

CAPÍTULO VI

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Carmelo Vázquez

Jesús Sanz

1. HISTORIA CONCEPTUAL

Aunque obviamente estados de ansiedad, ira, o vergüenza tienen un componente anímico, se ha llegado a un acuerdo implícito de circunscribir el término de “trastornos anímicos” para hacer referencia a estados de depresión y de manía, es decir, cuadros caracterizados por la tristeza y por la euforia patológica, respectivamente.

La descripción de la tristeza está ya reflejada en el Antiguo Testamento (e.g., Libro de Job, hacia el S. XV a.C.). Un buen ejemplo es el de la historia bíblica 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. Pero 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” para dar cuenta de estos estados de abatimiento, inhibición y tristeza. Para Hipócrates, la melancolía se debía 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). Aunque el término melancolía fue durante siglos la etiqueta diagnóstica más usada, la palabra “depresión” se 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 maniaco depresiva*. Pero bajo la denominación “maniaco-depresivo”, Kraepelin y sus coetáneos incluían cuadros muy heterogéneos según nuestros conceptos actuales. En palabras del propio autor, se incluían “*todos los casos de excesos en la afectividad*” y, de este modo, se abarcaban cuadros que hoy denominaríamos depresión mayor, distimia, trastorno bipolar, o ciclotimia. 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 clásico de melancolía o de enfermedad maniaco-depresiva hacían referencia.

2. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

¿Qué es la depresión? ¿Ha estado alguna vez deprimido/a? La respuesta a esta pregunta depende, obviamente, de lo que entendamos por “depresión”. Por eso, siempre que se nos hable de depresión debería quedarnos claro de qué “depresión” se trata. Por un lado, en su sentido más común y más popular, la depresión es un **síntoma** anímico (estar “triste”, “amuerado”, “melancólico”,...). En segundo lugar, la depresión puede ser un **síndrome**, es decir, un conjunto de síntomas *adicionales* al del bajo estado de ánimo; los típicos síntomas acompañantes son insomnio, falta de apetito, pérdida de peso, etc. El síndrome depresivo puede estar presente en muchos cuadros clínicos (agorafobia, trastornos obsesivos, esquizofrenia, trastornos sexuales,...). En tercer lugar, en su sentido más restrictivo, lo que entendemos como **trastorno** depresivo no es sólo un síndrome depresivo sino un *cuadro clínico completo* con una duración determinada, con un patrón de síntomas exigibles para su diagnóstico, y con una serie de criterios de exclusión diagnósticos claramente delimitados. Cuando en los criterios de la APA (DSM-III y sus sucesores) se habla de “trastornos anímicos” casi exclusivamente se hace referencia a estos dos últimos niveles más restrictivos: síndromes (o episodios, tal y como se les denomina técnicamente) y trastornos. Volviendo a la pregunta inicial, es posible que *todos* los lectores hayan estado alguna vez tristes en su vida (¡aunque sea unos minutos!); una sencilla escala podría haber evaluado adecuadamente este estado anímico. Es mucho más improbable, sin embargo, que haya sufrido un *trastorno depresivo* tal y como lo definimos clínicamente.

¿Cuántas depresiones hay? Muchas clasificaciones han partido de falsas dicotomías (endógenas frente a reactivas, biológicas frente a psicológicas, o psicóticas frente a neuróticas, por citar sólo algunos ejemplos). De estas viejas dicotomías y términos el DSM-III y DSM-IV sólo conservan la denominación de “de-

presiones psicóticas” pero con un significado inequívoco y muy bien delimitado: se permite su empleo para adjetivar 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. Por lo tanto el carácter de “psicótico” es pues una calificación *añadida* al diagnóstico principal efectuado pero no constituye un subgrupo diagnóstico en sí mismo.

El DSM-III y sus sucesores han aceptado otra dicotomía clasificatoria. El psiquiatra alemán Karl Leonhard fue, en 1957, el primero en separar los trastornos afectivos en “**bipolares**” (personas con trastornos maníaco-depresivos o circulares) y “**monopolares**” (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, es la que se integra en el DSM-IV. La distinción *unipolar-bipolar* 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* (todavía hoy llamado “maníaco-depresivo” usando anteriores terminologías) se caracteriza por la aparición de *episodios de manía* o de *hipomanía*. Incluso los pacientes que manifiesten actualmente un episodio de manía sin que *nunca* en su vida tenido un episodio depresivo, también se les denomina “bipolares” puesto que estudios longitudinales han comprobado que la gran mayoría de estos pacientes “Maníacos de episodio único” (DSM-IV, 1994), manifestarán a lo largo de su vida algún episodio depresivo con lo que mostrarían su auténtica naturaleza bipolar (Andreasen, 1985). Por el contrario, el *Trastorno Depresivo* se caracteriza 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). 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-.

