de recaída.
  - o Las depresiones secundarias tienen un peor pronóstico que las primarias.

Además:

- o Historia de trastorno bipolar
  - o antecedentes de cronicidad previa
  - o mayor número de episodios previos
  - o mayor gravedad del episodio inicial
  - o mala respuesta al tratamiento agudo
  - o comienzo tardío del primer episodio
  - o mayor edad
  - o pocas semanas o meses desde el último episodio
  - o presencia de estresores psicosociales crónicos
  - o presencia de distorsiones cognitivas no tratadas.
- Los casos en los que hay síntomas psicóticos, especialmente si son incongruentes con el estado de ánimo, se recuperan más lentamente.
  - Cada recaída → progresivo agravamiento del paciente.
  - La mayoría de las personas no busca ayuda durante su 1<sup>er</sup> episodio sino en episodios posteriores.

El fenómeno de kindling o sensibilización:

- Los episodios sucesivos parecen cada vez más autónomos o menos ligados a factores estresantes.
- Cantidades cada vez más pequeñas de estresores pueden provocar reapariciones de episodios depresivos en personas cognitivamente vulnerables.
- Explica por qué las depresiones a veces parecen volverse “autónomas”

#### 4.3.2. DISTIMIA (CURSO)

Los distímicos se recuperan peor que los depresivos:

La tasa de recuperación era del 40% en un año, mientras que la de los pacientes de depresión era 75%.

Los pacientes con depresión doble se recuperan antes del episodio depresivo que los pacientes que solo presentan episodios depresivos mayores, pero las recaídas son más rápidas.

¡¡Los cambios son más rápidos pero las mejorías más transitorias.

#### 4.3.3. T.D. NO ESPECIFICADO (CURSO)

No hay datos globales: demasiada heterogeneidad.

NOTA: Interesante definición de conceptos relacionados con el “curso” en tabla pág. 246: respuesta al tratamiento, remisión parcial, remisión total, recuperación, recaída, recurrencia y cronicidad.

### 4.4. **EPIDEMIOLOGIA**

La etiqueta de depresión es el trastorno más común en la práctica clínica psicopatológica.

#### 4.4.1. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

- Edad de inicio: 35 años.
- Estudios epidemiológicos en población general: La depresión es más frecuente de lo que se pensaba.
- En un estudio (ECA, EEUU) empleando la entrevista DIS:
  - o los T. anímicos son el trastorno más común, después del abuso de sustancias y los T. de ansiedad.
  - o Un 5% del conjunto de la población adulta, ha presentado o presentará, un episodio de D.M. en el transcurso de su vida.
  
- En el estudio ESEMED (europeo):
  - o prevalencia anual de depresión y distimia: 4,2%
  - o prevalencia vital: 14%
  - o el doble en mujeres que en hombres.

Esta diferencia pudiera ser indicio de la existencia de factores genéticos o, reflejar la existencia de tempranas diferencias educativas entre los niños y niñas:

  - las mujeres rumian más amplificando el estado de ánimo -
  - los hombres intentan distraerse y olvidarse de su tristeza.
  
- Aunque las tasas para la población general parecen bastante estables, es posible que, en algunos grupos estén en ascenso.

La depresión (también el abuso de sustancias y el suicidio) es un fenómeno creciente en los grupos más jóvenes, especialmente varones. → Las diferencias entre hombres y mujeres se van acortando por este aumento.

- En relación al nivel socioeconómico:

No tiene efecto relevante en las tasas de depresión clínica, pero las tasas se triplican en muestras de personas en paro laboral o que están cobrando el subsidio de desempleo.
- Es dos veces más frecuente en el medio urbano que en el rural.

