

Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), Manual de Psicopatología. Vol. 2. (pp. 299-340).. Madrid: MacGraw Hill. ISBN: 84-7986-000-6.

**TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO (I). CLÍNICA, DIAGNÓSTICO,  
CURSO, y EPIDEMIOLOGIA.**

**Carmelo Vázquez**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica  
Universidad Complutense de Madrid

**Jesús Sanz**

Department of Psychology  
Yale University

Dirección de Contacto:

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica  
Universidad Complutense de Madrid  
Campus de Somosaguas  
28223 MADRID  
Telf. 394-3131  
Fax. 394-3189  
**E-mail: psper01@sis.ucm.es**

## INDICE DEL CAPITULO

### **I. HISTORIA CONCEPTUAL**

- 1.1. De la «melancolía» a la «depresión»
- 1.2. De la «locura maníaco-depresiva» a la «bipolaridad»

### **II. CONCEPTOS GENERALES**

### **III. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS ANÍMICOS**

- 3.1. Dicotomías descriptivas
- 3.2. La clasificación del DSM-IV

### **IV. TRASTORNOS DEPRESIVOS**

- 4.1. SÍNTOMAS DEPRESIVOS
- 4.2. CLASIFICACIÓN y CUADRO CLÍNICO
  - El concepto de «episodio depresivo mayor»
  - Distimia
  - Trastorno depresivo No especificado
- 4.3. CURSO
- 4.4. EPIDEMIOLOGÍA
- 4.5. EVALUACIÓN de la DEPRESIÓN
  - Exploración de un Episodio Depresivo Mayor
- 4.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- 4.7. COMPLICACIONES

### **V. TRASTORNOS BIPOLARES**

- 5.1. SÍNTOMAS DE LA MANÍA
- 5.2. CLASIFICACIÓN y CUADRO CLÍNICO
  - Trastornos Bipolares I y II
  - Ciclotimia
- 5.3. CURSO
- 5.4. EPIDEMIOLOGÍA
- 5.5. EVALUACIÓN de la MANÍA
- 5.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- 5.7. COMPLICACIONES

### **VI. RESUMEN DE ASPECTOS FUNDAMENTALES**

### **VII. TÉRMINOS CLAVE**

### **VIII. LECTURAS RECOMENDADAS**

### **IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este capítulo ha sido posible en parte gracias al proyecto de investigación nº 219/92 del Plan Regional de Investigación de la Comunidad Autónoma de Madrid concedido al primer autor y a la beca postdoctoral Fulbright del Ministerio de Educación y Ciencia concedida al segundo autor. Asimismo agradecemos a Beatriz López sus comentarios sobre el capítulo.

---

## I. HISTORIA CONCEPTUAL

### 1.1. De la «melancolía» a la «depresión»

Los sentimientos de abatimiento o de depresión son viejos compañeros de la raza humana y seguramente, en sus formas menos graves, tienen una funciones filogenéticas adaptativas como, por ejemplo, recabar la atención y el cuidado de los demás (Gilbert, 1992), constituir un modo de comunicación de situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar “energía” para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación (Whybrow, Akiskal, y McKinney, 1984). Sin embargo, bien por su duración, por su frecuencia, por su intensidad, o por su aparente “autonomía”, estos sentimientos pueden interferir extraordinariamente con la capacidad adaptativa de la persona que los sufre. Pueden llegar a ser, en definitiva, patológicos.

La descripción de la tristeza está ya reflejada en el Antiguo Testamento (e.g., Libro de Job, hacia el S. XV a.C.). En otros textos bíblicos (hacia el S. VIII a.C.) también queda constancia de estos sentimientos cuando se narran los graves episodios de tristeza y melancolía de Saúl quien, aunque inicialmente respondía a la terapia musical de su hijo David, finalmente llega a un estado de enajenación e intenta dar muerte a su hijo. Así pues, la incapacitación y la locura es algo que desde siempre se asociaba a estados que posiblemente hoy podríamos llamar depresión.

Los intentos más remotos de comprender “científicamente” la depresión se deben a Hipócrates (siglo IV a. de C.). Hipócrates emplea el término genérico de «melancolía»<sup>1</sup> para dar cuenta de estos estados de abatimiento, inhibición y tristeza que, por cierto, su coetáneo Aristóteles, S. IV a.C. va a recoger en algunos escritos para relacionarlos con personas especialmente sensibles e inteligentes. Para Hipócrates, la melancolía se debe a desequilibrios en la secreción de bilis negra o bien a una mala combustión de esta sustancia dentro del organismo que daría lugar a restos tóxicos; de hecho el término proviene del griego melaina chole (bilis negra). Esta concepción humoral de los trastornos mentales se conservará prácticamente intacta en la medicina occidental hasta el S. XIX (Vázquez, 1990a). Aunque el término melancolía era la etiqueta diagnóstica más usada, la palabra «depresión» se

---

<sup>1</sup>En la actualidad parece claro que el concepto hipocrático de melancolía englobaba cuadros muy diversos e incluso lo que hoy clasificaríamos como esquizofrenias.

---

comienza a utilizar con frecuencia durante el S. XIX y ya a principios del S.XX se emplea como término diagnóstico con bastante asiduidad (Jackson, 1985).

El cambio conceptual fundamental lo proporciona el psiquiatra alemán Kraepelin a finales del siglo pasado. En la 6ª edición de su influyente manual de Psiquiatría (1896), diferenció la demencia precoz (llamada esquizofrenia poco después por Bleuler) de la enfermedad maníaco depresiva<sup>2</sup>. Estas dos enfermedades básicas se diferenciarían por su historia familiar, su curso, y su gravedad (Perris, 1985): los maníaco-depresivos tendrían una mayor historia de antecedentes de enfermedad, menor gravedad, y un curso menos crónico que el de las personas con esquizofrenia. Sin embargo, el término “maníaco-depresivo” de Kraepelin incluía cuadros que hoy denominaríamos depresión mayor, distimia, trastorno bipolar, o ciclotimia. En palabras del propio autor, se incluían «todos los casos de excesos en la afectividad». Era, por lo tanto, un concepto enormemente amplio y desde poco después de su publicación recibió críticas por parte de Adolf Meyer (uno de los pioneros de la psiquiatra americana) e incluso por compatriotas del propio Kraepelin como Karl Jaspers. Veremos que las clasificaciones actuales acotan mucho más el concepto de depresión y no se restringe a formas tan graves, amplias, e incapacitantes como a las que el concepto kraepeliniano de melancolía hacía referencia.

Para Kraepelin las causas de la enfermedad maníaco depresiva eran innatas e independientes de causas sociales o psicológicas. Una posición que muchos otros autores de aquella época, como el propio Meyer e incluso Freud (véase su obra Duelo y Melancolía,1917) no compartían. De hecho, como veremos más adelante, la clasificación y definición de los trastornos afectivos ha ocupado debates interminables en la psiquiatría durante más de 50 años que ahora parecen estar más amortiguados por el consenso clasificatorio que estamos viviendo desde hace pocos años.

### **1.2. De la «locura maníaco-depresiva» a la «Bipolaridad»**

Al proponer el término de locura maníaco-depresiva, Kraepelin recogía la tradición de autores de mediados del S. XIX como el alemán Kahlbaum<sup>3</sup>, y los franceses Fauret y Bailliard, quienes

---

<sup>2</sup>Kraepelin reservó el término de “melancolía” para referirse a las depresiones de la senectud.

<sup>3</sup>Por cierto, el también alemán Kahlbaum fue quien acuñó los términos de «distimia» para referirse a melancolías crónicas y de «ciclotimia» para referirse a un estado con cambios y oscilaciones en el estado de ánimo, que aún hoy conservan estos significados como veremos más adelante.

---

prácticamente al mismo tiempo describieron formas cíclicas o “circulares” de locura. Es decir, formas de enfermar en las que se alternarían estados de depresión y de manía (es decir, estados de gran euforia y excitación psicológicas).

El término “manía” tiene su origen en los escritos de Hipócrates; pero, a diferencia de su uso actual, el término no estaba relacionado con el estado de ánimo sino que se utilizaba para describir a pacientes con estados delirantes psicóticos que, a diferencia del denominado “delirio”, cursaban sin fiebre. Posiblemente este término englobaba muchos cuadros que hoy podríamos clasificar como “esquizofrenias”, pero es algo difícil de comparar. Fue Areteo de Capadocia (S. II d.C.) quien varios siglos después de Hipócrates describió casos de agitación maníaca e inhibición alternantes en una misma persona. Siguiendo la ortodoxia teórica hipocrática, Areteo atribuía esta condición a desequilibrios humorales.

Aunque van apareciendo ocasionalmente descripciones de estados de locura en los que se alternan estados de ánimo deprimidos y agitados o expansivos, es a mitad del S. XIX cuando, efectivamente, la observación durante años de pacientes internados en hospitales permite a los franceses Falret y Baillarger describir con más precisión pacientes que presentan síntomas depresivos y maníacos de forma circular (Jackson, 1986; Perris, 1985). Esta observación seguramente influyó decisivamente en la concepción de Kraepelin al acuñar el concepto algo impreciso de «locura maníaco-depresiva» bajo la que, como hemos visto, incluía también casos de depresión no circulares que hoy día diagnosticaríamos como «depresión mayor» o como «distimia».

El también psiquiatra alemán Karl Leonhard quien en 1957 fue el primero en separar los trastornos afectivos en “bipolar” (personas con trastornos maníaco-depresivos o circulares) y “monopolar” (personas con historia solo de depresión o solo de manía), superando así el vago concepto genérico de «maníaco-depresivo». Esta propuesta, aunque con algunas sutiles modificaciones, ha tenido una enorme aceptación y se ha impuesto finalmente en la concepción clasificatoria actual de los trastornos anímicos. Muy pocos años después de su propuesta, esta distinción quedaría validada por los estudios de Perris en Suecia y Angst en Suiza, o Winokur en EE.UU. (véase el excelente repaso histórico de Perris, 1985) con lo que el término de “bipolar” quedaría definitivamente incorporado a los

---

sistemas de clasificación para hacer referencia a todos los casos en los que curse o haya cursado un síndrome de manía o de hipomanía.

Desde los años 70, en EE.UU. se ha venido utilizando la distinción entre Bipolar I y Bipolar II (e.g., Depue y Monroe, 1978). Los primeros serían aquellos casos en los que ha existido algún episodio de manía, mientras que en los segundos habrían existido simplemente episodios de hipomanía (es decir, episodios menos graves que no llegan a interferir seriamente con la vida cotidiana del paciente). Aunque aún existen ciertos problemas sobre la validez de esta distinción (véase Andreasen, 1985; Keller, 1987), con el DSM-IV (1994) se reconoce por primera vez la utilidad de distinguir entre estas dos entidades al permitir clasificar con categoría propia los Bipolares II (Figura 2 y Tabla 4).

Ahora bien, como señala Cohen (1992), todavía hoy se desconoce la fisiopatología y la etiología del trastorno bipolar y posiblemente bajo este término se encubren varios trastornos diferentes que hoy día no somos capaces de identificar.

## II. CONCEPTOS GENERALES

El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes de los seres humanos. Autores como Perris (1987) o Klerman (1987) han sugerido que a la «era de la angustia» (los años 50) le ha sucedido la «era de la depresión» (los años 80). De hecho, 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.

Sin embargo, sentirse triste o deprimido no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión. Esta distinción es importante pues la depresión entendida como síntoma (es decir, sentirse triste) está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos (ej.: esquizofrenia, obsesiones, etc.) y en otras condiciones médicas (véase la Figura 1), sin que por ello constituya un síndrome depresivo, es decir, un conjunto covariante de síntomas relacionados (tristeza, insomnio, pérdida de peso, etc.). Por lo tanto, si empleásemos el estado de ánimo como único criterio para definir la depresión incurriríamos en un exceso de falsos diagnósticos positivos. Así pues, además del estado de ánimo depresivo hemos de emplear otros criterios simultáneos pues la depresión clínica ha de concebirse como un síndrome.

---

Insertar Figura 1: Disforia

---

En segundo lugar, no resulta fácil diferenciar la depresión clínica de los estados de ánimo depresivos más o menos transitorios y cotidianos. Los teóricos de la depresión no han llegado a un acuerdo respecto a las fronteras que delimitan una respuesta depresiva "normal" de una respuesta depresiva "patológica". Para algunos autores, los estados depresivos simplemente varían en una única dimensión, en un continuo de gravedad, de tal modo que los cuadros depresivos se diferenciarían sólo por la intensidad cuantitativa de los síntomas (Beck, 1976; Hirschfeld y Cross, 1982; Goldberg y Huxley, 1992); así, la depresión normal cotidiana que todos padecemos cuando experimentamos algún suceso negativo, sería básicamente similar, aunque de menor intensidad, a la depresión de una persona que busca ayuda profesional. Los defensores de esta posición se basan en análisis estadísticos (ej.: análisis discriminante) que muestran que las puntuaciones de los diferentes subtipos depresivos en diversas escalas en realidad muestran una distribución unimodal, lo que parece efectivamente sugerir la idea de un continuo (Kendell, 1976). Los defensores del continuo proponen que tanto las depresiones subclínicas como las clínicas comparten muchos factores sintomatológicos y etiológicos (ej.: factores estresantes); sin embargo, en la decisión de buscar ayuda de un profesional intervienen variables ajenas a la propia patología, como pueden ser el sexo o el nivel socioeconómico (Boyd y Weissman, 1981).

Para otros autores, por el contrario, la depresión normal difiere calitativamente de la depresión patológica y, a su vez, en ésta pueden diferenciarse subtipos entre sí (Akiskal, 1983; Andreasen, 1985). Por otro lado, a diferencia de los estados normales de tristeza, la depresión impregna todos los aspectos del funcionamiento de la persona y, en cierto modo, el estado de ánimo parece tener vida en sí mismo, autonomía, de modo que apenas reacciona ante sucesos externos y parece "independiente" de la voluntad de la persona que lo padece (Whybrow, Akiskal, y McKinney, 1984).

Como veremos más adelante, se han efectuado muchos intentos para hallar subgrupos de pacientes que pudieran diferir en la etiología, la respuesta al tratamiento, la constelación de síntomas que presentan, e incluso en sus características bioquímicas.

---

### III. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS ANÍMICOS

#### 3.1. Dicotomías descriptivas

¿Cuántas depresiones hay? Las respuestas a esta pregunta han generado una polémica sin fin en la Psicopatología y Psiquiatría de nuestro siglo (Perris, 1985; Andreasen, 1985; Jackson, 1986). Perris (1987), en un recuento un tanto irónico, ha contabilizado hasta 53 subtipos diferentes de depresión que a lo largo de la historia se han propuesto (ej.: "enmascarada", "existencial", "juvenil", "alcohólica", "endorreactiva", "melancólica", "postéxito", "menstrual", "endógena", "reactiva", "biológica", "psicológica", etc.). Pero prácticamente ninguna de estas etiquetas resiste un examen científico riguroso. A continuación analizaremos brevemente algunas de las dicotomías que han sido más empleadas a lo largo de las pasadas décadas para clasificar los trastornos afectivos (véase una revisión general en Vázquez, 1990; Vázquez y Sanz, 1991):

**1. Endógena-Reactiva.** Esta distinción, ya apuntada por Moebius en el S.XIX (Whybrow, Akiskal, y McKinney, 1984) creó mucha polémica en los años veinte y treinta de nuestro siglo. El debate se originó, en parte, por la contraposición de una visión freudiana con la kraepeliniana. Es decir, la discusión entre causas psicológicas frente a causas biológicas, respectivamente. Quizás también el tipo diferente de pacientes que veían psiquiatras como Kraepelin en hospitales era muy diferente (más graves, más crónicos, menos reactivos ante acontecimientos externos) que los pacientes típicamente menos graves de las consultas privadas psicoanalíticas (Goodwin y Guze, 1989).

Esta distinción parece aludir a una supuesta distinción entre depresiones biológicas (o endógenas) y depresiones psiosociales (o reactivas). Sin embargo, esta distinción etiológica no tiene ningún apoyo empírico sustancial; por ejemplo, muchos estudios han demostrado que las depresiones de aquellas personas que reciben el diagnóstico de "depresión endógenas" han padecido factores estresantes ambientales en la misma intensidad que aquellas otras a quienes se les diagnostica una "depresión reactiva" (Paykel, 1979; Benjaminsen, 1981). Esto nos conduce a la conclusión de que, como ya afirman Akiskal et al. (1978), la existencia o no de precipitantes psicosociales es irrelevante para distinguir subtipos de depresión o para efectuar cualquier clasificación de los trastornos afectivos.

Diversos estudios empleando técnicas multivariadas han demostrado que, en realidad, cuando los clínicos emplean esta distinción lo que hacen es sencillamente distinguir dos subtipos de depresión que

---

difieren entre sí por sus síntomas pero no por su etiología: las depresiones “endógenas” -en la actualidad llamadas melancólicas, como expondremos más adelante- serían aquellas con mayor sintomatología vegetativa (pérdida de peso, insomnio terminal, retardo psicomotor, etc.) y más síntomas graves como el suicidio, y más recurrentes.

Mientras que la denominada “depresión endógena” tiene una razonable validez si nos atenemos a este patrón específico de síntomas, existe un apoyo empírico escaso que justifique el término de “depresión reactiva”. Así pues, en la mayor parte de los trabajos de investigación se distingue entre “depresiones endógenas” y “depresiones no endógenas”, dejando así de lado el concepto de reactividad que fue tan empleado en las décadas de los 50 y los 60.

**2. Psicótica-Neurótica.** Esta distinción, que ha originado debates semejantes a los anteriores y que también se han prolongado hasta hace pocos años, ha sido muy popular en la tradición clínica europea, especialmente en la británica, pero en realidad es una distinción de escasa fiabilidad (Bayer y Spitzer, 1985; Vázquez, 1990a).

¿Qué significan en Psicopatología los conceptos de “neurótico” o “psicótico”? Nadie lo sabe a ciencia cierta pues se han dado multitud de significados a estos términos. El término “neurotico” es extraordinariamente ambiguo: algunos clínicos lo utilizan cuando quiere expresar que en el trastorno no hay delirios o alucinaciones, para otros significa que hay un trastorno de personalidad, e incluso para algunos otros que es de gravedad ligera o moderada, etc. (Whybrow et al., 1984; Vázquez y Sanz, 1991).

Esta es la razón por la que la diferencia diagnóstica entre cuadros psicóticos y neuróticos haya desaparecido de las clasificaciones más modernas y fiables (DSM-III, DSM-III-R, y DSM-IV). Por ejemplo, en el contexto de los trastornos afectivos, el término de “depresión psicótica” se ha utilizado indistintamente para designar depresiones endógenas, depresiones graves, o depresiones con síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones). Por otro lado, el término de “depresión neurótica” también ha sido empleado para denominar depresiones ligeras, depresiones secundarias a trastornos de personalidad, estados depresivos crónicos, etc. En realidad, como Kendell y Gourlay (1970) han demostrado matemáticamente, bajo la distinción «psicótica vs. neurótica» subyace simplemente una distribución unimodal basada en la gravedad sintomatológica. Debido a esta abrumadora imprecisión conceptual y

---

terminológica, se ha desaconsejado el uso de esta dicotomía clasificatoria (Akiskal et al., 1978; Klerman et al., 1979; Andreasen, 1985; Perris, 1985). No obstante, el DSM-III y sus sucesores conservan el término de “psicótico” pero con un significado afortunadamente inequívoco: permite emplearlo para calificar a aquellos trastornos afectivos en los que existen o bien delirios (normalmente ideas delirantes de culpa, de enfermedad, o de ruina económica) o bien alucinaciones (normalmente voces acusatorias o visiones de familiares fallecidos) acompañando al trastorno. Así pues, si se utiliza en este sentido estrictamente sintomatológico, el término psicótico puede emplearse con precisión.

**3. Unipolar-bipolar.** Esta distinción dicotomía clasificatoria de Leonhard, efectuada a finales de la década de los cincuenta, es la que más se emplea en la actualidad en los sistemas de clasificación oficiales y es la base clasificatoria que adoptaremos a lo largo de este capítulo.

La distinción es puramente descriptiva y sintomatológica y no asume ninguna hipótesis o supuestos implícitos sobre las causas de ambos trastornos. Como se puede apreciar en la Tabla 1, existen multitud de datos clínicos, epidemiológicos y de tratamiento que avalan la validez de esta distinción (Perris, 1985; Andreasen et al., 1988). El trastorno bipolar, o “maníaco-depresivo” en anteriores terminologías, se caracteriza por la aparición de episodios de manía (existan o no episodios depresivos). Por el contrario, los trastornos depresivos unipolares se caracterizan porque el sujeto tiene episodios de depresión sin que nunca haya padecido un episodio maníaco. Los trastornos unipolares son 10 veces más frecuentes que los bipolares (Clayton, 1986).

Lo más habitual es que en el transcurso de su vida un paciente bipolar presente episodios de depresión y de manía con una duración de varios meses cada uno de ellos (Tabla 1). Un paciente que manifieste un episodio de manía sin que nunca haya tenido un episodio depresivo, también se diagnostica como “bipolar” pues en estudios longitudinales se ha comprobado que estos pacientes “maníacos de episodio único” (DSM-IV, 1994), es muy probable que alguna vez desarrollen a lo largo de su vida episodios depresivos mostrando así su auténtica naturaleza bipolar (Andreasen, 1985).