¿Qué es la manía? Como hemos visto, el concepto de manía forma parte esencial del concepto de los trastornos del estado de ánimo. Su presencia o ausencia es el *principal* determinante de que un trastorno afectivo sea clasificado como “depresivo” propiamente dicho o como “bipolar”. La manía (o, en su forma menos grave, la hipomanía) consiste en un estado de *expansividad psicológica*. El individuo puede sentirse en armonía con el mundo, eufórico, lleno de planes y proyectos, con ideas grandiosas sobre sí mismo, pero todo ello traspasando la frontera de la normalidad. Por ejemplo, es típico que durante estas crisis maníacas el sujeto ape-

	TRASTORNOS DEPRESIVOS	TRASTORNOS BIPOLARES
Características personales y familiares		
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?
Epidemiología		
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%
Historia natural		
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
Riesgo de suicidio	Menor	Mayor

Tabla 1. Características diferenciadoras de los trastornos depresivos y los bipolares (Adaptado de Vázquez y Sanz, 1995).

nas duerma, moleste a amigos con continuas llamadas intempestivas a altas horas de la madrugada, o se meta en negocios ruinosos y delirantes. Junto a esto, el individuo maniaco es fácilmente irritable, puede tener accesos de ira (especialmente contra quien se opone a sus planes), y en general, tiene un estado de "aceleración" extraordinario (tanto en su actividad física como mental).

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 ma-

nía. 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 [en un episodio maníaco], 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".

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

2.1. Trastornos depresivos

2.1.1. El concepto de "episodio depresivo mayor"

El concepto clave en el entramado clasificatorio de los Trastornos depresivos es el de "Episodio depresivo mayor". El episodio se define por la presencia simultánea de una serie de síntomas importantes durante un periodo prácticamente continuado de *2 semanas* (Tabla 2). Se exige que al menos uno de esos síntomas sea 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.

Los episodios depresivos difieren naturalmente en gravedad. En términos clínicos esto se traduce por el impacto que la patología tiene sobre la *vida cotidiana* del paciente (capacidad para trabajar, hacer cosas, etc.). A este respecto, el DSM-IV plantea los siguientes niveles de gravedad **Ligero**; **Moderado**; **Grave no psicótico**, **Grave con características psicóticas** (episodios en los que existen *delirios* o *alucinaciones*); **En remisión (parcial o total)**.

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).
- (Se requiere especificar la Gravedad y si es Episodio Único o Recurrente).

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

El DSM-IV propone también la existencia de un “Episodio depresivo *melancólico*” 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-. Como puede observarse, el episodio de melancolía no implica mayor gravedad *ni una causa diferente* sino un patrón diferente de síntomas en los que destacan los componentes vegetativos y la *anhedonia*.

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).

Hasta aquí el concepto de “episodio”, y en particular de “episodio depresivo mayor”. Pero esto es sólo la pieza clave del *puzzle*. Pero un “episodio” no es una

categoría diagnóstica. No se puede ofrecer un diagnóstico de “episodio depresivo mayor” pues esto es sólo un síndrome. Las etiquetas o *categorías* diagnósticas básicas relacionadas con la depresión son la de “*Trastorno Depresivo Mayor*”, “*Distimia*”, y el denominado “*Trastorno depresivo no especificado en otro lugar*” (ver Tabla 4).

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 No Especificado**

Tabla 4. Organización de las principales categorías diagnósticas de los “Trastornos del estado de ánimo” (DSM-IV, 1994).

2.1.2. *Trastorno Depresivo Mayor*

El término de Trastorno Depresivo Mayor es el que se emplea para describir a una persona que presenta un *Episodio depresivo* 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.

El DSM-IV exige diagnosticar si se trata de un Trastorno Depresivo Mayor de *Episodio único* (si el episodio actual es el primero que se ha tenido en la vida) o *Recurrente* (si ha habido por los menos algún otro episodio depresivo mayor en la vida).

2.1.3. *Distimia*

El término “distimia” vendría a sustituir a otros de una tradición tan larga como imprecisa: la “neurosis depresiva” y la “personalidad depresiva”. Se trata de estados depresivos muy *prolongados* aunque comparativamente menos graves que

el TDM. 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 (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). 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 *continuadamente* presentes; en concreto, se requiere que el paciente no haya estado libre de síntomas durante más de 2 meses en ese periodo (véase la Tabla 5).

TRASTORNO DISTÍMICO (DSM-IV)

- A. Estado de ánimo deprimido casi diario durante al menos DOS AÑOS.
 - B. Presencia adicional de al menos TRES de los siguientes síntomas:
 - 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 hipomaniaco.
 - 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).

El diagnóstico de distimia debe hacerse cuidadosamente. Es especialmente importante no confundir una distimia con un estado de depresión residual 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*. Y nunca hay que olvidar que, al tratarse de un Trastorno depresi-

vo, el paciente nunca ha debido tener en su vida un episodio de manía o hipomanía, en cuyo caso nos hallaríamos, por definición, frente a un Trastorno bipolar.

2.1.4. Trastorno depresivo no especificado

La categoría de "Trastorno depresivo no especificado en otro lugar" es un "cajón de sastre" que no encajan bien en el concepto de trastorno depresivo mayor ni en el 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 (*Trastorno disfórico premenstrual; Depresión postpsicótica en la esquizofrenia; Depresión menor*, es decir, 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).