- El riesgo no es igual para todos los grupos de edad:  
Riesgo mayor en los jóvenes adultos: 25 - 44 años. +44 años disminuye tanto en mujeres como en hombres.
- Otros factores de riesgo:  
Haber vivido acontecimientos estresantes graves y muy amenazantes; situaciones de pérdida familiar; historia de depresiones en los progenitores.
  - o De hecho los de comienzo temprano (20 años) suelen tener antecedentes familiares.
- La relación entre sucesos estresantes y depresión no es clara: aunque existe asociación, la dirección causal de esta relación es difícil de establecer.  
Parece improbable que el estrés por sí solo cause depresión, pero sí con otros factores (ideas negativas, falta de apoyo social y afectivo, pérdida de padres en la infancia, padres con historia previa de depresión).

#### 4.4.2. DISTIMIA (Epidemiología)

- Menos estudiada.
- ECA: Aproximadamente un 3% ha presentado alguna vez en su vida un episodio distímico.
- Ratio mujer a hombre es de 2:1
- Más frecuente en los grupos de mayor edad
- El nivel socioeconómico no afecta.
- Tanto en la distimia como en la depresión mayor: riesgo casi del doble en solteros, especialmente en el grupo de adultos (45 - 65).
- Casi el doble en el ámbito urbano (vs rural)
- Edad media de inicio: anteriores a los 35 años, incluso en la infancia o adolescencia.

#### 4.4.3. DEPRESIONES NO ESPECIFICADAS (Epidemiología)

Datos escasos y poco fiables. Posiblemente también 2:1.

*(Fin de la depresión. Pasamos a ver los T. Bipolares)*

### 5. TRASTORNOS BIPOLARES

- T bipolar I, episodio maníaco único.
- T bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco.
- T bipolar I, episodio más reciente maníaco.
- T bipolar I, episodio más reciente mixto.
- T bipolar I, episodio más reciente depresivo.
- T bipolar I, episodio más reciente no especificado.
- T bipolar II
- T ciclotímico
- T bipolar no especificado

#### 5.1. SINTOMAS DE LA MANÍA

En sus manifestaciones más leves (hipomanía) es en cierta medida, lo contrario de la depresión. Pero cuando empieza a ser problemática (manía) no es exactamente lo contrario de la depresión.

### Cuadro clínico:

Aunque hay casos de desbordada alegría, en la mayoría se mezclan estados de irascibilidad, a veces explosiva y furiosa. También momentos de abatimiento entremezclados con el episodio de manía.

Están imbuidos de una sensación de bienestar y omnipotencia (se formulan planes grandiosos), pero pronto su pensamiento se convierte en apresurado y atropellado: las ideas se arremolinan y el razonamiento se deteriora. La sexualidad y el n. de energía aumentan.

Cuando se enfrenta a las objeciones de los demás, se vuelve irritable, hostil, paranoide, agresivo (rara vez agresión) y, a veces, psicótico.

Las consecuencias pueden ser terribles: pérdidas amorosas, de trabajo, económicas.

¡¡ Característica fundamental: expansividad anímica y cognitiva.

En la manía aparecen síntomas opuestos a la depresión (euforia anímica, autoestima exagerada...), pero también comparten algunos síntomas característicos de los estados depresivos (problemas de sueño, trastornos del apetito o la ingesta...).

¡¡ No son las dos caras de la misma moneda.

### Síntomas y signos más frecuentes:

#### 1. Síntomas anímicos:

- Los estados de felicidad y bienestar normales, casi nunca están presentes en los episodios maniáticos.
- Están irascibles, suspicaces; a veces hostiles, destructivos, paranoides.
- Predomina un estado anímico elevado, eufórico, irritable, y, en definitiva, expansivo.
- Es uno de los pocos cuadros psicopatológicos egosintónicos (el paciente no sufre por los síntomas presentes: se siente muy bien). No entiende la preocupación de la familia.

#### 2. Síntomas motivacionales y conductuales:

- estado de energía aparentemente inagotable y desbordante para los demás.
- Hablan sin parar (logorrea), sensación de que sus pensamientos se agolpan sin tiempo para expresarlos (fuga de ideas), actividad hipersexual, imprudencias temerarias (ej. prodigalidad o inversiones riesgosas).
- El control de impulsos es muy pobre.
- Tienden a prestar poca atención a su aspecto físico (descuidado y poco aseado).