Sintomatológicamente no hay diferencias resaltables entre el estado depresivo de un paciente bipolar y el de un unipolar. Ambos, cuando están deprimidos, tienen el mismo patrón de síntomas y con la misma intensidad. Sin embargo existen diferencias significativas en cuanto a su curso, genética, y respuesta al tratamiento (Perris, 1985; Weissman, 1991) -véase la Tabla 1.

---

Es muy importante advertir que ni la dicotomía “endógena-no endógena”, ni la de “psicótica-neurótica” son en modo alguno equivalentes o superponibles a la dicotomía bipolar-unipolar (véase Andreasen et al., 1988). De hecho, las depresiones bipolares no comparten apenas ninguno de los elementos sintomatológicos que definen la denominada “depresión endógena” y que hemos revisado con anterioridad.

---

INSERTAR TABLA 1: Unipolar/Bipolar

---

**4. Primaria-Secundaria.** Es una distinción del grupo de la Universidad de San Luis (Missouri)<sup>4</sup> que se planteó en los años 70 con fines de investigación. La clasificación de “primario” hace referencia a cuadros en los que el trastorno del estado de ánimo (depresivo o bipolar) existe aisladamente, sin la presencia actual o pasada de otro cuadro distinto al afectivo (alcoholismo, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, esquizofrenia, trastornos orgánico cerebrales, etc.). Por el contrario, los trastornos anímicos “secundarios” hacen referencia a “pacientes con un trastorno médico o psiquiátrico preexistente diferente a la depresión o la manía” (Goodwin y Guze, 1989). Como puede apreciarse, la distinción primario-secundario no alude a ningún vínculo causal entre diferentes trastornos sino simplemente a un orden de presentación. La idea es separar depresiones puras o “aisladas” de otras en las que, como señalan Hirschfeld y Goodwin (1989), haya cierta “contaminación” de otros cuadros médicos o psiquiátricos coexistentes.

Esta diferencia es importante tanto desde el punto de vista descriptivo como, sobre todo, para la predicción del curso y el manejo clínico. En general, se asume que las personas con trastornos primarios o “puros” están bien entre cada episodio pues no hay ningún otro trastorno que complique la situación pero, por el contrario, tienen mayor riesgo de suicidio que los secundarios (con la excepción de los casos de alcoholismo). Las terapias indicadas para los casos primarios son generalmente más directas, mientras que las indicadas para los casos secundarios requiere la intervención prácticamente simultánea tanto del problema afectivo como de los otros trastornos del

---

<sup>4</sup>El Departamento de Psiquiatría de esta Universidad ha tenido una gran importancia pues son los creadores originarios del movimiento diagnóstico que, comenzando por los denominados «criterios de Feighner», desembocó en el nacimiento del DSM-III (1980) -Vázquez, 1990a.

---

paciente (Rush, 1986; Goodwin y Guze, 1989) y esto hace que normalmente sean de manejo clínico más complicado.

### 3.2. La clasificación del DSM-IV

El sistema de clasificación más depurado y claro es el creado por la Asociación Psiquiátrica Americana desde la publicación del DSM-III (1980). Frente a sistemas como el CIE-10, presenta la ventaja de ser más preciso en sus criterios operativos, y con menos recovecos innecesarios que sin duda obedecen a compromisos extracientíficos (véase Vázquez, 1990a). En lo sucesivo utilizaremos el modo de clasificación propuesto por el DSM-IV (1994) y comentaremos algunas de sus innovaciones más relevantes.

La clave para comprender el sistema diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo es el concepto de episodio. El episodio constituye la piedra nuclear sobre la que se edifica todo el arbol nosológico de los trastornos afectivos. El DSM-IV distingue tres tipos de episodios: Depresivo mayor, Maníaco, e Hipomaníaco (véanse las Tablas 2, 10, y 11). La combinación de uno u otro modo de estos episodios, o cumplir plenamente o no los criterios diagnósticos de los mismos, es lo que va a configurar la definición de los diversos tipos de trastornos específicos del estado de ánimo. Por ejemplo, la distinción primera y fundamental entre “Trastornos depresivos” y “Trastornos bipolares” obedece exclusivamente a la presencia o no de episodios maníacos: los trastornos depresivos son aquellos trastornos en los que nunca ha habido episodios maníacos o hipomaníacos en la vida del sujeto, mientras que los trastornos bipolares son aquellos trastornos anímicos en los que el sujeto -haya padecido o no depresiones en su vida- ha manifestado alguna vez episodios maníacos o hipomaníacos<sup>5</sup>.

Respecto al DSM-III y DSM-III-R, el DSM-IV, como se puede apreciar en la Figura 2, ha introducido algunos cuadros que no aparecían anteriormente (e.g., Bipolar II, Bipolar I hipomaníaco,...), pero conserva todos los que aparecían en aquellas clasificaciones anteriores. Aparte de esta observación general, quizás lo más llamativo sean las siguientes novedades:

---

<sup>5</sup>El término “bipolar” puede llevar a engaño. Bipolar no significa que una persona tenga un estado de ánimo cambiante, alternante, o bifásico (como proponía Leonhard con su clasificación de 1957) sino simplemente, en su significado actual, que una persona ha tenido algún episodio de manía o hipomanía.

1) A diferencia del DSM-III y DSM-III-R y con un criterio que nos parece acertado, bajo la sección de los Trastornos del Estado de Animo se han incorporado los trastornos en los que la sintomatología anímica (sea deprimida o maníaca) es causada por una condición médica general (lo que antes se denominaba “trastornos orgánicos”) y cuadros en los que esa sintomatología anímica está causada por ingesta de alcohol o sustancias. Estos trastornos estaban antes dispersos en diversas secciones del DSM-III-R (APA, 1987). De este modo la clasificación se simplifica y racionaliza.

2) Se incorpora la distinción entre Bipolar I y Bipolar II. El Bipolar II se define como una persona que habiendo tenido episodios depresivos, nunca ha llegado a tener episodios maníacos, pero sí hipomaníacos. Quizá lo más interesante de esta categoría es que la definición de “hipomanía” del DSM-IV es mucho más precisa y clara de lo que había sido hasta ahora.

2) Los casos en los que haya sólo un episodio de manía, sin que nunca haya habido episodios de depresión anteriormente, pasan a constituir un nuevo grupo diagnóstico diferenciable (“Trastorno Bipolar I, Episodio maníaco único”).

---

FIGURA 2: DSM-IV vs. DSM-III-R

---

A continuación efectuaremos un repaso general a las bases psicopatológicas de los dos grandes trastornos del estado de ánimo: los Trastornos depresivos y los Trastornos Bipolares. Hemos dividido el capítulo en dos secciones consecutivas en las que revisaremos sus síntomas y signos, curso y epidemiología, evaluación, diagnóstico, diagnóstico diferencial y, finalmente, las complicaciones que cada cuadro conlleva para cada uno de estos dos grandes grupos de trastornos.

## IV. TRASTORNOS DEPRESIVOS

### **4.1. SÍNTOMAS DEPRESIVOS**

El cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal. En algunos casos se trata de formas episódicas y en otros se trata de un estado de síntomas permanente de modo casi continuo. También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata de estados más bien leves y en otros existen deseos o intentos de suicidio. Pero, en general, cualquier persona deprimida es muy probable que presente un conjunto de

---

signos y síntomas (o síndrome depresivo) que se pueden reducir a cinco grandes núcleos (Vázquez, 1990c):

**a) Síntomas anímicos.** La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Además de estar presente en prácticamente todos los deprimidos, es la queja principal en aproximadamente la mitad de tales pacientes (Klerman, 1987). Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre, o infelicidad, son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío, o nerviosismo. Incluso en casos de depresiones graves el paciente puede llegar a negar sentimientos de tristeza, alegando con aparente inmutabilidad que ahora es "incapaz de tener ningún sentimiento"; en estos casos graves es normal que los pacientes digan que ya les es prácticamente imposible llorar (Whybrow et al., 1984).

**b) Síntomas motivacionales y conductuales.** Uno de los aspectos subjetivos más dolorosos para las personas deprimidas es el estado general de inhibición en que se hallan. En efecto, la apatía, la indiferencia, y, en definitiva, la anhedonia o disminución en la capacidad de disfrute, es junto con el estado de ánimo deprimido, el síntoma principal de un estado depresivo. Levantarse de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles y, en muchos casos, se abandonan los estudios, el trabajo, etc. Tomar decisiones cotidianas (e.g.: decidir la ropa para vestirse) puede convertirse también en una tarea casi insalvable.

En su forma más grave este tipo de inhibición conductual puede llegar al "retardo psicomotor", un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto, y una inhibición motivacional casi absoluta. En casos extremos este retardo puede llegar al "estupor depresivo", un estado caracterizado por un mutismo y parálisis motora casi totales, y muy similar al estupor catatónico (Klerman, 1987).

**c) Síntomas cognitivos.** El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. La memoria, la atención, y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente (Hartlage, Alloy, Vázquez, y Dyckman, 1993) incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas. Pero, aparte de estos déficits formales, el contenido de las cogniciones de una persona depresiva está

---

también alterado. En efecto, la valoración que hace una persona deprimida de sí mismo, de su entorno, y de su futuro suele ser negativa. La autodepreciación, la autoculpación, y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, contenidos claves en las cogniciones de estas personas.

Los modelos cognitivos de la depresión plantean, como veremos en el capítulo posterior, que estas cogniciones negativas pudieran tener un papel causal, más que sintomatológico, en el desarrollo del trastorno. Es decir, las cogniciones serían un elemento etiológico de la depresión más que un síntoma de la misma.

**d) Síntomas físicos.** La aparición de cambios físicos es habitual y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda de un profesional. Un síntoma típico, que afecta a un 70%-80% de los pacientes depresivos, son los problemas de sueño. Normalmente se trata de insomnio (problemas para quedarse dormido, despertares frecuentes a lo largo de la noche, o despertar precoz) si bien en un pequeño porcentaje de pacientes puede darse hipersomnía. Otros síntomas físicos comunes son la fatiga, la pérdida de apetito, y una disminución de la actividad y el deseo sexuales que, en los hombres, puede incluso acompañarse con dificultades en la erección.

Asimismo, los deprimidos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.). De hecho, es el médico internista o de medicina general, y no el profesional de la salud mental, el que trata en primera instancia a estos pacientes en la mayoría de los casos.

Aunque cerca de un 5% de la población sufre al menos un episodio de depresión grave durante su vida, relativamente pocas personas (aproximadamente sólo una de cada cinco) busca ayuda para solucionarlo. Una de las razones que se ha esgrimido para explicar esta diferencia es que el patrón de síntomas de la gente que acude a un profesional es algo diferente al de los que deciden no hacerlo, aunque su gravedad no sea diferente. Mientras que el estado de ánimo en ambos grupos es semejante, los primeros presentan una sintomatología vegetativa y somática (pérdida de sueño, apetito, cansancio, etc.) mayor que los segundos. Así pues, los síntomas físicos a veces se consideran como una importante línea divisoria entre la depresión normal y la depresión clínica (Depue y Monroe, 1978; Coyne, 1986) o,

---

si se desea precisar aún más, entre aquellos que buscan ayuda médica o psicológica y aquellos que no lo hacen (Goldberg y Husxley, 1992).

e) **Síntomas interpersonales.** Un área descuidada de la investigación sintomatológica en la depresión es el de los aspectos interpersonales. Una de las principales características de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. De hecho un 70% dice haber disminuido su interés por la gente (Beck, 1976). Estos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reacciona aislándoles aún más (Klerman y Weissman, 1986). Este área puede ser foco de interés en el futuro puesto que un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado ser un posible buen predictor de un peor curso de la depresión (Barnett y Gotlib, 1988).

#### 4.2. CLASIFICACIÓN y CUADRO CLÍNICO

##### El concepto de «episodio depresivo mayor».

El concepto clave de los Trastornos depresivos es el de «Episodio depresivo mayor». Se define por la presencia simultánea de una serie de síntomas importantes durante un periodo prácticamente continuado de 2 semanas (Tabla 2). Además se requiere que al menos uno de esos síntomas sea necesariamente o bien un estado de ánimo triste, deprimido, o bien una pérdida de placer (anhedonia) con las cosas con las que uno solía disfrutar. Pero, como puede apreciarse en la tabla, no bastan sólo la presencia de síntomas sino que se requiere además que estos síntomas conlleven una marcada interferencia con la vida cotidiana.

Junto a estos elementos de inclusión, el diagnóstico de episodio depresivo mayor requiere cumplir dos criterios adicionales de exclusión: 1) que los síntomas no sean causados por una enfermedad o ingesta de sustancias, y 2) que los síntomas no se deban a una reacción de duelo normal por la muerte de un ser querido.

---

Insertar Tabla 2: EPISODIO MAYOR

---

---

Los episodios depresivos difieren naturalmente en gravedad. Esta se puede valorar empleando instrumentos o escalas apropiadas pero también se puede valorar clínicamente de un modo global. A este respecto, el DSM-IV plantea los siguientes niveles de gravedad:

1) **Ligero.** Para cuadros en los que existan pocos síntomas más que los mínimos requeridos para el diagnóstico y el deterioro laboral o social existe pero es pequeño.

2) **Moderado.** Deterioro sociolaboral moderado.

3) **Grave no psicótico.** Presencia de bastantes síntomas más de los mínimos requeridos y además existencia de un deterioro marcado ocupacional, social, o interpersonal.

4) **Con características psicóticas.** Episodios en los que existen delirios o alucinaciones. En este caso, conviene señalar, si es posible, si estos síntomas son congruentes con el estado de ánimo (e.g., delirios de pobreza o enfermedad, o voces inculporias) o incongruentes (e.g., delirios de persecución, inserción de pensamiento, etc.). (Se supone que el tipo de síntomas psicóticos existente puede afectar el curso general del trastorno).

5) **En remisión parcial.** Estado intermedio entre “ligero” y “remisión total”.

6) **En remisión total:** No ha habido signos o síntomas significativos en los pasados 6 meses.

Quizás lo más interesante de esta valoración es que el término “psicótico” se reserva únicamente a un aspecto sintomatológico: la presencia de delirios y/o alucinaciones, dejando de lado otros posibles significados que pueden inducir a confusión. Además, otro aspecto resaltable es que la gravedad viene determinada más por el ajuste psicosocial del sujeto que por la intensidad intrínseca de los síntomas.

Un último aspecto que tiene una gran importancia clínica y también histórica es el de las depresiones melancólicas. El DSM-IV propone que un episodio depresivo puede tener características de «melancolía» cuando concurren una serie de síntomas (e.g., pérdida muy marcada de placer, falta de reactividad emocional, inhibición psicomotora, despertamiento precoz, anorexia o pérdida de peso, estado de ánimo peor por la mañana, etc.) -véase la Tabla 3. No obstante, aunque persiste este subtipo de clasificación en todos los sistemas diagnósticos, hay dudas razonables de la validez de esta categoría. Por ejemplo, los estudios familiares demuestran que no hay diferencias entre depresiones melancólicas y no melancólicas respecto al riesgo de los familiares de manifestar trastornos afectivos

---

(Weissman, 1991). En general, el patrón de melancolía no implica mayor gravedad ni una causa diferente sino un mayor componente de síntomas vegetativos y anhedonia<sup>6</sup>.

---

TABLA 3: Melancolía

---

Hasta aquí el concepto de “episodio”, y en particular de “episodio depresivo mayor”. Pero esto es sólo la pieza clave del puzzle. Como puede apreciarse en la Figura 2 o en la Tabla 4, un “episodio” no es una categoría diagnóstica. Las etiquetas o categorías diagnósticas básicas son la de «Trastorno Depresivo Mayor», «Distimia», y el denominado «Trastorno depresivo no especificado en otro lugar».

---

INSERTAR TABLA 4: DSM-IV

---

### **Trastorno Depresivo Mayor**

Este término aparece por primera vez en un sistema de clasificación oficial con el DSM-III (1980), y ha tenido amplia aceptación. Esta categoría viene a cubrir aproximadamente lo que antes se definía de un modo impreciso con términos como “depresión neurótica grave”, depresión involutiva, o incluso depresión psicótica (Hirschfeld y Goodwin, 1989).

El término de Trastorno Depresivo Mayor es el que se emplea para describir a una persona que presenta un Episodio depresivo mayor y, además, cumple una serie de condiciones adicionales:

a) nunca ha tenido un episodio de manía o de hipomanía (en cuyo caso estaríamos frente a un caso de «Trastorno Bipolar») y

b) no se trata de un caso de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, u otro trastorno psicótico, es decir, no se trata de un problema “jerárquicamente” superior a los trastornos del estado de ánimo. (Más adelante examinaremos los problemas diagnósticos que conllevan estas categorías limítrofes).

---

<sup>6</sup>El DSM-IV (1994) propone que cualquier episodio depresivo, se dé un Trastorno depresivo mayor o e un Trastorno bipolar, puede ser calificado adicionalmente con el adjetivo de “Melancólico” pero también con el de “Atípico”, o con el de “Catatónico” si se cumplen una serie de criterios (véase el glosario al final del capítulo).

---

Sólo se pueden diagnosticar dos tipos de Trastorno Depresivo Mayor: de Episodio único (para aquellos casos en los que el episodio actual sea el primero que han tenido en su vida) y Recurrente (para aquellos otros casos en los que ha habido por los menos algún otro episodio depresivo mayor en su vida).

### **Distimia**

El DSM-III (APA, 1980) empleó el viejo término de trastorno distímico para definir un tipo de depresiones cuya definición nunca había estado bien resuelta. Se trata de estados depresivos muy prolongados, prácticamente crónicos que, sin llegar a cumplir los criterios exigentes del «Episodio depresivo mayor», se caracterizan por la presencia de bastantes síntomas depresivos (véase la Tabla 5). El término vendría a sustituir a otros de una tradición tan larga como imprecisa: la “neurosis depresiva” y la “personalidad depresiva”. De hecho, este tipo de depresiones se incluía tradicionalmente en el apartado de los Trastornos de Personalidad, pero a partir del DSM-III, en un loable intento racionalizador, se incluye dentro del apartado de los Trastornos afectivos. La razón de esta nueva ubicación es la idea de que la distimia es más un trastorno afectivo de naturaleza subsindrómica que un trastorno de personalidad. Un hecho que parece avalar esto es la frecuente existencia, probablemente en uno de cada cuatro pacientes con un Trastorno de Depresión Mayor de moderada a grave (cf. Hirshfeld y Goodwin, 1989), de cuadros en los que hay periodos en los que la distimia se agrava y el paciente llega a satisfacer los criterios de episodio depresivo mayor. En estos casos se emplea el término de «depresión doble»; aunque este tipo de depresiones no se ha incluido en ningún sistema diagnóstico oficial, es un subtipo que comienza a suscitar mucha investigación clínica y terapéutica, especialmente a la vista de que su pronóstico es bastante sombrío como veremos más adelante.

La diferencia fundamental con los trastornos depresivos mayores, es que los distímicos muestran una sintomatología de tipo semejante pero menos grave, más sostenida en el tiempo, y rara vez requieren hospitalización aunque es cierto que muchos son tratados por médicos generales (Klerman, 1987). Como ha observado Snaith (1991), un interesante cambio introducido desde el DSM-III-R es que se han suprimido de la lista de síntomas diagnósticos aquellos que se cree que suelen indicar más gravedad (retardo o agitación psicomotores, o ideas de suicidio). En concreto, 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<sup>7</sup>. Además de este síntoma necesario se requiere la presencia de al menos otros 3 síntomas que coexistan con esa tristeza (pesimismo, aislamiento social, fatiga continua,...). Para poder efectuar el diagnóstico se precisa que estos síntomas hayan estado casi continuamente presentes; en concreto, que el paciente no haya estado libre de síntomas durante más de 2 meses en ese periodo (véase la Tabla 5).

---

Insertar Tabla 5: DISTIMIA

---

Un aspecto importante en el diagnóstico de la distimia consiste en efectuar una adecuada exclusión de otras posibilidades diagnósticas. En primer lugar, una distimia no es un estado de depresión subsindrómica tras experimentar un trastorno depresivo mayor. Por ejemplo, si la primera experiencia de trastorno afectivo de un paciente fue un trastorno depresivo mayor hace tres o cuatro años y aunque mejoró mucho nunca se ha recuperado del todo, no nos encontramos frente a un caso de distimia -aunque cumpla los criterios sintomáticos de distimia (criterios A, B, y C)- sino un caso de trastorno depresivo mayor con remisión parcial. Otro aspecto a tener en cuenta es que, al tratarse de un trastorno depresivo, el paciente nunca ha debido tener en su vida un episodio de manía o hipomanía. Finalmente, se requiere que este cuadro no sea debido a trastornos psicóticos, ni al uso de medicamentos, drogas, o condiciones médicas.

En cuanto al inicio, el DSM-III-R y el DSM-IV distinguen dos tipos: distimia de comienzo temprano y distimia de comienzo tardío, según haya empezado el cuadro antes o después de los 21 años respectivamente. La idea de esta distinción es que, aunque no tenemos aún muchos datos, el grupo de inicio temprano posiblemente identifica un grupo más homogéneo que el tardío (Keller y Wunder, 1992).

No existen muchos datos sobre el curso y tratamiento de la distimia. Por otro lado, algunos autores sugieren que posiblemente se está infravalorando el papel que determinados factores

---

<sup>7</sup>En el caso de los niños y adolescentes, tanto en la distimia como en la ciclotimia se admite que la duración sea de sólo 1 año y además se plantea que el estado de ánimo que prevalezca sea más la irritabilidad que la tristeza.