2.2. Trastornos bipolares

2.2.1. El concepto de "episodio maniaco" y "episodio hipomaniaco"

Como sucedía en el caso de los Trastornos depresivos, la piedra angular de la clasificación de estos trastornos es el concepto de *episodio maniaco* y *episodio hipomaniaco* -una forma *menos grave* de la manía- (véase las Tablas 6 y 7). 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 Tabla 4).

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) Distrabilidad.
 - 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 6. Características básicas del Episodio Maniaco 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) Distrabilidad.
 - 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 7. Características básicas del Episodio Hipomaniaco según el DSM-IV (APA, 1994).

En cuanto a la *gravedad*, para el episodio maniaco se siguen unas pautas de valoración muy parecidas a las que se emplean para el episodio depresivo mayor: **Ligero, Moderado; Grave no psicótico; Grave, psicótico** (es decir, con presencia de *delirios* o *alucinaciones*); **En remisión parcial; En remisión total**. En el episodio hipomaniaco, no se consigna la gravedad pues, por su propia definición, no es grave.

2.2.2. Trastornos Bipolares I y Bipolares II

Los Bipolares I son personas que presentan o han presentado alguna vez en su vida algún episodio *maniaco*. Conviene advertir que el estado de ánimo *actual* de un Bipolar I puede ser, sin embargo, *Maniaco, Depresivo, Hipomaniaco*, o bien una mezcla heterogénea de componentes depresivos y maníacos (Mixto). El tipo de estado anímico actual es lo que determina la subcategoría en la que se diagnostica al Bipolar I. En cuanto a los Bipolares II, se trata de personas que, habiendo padecido episodios depresivos e hipomaniacos, *nunca* han padecido un episodio completo de manía.

Los pacientes bipolares presentan más episodios afectivos a lo largo de la vida (una media de 8 episodios) que los pacientes unipolares. En cuanto al riesgo de padecerlos, se incrementa considerablemente si existe un familiar de primer grado que manifieste o haya manifestado el trastorno (véanse estos y otros datos generales en la Tabla 1).

2.2.3. 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 8). De hecho, aunque el DSM-IV no recoge esta discusión, se discute la posibilidad de que la ciclotimia sea en realidad una variante menos grave del "trastorno bipolar" y no un trastorno con entidad propia (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).

TRASTORNO CICLOTÍMICO (DSM-IV)

- A. Numerosos periodos con síntomas hipomaniacos (véase la Tabla 6) 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 maníaco.
- E. Los síntomas de A no son explicables por un trastorno psicótico como Esquizofrenia o Trastorno Delirante.
- F. No debido a medicamentos, drogas, o una condición médica general.

Tabla 8. Características básicas de la Ciclotimia según el DSM-IV (APA, 1994).

3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

3.1. Trastornos depresivos

Los síntomas de un síndrome depresivo se pueden agrupar en diversas categorías:

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). Pero a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío, o nerviosismo e incluso, en casos de depresiones graves, el paciente puede llegar a manifestar un bloqueo emocional alegando con aparente inmutabilidad que ahora "ni siquiera es capaz de estar triste" y confiesan que les es prácticamente imposible llorar (Whybrow et al., 1984).

b) **Síntomas motivacionales y conductuales.** 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 para ir al trabajo o a la escuela o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles. 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.

c) **Síntomas cognitivos.** El rendimiento cognitivo de una persona deprimida suele estar afectado, sobre todo en personas mayores. Los problemas de concentración y memoria pueden llegar a interferir el rendimiento en las tareas cotidianas y en el trabajo. Pero, aparte de estos déficits formales, el *contenido* de las cogniciones de una persona depresiva está también alterado: la valoración que hace una persona deprimida de sí mismo, de su entorno, y de su futuro suele ser negativa. Los modelos cognitivos de la depresión plantean precisamente que estas cogniciones negativas 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 hipersomnio. Otros síntomas físicos comunes son la fatiga, la pérdida de apetito, y una disminución de la actividad y el deseo sexual que, en los hombres, puede incluso acompañarse con dificultades en la erección. Los síntomas físicos, más que los otros tipos de síntomas, suelen ser lo que motivan a las personas con depresión a solicitar ayuda de un profesional (Goldberg y Husxley, 1992).

e) **Síntomas interpersonales.** Esta es un área descuidada en la clínica y en la investigación (de hecho apenas encuentra reflejo en los archimanejados criterios DSM-IV). Sin embargo, el deterioro en las relaciones con los demás es muy frecuente. De hecho un 70% de los deprimidos dice haber disminuido su interés por la gente (Beck, 1976) y muchos acaban por sufrir el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reaccúa aislándoles y deprimiéndoles más (Klerman y Weissman, 1986).

3.1.1. *Curso de los trastornos depresivos*

Aunque la mayor parte de las personas que sufren un episodio depresivo muestran una recuperación en 1 o 2 años, 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 (Hirschfeld y Goodwin, 1989) 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).

De cualquier modo, las cifras sobre recaídas son algo *peores* de lo que se pensaba hace algunos años. En el primer año, la tasa de recaídas es de un 30%. Además, 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 (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.