#### 3. Síntomas cognitivos:

- Extraordinaria aceleración:
- Habla rápida, entrecortada, salta de un tema a otro, le es difícil mantener la atención. A veces el habla puede llegar a ser incoherente.
- La autoestima está tan hipertrofiada que pueden aparecer fantasías o ideas delirantes (p.ej. de grandeza o de parentesco). Además poca capacidad para valorar las consecuencias de sus propios actos.

#### 4. Síntomas físicos:

Hiperactivación general: problemas de sueño, aumento del apetito y extraordinario incremento del umbral de la fatiga física.

#### 5. Síntomas interpersonales (no se les confiere valor diagnóstico pero son importantes para el manejo clínico):

- Las relaciones son muy difíciles: suelen ser entrometidos, polemistas y controladores. Muestran una gran *resistencia* a que se les contradiga. Pueden producirse agresiones cuando intentan limitar su conducta.
- Procaces verbal o sexualmente, ofensivos y poco conscientes de las normas sociales.
- Por su alta recurrencia: relaciones familiares (y otras) muy afectadas.
- En la manía se desborda energía y actividad mental, por lo que, especialmente en la hipomanía, es frecuente que las personas sean seductoras, tengan dotes para ilusionar y arrastrar a gente.
- El contacto clínico con estos pacientes produce una sensación de agrado y simpatía por su locuacidad y vitalidad, lo que podría indicarse como indicio de diagnóstico de manía o hipomanía.

Otras cuestiones:

- El DSM-IV no hace distinción para el caso de los niños (se aplican los mismos criterios que para el adulto). Por ello ha recibido críticas.
  - o Hay situaciones imposibles en el caso de los niños
  - o En los niños tiene un comienzo más abrupto y de duración menor.
  - o Para unos: la irritabilidad; para otros: la grandiosidad y la euforia.
  
- Aproximadamente 1 de cada 3 adultos bipolares ha tenido episodios maníacos en la infancia y adolescencia. Y la sintomatología era ≠  
Los niños son hiperactivos, ruidosos, presentan ideas atropelladas... pero mayor agresividad, mayor accidentabilidad, comen peor y tienen problemas de atención. → ¿hay continuidad?

## 5.2. CLASIFICACIÓN Y CUADRO CLÍNICO

La manía puede conceptualizarse como el extremo de un continuo con diferentes grados de exaltación.

De estados normales de felicidad y gozo, a las formas hipomaniacas y maníacas, que incluso pueden tener características psicóticas (alucinaciones, delirios o conductas aberrantes).

La piedra angular de la clasificación de estos trastornos es el concepto de “episodio maníaco” y “episodio hipomaniaco”. De su combinación, resultan 4 grandes tipos de T. Bipolares:

- T bipolar I.
- T bipolar II.
- T ciclotímico.
- T bipolar NE.

En el DSM-III y III-R se empleaba la distinción “requiere/no de hospitalización” para distinguir un episodio maníaco de uno hipomaniaco. El DSM-IV se esforzó por definir la hipomanía y distinguirla de la manía.

P.ej. en cuanto a la gravedad:

- Para los episodios maníacos, se siguen las siguientes pautas:
  1. Ligero: pocos síntomas más de los requeridos para el diagnóstico.
  2. Moderado: gran incremento en la actividad o juicio deteriorado.
  3. Grave no psicótico: requiere supervisión continua para evitar daños.
  4. Grave psicótico: delirios y alucinaciones (señalar si son congruentes o incongruentes).
  5. En remisión parcial: ahora solo permanecen algunos síntomas o signos.
  6. En remisión total: no síntomas en los últimos 6 meses.