---

biológicos (ej.: enfermedades, ingesta continuada de fármacos) pueden tener en el mantenimiento crónico de esta sintomatología depresiva (Belsher y Costello, 1988).

### **Trastorno depresivo No especificado**

La categoría de “Trastorno depresivo no especificado en otro lugar” es un “cajón de sastre” que permite dar nombre a aquellos trastornos depresivos que el clínico juzga que no se adecúan bien ni al concepto de trastorno depresivo mayor ni al de distimia. Aunque es una categoría muy imprecisa, el DSM-IV (APA, 1994) intenta aclarar algo mejor que sus antecesores su composición al incluir explícitamente diversos ejemplos de depresiones que podrían ser clasificadas en este apartado. Citaremos algunos de tales ejemplos que nos parecen interesantes:

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: Con este ejemplo de depresión, el DSM-IV es sensible a un frecuente curso de las esquizofrenias: la aparición de un episodio depresivo mayor durante la fase residual de los episodios esquizofrénicos.

c) Depresión menor: Trastorno en el que se cumplen las 2 semanas requeridas de síntomas para el episodio depresivo mayor pero, sin embargo, se dan menos de los 5 síntomas requeridos para este diagnóstico (Tabla 2).

d) Trastorno depresivo breve recurrente: Un trastorno caracterizado por la presencia de cortos episodios depresivos -con una duración de entre 2 días y 2 semanas- produciéndose al menos una vez al mes durante 12 meses.

Como puede apreciarse, la categoría dedicada a las depresiones no especificadas engloba cuadros muy diversos. Por esta razón, apenas tiene sentido ofrecer datos epidemiológicos, de curso clínico, o de cualquier otro parámetro, puesto que comprende entidades muy heterogéneas. No obstante, su existencia en un sistema de clasificación supone reconocer la variedad de formas (algunas de difícil agrupación) de los trastornos depresivos.

## **4.3. CURSO**

### **Depresión mayor**

---

El curso de la depresión mayor es muy variable<sup>8</sup>. Aunque la mayor parte de las personas que sufren un episodio depresivo acaban recuperándose en 1 o 2 años (Hirschfeld y Goodwin, 1989), aproximadamente un 15% de los casos va a tener un curso crónico (2 años o más deprimido). En concreto, el 18% de los pacientes con depresión permanecían deprimidos tras 2 años de seguimiento, y el 10% estaban aún deprimidos al cabo de 5 años.

Los datos existentes sobre el riesgo de recaída (véase la Tabla 6) parecen indicar que los que tienden a la cronificación son aquellas personas que han tardado mucho (normalmente varios años) en buscar tratamiento; asimismo, una edad avanzada al inicio del episodio y un nivel socioeconómico bajo son también predictores de un mal pronóstico (Thase, 1990; Keller y Wunder, 1992). Estos casos son de difícil manejo clínico. Un aspecto interesante es que la duración de los ciclos depresión-no depresión se va acortando cuantos más episodios tiene el paciente y cuanta más tardía es la edad de aparición del primer episodio (Greden, 1992)<sup>9</sup>.

Las cifras sobre recaídas son algo peores de lo que se pensaba hace algunos años. Estudios recientes indican que entre un 50 y un 85% de las personas que buscan tratamiento en clínicas universitarias presentarán al menos otro episodio depresivo en el curso de su vida (Vázquez y Sanz, 1991). De hecho, en el primer año, la tasa de recaídas es de un 30% (véase la Tabla 1). Esto significa que la depresión mayor es un trastorno con una fuerte tendencia a la recurrencia aunque, naturalmente, existan terapias -como, por ejemplo, las terapias cognitivo-conductuales- que pueden mejorar estos índices.

---

INSERTAR TABLA 6: Riesgos

---

El mayor riesgo de recaídas está en los primeros meses después de recuperarse de un episodio depresivo. El primer año constituye un periodo de alto riesgo pero a medida que transcurre el tiempo sin que haya una recaída la probabilidad de aparición de otro episodio es cada vez menor. La

---

<sup>8</sup>El DSM-IV (1994) propone que a los Trastornos del estado de ánimo se le pueden adjuntar unos adjetivos diagnósticos que hacen referencia al curso, siempre que se cumplan una serie de criterios. Estos calificativos son tres: Ciclador rápido, Trastorno anímico post-parto, y Trastorno estacional (véase el glosario al final de este capítulo).

<sup>9</sup>Aunque autores como Angst (1992) señalan justamente lo contrario.

---

existencia de varios episodios previos de depresión en el curso de la vida hace que la probabilidad de recaída sea también mayor (a veces se afirma, con cierta ironía pero reflejando la realidad, que el mejor predictor de depresión es haber estado deprimido antes). Otro importante predictor de recaídas es el tipo de depresión: las depresiones secundarias (ligadas a cuadros físicos o mentales) tienen un peor pronóstico que las primarias.

Estudios también recientes han observado que la duración media de un episodio depresivo mayor es de unos 4-5 meses en pacientes bajo un buen control de medicación en clínicas universitarias. Pero con los tratamientos médicos o psiquiátricos estándar la duración del episodio se aproxima a un año (Hirschfeld y Goodwin, 1989)

Por último, los casos en los que hay síntomas psicóticos, especialmente si son incongruentes con el estado de ánimo, se recuperan más lentamente que los deprimidos sin síntomas psicóticos aunque a largo plazo sus tasas de recuperación son prácticamente iguales (Hirschfeld y Goodwin, 1989).

### Distimia

Por definición, la distimia se diagnostica como un cuadro caracterizado por la persistencia prolongada de síntomas depresivos que, en ocasiones, en periodos de exacerbación de síntomas, puede llevar a la manifestación de un episodio depresivo. Los datos de recuperación de la distimia son, en consecuencia, peores que los de la depresión. Por ejemplo, en un estudio de Gonzales, Lewinsohn y Clarke (1985) los distímicos tenían una tasa de recuperación en torno al 40% al cabo de un año, mientras que la de los pacientes con depresión mayor era casi del doble -un 75%- en ese mismo periodo.

Por otro lado, aunque los pacientes con depresión doble se recuperan antes del episodio depresivo que los pacientes que sólo presentan episodios depresivos mayores, las recaídas son más rápidas que en estos últimos, lo que indica que en las depresiones dobles los cambios son más rápidos pero las mejorías más transitorias (Keller y Wunder, 1992).

### Trastornos depresivos No especificados

No puede hacerse un juicio global de dado que constituyen un grupo demasiado heterogéneo.

---

#### 4.4. EPIDEMIOLOGÍA

En los registros de admisión, los trastornos anímicos son el trastorno más frecuente en los hospitales privados y en muchos públicos. Aunque trastornos como el alcoholismo y abuso de drogas, o la ansiedad, puedan a veces estar algo más extendidos en la población, la etiqueta de “depresión” es el diagnóstico más común en la práctica clínica psicopatológica (Goodwin y Guze, 1989). Asimismo, los síntomas depresivos son extraordinariamente frecuentes en las consultas de atención primaria y suponen un gasto social y económico extraordinario (Goldberg y Huxley, 1992). Además, como veremos más adelante, en muchos cuadros clínicos de diversa índole (e.g., agorafobia) se observan muy frecuentemente estados depresivos que pueden ser incluso la razón que finalmente impulsa al paciente a buscar ayuda.

##### Trastorno depresivo mayor

Estudios recientes epidemiológicos efectuados en la población general han puesto de manifiesto que la depresión es más frecuente de lo que se pensaba. El conocido estudio ECA efectuado en los EE.UU. a principios de la década de los 80, en el que se entrevistó a más de 18.000 personas “casa por casa” puso de manifiesto que, con criterios DSM-III y empleando una entrevista tan altamente estructurada como la DIS en la que un ordenador da los diagnósticos, los trastornos anímicos son el trastorno más común después del abuso de sustancias y los trastornos de ansiedad (Vázquez, 1990a).

---

Insertar TABLA 7: Epidemiología

---

Según el estudio ECA (véase la Tabla 7), aproximadamente un 5% del conjunto de la población adulta ha presentado o presentará un episodio de depresión mayor en el transcurso de su vida (prevalencia vital)<sup>10</sup>. Estos datos son bastante semejantes a los que se dan en otros países del entorno occidental y posiblemente no difieran mucho de los que podrían darse en nuestro país.

---

<sup>10</sup>Estas cifras obtenidas con el DIS o instrumentos semejantes (véanse las Tablas 1 y 7), son notablemente menores que las estimadas cuando se han empleado entrevistas como el SADS, en cuyo caso se han encontrado cifras en torno al 15% y que hemos recogido en trabajos anteriores (Vázquez y Sanz, 1991).

---

Desgraciadamente, aunque existe alguna interesante aproximación (e.g., Vázquez-Barquero et al., 1987) en España no se ha realizado ningún estudio epidemiológico con una dimensión nacional y una metodología comparables a los indicados en la Tabla 7.

Las cifras de prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor son prácticamente el doble en las mujeres que en los hombres (véase la Tabla 1) en la mayor parte de los estudios realizados, incluso en culturas muy diversas (ver Smith y Weissman, 1991). Estas cifras no son resultado de ningún artefacto estadístico ni se deben a que las mujeres pudieran quejarse más o que busquen más ayuda que los hombres, dado que estos tópicos no son reales (Amenson y Lewisohn, 1981). En cualquier caso, esta diferencia sexual pudiera ser un indicio de la existencia de factores genéticos contribuyentes a la manifestación fenotípica de esta alteración (Andreasen et al., 1988), o bien reflejar la existencia de tempranas diferencias educativas entre los niños y las niñas (véase la amplia revisión de Nolen-Hoeksema, 1987); por ejemplo, ante un suceso estresante, las mujeres tienden más a "rumiar" y hacer preguntas sobre la causa de su estado, amplificando así su estado de ánimo negativo mientras que los hombres parecen tener una tendencia mayor a dedicarse a actividades que les distraigan y les hagan olvidar su estado de tristeza.

¿Existen más trastornos depresivos en la actualidad que en el pasado? ¿Estamos viviendo lo que Klerman (1987) ha denominado la Era de la Melancolía? Aunque las tasas de depresión para la población general parecen bastante estables a lo largo de las últimas décadas, es posible que, especialmente en algunos grupos, la depresión esté efectivamente en ascenso. Una serie de estudios longitudinales psicopatológicos efectuados en diversos países avalan esta idea de cambios en las denominadas "tendencias seculares". Por ejemplo, en un conocido estudio que se ha venido efectuando en el pueblo sueco de Lundby desde 1947 (ver, por ejemplo, Burke y Regier, 1989), se ha demostrado que la tasa de depresión en los jóvenes entre 20 y 39 años de edad evaluados en el periodo 1957-1972 eran ¡10 veces mayor! que la tasa de los jóvenes que también tenían entre 20 y 39 años cuando fueron evaluados en el periodo 1947-1957. Confirmando estos hallazgos, los datos de estudios recientes indican que la depresión -y también otros problemas como abuso de sustancias y suicidio- es un fenómeno creciente en los grupos más jóvenes (aquellos nacidos entre 1960 y 1975) y, en especial, en los varones. Aunque las mujeres presentan aún tasas de depresión más altas que los varones, las

---

diferencias se van acortando en las generaciones más jóvenes debido más a un crecimiento de la depresión masculina que a una disminución de la femenina (Klerman y Weissman, 1989; Smith y Weissman, 1991). No obstante, la confirmación de estas cifras en ascenso requerirá un análisis de series de datos con un intervalo temporal mayor.

Frente a lo que muchas veces se presupone, el nivel socioeconómico no tiene un efecto relevante en las tasas de depresión clínica (Smith y Weissman, 1991; Golberg y Huxley, 1992), si bien las tasas se triplican en muestras de personas en paro laboral o que están cobrando el subsidio de desempleo<sup>11</sup>. Por otro lado, la depresión mayor es hasta dos veces más frecuente en medios urbanos que rurales.

El riesgo no es igual para todos los grupos de edad. Contrariamente a lo que comúnmente se piensa el riesgo más elevado de padecer un episodio depresivo mayor se observa en los jóvenes adultos (25-44 años). Datos de ámbitos geográficos y culturales muy diversos consistentemente indican que a partir de esta edad el riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor disminuye tanto en mujeres como en hombres (véase Vázquez y Lozoya, en prensa).

Otros factores de riesgo a tener en cuenta son factores como los acontecimientos estresantes vividos como graves y muy amenazantes, y las situaciones de pérdida familiar (Brown, 1989), así como una historia de depresiones en los progenitores (Blehar et al., 1988); de hecho, los casos de comienzo temprano -alrededor de los 20 años- suelen tener más antecedentes familiares que aquellos en los que la depresión es de comienzo tardío -después de los 40 años- (Weissman et al., 1986). Pero, en definitiva, la relación entre sucesos estresantes y depresión no es clara. Aunque existe una asociación entre tales sucesos y los trastornos depresivos (Brown, 1989; Paykel, 1985), la dirección causal de esta relación es difícil de establecer (Clayton, 1986). Parece muy improbable que el estrés por sí sólo cause trastornos depresivos plenos, si bien éstos en combinación con otros factores como, por ejemplo, ideas negativas depresivas, una falta de apoyo social y afectivo, pérdida de alguno de los padres en la infancia, o una historia previa de depresión pueden incrementar el riesgo de depresión y, especialmente, el riesgo de recaídas (Paykel, 1985; Roy, 1987).

---

<sup>11</sup>En este contexto cabe señalar que los conocidos estudios sobre mujeres londinenses del grupo de Brown (véase Brown, 1989) han demostrado que el riesgo de depresión clínica se incrementa con factores como el desempleo, tener tres o más niños pequeños, perder alguno de los padres antes de los 16 años, y una mala situación matrimonial (véase también Roy, 1987; Buendía, 1992).

### Distimia

La distimia ha sido menos estudiada. No obstante, las cifras del estudio E.C.A. indican también un riesgo bastante elevado de presentar este trastorno en el curso de la vida: aproximadamente un 3% ha presentado alguna vez en su vida un periodo distímico (ver Tabla 7). No obstante, como puede apreciarse en dicha tabla, hay notables variaciones entre diferentes estudios. En cuanto al sexo, la relación es muy parecida a la descrita anteriormente. La ratio mujer:hombre es de de 2:1 (una excepción notable es la del estudio de Puerto Rico, en el que la relación observada fue casi de 5:1).

Los datos parecen inducar que la distimia es un trastorno más frecuente en los grupos de mayor edad y que, con la excepción de algún grupo de edad concreto, el nivel socioeconómico no afecta las tasas de aparición del cuadro. Tanto en la distimia como en el trastorno depresivo mayor se observa un riesgo de prácticamente el doble en solteros que en casados, especialmente en el grupo de adultos (45-65 años). Por último, las tasas de distimia son también casi del doble en el ámbito urbano que en el rural.

En cuanto a la edad media de inicio, mientras que las depresiones mayores suelen comenzar hacia los 35 años (Weissman et al., 1988; ver Tabla 1), las distimias suelen comenzar en etapas anteriores, incluso en la infancia o adolescencia.

### Depresiones no especificadas

Los datos son muy escasos. Posiblemente la ratio sexual es muy parecida a la de la depresión mayor (unas 2 veces más frecuente en las mujeres), pero no se tienen datos fiables de prevalencia en la población general.

## **4.5. EVALUACIÓN de la DEPRESIÓN**

Hay muchos modos de explorar la depresión. Desde el punto de vista de la intensidad de los síntomas, los instrumentos clínicos más empleados son las escalas autoaplicadas como el Inventario de Depresión de Beck, o las escalas de valoración psiquiátrica como la de Hamilton (véase una amplia revisión de instrumentos en Vázquez, en prensa). Pero el análisis de la gravedad o frecuencia de los

---

síntomas nunca puede sustituir un examen para determinar si una persona cumple o no los criterios diagnósticos de un trastorno anímico (e.g., de Trastorno depresivo mayor) o del subtipo específico de depresión que pueda tener. Una puntuación alta en una escala de depresión no nos garantiza de ningún modo que esa persona padezca un trastorno depresivo. Puede tener muchos síntomas de depresión o muy intensos pero no cumplir los criterios de un Episodio depresivo mayor o de un Trastorno depresivo mayor. Los cuestionarios de depresión son instrumentos totalmente inespecíficos para la valoración de los trastornos del estado de ánimo (Vázquez y Sanz, 1991).

En la exploración psicopatológica de los síntomas depresivos hay que tener en cuenta varios parámetros. En primer lugar, la cronología de los síntomas y los problemas de la persona; este es quizás el elemento más importante en el diagnóstico diferencial y, sobre todo, para determinar si una causa médica o un consumo de sustancias pueden ser el factor causal de los síntomas. En segundo lugar, la duración del trastorno es crucial para diferenciar, por ejemplo, una Distimia de un Trastorno depresivo mayor o una Ciclotimia de un Trastorno bipolar I. En tercer lugar, es importante la determinación de la existencia o no de un episodio maníaco en la vida del paciente, puesto que esta distinción permite diferenciar entre trastornos depresivos y bipolares. Toda esta información suele provenir del propio paciente aunque a veces es necesaria la información de terceras personas. Un cuarto elemento a considerar es si el episodio depresivo es de tipo melancólico puesto que, aunque esta categoría aún no está totalmente validada (Weissman, 1991), es probable que la psicoterapia no debiera ser el tratamiento inicial de elección en estos casos. Por último, es importante la exploración de síntomas psicóticos pues la estrategia terapéutica también puede verse afectada (e.g., empleo de antipsicóticos).

### **Exploración de un Episodio Depresivo Mayor**

En cierto sentido, el DSM-IV, como cualquier otro sistema diagnóstico afín (e.g., CIE-10, 1992) es un esquema desnudo e inerte al que hay que dar vida para que pueda ser de utilidad. El DSM-IV simplemente indica qué síntomas y criterios han de tenerse en cuenta para efectuar un diagnóstico determinado pero no nos dice de ningún modo cómo hay que explorar, evaluar, o valorar esos síntomas. A continuación proponemos un esquema de valoración y diagnóstico diferencial de los

---

síntomas a través de un breve guión anotado de entrevista<sup>12</sup> que, en definitiva, es el instrumento esencial de evaluación psicopatológica.

En el caso de la depresión no resulta siempre fácil obtener información de una persona deprimida. Su frecuente falta de interés y de motivación también puede extenderse a la entrevista, haciendo a veces frustrante la tarea. Además, hay que tener en cuenta que algunos sesgos cognitivos y emocionales de los pacientes pueden hacer teñir negativamente la información que proporcionan. Por ejemplo, puede que empleen términos muy absolutistas para enjuiciar sucesos pasados o, como hemos demostrado recientemente, que tiendan a recordar mejor lo negativo que lo positivo (Matt, Vázquez, y Campbell, 1992), de modo que la información que nos proporcionan puede estar algo marcada por ese velo de tristeza y pesimismo. Por todo esto se requiere que el entrevistador sea paciente, empático, y sensible a la información verbal y no verbal del cliente. Es recomendable, por ejemplo, evitar el empleo del término “depresión” con los pacientes para describir su estado ya que esto puede reforzar su idea de que la depresión es un rasgo estable o algo crónico (Shaw et al., 1985).

La exploración del paciente ha de centrarse no sólo en los episodios actuales sino también pasados, y naturalmente hay que explorar si hay o ha habido algún episodio de manía, en cuyo caso el trastorno se clasificaría como “Bipolar”, independientemente de que su estado de ánimo actual sea deprimido o no (DSM-III-R, 1987; DSM-IV, 1994).

Una entrevista con fines diagnósticos, sea más o menos estructurada, debe conllevar un guión bien determinado. Desde nuestro punto de vista, la aproximación más razonable es seguir de cerca los criterios del DSM-III, DSM-III-R, o DSM-IV, independientemente de que también puedan valorarse otros síntomas (e.g., lloro) que no están presentes en estos criterios. A continuación vamos a exponer una serie de consejos para una sencilla exploración diagnóstica siguiendo los criterios DSM-IV (Leber et al., 1985; Klerman, 1988; Vázquez, en prensa)<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup>En este apartado recogemos, con ligeras modificaciones, lo que ya hemos analizado en profundidad (Vázquez, en prensa).

<sup>13</sup>Naturalmente se pueden emplear instrumentos más sofisticados como la entrevista SADS, la SCID, o el CIDI, todas ellas conducentes a diagnósticos con criterios operativos (RDC, DSM-III-R, o ICD-10)

---

El DSM-IV requiere (véase el criterio A) la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas (siendo necesaria la presencia del 1 o el 2), casi diariamente y durante la mayor parte del día, durante al menos **2 semanas**:

1) **Estado de ánimo deprimido**. Este es un síntoma relativamente sencillo de apreciar. Al menos un 90% de los pacientes deprimidos parecen estar tristes, abatidos. Su rostro denota tristeza, los ojos a menudo están enrojecidos de llorar, y dicen sentirse “mal”, “tristes”, “hundidos”, o “desesperados”. A veces, esta información la proporcionan los familiares y el DSM-IV sugiere justamente esta posibilidad para diagnosticar la presencia de este síntoma. Es importante preguntar cuál es el peor y el mejor momento del día, y si hay algo que ayude a sentirse mejor, pues estos aspectos están relacionados con la melancolía (véase la Tabla 3).