Los datos de recuperación de la *Distimia* son, por los propios criterios definitorios del cuadro, peores que los de la depresión. Las cifras de recuperación al cabo de un año son casi el doble de peor en el caso de la distimia que en el caso de los TDM.

3.1.2. Diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos

Sentirse “deprimido”, e incluso tener un conjunto de síntomas depresivos, es muy frecuente en las reacciones de personas normales ante sucesos negativos, y también en muchos estados psicopatológicos y 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*”.

3.1.3. Trastornos anímicos debido a condiciones orgánicas

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 causante del cuadro (ej.: enfermedades del SNC, trastornos hormonales, uso de drogas o fármacos diversos, enfermedades metabólicas, etc.). Muchas condiciones médicas pueden causar síntomas e incluso síndromes afectivos depresivos o maníacos (véase Tabla 9). Estos casos no deben ser diagnosticados como trastornos anímicos primarios (e.g., Trastorno depresivo mayor) sino como “Trastornos anímicos” de tipo secundario (e.g., Trastorno depresivo debido a una condición médica). Por lo tanto, será siempre *necesario* explorar con cuidado la *historia médica* del paciente y recurrir, si se considera necesario, a pruebas de laboratorio para poder concluir que ese estado depresivo es realmente la *causa* del trastorno. En general se estima que un 10% del conjunto de los trastornos depresivos pudieran estar causados por causas orgánicas de este tipo.

SÍNTOMAS MANÍACOS*	SÍNTOMAS DEPRESIVOS**
<p>Efectos de sustancias L-dopa Benzodiazepinas Antidepresivos Alucinógenos (LSD, mescalina, cocaína, psicibina) Anticonvulsivos Anticolinérgicos (Artane, Akinetón) Aminas simpatomiméticas(dexedrina, metilfenidato)</p> <p>Condiciones neurológicas Tumores (meningioma, glioma diencefálico) Infecciones (encefalitis postviral, gripe) Epilepsia Parálisis general (Lúes) Esclerosis múltiple Demencias Confusión postraumática</p> <p>Condiciones metabólicas y endocrinas Estados postoperatorios Hemodiálisis Hipertiroidismo Enfermedades de Cushing y de Addison</p> <p>Otras condiciones Síndrome de postaislamiento</p>	<p>Efectos de sustancias Plomo Mercurio Antihipertensivos Betabloqueantes Hormonas (estrógenos, progesterona) Alcohol Antiparkinsonianos Corticosterooides (cortisona) Antineoplásicos Antituberculinicos</p> <p>Condiciones neurológicas Epilepsia Parkinson Demencias degenerativas Hidrocefalia normotensa Enfermedad de Huntington Procesos expansivos</p> <p>Condiciones metabólicas y endocrinas Porfiria Hipo-hipertiroidismo Enfermedades de Cushing y de Addison Déficit de vitamina B₁₂</p> <p>Enfermedades incapacitantes Todas</p> <p>Infecciones Gripe Neumonías virales Mononucleosis Hepatitis vírica Abscesos hepáticos Sífilis</p> <p>Enfermedades autoinmunes Lupus sistémico Reumas</p> <p>Cánceres Páncreas, gastrointestinal, renal, hipófisis</p> <p>Otras Anemia Colitis ulcerosa</p>

Tabla 9. Algunas condiciones médicas que pueden causar secundariamente síntomas afectivos maníacos o depresivos (Vázquez, 1990).

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*” (Tabla 4). 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 10):

DEPRESIÓN MAYOR	TRASTORNOS BIPOLARES
<ol style="list-style-type: none"> 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 esquizoaffectivos de tipo depresivo). 6. Anorexia nervosa; bulimia. 7. Quejas somáticas vagas (<i>¿Hipocondría?</i>). 8. Demencia y pseudodemencia. 9. Trastornos sexuales. 	<ol style="list-style-type: none"> 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 esquizoaffectivos de tipo maniaco).

Tabla 10. Síndromes clínicos que pueden confundirse con un diagnóstico de Depresión Mayor o de Trastorno Bipolar. (Vázquez y Sanz, 1995).

3.2. Características clínicas de los trastornos bipolares

Como señalábamos al comienzo, en la manía aparecen síntomas opuestos a los de la depresión (euforia anímica, autoestima exagerada, ...) pero también algunos semejantes a los 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 son:

a) **Síntomas anímicos.** Los estados de felicidad y bienestar no son la pauta común de estos pacientes (Keller, 1987). Por el contrario, suelen manifestarse irascibles, suspicaces, y en un estado de hiperactividad general y de intromisión con los demás que tiene serias repercusiones en las relaciones interpersonales y en su vida cotidiana. La manía es uno de los pocos estados psicopatológicos *egosintónicos*: las personas bajo un estado maniaco se sienten muy bien (despiertas, creativas, chispeantes) y esto hace que les resulte difícil entender que su familia, o las personas cercanas intenten “restringir” ese estado.

b) **Síntomas motivacionales y conductuales.** El maniaco vive con una sensación de energía aparentemente inagotable y desbordante. Bajo esta condición, un paciente puede estar sin apenas *necesidad* de dormir durante semanas,

haciendo planes, o desarrollando proyectos desmesurados. Un paciente maniaco suele hablar sin parar (*logorrea*), y tener 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 maniaco 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 maniaca 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 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 no tienen valor diagnóstico, es muy importante tenerlos en cuenta para el manejo clínico de estos trastornos. 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 las cosas más realísticamente. En la manía se desborda energía y agilidad mental por lo que, especialmente en la hipomanía, es muy frecuente que estas personas sean seductoras y arrastren gente detrás de ellas (véase Tyrer y Shopsin, 1985).