### Episodio hipomaniaco según el DSM-IV

- A.** Período preciso y persistente con estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable a lo largo de 4 DÍAS.
- B.** TRES de los siguientes síntomas (o cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable)
  - (1). Excesiva autoestima o grandiosidad
  - (2). Disminución de la necesidad de dormir
  - (3). Locuacidad
  - (4). Sensación de pensamientos rápidos o vuelo de ideas
  - (5). Distraibilidad
  - (6). Actividad excesiva dirigida a metas (sexual, laboral...)
  - (7). Actividades de alto riesgo potencial (negocios absurdos...)
- C.** Cambio inequívoco, durante el episodio, del funcionamiento habitual de esa persona
- D.** Cambios anímicos y comportamentales apreciables por otros
- E.** El episodio no es tan grave como para crear problemas en el funcionamiento cotidiano o requerir hospitalización, y no

### 5.2.1. TRASTORNOS BIPOLARES I y II

#### Bipolares I:

Personas que presentan o han presentado alguna vez en su vida algún episodio maníaco.

- El T. Bipolar I, episodio maníaco único: describe a los sujetos que están presentando un primer episodio de manía, sin episodios depresivos mayores anteriores.
- El T. Bipolar I, *episodio más reciente...*: indica el caso de los sujetos que ya han tenido episodios afectivos con anterioridad y cuyo estado de ánimo actual (o más reciente) es: o maníaco, o hipomaniaco, o depresivo, o mixto o no especificado.

Son los *subtipos* del bipolar:

- hipomaniaco: antes o un episodio maníaco o un mixto.
- Maníaco: antes o un D.M. o un mixto o un maníaco.
- Mixto: antes o un D.M. o un maníaco o un mixto.
- Depresivo mayor: antes o un maníaco o un mixto.
- No especificado: antes o un maníaco o un mixto.

#### Bipolares II:

Personas que han padecido episodio/s depresivo/s mayores + un episodio hipomaniaco (al menos). Y nunca han padecido un episodio completo de manía.

- Son pacientes de menor gravedad y sin deterioro significativo en su funcionamiento.
- Solo el 10% evoluciona hacia TB I

Otros datos:

- Los pacientes bipolares presentan más episodios afectivos en su vida que los pacientes unipolares (y no es solo porque la edad de inicio sea más temprana).
  - Aunque los bipolares son más recurrentes, tienen una duración media menor (unos 4 meses cada uno).
- ¡¡ La duración del episodio maníaco o depresivo no depende de la gravedad de los síntomas.
- Riesgo vital del 1% en la población general.  
Se incrementa mucho si existe un familiar de primer grado con este trastorno.

### 5.2.2. CICLOTIMIA

Antes en los T. de Personalidad. El DSM-III la rescató de allí.

Presenta un patrón semejante a los trastornos bipolares, pero con una sintomatología menos grave, y más continuada a lo largo del tiempo.

Quizá no sea una entidad diferente al T.B., sino una forma menos grave de éste.

Normalmente un paciente ciclotímico presenta periodos breves (entre 2 y 6 días) con depresión y euforia alternantes. Normalmente existe un equilibrio entre síntomas depresivos (nunca un episodio D.M.) e hipomaniacos, aunque en algunos pacientes predominan más unos sobre otros (+ la depresión)

No hay datos sobre si existe mayor riesgo de sufrir un T.B, si antes se ha tenido ciclotimia, aunque ha sido una hipótesis muy defendida por la psiquiatría tradicional.

#### Trastorno ciclotómico según el DSM-IV

- A.** Numerosos períodos con síntomas hipomaniacos y numerosos períodos con estado deprimido o pérdida de placer (sin llegar nunca a satisfacer los criterios de Episodio mayor) durante al menos 2 AÑOS.
- B.** Durante esos dos años no ha habido un período de más de 2 meses libre de los síntomas de A.
- C.** Nunca se han cumplido criterios de Episodio depresivo mayor
- D.** En los 2 primeros años del trastorno no ha existido un episodio maníaco
- E.** Los síntomas de A no son explicables por un trastorno psicótico como Esquizofrenia o Trastorno delirante
- F.** No debido a medicamentos, drogas o a una condición médica general

### 5.3. CURSO

#### 5.3.1. TRASTORNOS BIPOLARES

- Tienen un curso más recurrente que los trastornos depresivos (8 o 9 episodios de manía o depresión a lo largo de su vida).
- Las recaídas afectan a todos los pacientes y los índices de cronicidad son muy altos (25%)