2) **Anhedonia**. La disminución del placer en las actividades cotidianas que uno hacía anteriormente con gusto es otro síntoma típico depresivo. En estos casos, nada les hace sentirse bien (ni ver a los nietos, o salir a la calle, o ver un programa de TV,...).

3) **Cambios de peso y/o apetito**. La pérdida de peso y/o apetito es un síntoma tradicionalmente considerado típico de la depresión. Aunque hay cierta polémica sobre si el exceso de peso y/o apetito es también característico, desde el DSM-III también se incluye esta posibilidad. El criterio indicado en el DSM-IV es un aumento o disminución de peso del 5% sobre el peso habitual en un mes. A veces es difícil valorar este síntoma porque puede que el paciente :

a) tenga poco apetito para la comida pero sin embargo coma muchos dulces o tenga estereotipias alimentarias;

b) tenga una enfermedad física o medicación que afecte su apetito o su peso;

c) coma tanto como siempre pero diga no disfrutar nada con la comida;

d) tenga un apetito con muchos altibajos.

En todos estos casos, es conveniente preguntarse dos cosas: 1) ¿es esta condición diferente a lo que sucede normalmente en esta persona?, y 2) ¿lo vive el paciente como un problema? Si las respuestas a ambas preguntas son afirmativas, deberíamos considerar que el síntoma está presente.

---

4) **Trastornos del sueño.** Como sucede con el síntoma anterior, el insomnio se ha considerado siempre como un síntoma depresivo, pero con el hipersomnio hay más dudas<sup>14</sup>. En cualquier caso, se debe explorar tanto el insomnio inicial, como el medio, y el terminal, y analizar cómo es el estado de somnolencia del paciente durante las 24 horas del día así como si el sueño es reparador o no, el tiempo que se pasa en la cama, etc. (véase una revisión en Vázquez, 1990b).

Un criterio habitual para el insomnio inicial es tardar más de 30 minutos en quedarse dormido; el insomnio medio describe la situación de despertarse más de 30 minutos durante la noche con dificultades para volver a dormir; el insomnio tardío debería valorarse como existente cuando el paciente dice despertarse, sin poder volver a dormir, entre una y tres horas antes de la hora que era habitual. Por el contrario, no hay un criterio claro para diagnosticar hipersomnio. La entrevista SADS, por ejemplo, considera la presencia de hipersomnio si el paciente duerme una hora más de lo que en él era habitual; sin embargo, el hipersomnio no suele caracterizarse por dormir más de lo normal sino más bien por un estado de somnolencia diurna, se duerma más tiempo real o no.

El diagnóstico de los problemas del sueño puede complicarse cuando el paciente está bajo medicación antidepressiva o de otro tipo, tiene dolores, turnos de trabajo rotatorios, etc. Si el paciente ha mejorado su sueño por efectos de la medicación específica (e.g., somníferos), la entrevista diagnóstica SADS sugiere que se evalúe este ítem en base a cómo considera el paciente que sería su sueño si no estuviese medicado. Pero, de nuevo, cuando la decisión sea complicada, suele ser útil valorar si el patrón de sueño es diferente al de antes de estar deprimido y si esto resulta un problema para el paciente.

5) **Trastornos psicomotores.** Este es un síntoma que suele estar insuficientemente valorado en las escalas autoaplicadas de depresión. Hace referencia tanto al retardo como a la agitación psicomotora. No basta con que el paciente se sienta más agitado, nervioso, o lento. Su diagnóstico requiere alguna manifestación conductual que sea visible para los demás. Normalmente el retardo se expresa en un habla o movimientos enlentecidos. La agitación suele manifestarse en locuacidad verbal, a veces en hablar a gritos, no poderse estar quieto (deambular, frotarse las manos, tirarse del pelo mientras se está

---

<sup>14</sup>De hecho, cuando intervienen síntomas como hipersomnio o ganancia de peso o apetito, es decir, síntomas por exceso, el DSM-IV sugiere como novedad la posibilidad de añadir a estos cuadros afectivos la etiqueta de "Atípicos" (APA, 1994).

---

sentado), etc. Estas características pueden ser tan pronunciadas que a veces se emplean términos como “depresión retardada” o “depresión agitada”. Aunque a menudo la información obtenida durante la entrevista -incluido el comportamiento del paciente durante la misma- puede bastar para valorar el síntoma, puede ser necesario requerir información de familiares o amigos.

6) **Fatiga o pérdida de energía.** La sensación de estar cansado puede aparecer incluso aunque el paciente no haga nada (puede incluso estar en la cama una buena parte del día). Esta sensación de fatiga puede estar incrementada si también existen problemas de sueño. Es necesario hacer preguntas para distinguir entre pérdida de energía y pérdida de interés pues son síntomas diferentes. A veces, los entrevistados dicen tener falta de energía, pero en realidad se trata de una disminución en el interés.

7) **Sentimientos excesivos de falta de valía, autorreproches, o culpa.** Para la valoración de la culpa el clínico ha de situarla en el contexto cultural, religioso y social en el que se mueve el paciente. No basta sólo con la presencia de reproches por estar enfermo, sentirse incapaz o inválido, sino que se trata de algo más intenso, reiterado, y que supone una preocupación casi constante para el paciente. El requisito general del DSM-IV de que los síntomas estén presentes a diario o casi a diario durante 2 semanas, ayuda a tomar una decisión en este sentido. Para explorar este síntoma suele ser valioso pedir al paciente que se autodescriba y que indique cómo le describirían sus conocidos o familiares.

8) **Dificultad para concentrarse, pensar, o tomar decisiones.** A veces se ha considerado que esto es parte del “retardo psicomotor” pero en el DSM-III y el DSM-IV se tiene en cuenta como algo aparte. Las preguntas típicas tienen que ver sobre si el paciente es capaz de seguir una conversación o programas de TV, concentrarse en el trabajo, etc. Hay que hacer entender al paciente con nuestras preguntas que una cosa es tener interés en algo y otra, que es lo que se evalúa con este ítem, si es capaz de concentrarse en eso.

9) **Pensamientos recurrentes de suicidio o muerte.** Entre un 60 y 80% de los suicidios que se cometen se dan en pacientes diagnosticados de depresión. Tener depresión incrementa en unas 30 veces el riesgo de suicidio respecto al riesgo de la población general. Las ideas o tentativas de suicidio es el único síntoma de la lista que no requiere una presencia casi diaria y durante prácticamente la mayor parte del tiempo. Simplemente la presencia de ideas de muerte o de suicidio repetidas (haya o no plan específico para quitarse la vida) bastan para consignar la presencia del síntoma. Un clínico está

---

siempre moral y deontológicamente obligado a valorar la presencia posible de este síntoma en la depresión y en cualquier otro cuadro en el que se sospeche la presencia de ideas suicidas. Uno de los falsos tópicos existentes, es el de que hablar de suicidio puede activar ideas o planes de suicidio. Por el contrario, hablar de esto suele ser un alivio para los pacientes. En el caso de que sea un síntoma claro, éste debería ser el primer objetivo terapéutico (e.g., Beck et al., 1983). Obviamente los planes o intentos de suicidio deben contabilizarse como presencia del síntoma.

Cuando un paciente cumple 5 o más de estos síntomas no implica automáticamente diagnosticar la presencia de un «Episodio depresivo mayor». Hay que continuar la exploración para comprobar que efectivamente existe un deterioro psicosocial importante, y que toda esta condición no se debe ni a efectos de sustancias o una condición médica (e.g., demencia), ni a los efectos de una reacción de duelo normal.

Esto nos serviría para confirmar la existencia de un Episodio depresivo pero no para efectuar un diagnóstico sobre un trastorno concreto. Si el episodio existe realmente, habrá que ver si se trata de un trastorno depresivo mayor o bien de algún tipo de trastorno bipolar (por ejemplo, podría tratarse de una persona con cambios cíclicos de manía-depresión que en este momento estuviese en una fase depresiva profunda). En el caso del trastorno depresivo mayor deberíamos descartar una serie de condiciones excluyentes con las que puede confundirse un episodio de esta naturaleza (Vallejo y Gastó, 1990) -fundamentalmente trastornos esquizofrénicos, esquizoafectivos, o delirantes- y asimismo se debería descartar que el paciente haya tenido alguna vez algún episodio de manía o hipomanía

Para la decisión final sobre si alguno de estos ítems es diagnosticable o no en un paciente dado, puede necesitarse recurrir a información complementaria derivada de escalas (e.g., escalas de autoestima, desesperanza, reforzadores, sucesos vitales, etc.) u otros procedimientos (e.g., información de familiares).

La exploración clínica naturalmente no acaba en el análisis de los síntomas y en el posible diagnóstico. Hay que indagar sobre los factores causales y de mantenimiento (sucesos vitales, redes de apoyo social, nivel de actividad, etc.) y analizar los problemas importantes para la persona (dificultades matrimoniales, problemas de relaciones personales, etc.) -Vázquez, en prensa; Wolman, 1993; Heiby y García, 1994.

#### 4.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como ya hemos analizado, el estado de ánimo deprimido solo no es determinante diagnóstico de ningún cuadro psicopatológico (véase la Figura 1). La tristeza puede ser un síntoma de muy diferentes cuadros clínicos (“esquizofrenias”, “trastornos de ansiedad”, “trastornos del estado de ánimo”, “trastornos de ajuste”, “abuso de sustancias”, etc.) por lo que la presencia de dicho síntoma debe evaluarse de modo diferencial. Efectivamente sentirse “deprimido” es un elemento extraordinariamente frecuente en las reacciones de personas normales ante sucesos negativos, en estados psicopatológicos, y también en muchas enfermedades o condiciones médicas. La primera medida diagnóstica a considerar consistirá, por lo tanto, en si la persona con síntomas de depresión tiene o no un «Trastorno depresivo».

Trastornos anímicos debido a condiciones médicas. El análisis inicial más importante que hay que efectuar para el diagnóstico de “Trastornos del estado de ánimo”, sea depresivo o bipolar, es el de juzgar la existencia de una clara etiología orgánica relacionada con el cuadro (ej.: enfermedades del SNC, trastornos hormonales, uso de drogas o fármacos diversos, enfermedades metabólicas, etc.). Muchas circunstancias médicas pueden causar síntomas e incluso síndromes afectivos depresivos o maníacos (véase Tabla 8). Estos casos no deben ser diagnosticados como trastornos anímicos primarios (e.g., Trastorno depresivo mayor) sino como “Trastornos anímicos” de tipo secundario (DSM-IV, 1994).

---

INSERTAR TABLA 8: Síntomas Maníacos y Depresivos

---

Es posible que entre un 10% y un 20% de los casos diagnosticados como “Trastorno depresivo mayor” o como “Distimia” estén causados en realidad por factores orgánicos de diversos tipos (Rush, 1990). Estos casos estarían incorrectamente diagnosticados puesto que, como hemos expuesto anteriormente, es una causa de exclusión en el episodio depresivo mayor y en la distimia (véanse las Tablas 2 y 5). Por lo tanto, se hace necesario explorar con cuidado la historia médica del paciente y

---

recurrir, si se considera necesario, a pruebas de laboratorio. De hecho, llegar a la conclusión de que una determinada condición médica es la “causa” de un trastorno afectivo no es fácil. Se requiere que se cumplan unos criterios básicos (Kathol et al., 1985):

- a) simultaneidad en la aparición de la sintomatología afectiva y la enfermedad orgánica;
- b) correspondencia entre una mejoría/empeoramiento del cuadro orgánico y una mejoría/empeoramiento del estado de ánimo;
- c) posibilidad, al menos teórica, de que el trastorno orgánico influya en las estructuras o sistemas de neurotransmisión supuestamente implicados en la patogenia de los trastornos afectivos.

Desde el punto de vista de los trastornos anímicos debidos a causas de tipo orgánico, el DSM-IV (APA, 1994) sólo contempla la posibilidad de que puedan deberse o bien a una «Condición Médica General» o bien a la «Ingesta de sustancias» (Figura 2). Sin embargo, a veces el diagnóstico de depresión puede confundirse con otros trastornos psicopatológicos y no siempre es fácil el diagnóstico. Revisaremos a continuación algunas de estas situaciones diagnósticas complicadas (Tabla 9):

---

INSERTAR TABLA 9: CUADROS LIMITE

---

-Trastornos de ansiedad. Sin duda el dilema diagnóstico psicopatológico más común se presenta con los Trastornos de ansiedad. La ansiedad subjetiva o la inquietud es, en efecto, un síntoma emocional que suele coexistir con la depresión en un 70-80% de los casos haciendo a veces difícil separar los Trastornos de ansiedad de los Trastornos del estado de ánimo (véase el excelente libro de Maser y Cloninger, 1990). Desde el punto de vista de la clínica, la distinción diagnóstica fundamental es cronológica (¿qué empezó antes?), si bien se pueden considerar otros indicadores auxiliares como, por ejemplo, el hecho de que la ansiedad suele comenzar en etapas más tempranas de la vida que la depresión.

De hecho, el nuevo sistema diagnóstico de la OMS (CIE-10, 1992) ha propuesto con acierto la categoría de Trastorno Mixto Ansiedad-Depresión para clasificar aquellos cuadros en los que coexisten

---

prácticamente a partes iguales síntomas de depresión y de ansiedad y resulta difícil decantarse por uno de los dos diagnósticos. En un apéndice final del DSM-IV (APA, 1994) también se sugiere esta categoría pero no se ha incluido de modo oficial pues se ha considerado que aún no hay datos suficientes sobre su validez.

Trastornos como las obsesiones, el pánico, o las fobias, frecuentemente están asociados a una notable sintomatología depresiva (Roth y Mountjoy, 1985). Y, a la inversa, en los pacientes que manifiestan un trastorno depresivo mayor, el 50-70% también tienen síntomas graves de ansiedad, y el 30% ha sufrido ataques de pánico (Fawcett, 1990).

A menudo un mismo paciente puede incluso cumplir los criterios diagnósticos completos de dos cuadros diferentes (ej.: "fobia simple" y "distimia"). En estos casos se pueden efectuar ambos diagnósticos y, si ello es posible, se indicará qué problema es más prominente en el patrón de síntomas del paciente. Tomar una decisión en un sentido u otro es importante pues se supone que los síntomas secundarios mejorarán espontáneamente si se mejora el trastorno primario (Dubovsky, 1990; Riskind et al., 1987).

En cuanto a los casos de trastornos obsesivos el problema es similar: las obsesiones y las compulsiones pueden estar presentes en una depresión mayor y, a su vez, es enormemente frecuente que en los cuadros obsesivo-compulsivos se presenten episodios depresivos completos. El clínico debe juzgar cuál de los dos cuadros es más predominante en términos de antecedencia temporal o de importancia clínica.

-Las reacciones de duelo por la pérdida de un ser querido pueden también confundirse con una depresión. Incluso aunque se presenten síntomas que cumplan los criterios del Episodio depresivo mayor, no debe diagnosticarse este trastorno. Simplemente debe consignarse que la persona está atravesando una fase de "Duelo" normal. Ahora bien si el síndrome depresivo completo sigue presente 2 meses después de la pérdida, puede diagnosticarse un trastorno depresivo (DSM-IV, APA, 1994). Un mito extendido es que la depresión es un resultado prácticamente inevitable de la pérdida de un ser querido; sin embargo, sólo una de cada tres personas que experimentan esa pérdida cumplen criterios de depresión mayor al cabo de un mes del suceso (véase Vázquez, Crespo, y Ring, en prensa). Por otro

---

lado, las reacciones de duelo suelen diferenciarse de los trastornos depresivos mayores porque en aquellas hay menos síntomas y de menor duración y, además, son raros los pensamientos de culpa, de suicidio, de retardo psicomotor, de ideas de perder la razón y, por último, existe una interferencia menor con la vida cotidiana.

-Un cuadro al que se le presta poca atención y que posiblemente se diagnostica con demasiada baja frecuencia, son los denominados Trastornos de ajuste -o trastornos de adaptación si empleamos la terminología CIE-10 (OMS, 1992)- es decir, reacciones de adaptación desproporcionadas en los 3 meses siguientes a la aparición de un fuerte estresor identificable (con la excepción de la muerte de un ser querido) y que no se haya prolongado más de 6 meses desde la desaparición de ese estresor. A veces el estado de ánimo predominante cuando se experimenta un estresor vital importante es de tipo depresivo. Así pues, se puede diagnosticar un "Trastorno de ajuste con estado de ánimo deprimido" cuando existe una reacción psicopatológica depresiva -véase la Tabla 13- que se considera absolutamente evidente que está directamente causada por un estresor identificable (e.g., ser despedido del trabajo) y su finalización está también asociada a la desaparición de ese mismo estresor. Esta es una categoría frecuentemente olvidada pero muy importante pues responde a una concepción reactiva psicosocial de los trastornos mentales. Por ejemplo, una operación quirúrgica puede ocasionar un episodio depresivo de mayor o menor gravedad. Este sería un ejemplo de «Trastorno de ajuste» y no de «Trastorno debido a una Condición Médica General» puesto que dicha intervención no parece causar la aparición del trastorno anímico a través de ningún sistema neurofisiológico conocido.

-Con las esquizofrenias el diagnóstico diferencial normalmente no es muy problemático a pesar de que es habitual la aparición de sintomatología depresiva en algún momento de su evolución; la presencia de síntomas psicóticos variados, un gran deterioro en el nivel de funcionamiento, y la presencia de «síntomas negativos y positivos» significativos suele bastar para efectuar un diagnóstico correcto de esquizofrenia. Además, la presencia de síntomas delirantes y alucinatorios de tipo incongruente con el estado de ánimo son mucho más comunes en la esquizofrenia que en los trastornos afectivos. Por último, los trastornos formales del pensamiento (neologismos, habla incoherente o desorganizada, etc.) son mucho más infrecuentes en las depresiones que en las esquizofrenias

---

(Goodwin y Guze, 1989). En cuanto al curso, la esquizofrenia no tiene habitualmente el carácter episódico de los trastornos afectivos y su comienzo suele ser más insidioso

Sin embargo, en las primeras fases de aparición del trastorno esquizofrénico, la sintomatología afectiva puede ser la más obvia y la primera en aparecer, creando a veces confusiones diagnósticas. Los antecedentes familiares y las características premórbidas de personalidad pueden también ayudar a efectuar un diagnóstico correcto.

Los trastornos esquizoafectivos se caracterizan por la coexistencia de episodios esquizofrénicos (ej.: ideas de robo, transmisión, o inserción del pensamiento) y episodios afectivos que cumplen en ambos casos los requisitos diagnósticos completos (APA, 1984). La característica diferenciadora básica de un trastorno esquizoafectivo sería la presencia, durante al menos 2 semanas, de ideas delirantes o alucinaciones en ausencia de una sintomatología afectiva relevante. Si esto no se cumple, lo más probable es que se trate simplemente de un episodio afectivo que está cursando con sintomatología psicótica (delirios y/o alucinaciones).

-Los trastornos del sueño (ej.: narcolepsia, apnea nocturna,..) también pueden confundirse con un trastorno afectivo. En estos casos, el paciente mostrará falta de energía diurna, abatimiento, etc. Mientras que los pacientes depresivos se quejan frecuentemente de fatiga diurna, pocos se sienten somnolientos durante el día y menos aún padecen irresistibles ataques agudos de sueño (Rush, 1990). En algunos de estos casos (véase Vázquez, 1990b) se requiere efectuar pruebas en laboratorios de sueño para efectuar un correcto diagnóstico diferencial.

-En las demencias la sintomatología afectiva suele ser prominente. Por ejemplo, se estima que hasta un 30% de los pacientes con síndrome de Alzheimer cumplen criterios diagnósticos de depresión (Reifler et al., 1986). El aspecto que merece más atención es el hecho de que muchos trastornos demenciales pueden comenzar inadvertidamente a manifestarse como un síndrome depresivo completo que, además, tiene una mala respuesta a los fármacos antidepresivos (Vázquez, 1990c). Pero también es frecuente que los trastornos depresivos u otros trastornos psicopatológicos en personas mayores de 60-65 años tengan un fuerte impacto en las capacidades intelectuales (atención, memoria, concentración, etc.), haciendo estos cuadros de pseudodemencias prácticamente indistinguibles de las auténticas demencias, por lo que se requiere efectuar una fina discriminación diagnóstica. El

---

diagnóstico correcto debe establecerse en función de exploraciones adicionales (tests neurológicos, datos de laboratorio, scanners, etc.), de la respuesta al tratamiento antidepresivo, de la biografía personal, de los antecedentes familiares y psicosociales, etc. Un aspecto importante en el diagnóstico diferencial de estos casos es que las pseudodemencias no tienen el carácter necesariamente crónico de las auténticas demencias, por lo que es de esperar que una mejoría en el trastorno psicopatológico primario mejore el estado aparentemente demencial del sujeto. En definitiva, en estos casos dudosos es muy importante efectuar observaciones longitudinales confirmatorias del diagnóstico.

-Por último los trastornos sexuales suelen presentar también áreas de solapamiento diagnóstico con los trastornos afectivos. Un claro ejemplo de ésto son los trastornos por Inhibición del deseo sexual. Puede ser inadecuado comenzar un programa de tratamiento sexual sin explorar y excluir previamente la existencia de un episodio depresivo. Como parte del estado general de anhedonia, anergia, etc., las conductas y deseos sexuales se ven casi siempre afectados negativamente, por lo que la psicopatología afectiva debe considerarse siempre como un importante candidato para efectuar un diagnóstico primario en muchos trastornos aparentemente sexuales.