3.2.1. Curso de los Trastornos Bipolares

Los trastornos bipolares tienen un curso muy recurrente: el paciente sufre un promedio de 8-9 episodios de manía o depresión a lo largo de su vida. Las recaídas afectan prácticamente a *todos* los pacientes y los índices de cronicidad son bastante elevados: en torno a un 25% de los casos (véase la Tabla 1). La recuperación más lenta se da cuando el episodio es de tipo Mixto y la más rápida se produce cuando es de tipo Maníaco.

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). Igual que sucede con los trastornos depresivos, el riesgo mayor de recaída se produce *poco después* de salir de un episodio.

En cuanto a la *Ciclotimia*, 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).

3.2.2. Diagnóstico diferencial

Al igual que sucede con los síntomas depresivos, los síntomas maníacos pueden deberse ocasionalmente a *causas orgánicas* específicas (Tabla 9). Haber estado expuesto a algunos de los factores que señalamos en la citada Tabla coincidiendo con la aparición de un cuadro anímico deberían alertar al clínico sobre la existencia de una probable causa orgánica (Vázquez y Sanz, 1991). Si la hipótesis es suficientemente probable, 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, algunos cuadros clínicos también pueden confundirse con los trastornos bipolares (Tabla 10).

4. EPIDEMIOLOGÍA

El objetivo de la epidemiología es estimar la frecuencia y distribución de las enfermedades y de los factores que determinan la salud. En este sentido, la epidemiología nos permite contestar a varias preguntas y mitos que circulan sobre los trastornos del estado de ánimo.

¿Es la depresión la "gripe" de los trastornos mentales? Los trastornos del estado de ánimo son el trastorno más común después del abuso de sustancias y los trastornos de ansiedad, y de ellos el 90% son trastornos depresivos. Los estudios señalan que alrededor de un 10%-15% del conjunto de la población adulta ha presentado un trastorno depresivo mayor en el transcurso de su vida (prevalencia vital), un 3% un trastorno distímico y un 1% un trastorno bipolar (Vázquez y Sanz, 1995).

¿Existen más trastornos del estado de ánimo en la actualidad que en el pasado? Los estudios longitudinales que examinan las *tendencias seculares* de los trastornos indican que, en las últimas décadas, tanto los trastornos depresivos como los bipolares parecen estar en ascenso, especialmente entre los grupos de edades más jóvenes y entre los varones (Smith y Weissman, 1991).

¿Se deprimen más las mujeres que los hombres? Las cifras de prevalencia del trastorno depresivo mayor y del distímico son prácticamente el doble en las mujeres que en los hombres, cifras que no son resultado de ningún artefacto estadístico ni se deben a que las mujeres pudieran quejarse más o busquen más ayuda que los hombres (Smith y Weissman, 1991). Esta diferencia sexual pudiera ser un indicio de la existencia de factores genéticos contribuyentes a la manifestación fenotípica de

estas alteraciones, o bien reflejar la existencia de tempranas diferencias educativas entre los niños y las niñas. Por ejemplo, ante un suceso estresante, las mujeres tienden más a "rumiar" y hacerse preguntas sobre la causa de su estado, intensificando así su tristeza, mientras que los hombres tienden más a dedicarse a actividades que les distraigan y les hagan olvidar su tristeza (Nolenh-Hoeksema, 1987). Los trastornos bipolares son padecidos por hombres y mujeres en la misma proporción.

¿La ciudad deprime? Las tasas de trastornos depresivos y distímicos son casi el doble en medios urbanos que rurales, pero no parece haber diferencias respecto a los trastornos bipolares.

¿Es la depresión un trastorno de personas mayores? Aunque el trastorno depresivo mayor puede aparecer en cualquier edad, contrariamente a lo que comúnmente se piensa, el riesgo más elevado de padecerlo se observa en los jóvenes adultos (25-44 años) y, a partir de esta edad, el riesgo disminuye tanto en mujeres como en hombres (Vázquez y Lozoya, 1994). De hecho, la edad media de inicio del trastorno depresivo mayor es 35 años, mientras que los trastornos distímicos suelen comenzar en etapas anteriores, incluso en la infancia o adolescencia (Vázquez y Sanz, 1995). Igualmente, la edad media de comienzo de los trastornos bipolares estaría alrededor de los 20 años, si bien los pacientes buscan tratamiento por primera vez años más tarde (Boyd y Weissman, 1985). Es más, los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio de los trastornos depresivos mayores está disminuyendo en los últimos años (APA, 1994).

¿Es deprimente estar casado? Parece que no. Tanto en el trastorno depresivo mayor como en el distímico o en los bipolares, se observa la existencia de mayores tasas en solteros y divorciados que en casados.