- Los tratamientos ayudan a estabilizar pero no garantizan la recuperación.
- La mayoría casi nunca está libre de síntomas entre episodios (+ más de tipo depresivo).
- 20% de pacientes no hospitalarios: cicladores rápidos (4 o más episodios en 12 meses).
- El riesgo de recaída: aumenta con la edad (probablemente debido a que los periodos asintomáticos son cada vez más cortos); también cuanto más larga es la historia previa de episodios, y mayor el número de episodios previos. El riesgo mayor se produce poco después de salir de un episodio.
- Cronicidad: entre un 15 - 53%.
- El curso y la rapidez de recuperación dependen del tipo de TB.
  - o Los episodios mixtos son los de recuperación más lenta
  - o La velocidad de recuperación a corto plazo es más rápida cuando el episodio es maniaco (Md=5 semanas), que cuando el episodio es depresivo (Md=9 semanas), y que cuando es mixto (Md=14 semanas).
  - o Normalmente el episodio aparece de forma *aguda*, en cuestión de días o semanas, y la duración de los episodios es muy variables (de días a meses). Sin embargo, la duración de los episodios depresivos suele ser mayor que la de los episodios maniacos.
- Puede darse a cualquier edad pero lo más frecuente es que se de entre los 20 y 25 años. En niños y adolescentes el comienzo es menos claro.

#### 5.3.2. CICLOTIMIA

- La edad normal de comienzo es en la adolescencia o al principio de la vida adulta.
- El curso es crónico.
- Uno de cada tres pacientes desarrolla en algún momento un trastorno mayor (depresivo o bipolar)

#### 5.4. EPIDEMIOLOGÍA.

- Prevalencia vital del TBI: entre 1% en la población general
- Prevalencia vital del TBI y TBII: se estima un 3,9%
- Prevalencia vital de la ciclotimia: un 4,2%
- Hay otros que extienden el “espectro bipolar” y encuentran una prevalencia de entre un 6-10%

Se requieren más estudios.

- Pocos estudios sobre incidencia.
- Hombres y mujeres en la misma proporción.  
Es posible que el número de mujeres se esté infravalorando pues en las mujeres el comienzo del 1er ciclo maniaco-depresivo suele aparecer con un episodio depresivo; y en los hombre, maniaco.
- No diferencias en sexo en la edad de inicio de los episodios depresivos.
- Edad de comienzo: alrededor de lo 20 -25 años; y un 25% antes de los 17años.  
Cuanto más precoz sea la edad de inicio del TB, más % tener un mal funcionamiento psicosocial y una ciclación rápida en la edad adulta (4 o más episodios/año).

¿Existen factores de riesgo?

- Un 30% de mujeres tuvieron su primer episodio maníaco o depresivo de su TB durante el embarazo o el postparto.
  
- El factor de riesgo más consistente: tener antecedentes familiares.  
Tasas de prevalencia del 30 % en hijos de afectados (más si lo tienen los dos padres)  
  
Otro dato: en TB aparecen en el 50% de los familiares de 1ª línea T. afectivos bipolares o unipolares. Mientras que en los familiares de unipolares es mayor el riesgo de unipolaridad, pero no de bipolaridad.
  
- Estudios hechos sobre factores estresantes, de personalidad... no muestran que sean factores de riesgo.
  
- Tendencia secular:  
Ahora se diagnostica más (hasta un 25% más) que hace 15 ó 20 años. Porque se incluyen casos antes diagnosticados como esquizofrenia, y también porque el riesgo está creciendo en las generaciones más jóvenes.
  
- No hay diferencias en función de nivel socioeconómico.
  
- Mayores tasas en solteros y divorciados que en casados. (Tb en lo T. depresivos)

**NOTA: no entra como materia de examen el epígrafe IV. E, F y G; el epígrafe V. E, F y G; y las tablas 9.9, 9.10 y 9.14.**