#### 4.7. COMPLICACIONES

En los trastornos anímicos siempre se aprecia, por definición, una alteración del funcionamiento social y laboral. En algunos casos este estado puede llegar a ser incapacitante: el paciente puede permanecer en la cama casi todo el día, tener bajas laborales continuadas, y descuidar las tareas normales de funcionamiento incluido el aseo personal. Naturalmente, estas consecuencias son mucho más fuertes en casos de depresiones mayores recurrentes que en depresiones mayores de episodio único; en los pacientes recurrentes se incrementa además el riesgo de aparición de enfermedades médicas y de una mayor necesidad de servicios asistenciales, con el coste económico que esto conlleva (Keller, 1993).

Pero la complicación más grave de la depresión es el suicidio. Entre el 50 y el 70% de las personas que cometen suicidio tiene una historia previa de síndromes depresivos. Por otro lado, una revisión ya clásica de diecisiete estudios realizada por Guze y Robins (1970) demostró que el 15% de los pacientes graves -normalmente hospitalizados- finalmente cometían suicidio. No obstante, el riesgo de suicidio no está relacionado con la gravedad de los síntomas sino más bien con otras variables (ser varón,

---

mayor de cuarenta años, y con deseos comunicados a otros de quitarse la vida). También el consumo abusivo de alcohol incrementa mucho la probabilidad de riesgo de suicidio.

El clínico debe sondear la posible existencia de ideas de suicidio dado que, entre pacientes con depresiones recurrentes, aproximadamente cometen suicidio el 1% cada año. Paradójicamente, el riesgo mayor de suicidio no sucede durante el momento peor del episodio depresivo sino unos 8-9 meses después de la remisión sintomática (Klerman, 1987).

El abuso de alcohol y/o drogas es otra típica complicación. El abuso de alcohol es en muchos casos la causa de trastornos anímicos (Nolen-Hoeksema, 1987). Esto es lo que denominamos "Trastornos Anímicos Inducidos por Sustancias". Sin embargo, en otros casos el alcohol o las drogas son una complicación adicional a un Trastorno anímico primario en el que es bastante frecuente que los pacientes deprimidos hayan comenzado a utilizar patrones excesivos de consumo como estrategia de afrontamiento de su problema anímico (Vázquez et al., en prensa).

Asimismo, bajo un estado de depresión un paciente puede tomar decisiones precipitadas (abandonar los estudios, el trabajo, la familia, etc.). El clínico ha de aconsejar al paciente que posponga cualquier decisión crucial hasta que esté en remisión y pueda hacer las cosas de un modo más sereno y claro.

## V. TRASTORNOS BIPOLARES

### **5.1. SÍNTOMAS DE LA MANÍA**

En sus manifestaciones más leves (hipomanía) la manía es en cierta medida lo contrario de la depresión. Sin embargo, cuando comienza a ser problemática clínicamente, la manía no es exactamente lo contrario de la depresión. Aunque hay casos en los que un estado de alegría desbordante inunda al paciente, en la mayoría se mezclan estados de irascibilidad, a veces explosiva y furiosa (Klerman, 1987), junto a una frenética actividad. Incluso en cierto número de pacientes se observan también momentos de abatimiento entremezclados con el propio episodio de manía. Se puede afirmar que la característica fundamental de la manía es la expansividad anímica y cognitiva. Hirschfeld y Goodwin (1989, p.401) describen bien una condición maníaca: «..Las personas afectas de ese trastorno, están imbuidas de una sensación de bienestar y omnipotencia. Son más productivas de lo normal en ellas y

---

más apasionadas. Pero estos días felices duran poco. Pronto la rapidez de pensamiento se convierte en pensamiento apresurado, atropellado. Las ideas se arremolinan. La sexualidad y en general el nivel de energía aumenta y el razonamiento se deteriora. Se formulan planes grandiosos. Cuando la persona maníaca se enfrenta a la resistencia y objeciones de los demás, se vuelve irritable, hostil, paranoide, agresiva y, a veces, psicótica. Raramente esa agresividad desemboca en una abierta agresión. Las consecuencias de esta energía maníaca pueden ser terribles: pérdidas amorosas, de trabajo, o económicas».

En la manía aparecen síntomas opuestos a los de la depresión (euforia anímica, autoestima exagerada, ...) pero también se comparten algunos síntomas característicos de los estados depresivos (problemas de sueño, trastornos del apetito o la ingesta,...). Así pues, no cabe afirmar simplistamente que la depresión y la manía son las dos caras de una misma moneda. Los síntomas y signos más frecuentes de la manía se pueden agrupar de modo semejante a lo que apuntábamos en el caso de los trastornos depresivos:

**a) Síntomas anímicos.** Los estados de felicidad y bienestar normales casi nunca están presentes en los episodios maníacos (Keller, 1987). Por el contrario, los pacientes en este estado a menudo están irascibles, suspicaces, y en un estado de hiperactividad general y de intromisión que tiene serias repercusiones en las relaciones interpersonales. En algunos casos, la excitación anímica llega a ser tan extraordinaria que desemboca en la hostilidad manifiesta, conductas destructivas, y tendencias paranoides. Predomina un estado anímico elevado, eufórico, irritable y, en definitiva, expansivo. Las personas en un estado maníaco se sienten muy bien y esto hace que les resulte difícil entender que su familia, o las personas cercanas intenten “restringir” ese estado. La manía, junto con algunos trastornos de personalidad, es de hecho uno de los pocos cuadros psicopatológicos egosintónicos, es decir, un estado en el que el paciente no sufre por los síntomas presentes: “sintoniza” bien con esa condición.

**b) Síntomas motivacionales y conductuales.** Una de las características más importantes de la manía es el estado de energía aparentemente inagotable y desbordante para los demás que manifiesta el paciente. Bajo esta condición, un paciente puede estar sin apenas dormir durante semanas, haciendo planes, o desarrollando proyectos gigantescos. Un paciente maníaco suele hablar sin parar (logorrea), y

tiene la sensación de que sus pensamientos se agolpan a una extraordinaria velocidad y van más deprisa de lo que puede expresarlos (fuga de ideas). La conducta está muy alterada. Un maníaco puede tener, durante el episodio, una actividad hipersexual, puede cometer imprudencias temerarias como, por ejemplo, regalar todos sus ahorros y los de su familia a desconocidos (prodigalidad), o hacer inversiones de un riesgo extraordinario. El control de impulsos es, en definitiva, muy pobre. En cuanto a su apariencia, una persona en una fase maníaca tiende a prestar poca atención a su aspecto personal y es muy frecuente que presente un aspecto descuidado y poco aseado.

c) **Síntomas cognitivos**. Los procesos cognitivos de los maníacos se caracterizan por su extraordinaria aceleración. El habla es rápida, entrecortada, salta de un tema a otro, y le es prácticamente difícil mantener su atención pues esta fluctúa de foco de interés en cuestión de segundos. A veces el habla puede llegar a ser incoherente. En cuanto a la autoestima, ésta puede estar tan hipertrofiada que incluso pueden aparecer fantasías o ideas delirantes (e.g., delirios de grandeza o de parentesco).

d) **Síntomas físicos**. La hiperactivación general se manifiesta también en el área vegetativa: problemas de sueño, aumento del apetito, y un extraordinario incremento del umbral de la fatiga física.

e) **Síntomas interpersonales**. Aunque a los síntomas interpersonales no se les confiere un valor diagnóstico en los sistemas de clasificación, es muy importante tenerlos en cuenta para el manejo clínico de los trastornos afectivos. Las relaciones interpersonales son muy difíciles en los episodios de manía puesto que en esas condiciones estos pacientes suelen ser muy entrometidos, polemistas, y controladores y, sobre todo, tienen una gran resistencia a que se les contradiga o se les intente hacer ver lo inapropiado de su conducta. Ocasionalmente, bajo este estado de hiperactividad e irritabilidad pueden producirse agresiones a miembros de la propia familia o a conocidos cuando estos intentan limitar de algún modo la conducta del paciente. Por otro lado, dado que en la evolución de estos casos se produce una alta recurrencia de episodios, las relaciones interpersonales, y las familiares en particular, suelen estar muy afectadas.

---

En la manía se desborda energía y agilidad mental por lo que, especialmente en la hipomanía, es muy frecuente que estas personas sean seductoras, arrastren gente detrás de ellas, y tengan ciertas dotes para ilusionar a los demás (véase Tyrer y Shopsin, 1985). En muchos casos, el contacto del clínico con estos pacientes produce una sensación de agrado y simpatía por su locuacidad y su vitalidad. De hecho, clínicos con experiencia, sugieren que si se producen estas sensaciones en la entrevista con un paciente, podría considerarse como un indicio probable de diagnóstico de manía o hipomanía.

En cuanto a los niños, posiblemente los síntomas sean algo diferentes. Aproximadamente 1 de cada 3 adultos bipolares han tenido episodios maníacos en la infancia y adolescencia y, en estos casos, los síntomas que aparecían en la niñez son algo diferentes. Al igual que los adultos, los niños en periodos maníacos son hiperactivos, ruidosos, y presentan ideas atropelladas, también manifiestan otros síntomas más peculiares como una mayor agresividad, mayor accidentabilidad, comen peor, y tienen problemas de atención (Tyrer y Shopsin, 1985).

Al igual que el estado de ánimo deprimido, la manía puede conceptualizarse como el extremo de un continuo con diferentes grados de exaltación (Klerman, 1987) que va desde los estados normales de felicidad y gozo, hasta las formas hipomaníacas y maníacas que incluso pueden llegar a tener características psicóticas (delirios, alucinaciones, o conductas aberrantes).

## 5.2. CLASIFICACIÓN y CUADRO CLINICO

Como sucedía en el caso de los Trastornos depresivos, la piedra angular de la clasificación de estos trastornos es el concepto de episodio maníaco y episodio hipomaníaco (véase las Tablas 10 y 11). De diferentes combinaciones de estos episodios, resultan sólo cuatro grandes tipos de trastornos bipolares: Bipolares I, Bipolares II, Ciclotimia, y Trastornos Bipolares no especificados (véase la Figura 2).

Merece en especial destacarse el esfuerzo que se ha efectuado en el DSM-IV (APA, 1994) por definir la hipomanía. Aunque por definición la hipomanía es una forma menos grave de la manía, los criterios para su diagnóstico han sido siempre bastante confusos. El DSM-III y el DSM-III-R utilizaban como clave diferenciadora si el estado requería hospitalización (manía) o no (hipomanía). El DSM-IV

---

ha mejorado bastante su precisión diagnóstica y formula una serie más precisa de requerimientos diagnósticos sintomatológicos (Tabla 11).

---

INSERTAR TABLA 10: Maníaco

---

---

INSERTAR TABLA 11: Hipomaníaco

---

En cuanto a la gravedad, para el episodio maníaco se siguen unas pautas de valoración muy parecidas a las que se emplean para el episodio depresivo mayor:

- 1) **Ligero.** Pocos síntomas más que los requeridos para el diagnóstico.
- 2) **Moderado.** Gran incremento en actividad o juicio deteriorado
- 3) **Grave no psicótico:** Requiere supervisión continua para evitar daño propio o a otros.
- 4) **Grave, psicótico.** Presencia de delirios o alucinaciones en los que se debe señalar, si es posible, si son congruentes con el estado de ánimo (e.g., delirios de grandeza o de linaje) o incongruentes (e.g., delirios de persecución, inserción de pensamiento, etc.).
- 5) **En remisión parcial:** Los criterios completos se cumplieron en el pasado pero no ahora; sólo permanecen algunos signos o síntomas.
- 6) **En remisión total:** Los criterios completos se cumplieron en el pasado pero no hay síntomas en los últimos 6 meses.

En cuanto al episodio hipomaníaco, no se consigna la gravedad pues, por su propia definición, no es grave.

### **Trastornos Bipolares I y II**

Los Bipolares I son personas que presentan o han presentado alguna vez en su vida algún episodio maníaco. El estado de ánimo actual de un Bipolar I puede ser, sin embargo, maníaco, depresivo, hipomaníaco, o bien una mezcla heterogénea de componentes depresivos y maníacos

---

(mixto). Esto es lo que distingue los subtipos del Bipolar I. Como ya hemos comentado anteriormente, cabe la posibilidad de que la persona tenga en la actualidad un episodio maníaco y nunca haya tenido anteriormente un episodio depresivo; en este caso, existe una categoría adicional: «Bipolar I, con episodio maníaco único». En cuanto a los Bipolares II, se trata de personas que, habiendo padecido episodios depresivos hipomaniacos, nunca han padecido un episodio completo de manía.

La aparición de los episodios maníacos puede ser a veces bastante lenta y progresiva. Por ejemplo, pacientes que parecen salir lentamente de una fase depresiva, muestran cada vez más autoconfianza, se muestran menos tristes, pero poco a poco, casi inadvertidamente, pueden comenzar a mostrar síntomas hipomaniacos e incluso maníacos.

Los pacientes bipolares presentan más episodios afectivos a lo largo de la vida (una media de 8 episodios) que los pacientes unipolares y ello no es simplemente debido al hecho de que la edad medio de comienzo de los unipolares sea más tardía, sino a una característica intrínseca de los trastornos bipolares (Perris, 1985). Aunque los trastornos bipolares son más recurrentes que los unipolares, tienen una duración media menor (de unos 4 meses cada uno). Es interesante resaltar que la duración del episodio maníaco o depresivo no depende de la gravedad de los síntomas presentes en dicho episodio (Coryell y Winokur, 1985).

El riesgo vital es como mínimo de un 1% en la población general, aunque hay bastante disparidad en los estudios realizados hasta la fecha (Mendlewicz, 1985). Como ya hemos indicado, este riesgo se incrementa mucho si existe un familiar de primer grado que manifieste o haya manifestado el trastorno.

### **Ciclotimia**

La ciclotimia es un trastorno que se da con cierta frecuencia en los pacientes psiquiátricos ambulatorios. Como señalan Hirschfeld y Goodwin (1989), dadas sus características sintomáticas, de antecedentes familiares, y de curso clínico, lo más probable es que sea en realidad una variante de los trastornos bipolares más que un trastorno de personalidad. De hecho, en las clasificaciones de la APA, desde el DSM-III (1980) se ha rescatado esta categoría de los Trastornos de Personalidad para incluirla en los Trastornos del estado de Animo.

---

INSERTAR TABLA 12: Criterios Ciclotimia

---

De modo paralelo a lo que sucedía con la distimia, la ciclotimia se caracteriza por presentar un patrón semejante a los trastornos bipolares pero con una sintomatología menos grave y más continuada a lo largo del tiempo (Tabla 12). Desde un punto de vista nosológico, es posible que la ciclotimia no sea en realidad una entidad diferente a la del denominado «trastorno bipolar», sino una forma menos grave de éste (Keller, 1987).

Normalmente un paciente ciclotímico presenta periodos breves (entre 2 y 6 días) con depresión y euforia alternantes. También normalmente existe un “equilibrio” entre síntomas depresivos e hipomaniacos, aunque en algunos pacientes pueden predominar más unos sobre otros (más frecuentemente la depresión sobre la hipomanía) -Depue et al., 1981.

Los datos disponibles no permiten aún conocer si existe un riesgo mayor de tener un cuadro bipolar pleno y/o más intenso si existe un trastorno ciclotímico previo (Akiskal et al., 1983; von Zerssen, 1985), aunque esta hipótesis ha sido muy defendida por la psiquiatría tradicional (Kretschmer, K. Schneider, etc.).

### 5.3. CURSO

#### Trastornos bipolares

Los trastornos bipolares tienen claramente un curso más recurrente que los trastornos depresivos (véase la Tabla 1), de modo que por término medio lo habitual es que un paciente bipolar sufra 8 o 9 episodios de manía o depresión a lo largo de su vida. Las recaídas afectan prácticamente a todos los pacientes y los índices de cronicidad, aún no siendo dramáticos, son muy altos -en torno a un 25% de los casos diagnosticados- (Tabla 1). Si no se administra medicación adecuada, la mayoría de estos pacientes casi nunca están absolutamente libres de síntomas entre episodios. Suelen mostrar síntomas residuales depresivos o hipomaniacos.

---

En cuanto a la velocidad de recuperación a corto plazo, es más rápida cuando el episodio por el que buscan ayuda es maníaco (Hirschfeld y Goodwin, 1989); en estos casos, la mediana de la recuperación (es decir, el 50% de los sujetos de la muestra) se sitúa en 5 semanas. Cuando el episodio es depresivo la mediana es de 9 semanas y, por último, cuando es mixto es de 14 semanas. Estos datos contribuyen, por cierto, a la validación de los subtipos de Trastorno Bipolar del DSM-III-R y DSM-IV (v.g., Maníaco, Depresivo, y Mixto).

Los datos existentes sobre la recurrencia del trastorno son controvertidos dadas las diferencias en la definición de recaída entre diversos estudios. Las tasas medias de recaída están posiblemente entre un 60% y un 90%, si bien se necesitan más estudios longitudinales para determinar de un modo preciso estos valores (Keller, 1987). Por otro lado, parece un hecho contrastado que el riesgo de recaídas aumenta con la edad del paciente, probablemente debido a que con la edad los intervalos asintomáticos entre episodios son cada vez más cortos (Weissman y Boyd, 1985; Cohen, 1992). Además, al igual que afirmábamos al referirnos a los trastornos depresivos, otro factor contrastado de riesgo es el propio curso del trastorno: cuanta más larga la historia previa de episodios y mayor el número episodios previos, hay más riesgo de recaída (Keller et al., 1982). Finalmente, también como sucede con los trastornos depresivos, el riesgo mayor de recaída se produce poco después de salir de un episodio.

La cronicidad del trastorno es bastante alta: entre un 15% y un 53% (Coryell y Winokur, 1985; Clayton, 1986). El curso, al igual que la rapidez de recuperación, también depende del tipo de trastorno bipolar. Los episodios mixtos (en los que hay una mezcla de síntomas depresivos y maníacos) son los de recuperación más lenta. En efecto, al cabo de un año de ser tratados no hay mejoría significativas en un 32% de los mixtos, un 22% de los deprimidos, y un 7% de los maníacos (cf. Keller, 1987).

El inicio de los trastornos bipolares puede darse a cualquier edad pero lo más frecuente es que sea entre los 20 y 25 años de edad (Tabla 1). En niños o adolescentes es menos claro cuándo es el comienzo pues los síntomas maníacos, como ya hemos indicado, puede que se manifiesten de modo algo diferente.

Normalmente el episodio aparece de forma aguda: los síntomas pueden manifestarse en cuestión de días o semanas. En cuanto a la duración de los episodios, es muy variable: a veces duran días y a veces meses, incluso en el mismo paciente. Antes de contar con medicamentos efectivos, la duración

---

media era de 6 meses a 1 año, pero ahora suelen ser notablemente más cortos (semanas o pocos meses). No obstante, incluso con medicación, la duración de los episodios depresivos suele ser mayor que la de los episodios maníacos.

#### Ciclotimia

La edad normal de comienzo es en la adolescencia o el principio de la vida adulta. Por la propia definición del cuadro, su curso es crónico y, uno de cada tres pacientes desarrolla en algún momento un trastorno mayor (sea depresivo o bipolar).

### **5.4.. EPIDEMIOLOGÍA**

Hay mucha menos investigación sobre los trastornos bipolares que sobre los depresivos. Además, al ser un cuadro de aparición relativamente infrecuente, los estudios efectuados en la población general ofrecen datos estadísticamente menos fiables que los realizados sobre otros cuadros en los que, como los Trastornos depresivos mayores, existen tasas de prevalencia mayores. Como se puede apreciar en la Tabla 7, los porcentajes de prevalencia vital oscilan entre un 0.2 y un 1.2 por ciento en la población general; en conclusión, se podría afirmar que por término medio la prevalencia vital está en torno a un 1% de la población general y que la prevalencia de 6 meses es de aproximadamente el 0.5% de la población (véanse las Tabla 1 y 6). Hay que tener en cuenta que estas cifras no engloban ni casos de ciclotimia, ni de Bipolares II, sobre los que nunca se han efectuado estudios epidemiológicos a gran escala. Si se tuviesen en cuenta estos grupos, las cifras epidemiológicas serían mayores que las señaladas.

Hay pocos estudios sobre la incidencia (aparición de nuevos casos de un trastorno en un periodo definido de tiempo). Datos británicos sugieren que, la incidencia anual sería cercana a 3 casos nuevos anuales por cada 10.000 habitantes (Tyrrer y Shoptsin, 1985).

A diferencia de lo que sucede con las depresiones unipolares, los trastornos bipolares son padecidos por hombres y mujeres en la misma proporción (Weissman y Boyd, 1985) y tampoco existen diferencias en sexo en la edad de inicio de episodios depresivos. No obstante, es posible que el número de mujeres que la padecen esté infravalorado en las estadísticas pues en las mujeres el comienzo del

---

primer ciclo maníaco-depresivo suele aparecer con un episodio depresivo mientras que en los hombres suele aparecer con un episodio maníaco, y por tanto puede que en aquéllas se diagnostique en primera instancia una depresión unipolar cuando, en realidad, se trataría del primer episodio depresivo de un auténtico trastorno bipolar (Clayton, 1986).