¿Se heredan los trastornos del estado de ánimo? Los trastornos depresivos son entre 1,5 y 3 veces más frecuentes entre los hijos de las personas con estos trastornos que en la población general (APA, 1994). Este aumento en el riesgo pudiera ser un indicio de la existencia de factores genéticos, o bien reflejar la influencia de factores psicosociales relacionados con el ambiente familiar y el aprendizaje por observación de modelos. Sin embargo, los factores genéticos sí parece que tienen un peso importante en los trastornos bipolares. En esta dirección señalan los datos de los estudios con gemelos y niños adoptados, así como los datos que demuestran que los antecedentes familiares son un factor de riesgo muy importante en estos trastornos. Por ejemplo, diversos estudios indican que los trastornos bipolares son entre 5 y 30 veces más frecuentes entre los hijos de las personas con estos trastornos que en la población general (APA, 1994; Vázquez y Sanz, 1995).

5. TEORÍAS EXPLICATIVAS

Se han propuesto muchas teorías para explicar los trastornos del estado de ánimo. La mayoría de ellas se han centrado en los trastornos depresivos, mientras

que no existen apenas teorías sobre los trastornos bipolares. Por razones de espacio, centraremos nuestra exposición en la teoría psicológica más influyente hoy en día respecto a la depresión, la teoría cognitiva de Aaron Beck (Beck, 1967, 1987; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), remitiendo al lector a trabajos anteriores en los que hemos presentado un mayor número de modelos psicológicos (Sanz y Vázquez, 1995; Vázquez y Sanz, 1991).

La popularidad de la *teoría cognitiva de la depresión de Beck* descansa en dos hechos. Primero, es una teoría que acoge plenamente los supuestos teóricos y la metodología del paradigma de procesamiento de información, el paradigma más influyente dentro de la "revolución cognitiva" que desde los años setenta domina la investigación básica en Psicología. Segundo, ha dado lugar a un tipo de tratamiento para los trastornos depresivos -la terapia cognitiva de la depresión-, que en numerosos estudios controlados con pacientes depresivos no bipolares se ha mostrado igual de eficaz o más que la terapia farmacológica, con la ventaja adicional de reducir en mayor medida el riesgo de recaídas (Dobson, 1989; Hollon, DeRubeis y Evans, 1996).

5.1. Trastornos depresivos

La premisa básica de la teoría de Beck es que la depresión se caracteriza fundamentalmente por la existencia de *errores cognitivos* (p. ej., inferencias arbitrarias, abstracciones selectivas, generalizaciones excesivas) que conducen al individuo deprimido a percibir e intepretar la realidad de una manera negativa. Es decir, en términos del paradigma del procesamiento de información, la depresión se caracterizaría por un *procesamiento distorsionado negativamente* de la información. Las personas deprimidas, por ejemplo, atienden selectivamente y magnifican la información negativa, mientras que ignoran o minimizan la información positiva; los errores y fallos se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobregeneralizan. En definitiva, estos errores les llevan a experimentar *pensamientos voluntarios y automáticos* de carácter negativo que reflejan una visión negativa del yo, de la propia experiencia y del propio futuro (*triada cognitiva negativa*). Es más, ese procesamiento distorsionado conduce, según Beck, al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan a la depresión. Sin embargo, este tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, puede ser el resultado de muchos factores y, así, en la etiología de la depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. No obstante, cualquiera que sea su etiología, el procesamiento negativamente distorsionado de la información es una parte intrínseca del síndrome depresivo y funciona como un factor próximo, aunque no único, de desencadenamiento y mantenimiento del mismo.

Entre todas las posibles causas que pueden provocar ese procesamiento distorsionado de información (p. ej., ciertas enfermedades físicas, predisposiciones

hereditarias o traumas evolutivos), Beck afirma que en muchos trastornos depresivos sin sintomatología endógena la etiología tiene que ver con la interacción de tres factores:

1. La presencia de *esquemas cognitivos negativos o depresógenos* que impregnan y condicionan la construcción de la realidad. Para Beck, “los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior” (p. 382, Clark y Beck, 1988). Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno, es decir, actúan como “filtros cognitivos”: los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida. Los esquemas cognitivos más importantes para entender la depresión son aquellos que contienen reglas, creencias tácitas y actitudes estables del individuo acerca de sí mismo y del mundo. Todas las personas tienen esquemas cognitivos de ese tipo; la diferencia con los esquemas negativos de las personas depresivas es que en estos últimos tales *actitudes o creencias son de carácter disfuncional* y poco realistas, ya que establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar la propia autovalía que es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del individuo por cumplir tales contingencias (p. ej., “si no hago las cosas siempre bien, la gente no me respetará”, “si desagradas a los demás no puedes ser feliz”). Por consiguiente, dado el carácter disfuncional de los esquemas cognitivos depresógenos, su activación dará como resultado un procesamiento distorsionado negativamente, repleto de errores cognitivos negativos.