¿Existen factores de riesgo asociados a los trastornos bipolares? La tradición clínica europea desde Kraepelin y más tarde Kretschmer y K. Schneider, sugiere que las personas con tendencias ciclotímicas tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos bipolares; sin embargo, apenas hay datos de estudios bien diseñados y con mediciones precisas que apoyen esta idea (Tyrer y Shopsin, 1985). En general, los datos actuales tampoco dejan claro si el tipo de personalidad previa afecta al curso, a la gravedad, o a la frecuencia de los trastornos bipolares cuando éstos aparecen de un modo pleno (Akiskal et al., 1983; von Zerssen, 1985).

Parece que la edad de comienzo de los trastornos bipolares es más precoz de lo que se pensaba hasta hace muy poco. Dicha edad estaría alrededor de los 20 años (Boyd y Weissman, 1985), si bien los pacientes buscan tratamiento por primera vez años más tarde. No parece haber diferencias significativas en función de la procedencia del paciente (rural-urbano), raza, o estado civil.

Algunos estudios han hallado que, en el caso de las mujeres, en un porcentaje de aproximadamente el 30% de los casos el primer episodio maníaco o depresivo de su trastorno bipolar se daba durante el embarazo o el postparto (Goodwin y Guze, 1989) -véase la Tabla 1. Sin embargo, el factor de riesgo más consistente hallado hasta el momento es el tener antecedentes familiares de haber padecido este trastorno. Por ejemplo, aproximadamente 1 de cada 3 hijos de estos pacientes muestran algún trastorno bipolar<sup>15</sup> si alguno de los padres lo ha padecido, incrementándose aún más el riesgo si ambos padres son bipolares (Akiskal et al., 1985). Aunque se han efectuado estudios sobre factores estresantes, factores de personalidad, etc. (Hirschfeld et al., 1986) no existen datos que permitan identificar otros factores de riesgo relevantes.

Estas tasas de prevalencia generales son mucho mayores en familiares de los pacientes. Así, en trastornos bipolares aparecen en el 50% de los familiares de primera línea trastornos afectivos bipolares

---

<sup>15</sup>Este riesgo del 30% es, por lo tanto, 30 veces mayor que el existente en la población general.

---

o unipolares, mientras que en los familiares de unipolares es mayor el riesgo de unipolaridad pero no el bipolaridad (Weissman y Boyd, 1985) -ver Tabla 1.

En cuanto a la tendencia secular del trastorno, resulta comprometido afirmar inequívocamente su trayectoria histórica. Aunque es cierto que ahora se diagnostica hasta un 25% más de bipolares que hace quince o veinte años, es posible que este incremento se deba principalmente a que la definición moderna de bipolar incluye también a pacientes con sintomatología psicótica que antes solían recibir la etiqueta de esquizofrénicos (Cohen, 1992). No obstante, al igual que ocurre con los trastornos depresivos, se puede afirmar con bastante seguridad que el riesgo está creciendo en las generaciones más jóvenes (Smith y Weissman, 1991).

Es común afirmar que los trastornos bipolares, dadas sus características de productividad, motivación desbordantes, etc., son más frecuentes en niveles socioeconómicos elevados (e.g., Hirschfeld y Goodwin, 1989; Cancro, 1985; Paykel, 1985). Sin embargo, los datos más recientes indican que no hay diferencias en función de tales niveles (Smith y Weissman, 1991). Por último, como también sucedía con los trastornos depresivos, también se confirma la existencia de mayores tasas en solteros y divorciados que en casados.

## 5.5. EVALUACIÓN de la MANÍA

La evaluación objetiva de la manía ha recibido mucha menos atención por parte de los investigadores. Su gravedad ha sido valorada tradicionalmente de un modo muy global y no ha sido hasta los años 70 cuando comenzaron a aparecer escalas de cuantificación. La valoración de la manía es prácticamente imposible efectuarla mediante técnicas de autorregistro; se requiere la evaluación por parte del observador de conductas tales como la agitación, fuga de ideas, lenguaje tangencial, etc. que son poco accesibles para el propio paciente (véase una amplia revisión en Vázquez, en prensa). Recientemente se han diseñado escalas de evaluación de la manía (véase Tyrer y Shopsin, 1985) entre las que cabe destacar, sobre todo, la de Bech-Rafaelsen (Bech et al., 1975). Esta es una escala de 11 ítems valorados en intensidad por el propio clínico a través de una entrevista de unos cuarenta y cinco minutos. Evalúa ítems como, por ejemplo, la hiperactividad motora y el estado de ánimo elevado. Es una escala con una muy consistente y fiable.

---

Con el fin de medir los cambios y fluctuaciones que pueden darse en los trastornos bipolares, también se ha propuesto un interesante y sencillo método para que tanto el paciente, como sus familiares, evalúen diariamente el estado de ánimo, sueño, actividad diurna, etc. La técnica consiste simplemente en señalar a diario, en una línea de 100 mm., la intensidad de estos síntomas u otros idiosincráticos del paciente concreto (Post y Uhde, 1987). Esta estrategia de evaluación continua puede ser de gran importancia no sólo para recabar más datos sobre el curso de estos trastornos, sino por la importancia que las propias fluctuaciones pueden tener para optimizar la medicación y establecer el pronóstico.

### 5.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Al igual que sucede con los síntomas depresivos, los síntomas maníacos pueden deberse ocasionalmente a causas orgánicas específicas (Tabla 8). Para efectuar un diagnóstico diferencial adecuado es necesario no sólo el examen de los síntomas presentes sino también el modo de aparición, el curso recurrente, la historia familiar, y también la respuesta previa a antidepresivos y antimaniacos (Cohen, 1992). En concreto, una ausencia de historia familiar de manía o depresión, un comienzo súbito del trastorno, falta de respuesta al tratamiento, un estado de confusión tras la mejora de síntomas, o haber estado expuesto a algunos de los factores exógenos que señalamos en la citada Tabla, deberían alertar al clínico sobre la existencia de una probable causa orgánica (Vázquez y Sanz, 1991). Si éste es el caso, el diagnóstico a efectuar no sería de «Trastorno del Estado de Animo» sino de «Trastorno del estado de ánimo debido a una Condición Médica General». Pero, además, como examinaremos a continuación, algunos cuadros clínicos también pueden confundirse con los trastornos bipolares (Tabla 9). El diagnóstico diferencial de los bipolares ofrece problemas diferentes al diagnóstico de los ciclotímicos como vamos a exponer.

#### Trastorno Bipolar

-Seguramente la distinción más difícil consiste en diferenciar un episodio maníaco de un trastorno esquizofrénico o un trastorno esquizoafectivo. En la manía pueden observarse con cierta frecuencia ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, y otros síntomas positivos muy parecidos a los

---

que pueden observarse en la esquizofrenia. De hecho, muchos pacientes bipolares han recibido alguna vez en su vida un diagnóstico equivocado de esquizofrenia, especialmente si son de clase socioeconómica baja (Cohen, 1992). Las preguntas claves en estos casos son ¿ha habido antecedentes de manía?, ¿ha habido síntomas de esquizofrenia en algún momento sin que se apreciaran síntomas de manía?, ¿ha sido insidioso el comienzo? Una historia previa de trastornos episódicos con remisión, o de presencia de euforia, hiperactividad, o fuga de ideas, indicaría que el diagnóstico más probable sería el de manía; en las esquizofrenias raramente se observan estados de euforia. Asimismo, esta hipótesis se vería fortalecida si existe una historia familiar de trastornos afectivos. En todo caso, en la esquizofrenia el habla suele ser menos coherente, hay conductas más extravagantes, se observa un afecto más plano, y cuando existen alucinaciones son más complejas y persistentes. A veces el diagnóstico sólo se puede efectuar tentativamente y se debe esperar a que el curso proporcione más datos sobre la naturaleza auténtica del trastorno. Si no se puede hacer el diagnóstico con seguridad es mejor proporcionar un diagnóstico de "Psicosis no especificada", esperando que el cuadro diagnóstico se clarifique con el paso del tiempo.

En cuanto a los trastornos esquizoafectivos, el diagnóstico es más complicado. De hecho, estos pacientes son más parecidos a los afectivos que a los esquizofrénicos. Por ejemplo, los pacientes esquizoafectivos tienen características sociodemográficas y clínicas prácticamente iguales a las de los pacientes bipolares (Abrams et al., 1976). Para efectuar el diagnóstico hay que tener en cuenta, como explicamos para el caso de los trastornos depresivos, si los síntomas psicóticos aparecen o han aparecido en el contexto de un episodio anímico, en cuyo caso es más probable que se trate de un trastorno anímico con características de gravedad psicótica.

### Ciclotimia

La ciclotimia se puede confundir con algunos trastornos de personalidad, en especial aquellos en los que también hay cambios de humor bruscos o frecuentes (personalidad histriónica, borderline, y antisocial) -Vázquez, Avia, y Ring (1990). Un elemento que suele ayudar a diferenciarlos es la presencia de factores bifásicos (oscilaciones depresión-hipomanía). En el caso de observarse estos cambios, es más probable que se trate de un caso de ciclotimia. Asimismo, algunos trastornos de personalidad

tienen algunas peculiaridades que hay que examinar cuidadosamente para hacer un diagnóstico adecuado. Por ejemplo, la denominada Personalidad histriónica se caracteriza por aspectos semejantes a los que pueden aparecer en un ciclotímico (humor oscilante, conducta impulsiva,...) pero en general suelen presentar más conductas de manipulación y, en el caso de que manifiesten haber padecido alucinaciones o delirios, esta información suele darse como una llamada de atención para el interlocutor.

Por último, quisiéramos insistir en el hecho de que el apartado general de los denominados «Trastornos del Estado de Animo» que estamos revisando en este capítulo no agota todas las posibilidades diagnósticas de cuadros con componentes anímicos depresivos y/o maníacos. En sistemas como el DSM-IV existen otras categorías diagnósticas en el citado apartado que se caracterizan por la presencia de síntomas anímicos significativos (Tabla 13).

---

INSERTAR TABLA 13

---

## 5.7. COMPLICACIONES

Como indicamos anteriormente, los trastornos bipolares -especialmente en los casos en los que hay manía- interfieren sobremanera con la vida de una persona. Las complicaciones laborales, familiares, y sociales pueden ser enormes. Sin embargo, el problema más preocupante es el de la alta tasa de mortalidad. El riesgo de suicidio es del 10% en los casos graves, y esta tendencia era aún mayor antes de la incorporación de los tratamientos modernos por litio (Cohen, 1992). Por otro lado, los bipolares pueden tener muchos problemas debidos a su capacidad de juicio disminuido en etapas maníacas. Esto les puede llevar a tomar decisiones impulsivas o nada realistas y a llevar a cabo acciones de alto riesgo para ellos o su familia.

---

## VI. RESUMEN DE ASPECTOS FUNDAMENTALES

La clasificación y descripción de los trastornos afectivos ha evolucionado extraordinariamente en los últimos veinte años en busca de una mayor precisión terminológica y una mejor agrupación de los diferentes síndromes observables en la clínica. De conceptos globales como “melancolía” o “trastornos maníaco-depresivos” hemos pasado a una concepción mucho más específica y clara de estos trastornos.

La distinción fundamental diagnóstica consiste, primero, en determinar si un cuadro afectivo tiene origen orgánico o no. Para averiguar esto normalmente nos valemos de la historia del problema (cuándo aparecieron los síntomas, si son paralelos con una posible enfermedad médica, etc.). A veces pueden emplearse pruebas diagnósticas de laboratorio para confirmar la sospecha de una enfermedad que pudiera ser la causa del cuadro afectivo. Descartada una causa orgánica concreta, debemos efectuar una importante decisión: Comprobar si se trata de un cuadro depresivo (Trastorno depresivo mayor o Distimia) o bien de un cuadro bipolar (Bipolar I, Bipolar II, o Ciclotimia). El criterio básico es comprobar si en la historia clínica presente o pasada del sujeto ha habido una fase maníaca o hipomaníaca. Si es así, se trata de un cuadro bipolar.

Esta distinción entre trastornos depresivos y trastornos bipolares surge desde los años 50 (K. Leonhard) y desde entonces numerosos estudios han validado suficientemente esta distinción. Existen diferencias entre ambos trastornos en términos de edad de comienzo, tasas sexuales, número de episodios, historia familiar, y respuesta al tratamiento. Otras dicotomías diagnósticas que han sido muy empleadas (e.g., trastornos afectivo psicóticos versus neuróticos, o trastornos endógenos versus reactivos) no han resultado útiles como modo de agrupar válidamente subtipos de pacientes.

Respecto a la epidemiología de estos trastornos, sólo desde hace pocos años se han efectuado estudios directamente en la población general. Aunque todos experimentamos ocasionalmente momentos de tristeza más o menos intensa, normalmente no llegamos a sufrir los síntomas completos e intensos de un trastorno depresivo. De hecho, los Trastornos depresivos afectan a un 8% de la población en el transcurso de sus vidas (aproximadamente un 4-5% sufren Trastornos depresivos mayores y un 3% sufre Trastornos distímicos). Los trastornos bipolares son mucho menos frecuentes y parece que, en general, afectan a un 1% de la población en el transcurso de sus vidas.

La evaluación de la depresión exige una doble aproximación. Por un lado hay que valorar la intensidad, gravedad, o frecuencia de los síntomas. Para esta primera aproximación dimensional existen multitud de escalas e instrumentos que pueden utilizarse en diferentes circunstancias. Pero esta evaluación no debe nunca sustituir a una aproximación categorial que determine (normalmente a través de entrevistas) si efectivamente se trata de un trastorno del estado de ánimo y, en su caso, del subtipo concreto (e.g., Episodio maníaco simple). En este mismo eje categorial hay que situar el diagnóstico diferencial. La presencia de síntomas completos de un episodio de depresión o de manía no implica automáticamente que el cuadro sea un trastorno anímico. Por el contrario, hay muchos cuadros (e.g., esquizofrenia, paranoia, trastorno esquizoafectivo, etc.) que son motivo de exclusión diagnóstica de los trastornos del estado de ánimo; asimismo, existen muchos cuadros que pueden parecer inicialmente trastornos afectivos (e.g., alcoholismo, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, etc.) pero un examen minucioso puede determinar si se trata o no, en realidad, de un trastorno primario del estado de ánimo o más bien de problemas anímicos que complican ese otro cuadro.

Por último, los trastornos del estado de ánimo pueden interferir extraordinariamente con la vida cotidiana de las personas afectadas. El caso más crítico es el del suicidio. Un porcentaje muy alto de los suicidas -o personas que intentan suicidarse- han padecido o padecen un trastorno depresivo o bipolar. Esto requiere que la evaluación detallada del suicidio sea un elemento indispensable en la valoración de cualquier paciente con estas características psicopatológicas.

## VII. TERMINOS CLAVE

Ciclador rápido: Característica que se puede añadir a los trastornos bipolares cuando en un periodo de 12 meses se pueden diagnosticar al menos 4 episodios (depresivos, maníacos, o hipomaníacos). Ver Nota 8.

Ciclotimia: Estado en el que aparecen periodos vitales con síntomas hipomaníacos y periodos con síntomas de depresión (sin que su gravedad llegue a ser la de un episodio depresivo mayor). Nunca ha habido un episodio maníaco.

Depresión atípica: Episodios depresivos que se caracterizan por síntomas “atípicos” (normalmente síntomas por exceso: hipersomnio, agitación, o aumento de apetito).

Depresión doble: Término empleado en protocolos de investigación -no en sistemas diagnósticos oficiales- para denotar condiciones en las que coexiste un trastorno depresivo mayor y un trastorno distímico.

Depresión endógena: Término inadecuado, por sus implicaciones etiológicas no demostradas, que se utiliza como sinónimo depresión melancólica.

Depresión mayor: Trastorno caracterizado por un episodio depresivo mayor, en el que nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco, y que no es un trastorno esquizofrénico o psicótico de otro tipo.

Depresión menor: Trastorno de una duración semejante al que define un episodio depresivo mayor, pero con una presencia menor de síntomas (no se especifican cuales). Es una propuesta del DSM-IV pero que no se ha hecho oficial en esta edición.

Depresión neurótica: Término inadecuado, por su imprecisión conceptual, cuyo significado más habitual es el de distimia.

Depresión psicótica: Cualquier episodio depresivo, se dé en un trastorno depresivo o en un trastorno bipolar, en el que aparezcan alucinaciones o delirios. No debe emplearse como sinónimo de depresión grave o con cualquier otro sentido que no sea éste puramente sintomatológico.

Depresión reactiva: Término inadecuado por su vaguedad. Se ha empleado indistintamente para designar depresiones neuróticas, debidas a estresores, o menos graves. La presencia detectable de un estresor causal de un trastorno anímico debería considerarse inicialmente dentro de la categoría de «Trastorno de ajuste».

Distimia: Estado de ánimo depresivo de larga duración (al menos dos años continuados) acompañado de otros síntomas propios del episodio depresivo mayor. El trastorno es menos intenso que el episodio depresivo mayor y no se trata de un estado de remisión parcial de un episodio depresivo.

Duelo normal: Reacción de abatimiento tras la muerte de un ser querido. No debe diagnosticarse como “trastorno depresivo” a no ser que: a) sea una reacción extraordinariamente grave o b) su intensidad cumpla todavía los criterios diagnósticos completos a los 2 meses desde la pérdida.

Episodio depresivo atípico. Cualquier episodio depresivo mayor (se dé en un Trastorno depresivo o en un Trastorno bipolar) en el que se observen síntomas que no son los más habituales en el típico paciente depresivo. Serían “atípicos” síntomas de naturaleza «inversa» (e.g., hipersomnio o aumento de peso/apetito), relaciones interpersonales difíciles de larga duración, y reactividad del estado de ánimo (es decir, mejora del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales) -ver Nota 6.

Episodio depresivo catatónico. Cualquier episodio depresivo mayor (se dé en un Trastorno depresivo o en un Trastorno bipolar) en el que se observen síntomas motores muy relevantes (estupor, agitación, ecolalia, negativismo, etc.) -ver Nota 6. También puede calificarse como catatónico un episodio maníaco.

Episodio depresivo mayor: Presencia durante al menos 2 semanas de intensa tristeza y/o anhedonia, acompañada de al menos cinco síntomas depresivos más. Debe interferir con la vida cotidiana de la persona y no se debe a una enfermedad médica ni a ingesta de sustancias. Puede estar presente en Trastornos depresivos y en Trastornos bipolares.

Episodio hipomaníaco: Presencia durante al menos 4 días de un estado de ánimo expansivo y/o irritable, acompañado de al menos tres síntomas maníacos más (e.g., actividad excesiva o disminución de la necesidad de dormir), que suponen un cambio apreciable en el modo de ser

---

habitual de esa persona. El episodio no llega a interferir con la vida cotidiana de la persona y no se debe a una enfermedad médica ni a ingesta de sustancias. Hay que excluir que se deba una enfermedad médica ni a ingesta de sustancias.

Episodio maníaco: Presencia durante al menos 1 semana de estado de ánimo expansivo y/o irritable, acompañado de al menos tres síntomas maníacos más (e.g., actividad excesiva o disminución de la necesidad de dormir). Debe interferir con la vida cotidiana de la persona y no se debe a una enfermedad médica ni a ingesta de sustancias. Hay que excluir que se deba una enfermedad médica ni a ingesta de sustancias.

Estado de ánimo deprimido: A veces se emplea el término “depresión” para describir esta situación de una elevada tristeza y abatimiento. Es un término inespecífico y un concepto aplicable a casi todas las situaciones de padecimiento psicológico (sea un “trastorno depresivo” o no).

Maníaco-depresivo: Término decimonónico que designaba estados de depresión graves. A veces se ha empleado para designar exclusivamente trastornos cíclicos. En la actualidad debería emplearse el término de Trastorno bipolar y especificar exactamente el subtipo.

Melancolía: Término hipocrático que designaba cualquier estado de inhibición generalizada (incluyendo la depresión). En su sentido más moderno se refiere a una depresión con síntomas más vegetativos y más anhedonia. No debe hacer referencia a supuestas causas probables (biológicas) del trastorno.

Recaída: Acentuación de los síntomas de una persona que todavía no se había recuperado totalmente de un episodio previo. Supone el agravamiento de una fase de la que aún no había mostrado plena recuperación.

Recuperación: Se considera que una persona muestra una recuperación total de un trastorno del estado de ánimo cuando permanece durante 6 meses sin mostrar signos o síntomas significativos del trastorno.

Recurrencia: Recaída de una persona que vuelve a mostrar un síndrome psicopatológico y que había pasado una fase de plena recuperación.

Trastorno afectivo primario: Trastorno afectivo en el que no hay una historia de enfermedades médicas o cuadros psicopatológicos que compliquen dicho trastorno.

Trastorno afectivo secundario: Trastorno afectivo en el que existen historias de enfermedades médicas o cuadros psicopatológicos que complican el cuadro afectivo y su manejo clínico. En su sentido original, el término no conlleva ningún supuesto causal.

Trastorno anímico estacional: Trastorno depresivo mayor recurrente o Trastorno bipolar que tengan una tendencia casi sistemática a aparecer periódicamente en ciertas épocas del año (e.g., otoño) y, asimismo, a disiparse en otras épocas (e.g., primavera). Ver Nota 8.

Trastorno bipolar: Trastorno del estado de ánimo en el que exista o haya existido alguna vez un episodio maníaco o hipomaníaco.

Trastorno anímico post-parto: Trastorno depresivo o Trastorno Bipolar cuyo inicio se haya producido en las 4 semanas inmediatas al parto. Ver Nota 8.

---

### **VIII. LECTURAS RECOMENDADAS**

Centrándonos exclusivamente en la literatura en lengua española, hemos seleccionado las siguientes lecturas que pueden servir para completar el contenido de este capítulo:

- Feighner, J.P. y Boyer, W.F. (Eds.). (1991). Diagnóstico de la depresión. NY: Wiley (Ed. especial en castellano de Labs. Beecham). (Orig. 1991). Interesantes aportaciones de última hora por algunos de los mejores investigadores del área. Pésima traducción que a veces hace ininteligible la lectura.
- Hirschfeld, R. y Goodwin, F.K. (1989). Trastornos del estado de ánimo. En J.A. Talbott, R.E. Hales, y S.C. Yudofsky (Eds.), Tratado de Psiquiatría (pp. 401-438). Barcelona: Ancora. (Original de 1988). Ofrecen una apretada síntesis de los trastornos del estado de ánimo siguiendo los desarrollos del DSM-III. Didáctico y claro.
- Jackson, S.W. (1989). Historia de la melancolía y la depresión: Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna. Madrid: Turner. (Orig. 1986). Una apasionante y erudita descripción histórica de la evolución del concepto de melancolía y depresión, con temas afines como la licanthropia (hombres-lobo), la melancolía amorosa, la nostalgia, y el duelo.
- Paykel, E.S. (1985). Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid: Pirámide. (Orig. 1982). Es aún uno de los mejores manuales generales disponibles en castellano, con contribuciones de algunos de los autores clave (Weissman, Winokur, Perris, Hamilton, Goodwin,...). Para lecturas más especializadas.
- Polaino, A. (1988). (Ed.). Las depresiones infantiles. Madrid: Morata. Un extenso libro que recoge el estado actual de las depresiones infantiles, especialmente en el área epidemiológica. Tiene una utilidad añadida pues se da información técnica -y en algunos casos se adjunta la reproducción- de muchas escalas para evaluar síntomas depresivos en la infancia.
- Styron, W. (1991). Esa visible oscuridad. Madrid: Mondadori. (Orig. 1990). Breve e intenso relato autobiográfico de cómo el escritor William Styron experimenta un episodio depresivo grave. Algo ingenuo psicológicamente pero profundamente conmovedor.
- Wolman, B.B. y Striker, G. (1993). Trastornos depresivos. Hechos, teorías, y métodos de tratamiento. Barcelona: Ancora. (Orig. 1990). Este reciente manual cuenta con la colaboración de reconocidos expertos (entre los que se encuentran Rehm, Weissman, Klerman, Gotlib, y el propio Beck), pero las contribuciones son muy desiguales. Tiene la ventaja de ser una de las escasas fuentes en castellano donde se puede encontrar una exposición de las terapias interpersonales, las teorías psicosociales y, por ejemplo, una amplia revisión de métodos de evaluación y entrevista.

---

### IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akiskal, H.S. (1983). Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. American Journal of Psychiatry, *137*, 1084-1087.
- Akiskal, H.S., Bitar, A.H., Puzantian, V., Rosenthal, T., y Parks, W.W. (1978). The nosological status of neurotic depression. Archives of General Psychiatry, *35*, 756-766.
- Akiskal, H.S., Downs, J., Jordon, P. et al. (1985). Affective disorders referred in children and younger siblings of manic-depressives. Archives of General Psychiatry, *42*, 996-1003. Amenson & Lewisohn, 1981
- Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M., & Yerevania, B.I. (1983). The relationship of personality to affective disorders: A critical review . Archives of General Psychiatry, *40*, 801-810.
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual-III. Washington: American Psychiatric Press. (Trad. en Ed. Masson, 1984).
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual-III-Revised. Washington: American Psychiatric Press. (Trad. en Ed. Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). DSM-IV Draft Criteria (March, 1993). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Andreasen, N.C. (1985). Conceptos, diagnóstico, y clasificación. En E.S. Paykel (Ed.), Psicopatología de los trastornos afectivos (pp. 50-82). Madrid: Pirámide. (Original de 1982).
- Andreasen, N.C., Grove, W.M., Endicott, J., Coryell, W.H., Scheftner, W.A., Hirschfield, R.M., & Keller, M.B. (1988). The phenomenology of depression. Psychiatry & Psychobiology, *3*, 1-10.
- Barnett, P.A. & Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. Psychological Bulletin, *104*, 97-126.
- Bayer, S.J., & Spitzer, R.L. (1985). Neurosis, psychodynamics, and DSM-III. A history of the controversy. Archives of General Psychiatry, *42*, 187-199.
- Beck, A., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, E. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclé de Brower. (Original de 1979).
- Beck, A.T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press. (Trad. española en Lab. Merck Sharp, México, 1980).
- Bech, P., Bolwig, T.G., Kramp, P. & Rafaelsen, O.J. (1975). The Bech-Rafaelsen Manía Scale and the Hamilton Depression Rating Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, *59*, 420-430.
- Belsher, G. & Costello, C.G. (1988). Relapse after recovery from unipolar depression: A critical review. Psychological Bulletin, *104*, 84-96.
- Benjaminsen, S.(1981). Primary nonendogenous depression and features attributed to reactive depression. Journal of Affective Disorders, *3*, 245-259.

- 
- Blehar, M.C. (1988). Family and genetic studies of affective disorders. Archives of General Psychiatry, 45, 1039-1046.
- Boyd, J. & Weissman, M. (1981). Epidemiology of affective disorders. Archives of General Psychiatry, 38, 289.
- Boyd, J. & Weissman, M. (1985). Epidemiología. En E.S. Paykel (Ed.), Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid: Pirámide. (Original: 1982).
- Brown, G. (1989). Depression: A radical social perspective. En K. Herbst y E. Paykel (Eds.), Depression: an integrative approach (pp. 21-44). Oxford: Heinemann Medical Books.
- Brown, G.W. y Harris, T. (1978). The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. New York: Macmillan.
- Buendía, J. (1993). Estrés y depresión. En J. Buendía (Ed.), Estrés y psicopatología (pp. 97-112). Madrid: Pirámide.
- Burke, J.D. y Regier, D.A. (1989). Epidemiología de los trastornos mentales. En J.A. Talbott, R.E. Hales, y S.C. Yudofsky (Eds.), Tratado de Psiquiatría (pp. 67-90). Barcelona: Ancora. (Original de 1988).
- Cancro, R. (1985). Overview of affective disorders. En H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, IV. (Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.
- CIE-10 (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor. (Orig. 1992).
- Clayton, P.J. (1986). Prevalence and course of affective disorders. En A.J. Rush & K.Z. Altshuler (Eds.), Depression: Basic mechanisms, diagnosis, and treatment. New York: Guilford Press.
- Cohen, B.M. (1992). Trastorno bipolar. En S.E. Hyman y M.A. Jenike (Eds), Manual de problemas clínicos en Psiquiatría. Barcelona: Masson-Salvat.
- Coryell, W. & Winokur, G. (1985). Evolución y desenlace. En E.S. Paykel (Ed.), Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid: Pirámide. (Original: 1982).
- Costello, C. (1993). The advantages of the symptom approach to depression. En C. Costello (Ed.), Symptoms of depression (pp. 1-22). NY: John Wiley.
- Coyne, J. C. (1986). Ambiguity and controversy: An introduction. En J. C. Coyne (Ed.), Essential papers on depression. New York: New York University Press.
- Depue, R. & Monroe, S. (1978). The unipolar-bipolar distinction in depressive disorders. Psychological Bulletin, 85, 1001-1029.
- Depue, R.A., Slater, J., Wolfstetter, H. et al. (1981). Behavioral paradigm for identifying persons at risk for bipolar depressive disorder: a conceptual framework and five validation studies. Journal of Abnormal Psychology, 90, 381-437.
- Dubovsky, S.L. (1990). Understanding and treating depression in anxious patients. Journal of Clinical Psychiatry, 51, 10 (Supl.), 3-8.
- Fawcett, J. (1990). Targeting treatment in patients with mixed symptoms of anxiety and depression. Journal of Clinical Psychiatry, 51, 11 (Supl.), 40-43.
- Gilbert, P. (1992). Depression: The evolution of powerlessness. Hillsdale, NJ: LEA.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1992). Common mental disorders: A bio-social model. London: Routledge.

- 
- Gonzales, L.R., Lewinsohn, R.M., y Clarke, G.M. (1985). Longitudinal follow-up of unipolar depressives: An investigation of predictors of relapse. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 461.
- Goodwin, D.W. y Guze, S.B. (1989). Psychiatric diagnosis (4th. ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Guze, S.B. y Robins, E. (1970). Suicide in primary affective disorders. British Journal of Psychiatry, 117, 437-438.
- Hartlage, S., Alloy, L., & Vázquez, C. (1993). Automatic and effortful processing in depression. Psychological Bulletin, 2, 247-278.
- Heiby, E. y García-Hurtado, J. (1994). Evaluación de la depresión. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), Evaluación conductual hoy (pp. 388-425). Madrid: Pirámide.
- Hirschfeld, R. y Goodwin, F.K. (1989). Trastornos del estado de ánimo. En J.A. Talbott, R.E. Hales, y S.C. Yudofsky (Eds.), Tratado de Psiquiatría (pp. 401-438). Barcelona: Ancora. (Original de 1988).
- Hirschfeld, R.M. & Cross, C.K. (1982). Epidemiology of affective disorders: psychosocial risk factors. Archives of General Psychiatry, 39, 35-46.
- Hirschfeld, R.M., Klerman, G.L., y Keller, M. (1986). Personality of recovered patients with bipolar affective disorder. Journal of Affective Disorders, 11, 81-89.
- Jackson, S.W. (1986). Melancholia and depression: From Hippocratic times to modern times. New Haven: Yale University Press. (Trad. en 1989, Madrid: Turner).
- Kathol, R.G. (1985). Depression associated with physical disease. En E.E. Beckman & W.R. Leber (Eds.), Handbook of depression: Treatment, assessment, and research. (pp. 745-762). Chicago: The Dorsey Press.
- Keller, M. y Wunder, J. (1992). Trastornos depresivos. En S.E. Hyman y M.A. Jenike (Eds.), Manual de problemas clínicos en Psiquiatría. Barcelona: Masson-Salvat.
- Keller, M.B., Shapiro, R.W., Lavori, P.W. et al. (1982). Recovery in major depressive disorder: Analysis with the life table and regression models. Archives of General Psychiatry, 39, 905-910.
- Kendell, R.E. (1976). The classification of depression: A review of contemporary confusion. British Journal of Psychiatry, 117, 261-266.
- Kendell, R.E., & Gourlay, J. (1970). The clinical distinction between psychotic and neurotic depressions. British Journal of Psychiatry, 117, 257-266.
- Klerman, G. L. (1987). Cognitive dysfunction, vulnerability, and integrating theories of depression. Integrative Psychiatry, 5, 32-35.
- Klerman, G. L. (1987). Cognitive dysfunction, vulnerability, and integrating theories of depression. Integrative Psychiatry, 5, 32-35.
- Klerman, G. L. (1988). Depression and related disorders of mood (Affective disorders). En A.M. Nicholi (Ed.), The New Harvard Guide of Psychiatry. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Klerman, G.L. y Weissman, M. (1986). The interpersonal approach to understanding depression. En G.L. Klerman y T. Millon (Eds.), Contemporary directions in Psychopathology. Towards the DSM-IV. New York: Guilford.

- 
- Klerman, G.L. y Weissman, M.M. (1989). Increasing rates of depression. Journal of the American Medical Association, 261, 229-235.
- Klerman, G.L., Endicott, J., Spitzer, R.L., & Hirschfeld, R.M. (1979). Neurotic depressions: A systematic analysis of multiple criteria and meanings. American Journal of Psychiatry, 136, 57-61.
- Kraepelin, E. (1988/1905). Introducción a la clínica psiquiátrica. Madrid: Ediciones Nieva.
- Lanzik, M. y Beckmann, H. (1991). Aspectos históricos de los trastornos afectivos. En J.P. Feighner y W.F. Boyer (Eds.), Diagnóstico de la depresión. NY: Wiley (Ed. especial en castellano de Labs. Beecham).
- Leber, W.R., Beckham, E.E., & Danker-Brown, P. (1985). Diagnostic criteria for depression. En E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds.), Handbook of depression. Treatment, assessment, and research. Homewood, Illinois: Dorsey.
- Matt, J., Vázquez, C., & Campbell, K. (1992). Mood-congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 2, 227-256.
- Mendlewicz, J. (1985). Genetic research in depressive disorders. En E.E. Beckman & W.R. Leber (Eds.), Handbook of depression: Treatment, assessment, and research. (pp. 795-815). Chicago: The Dorsey Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. Psychological Bulletin, 101, 259-282.
- Paykel, E.S. (1979). Recent life events in the development of depressive disorders. En R.A. Depue (Ed.), The psychobiology of the depressive disorders. New York: Academic Press.
- Paykel, E.S. (1985). Sucesos críticos y entorno del paciente durante la infancia. En E.S. Paykel (Ed.), Psicopatología de los trastornos afectivos (pp. 236-261). Madrid: Pirámide. (Original de 1982).
- Perris, C. (1985). La distinción entre los desórdenes afectivos unipolares y bipolares. En E.S. Paykel (Ed.), Psicopatología de los trastornos afectivos (pp. 83-105). Madrid: Pirámide. (Original de 1982).
- Perris, C. (1987). Towards an integrating theory of depression focusing on the concept of vulnerability. Integrative Psychiatry, 5, 27-32.
- Perry, S.W. y Markowitz, J. (1989). Trastornos mentales orgánicos. En J.A. Talbott, R.E. Hales, y S.C. Yudofsky (Eds.), Tratado de Psiquiatría (pp. 279-310). Barcelona: Ancora. (Original de 1988).
- Post, R.M. & Uhde, T.W. (1987). Clinical approaches to treatment-resistant bipolar illness. En R.E. Hales & A.J. Frances (Eds.), Psychiatry update: American Psychiatric Association Annual Review. Vol. 6. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Reifler, B.V., Larson, E., & Teri, L. (1986). Dementia of the Alzheimer's type and depression. Journal of the American Geriatric Society, 34, 855-859.
- Riskind, J.H., Beck, A.T., Brown, G. & Steer, R.A. (1987). Taking the measure of anxiety and depression. Validity of the reconstructed Hamilton Scales. The Journal of Nervous & Mental Diseases, 175, 474-479.

- 
- Robins, L.N. (1989). Diagnostic grammar and assessment: Translating criteria into questions. Psychological Medicine, *19*, 57-68.
- Roth, M. & Mountjoy, C.Q. (1985). La distinción entre los estados de ansiedad y los trastornos afectivos. En E.S. Paykel (Ed.), Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid: Pirámide. (Original: 1982).
- Roy, A. (1987). Five risk factors for depression. British Journal of Psychiatry, *150*, 536-541.
- Rush, A.J. (1986). Diagnosis of affective disorders. En A.J. Rush & K.Z. Altshuler (Eds.), Depression: Basic mechanisms, diagnosis, and treatment. New York: Guilford Press.
- Rush, A.J. (1990). Problems associated with the diagnosis of depression. Journal of Clinical Psychiatry, *51*, 6 (Supl.), 15-22.
- Santos, J.L. & de Dios, C. (1990). Trastornos del estado de ánimo (I): Aspectos biológicos. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.), Psicología médica, Psicopatología, y Psiquiatría. (Vol. 2) (pp. 935-962). Madrid: McGraw Hill.
- Schwartz, A. y Schwartz, R. (1993). Depression. Theories and treatments. NY: Columbia University Press.
- Shaw, B.F., Vallis, T. M., & McCabe, S.B. (1985). The assessment of the severity and symptom patterns in depression. En E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds.), Handbook of depression. Treatment, assessment, and research. Homewood, Illinois: Dorsey.
- Smith, A.L. y Weissman, M.M. (1991). Epidemiología de los trastornos depresivos: Perspectivas nacionales e internacionales. En J.P. Feighner y W.F. Boyer (Eds.), Diagnóstico de la depresión. NY: Wiley (Ed. especial en castellano de Labs. Beecham).
- Snaith, P. (1991). Nosology and neurosis. En A. Kerr y H. McClelland (Eds.), Concepts of mental disorder (pp. 129-142). London: Royal College of Psychiatrists.
- Snaith, P. (1992). Clinical neurosis (2nd. edit.). Oxford: Oxford University Press.
- Thase, M.E. (1990). Relapse and recurrence in unipolar major depression: Short-term and long-term approaches. Journal of Clinical Psychiatry, *51*, 6 (Supl.), 51-57.
- Tyrer, P. (1992). Clasificación de las neurosis. Madrid: Díaz de Santos. (Orig.: 1989).
- Tyrer, P. y Shopsin, B. (1985). Síntomas y exploración de la manía. En E.S. Paykel (Ed.), Psicopatología de los trastornos afectivos (pp. 236-261). Madrid: Pirámide. (Original de 1982).
- Vallejo, J. y Gastó, C. (1990). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Salvat.
- Vázquez, C. (1986). Escalas evaluadoras de la depresión: Limitaciones conceptuales y metodológicas. Revista de Psicología General y Aplicada, *41*, 101-113.
- Vázquez, C. (1990a). Sistemas de clasificación en Psicopatología. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.), Psicología médica, Psicopatología, y Psiquiatría. (Vol. 2) (pp. 679-708). Madrid: McGraw Hill.
- Vázquez, C. (1990b). Trastornos del sueño. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.), Psicología médica, Psicopatología, y Psiquiatría. (Vol. 2) (pp. 655-678). Madrid: McGraw Hill.

- 
- Vázquez, C. (1990c). Trastornos del estado de ánimo (I): Aspectos clínicos. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.), Psicología médica, Psicopatología, y Psiquiatría. (Vol. 2) (pp. 901-934).Madrid: McGraw Hill.
- Vázquez, C. (en prensa). Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (Ed.), Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: CEPE.
- Vázquez, C., Avia, M.D., y Ring, J. (1990). Trastornos de personalidad. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.), Psicología médica, Psicopatología, y Psiquiatría. (Vol. 2) (pp. 771-805).Madrid: McGraw Hill.
- Vázquez, C., Crespo, M., y Ring, J. (en prensa). Estrategias de afrontamiento. En J. Guimón, G. Berrios y A. Bulbena (Eds.), Medición en Psiquiatría. Barcelona: Salvat.
- Vázquez, C., y Lozoya, G. (1993, en prensa). Trastornos anímicos en las personas de edad: Epidemiología, evaluación, y diagnóstico diferencial. En J. Buendía (Ed.), Psicología de la salud y envejecimiento. Madrid: Siglo XXI
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos tericos. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), Manual de Psicopatología, Vol. 2 (717-784). Valencia: Promolibro.
- Vázquez-Barquero, J.L. Díez, J.F., Pena, C., Aldama, J., Samaniego, C., Menéndez, J., y Mirapeix, C. (1987). A community mental health survey in Cantabria: a general decription of morbidity. Psychological Medicine, 17, 227-241.
- von Zerssen, D. (1985). Personalidad y desórdenes afectivos. En E.S. Paykel (Ed.), Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid: Pirámide. (Original: 1982).
- Weissman, M.M. (1986). Understanding the clinical heterogeneity of depression using family data. Archives of General Psychiatry, 43, 430.
- Weissman, M.M. (1991). The affective disorders: bipolar disorder and major depression. En A. Kerr y H. McClelland (Eds.), Concepts of mental disorder (pp. 103-111). London: Royal College of Psychiatrists.
- Weissman, M.M., y Boyd, J.H. (1985). Affective disorders: Epidemiology. En H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, IV. (Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Weissman, M.M., Leaf, P.J., Bruce, M.L., y Florio, L. (1988). Affective disorders in five communities. Psychological Medicine, 18, 141-153.
- Whybrow, P.C., Akiskal, H.S., & McKinney, W.T. (1984). Mood disorder: Toward a new psychobiology. New York: Plenum.