2. Una alta valoración subjetiva de la importancia de ciertas experiencias que resulta de la personalidad del individuo. En la teoría cognitiva, los rasgos de personalidad se entienden como esquemas cognitivos jerárquicamente superiores a otros esquemas, y se proponen dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad a la depresión, *sociotropía* y *autonomía*. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia valía. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. En consecuencia, las personas con esquemas sociotrópicos valoran enormemente las situaciones relevantes a la aceptabilidad social y a la atracción personal (p. ej., rechazo social, separación matrimonial), mientras que las personas con esquemas autónomos dan mucha importancia a las situaciones que restringen la autonomía o el logro de objetivos (p. ej., no alcanzar una promoción laboral).

3. La aparición de un *acontecimiento estresante* específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante por el individuo y que incide directamente en las actitudes disfuncionales que conforman sus esquemas depresógenos.

Por tanto, los esquemas depresógenos son la diátesis cognitiva -el factor de vulnerabilidad cognitivo- para la depresión. Antes de su activación por experiencias específicas, la teoría propone que tales esquemas permanecen *latentes*, de modo que no influyen de manera directa en el estado de ánimo del sujeto o en sus procesos cognitivos ni tampoco, de forma necesaria, se encuentran fácilmente accesibles a la conciencia.

En resumen, la cadena de acontecimientos que desencadena la depresión en la teoría de Beck adopta la forma de un *modelo de diátesis-estrés*, en el cual ciertas características cognitivas específicas de algunos individuos hacen a éstos más propensos a una depresión tras la aparición de un suceso vital estresante (véase la Figura 1).

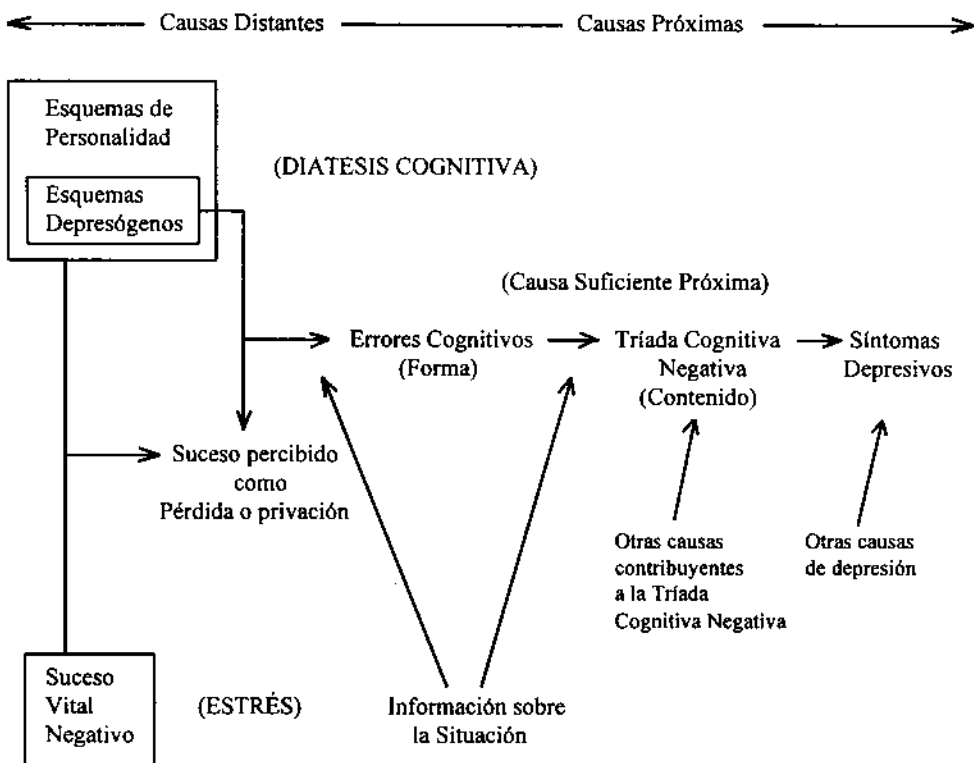


Figura 1.

Hasta ahora los estudios empíricos sobre la teoría confirman parcialmente sus hipótesis (Haaga, Dyck y Ernst, 1991; Clark y Steer, 1996). Sin embargo, quizás una de las mayores críticas que se pueden hacer a la teoría cognitiva de Beck es que no contempla factores tan importantes en la depresión como son las *habilidades interpersonales* y de *solución y afrontamiento de problemas* que la persona ha adquirido a lo largo de su vida. Tales habilidades afectan al tipo de pensamientos

que preceden a la depresión (p. ej., “voy a ser capaz de hacerlo”) y determinan en alguna medida la cantidad y naturaleza de las situaciones estresantes con las que el individuo puede encontrarse a lo largo de su vida. En este sentido, es importante señalar que los acontecimientos estresantes son también consecuencia de cómo las personas conducen su vida, tanto antes como durante la depresión. De hecho, aunque las personas deprimidas manifiestan cierta distorsión en sus interpretaciones, éstas algunas veces son correctas, ya que tales individuos se encuentran a menudo en circunstancias realmente negativas.