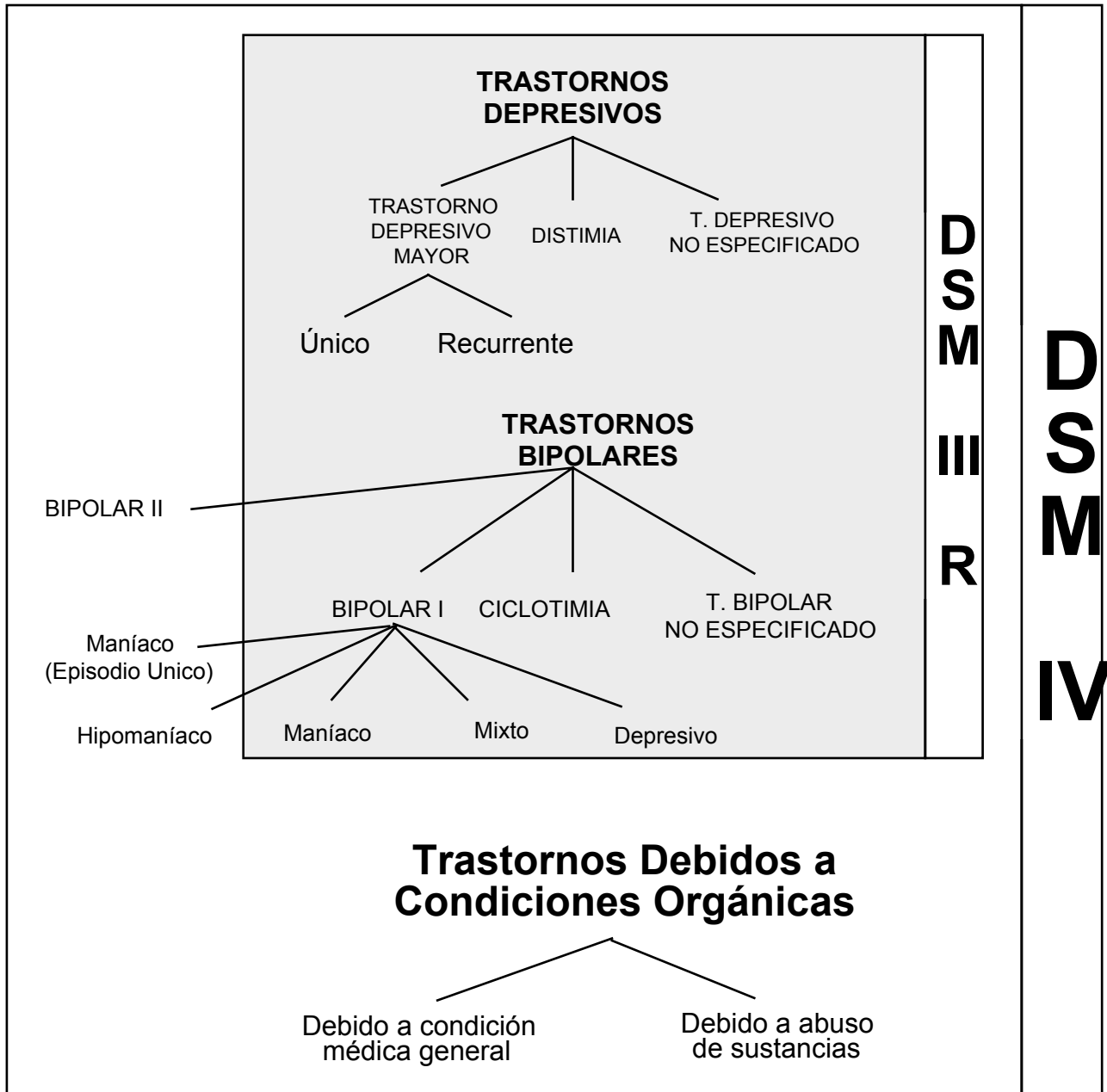


FIGURA 2. Comparación entre el esquema diagnóstico DSM-III-R (APA, 1987) y DSM-IV (APA, 1994).

	<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	<b>TRASTORNOS BIPOLARES</b>
<b><u>Características personales y familiares</u></b>		
Historia de manía o hipomanía	NO	SI
Historia familiar	Unipolar	Unipolar y bipolar
Riesgo de trastornos anímicos en familiares	Más bajo	Más alto
Existencia de 2 o 3 generaciones familiares con historia de trastornos anímicos	Infrecuente	Frecuente
Personalidad premórbida especial	NO	¿Ciclotímica? ¿Obsesiva?
<b><u>Epidemiología</u></b>		
Porcentaje sobre el total de Trastornos del Estado de Ánimo	90%	10%
Edad media de comienzo	35 años	20 años
Mujeres/Hombres	2/1	1/1
Prevalencia vital		
mujeres	7-8%	1%
hombres	2-4%	1%
Prevalencia de 6 meses		
mujeres	3-4%	0.5%
hombres	1-2%	0.5%
Incidencia anual (casos nuevos)		
mujeres	250/100.000 hab.	30/100.000 hab.
hombres	100/100.000 hab.	30/100.000 hab.
<b><u>Historia natural</u></b>		
Número medio de episodios vitales	4-5	8-9
Duración media del episodio (meses)	8	4
Porcentaje vital de recaídas	75%	90%
Recaídas en el primer año	30%	?
Cronicidad media	10%-15%	25%
Fracaso matrimonial	Menos frecuente	Más frecuente
Episodios post-parto	Menos común	Más común
Riesgo de suicidio	Menor	Mayor
<b><u>Respuesta terapéutica</u></b>		
Terapia cognitiva-conductual	Buena	?
Tricíclicos	Buena	Menos buena, puede cambiar a hipomanía
Litio	Sin efecto agudo, aunque de efecto profiláctico en casos especiales	Efecto antidepresivo moderado, pero intenso efecto antimaniaco; buen efecto profiláctico

**TABLA 1.** Características diferenciadoras de los trastornos depresivos y los bipolares. (Adaptado de Whybrow, Akiskal, y McKinney, 1984; Tyrer y Shopsin, 1985; y Vázquez y Sanz, 1991).

## **EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (DSM-IV)**

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

- 1) Estado de ánimo deprimido.
- 2) Disminución del placer o interés en cualquier actividad.
- 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 o toma de decisiones
- 9) Ideas recurrentes de muerte o de suicidio.

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

**C.** No debido a medicamentos, drogas, o una condición médica general (e.g., hipotiroidismo).

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

**(ESPECIFICAR** Gravedad y si es Episodio Único o Recurrente)

---

**TABLA 2.** Características básicas del Episodio Depresivo Mayor según el DSM-IV (APA, 1994).

## **EPISODIO DEPRESIVO MAYOR MELANCÓLICO**

### **(DSM-IV)**

- A.** Durante el periodo peor del episodio actual: a) Pérdida de placer generalizada o b) Falta de reactividad ante estímulos positivos
- B.** Presencia de al menos TRES de los siguientes síntomas:
- 1) Cualidad diferente del estado de ánimo.
  - 2) Normalmente peor por las mañanas.
  - 3) Insomnio tardío.
  - 4) Retardo o agitación psicomotoras.
  - 5) Anorexia significativa o pérdida de peso.
  - 6) Culpa excesiva o inapropiada.
- 

**TABLA 3.** Características básicas del Episodio Depresivo Mayor Melancólico según el DSM-IV (APA, 1994).

## **TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO (DSM-IV, 1994)**

### **Trastornos depresivos**

Trastorno depresivo mayor (Episodio único)

Trastorno depresivo mayor (Recurrente)

Trastorno distímico

Trastorno depresivo no especificado en otro lugar (NE)

### **Trastornos bipolares**

Trastorno Bipolar I

Trastorno Bipolar II

Trastorno Ciclotímico

Trastorno Bipolar NE

### **Trastornos anímico debido a Condición Médica General**

### **Trastornos anímico Inducido por Sustancias**

### **Trastorno anímico NE**

**TABLA 4.** Organización de las principales categorías diagnósticas de los «Trastornos del estado de ánimo» (DSM-IV, 1994).

## TRASTORNO DISTÍMICO (DSM-IV)

- A.** Estado de ánimo deprimido durante prácticamente todo el día, y más días presente que ausente, durante al menos DOS AÑOS.
- B.** Presencia de al menos TRES de los siguientes síntomas, que acompañan ese estado de ánimo:
  - 1) Baja autoestima, autoconfianza, o sentimientos de inadecuación.
  - 2) Pesimismo, desesperación, o desesperanza.
  - 3) Pérdida generalizada de interés o placer.
  - 4) Aislamiento social.
  - 5) Fatiga o cansancio crónicos.
  - 6) Sentimientos de culpa o de repaso del pasado.
  - 7) Sensación de irritabilidad o ira excesivas
  - 8) Eficacia general disminuida.
  - 9) Problemas de concentración, memoria, o indecisión.
- C.** Durante esos dos años, no ha habido un periodo de más de 2 MESES libre de los síntomas de A y de B.
- D.** En los 2 primeros años del trastorno no hubo un Episodio Depresivo Mayor, de modo que el trastorno no puede considerarse un Trastorno Depresivo Mayor crónico o en remisión parcial.
- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
- F.** No ocurre exclusivamente en el curso de un trastorno psicótico como Esquizofrenia o Trastorno Delirante.
- G.** No debido a medicamentos, drogas, o una condición médica general.

**ESPECIFICAR** si es de Inicio Temprano (antes de los 21 años) o Tardío (después de los 21).

---

**TABLA 5.** Características básicas de la Distimia según el DSM-IV (APA, 1994).

- 1) Trastorno bipolar
  - 2) Antecedentes de cronicidad previa.
  - 3) Número de episodios previos.
  - 4) Gravedad del episodio inicial.
  - 5) Mala respuesta al tratamiento agudo.
  - 6) Comienzo tardío del primer episodio.
  - 7) Mayor edad.
  - 8) Pocas semanas o meses desde el último episodio.
  - 9) Presencia de estresores psicosociales crónicos.
  - 10) Presencia de distorsiones cognitivas no tratados.
- 

**TABLA 6.** Factores que incrementan la probabilidad de la recurrencia y/o recaidas en la depresión (basado en Hirschfeld y Goodwin, 1989; Thase, 1990; Angst, 1992; Greden, 1992; Keller y Wunder, 1992).

ESTUDIO	Fecha de realización	Sujetos	DEPRESIÓN MAYOR		TRASTORNOS BIPOLARES		DISTIMIA	Referencia principal
			PREVALENCIA A a 6 meses	PREVALENCIA A VITAL	PREVALENCIA a 6 meses	PREVALENCIA VITAL	PREVALENCIA VITAL	
USA (E.C.A.)	1980-83	18.572	2.2	4.4	0.9	1.2	3.0	Weissman et al. (1988a,b)
Edmonton (Canadá)	1983	3.258	3.2	8.6	0.1	0.2	3.7	Bland et al. (1988a,b,c)
Puerto Rico	1984	1.551	3.0	4.6	0.4	0.5	4.7	Canino et al. (1987)
Taiwan	1982	11.004	----	0.9	0.1	0.2	0.9	Hwu et al. (1989)
Seúl (Corea)	1984	5.100	----	3.4	----	0.4	2.2	Lee et al. (1987)
Nueva Zelanda	1986	1.498	5.3	12.6	----	----	----	Joyce et al. (1990)

**TABLA 7.** Datos de prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor, la Distimia, y los Trastornos Bipolares en estudios efectuados en diferentes países con métodos semejantes: entrevistas estructuradas y criterios DSM-III. (Basado en Smith y Weissman, 1991).

---

**SINTOMAS MANÍACOS\***

---

**Efectos de sustancias**

L-dopa  
Benzodiazepinas  
Antidepresivos  
Alucinógenos (LSD, mescalina, cocaína, psilocibina)  
Anticonvulsivos  
Anticolinérgicos (Artane, Akinetón)  
Aminas simpatomiméticas(dexedrina, metilfenidato).

**Condiciones neurológicas**

Tumores (meningioma, glioma diencefálico)  
Infecciones (encefalitis postviral, gripe).  
Epilepsia  
Parálisis general (Lúes)  
Esclerosis múltiple  
Demencias  
Confusión postraumática

**Condiciones metabólicas y endocrinas**

Estados postoperatorios  
Hemodiálisis  
Hipertiroidismo  
Enfermedades de Cushing y de Addison.

**Otras condiciones**

Síndrome de postaislamiento.

---

**SINTOMAS DEPRESIVOS\*\***

---

**Efectos de sustancias**

Plomo  
Mercurio  
Antihipertensivos  
Betabloqueantes  
Hormonas (estrógenos, progesterona)  
Alcohol  
Antiparkinsonianos  
Corticosterooides (cortisona)  
Antineoplásicos  
Antituberculínicos

**Condiciones neurológicas**

Epilepsia  
Parkinson  
Demencias degenerativas  
Hidrocefalia normotensa  
Hemorragias subaracnoideas  
Enfermedad de Huntington  
Procesos expansivos

**Condiciones metabólicas y endocrinas**

Porfiria  
Hipo-hipertiroidismo  
Enfermedades de Cushing y de Addison.  
Déficit de vitamina B<sub>12</sub>  
Déficit de ácido fólico

**Enfermedades incapacitantes**

Todas

**Infecciones**

Gripe  
Neumonías virales  
Mononucleosis  
Hepatitis vírica  
Abscesos hepáticos  
Sífilis

**Enfermedades autoinmunes**

Lupus sistémico  
Reumas

**Cánceres**

Páncreas, gastrointestinal, renal, hipófisis,

**Otras**

Anemia  
Colitis ulcerosa

---

**TABLA 8.** Algunas condiciones médicas que pueden causar secundariamente síntomas afectivos maníacos o depresivos (Vázquez, 1990c).

\*Adaptado y ampliado de Keller (1987)

\*\*Adaptado y ampliado de Rush (1986)

### **DEPRESIÓN MAYOR**

1. Trastornos de ansiedad (fobias, pánico, agorafobias, obsesiones).
2. Reacciones normales de duelo.
3. Trastornos de ajuste con estado de ánimo deprimido.
4. Trastornos del sueño (insomnios, narcolepsia, apneas nocturnas, etc.).
5. Trastornos esquizofrénicos (en especial esquizoafectivos de tipo depresivo).
6. Anorexia nervosa; bulimia.
7. Quejas somáticas vagas (¿Hipocondría?).
8. Demencia y pseudodemencia.
9. Trastornos sexuales.

### **TRASTORNOS BIPOLARES**

1. Depresión con rasgos psicóticos (delirios o alucinaciones).
2. Trastornos de personalidad (antisocial, límite, e histriónica).
3. Ingesta de sustancias (estimulantes, esteroides, y alcohol).
4. Trastornos esquizofrénicos (en especial esquizoafectivos de tipo maníaco).

**TABLA 9.** Síndromes clínicos que pueden confundirse con un diagnóstico de Depresión Mayor o de Trastorno Bipolar. (Basado en Rush, 1990; Vázquez y Sanz, 1991; Cohen, 1992).

## EPISODIO MANÍACO (DSM-IV)

- A.** Periodo preciso y persistente con estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo, o irritable durante 1 SEMANA (o de cualquier duración si ha necesitado HOSPITALIZACIÓN).
- B.** TRES de los siguientes síntomas (o cuatro si el estado de ánimo era 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, etc.).
  - 7) Actividades de alto riesgo potencial (e.g., negocios absurdos).
- C.** Problemas en el funcionamiento cotidiano, o requiere hospitalización para impedir daños propios o ajenos.
- D.** No debido a medicamentos, drogas, o una condición médica general (e.g., hipertiroidismo).

**(ESPECIFICAR Gravedad)**

---

**TABLA 10.** Características básicas del Episodio Maníaco según el DSM-IV (APA, 1994).

## **EPISODIO HIPOMANÍACO (DSM-IV)**

- A.** Periodo preciso y persistente con estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo, o irritable a lo largo de 4 DIAS.
  - B.** TRES de los siguientes síntomas durante ese periodo (o cuatro si el estado de ánimo era 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, etc.)
    - 7) Actividades de alto riesgo potencial (e.g., 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 hay síntomas psicóticos.
  - F.** No debido a medicamentos, drogas, o una condición médica general (e.g., hipertiroidismo).
- 

**TABLA 11.** Características básicas del Episodio Hipomaniaco según el DSM-IV (APA, 1994).

## **TRASTORNO CICLOTÍMICO (DSM-IV)**

- A.** Numerosos periodos con síntomas hipomaniacos (véase la Tabla 11) y numerosos periodos con estado de ánimo deprimido o pérdida de placer (pero sin llegar nunca a satisfacer los criterios de Episodio depresivo mayor), durante al menos 2 años.
- B.** Durante esos dos años, no ha habido un periodo 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 maniaco.
- E.** Los síntomas de A no son explicables por un trastorno psicótico como Esquizofrenia o Trastorno Delirante.
- F.** No debido a medicamentos, drogas, o una condición médica general.

---

**TABLA 12.** Características básicas de la Ciclotimia según el DSM-IV (APA, 1994).

- 1) Demencias con estado de ánimo deprimido
  - 2) Abuso de sustancias con trastorno anímico.
  - 3) Abuso de alcohol con trastorno anímico.
  - 4) Trastorno de ajuste con estado de ánimo deprimido.
  - 5) Trastorno de ajuste con estado de ánimo mixto deprimido y ansioso.
  - 6) Duelo.
- 

**TABLA 13.** Trastornos o condiciones con componentes anímicos que no son incluidos dentro de la sección de Trastornos del Estado Ánimo (DSM-IV, APA, 1994).

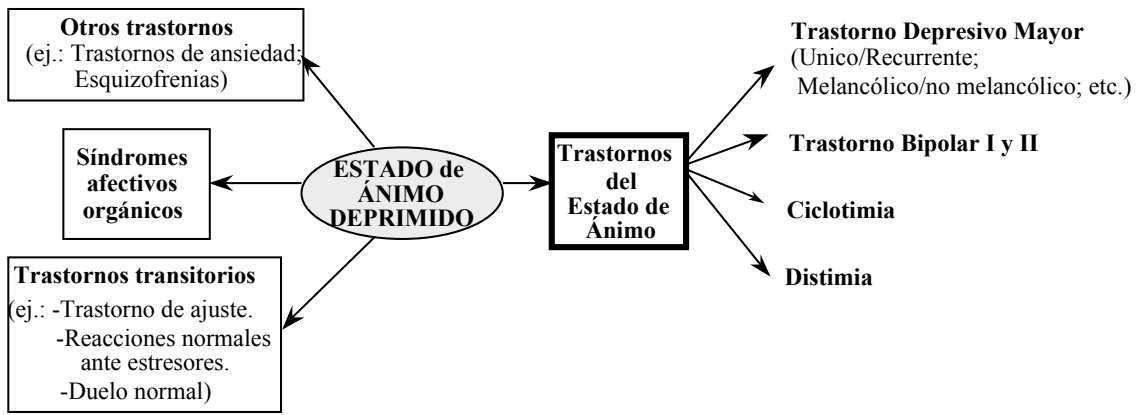


FIGURA 1. Diagnóstico diferencial de la tristeza o estado de ánimo deprimido.

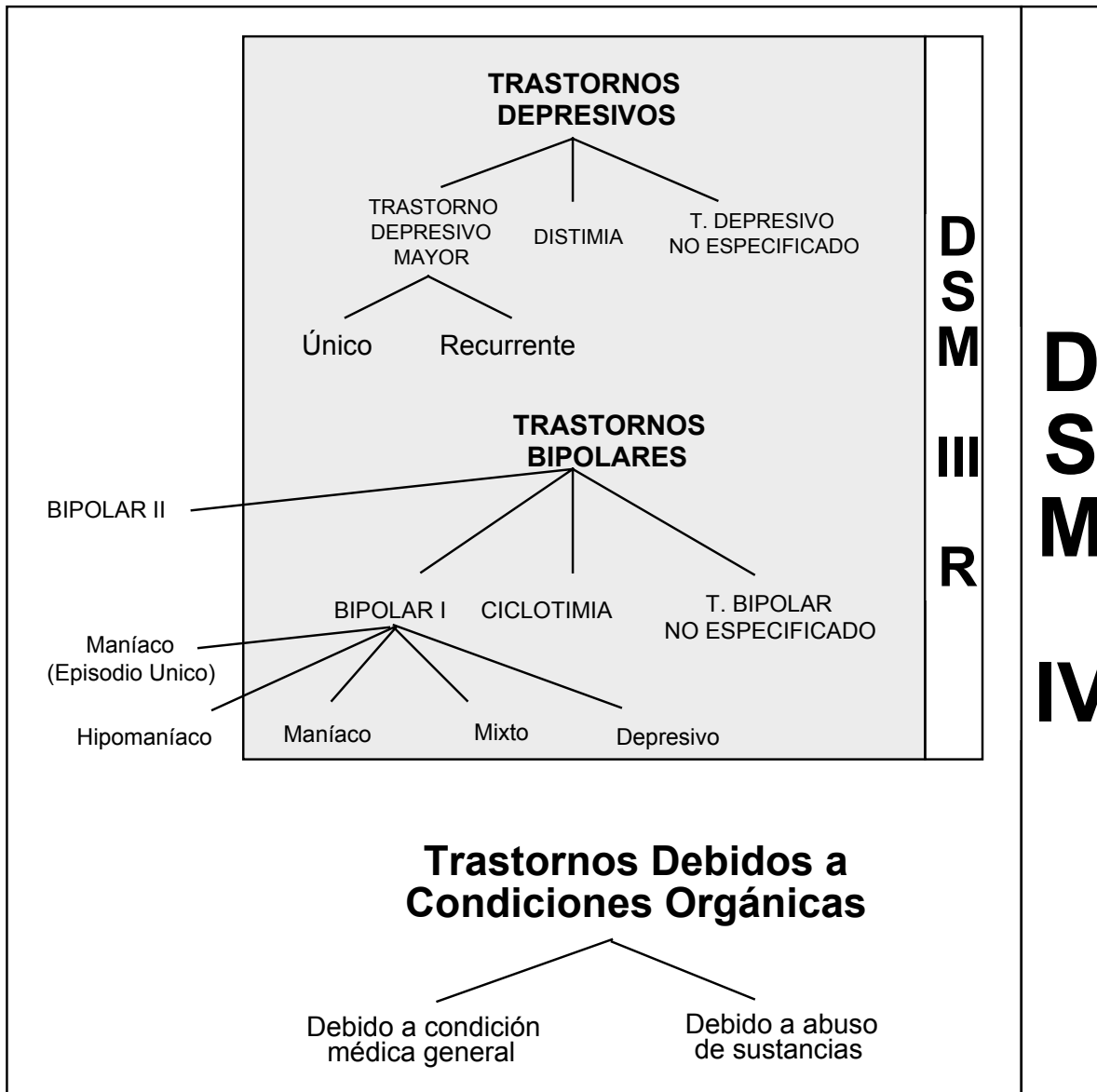


FIGURA 2. Comparación entre el esquema diagnóstico DSM-III-R (APA, 1987) y DSM-IV (APA, 1994).