5.2. Trastornos bipolares

Respecto a los trastornos bipolares, Beck asume que las fases depresivas pueden explicarse a partir de la teoría que acabamos de presentar, mientras que adopta un modelo fiel reflejo de ésta para explicar las fases maníacas o hipomaníacas (Beck, 1976; Leahy y Beck, 1988). Beck afirma que los individuos maníacos también presentan *actitudes disfuncionales* en forma de *esquemas cognitivos* que, en este caso, exageran los aspectos positivos y elevan la autoestima, estando en muchos casos asociadas con conductas que son autodestructivas o violan los derechos de los otros (p. ej., “merezco más de lo que tengo”, “si hay alguna posibilidad de éxito debería aceptar el riesgo, porque ganaré”). Igualmente, Beck supone la existencia de un *procesamiento distorsionado* de la información en la manía o hipomanía, que se caracterizaría por un número mayor de *errores cognitivos* en comparación a los errores que pueden cometer las personas normales (véase Vázquez, 1995), y, además, porque tales errores se cometen tomando como base el contenido disfuncional de sus actitudes o reglas vitales. Por ejemplo, los pacientes con manía prestan más atención y recuerdan de forma selectiva únicamente las experiencias positivas, o sobregeneralizan un éxito personal pensando que todo ha sido o será maravilloso. En conclusión, este procesamiento distorsionado positivamente se traduce en la manifestación de *pensamientos automáticos y voluntarios* de contenido excesivamente optimista o grandioso (p. ej., “tendré éxito en todo lo que haga”, “todo lo que hago está bien”, “mi jefe sólo es amable conmigo”, “todos en el trabajo piensan que soy maravilloso”). Estos pensamientos configuran el equivalente a la tríada cognitiva negativa de la depresión, que en la manía se denomina *tríada cognitiva positiva*. El paciente maníaco se ve así mismo como extremadamente atractivo, con recursos para hacer de todo; percibe el mundo ausente de todo tipo de obstáculos, lleno de experiencias positivas, y predice un futuro repleto de maravillosas posibilidades. Beck considera que esta tríada cognitiva positiva es una parte intrínseca de la manía o hipomanía, y que puede mantener o incrementar los otros síntomas motivacionales, conductuales y afectivos del síndrome.

En su aplicación a los trastornos bipolares, el enfoque de Beck tiene el grave inconveniente de no explicar cómo se relacionan sus dos teorías, la de la depresión

y la de la manía, lo cual permitiría explicar por qué se produce un episodio maniaco y no uno depresivo, o viceversa, o por qué se produce la alternancia entre dichos episodios. Esta laguna es lógica ya que, en general, su explicación de la etiología de la manía o hipomanía está mucho menos elaborada que la de la depresión. Así, al contrario que en esta última, en su explicación de la manía no hay ninguna alusión a posibles factores de personalidad que pudieran constituirse en elementos de vulnerabilidad, como tampoco hay ninguna alusión a la posible interacción entre factores de personalidad y acontecimientos estresantes. Es más, en el caso de los trastornos depresivos, Beck sugería que factores biológicos y genéticos podrían estar implicados en su causalidad, bien directamente o bien al provocar un procesamiento negativo de la información, pero no iba mucho más allá en la elaboración teórica de este punto. Esta deficiencia no es muy grave en ese caso, ya que en los trastornos depresivos el papel de los factores psicosociales es mucho mayor que el de los factores genético-biológicos, pero sí lo es en el caso de los trastornos bipolares donde el peso de los papeles se invierte.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1) Tema de discusión: ¿Conoces personas que *difícilmente* se deprimen ante adversidades? ¿Qué tienen en común? ¿Crees que alguna vez llegarían a deprimirse? Analizar los factores de resistencia y vulnerabilidad que pueden intervenir en la aparición de la depresión. Puede utilizarse el libro de M.D. Avia y C. Vázquez (1998): *Optimismo: psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial, especialmente el capítulo sobre la resistencia de los seres humanos ante las adversidades. También puede ser útil el artículo de Vázquez, C. & Ring, J. (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: Un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el "Coping Inventory of Depression" (CID). *Psicología Conductual*, 4, 9-28, en el que se describe qué hace la gente *normal* para cortar estados de ánimo de tristeza.

2) Analizar en profundidad los *contenidos* de algunas escalas de evaluación de depresión y comprobar en qué medida se adecúan a: 1) los criterios contemplados en el DSM-IV (ej.: qué síntomas faltan y cuales "sobran"), 2) el marco temporal de los criterios DSM-IV (ej.: duración de síntomas). Discutir ventajas, inconvenientes, y limitaciones del uso de escalas y contrastar los conceptos de "depresión dimensional" frente a "depresión categorial".

3) Crear algún instrumento *diagnóstico* (en forma de cuestionario, entrevista, etc.) que pudiera servir para diagnosticar algún cuadro depresivo.

4) Probar algún método de inducción de estado de ánimo (películas, músicas, lecturas,...) y analizar su impacto (pueden utilizarse sencillas escalas). Discutir el concepto de si la depresión es continuo o no y la utilidad de los modelos experimentales de depresión, basados en estudios de análogos.