

# Trastornos del estado de ánimo

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) que han sido incluidos por separado al principio de esta sección para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte de esta sección. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El **trastorno depresivo mayor** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El **trastorno distímico** se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El **trastorno depresivo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El **trastorno bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El **trastorno bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

El **trastorno ciclotímico** se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El **trastorno bipolar no especificado** se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El **trastorno del estado de ánimo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

Las especificaciones que se describen en la tercera parte de esta sección tienen la finalidad de mejorar la especificidad diagnóstica, crear subgrupos más homogéneos, servir para la elección del tratamiento y mejorar la predicción pronóstica. Algunas de las especificaciones describen el episodio afectivo actual (o el más reciente) (p. ej., **grave/psicótico/en remisión, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el posparto**). La tabla 1 (pág. 384) indica qué especificaciones del episodio son aplicables a cada trastorno del estado de ánimo. Las otras especificaciones describen el curso de los episodios afectivos recidivantes (p. ej., **especificaciones de curso, con patrón estacional, con ciclos rápidos**). La tabla 2 (pág. 395) indica qué especificaciones de curso son aplicables a cada trastorno del estado de ánimo. Las especificaciones que indican gravedad, remisión y síntomas psicóticos pueden codificarse en el cuarto dígito del código diagnóstico en la mayoría de los trastornos del estado de ánimo. Las demás especificaciones no pueden codificarse.

La sección de los trastornos del estado de ánimo está organizada como sigue:

- **Episodios afectivos**

- Episodio depresivo mayor (pág. 326)

- Episodio maníaco (pág. 334)

- Episodio mixto (pág. 339)

- Episodio hipomaníaco (pág. 342)

- **Trastornos depresivos**

- F3x.x Trastorno depresivo mayor [296.xx] (pág. 345)

- F34.1 Trastorno distímico [300.4] (pág. 352)

- F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311] (pág. 357)

- **Trastornos bipolares**

- F3x.x Trastorno bipolar I [296.xx] (pág. 358)

- F31.8 Trastorno bipolar II [296.89] (pág. 367)

- F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13] (pág. 371)

- F31.9 Trastorno bipolar no especificado [296.80] (pág. 374)

- **Otros trastornos del estado de ánimo**

- F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a...

- (indicar enfermedad médica) [293.83] (pág. 375)

- F1x.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias [29x.xx] (pág. 379)  
 F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado [296.90] (pág. 384)

- **Especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente**

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total (para un episodio depresivo mayor, pág. 384; para un episodio maníaco, pág. 386; para un episodio mixto, pág. 388)

Crónico (pág. 390)

Con síntomas catatónicos (pág. 390)

Con síntomas melancólicos (pág. 391)

Con síntomas atípicos (pág. 392)

De inicio en el posparto (pág. 394)

- **Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes**

Especificaciones de curso (con o sin recuperación interepisódica completa) (pág. 396)

Con patrón estacional (pág. 397)

Con ciclos rápidos (pág. 398)

### ***Procedimiento de tipificación para el trastorno depresivo mayor y los trastornos bipolar I y bipolar II***

**Selección de los códigos diagnósticos.** Los códigos diagnósticos se seleccionan de la forma siguiente:

**Para el trastorno depresivo mayor:**

1. Los dos primeros dígitos son F3.
2. El tercer dígito es 2 (si hay un episodio depresivo mayor único) o 3 (si hay episodios depresivos mayores recidivantes).
3. El cuarto dígito indica lo siguiente: 0 para gravedad leve, 1 para gravedad moderada, 2 para los casos graves sin síntomas psicóticos, 3 para casos los graves con síntomas psicóticos, 4 para casos en remisión parcial o total, y 9 si no está especificado.

**Para el trastorno bipolar I, con episodio maníaco único:**

1. Los tres primeros dígitos son F30.
2. El cuarto dígito es 1 si el episodio maníaco reviste carácter leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos, 2 si es grave y se añade sintomatología psicótica, y 8 si se encuentra en remisión parcial o total.

**Para otros trastornos bipolares I:**

1. Los tres primeros dígitos son F31.
2. El cuarto dígito depende del tipo y gravedad del episodio más reciente. Para el trastorno bipolar I, en que el episodio más reciente es de tipo hipomaníaco, el dígito adecuado es 0, independientemente de la gravedad de la remisión. Cuando el episodio más reciente es de tipo maníaco, el cuarto dígito es 1 si su intensidad es leve, moderada o grave sin síntomas psicóticos; 2 si ésta es grave y concurren síntomas psicóticos, o 7 si está en remisión parcial o total. Cuando el episodio más reciente es de tipo mixto, el cuarto dígito corresponde a 6, independientemente de la gravedad del episodio mixto. Cuando el episodio más reciente es de tipo depresivo, el cuarto dígito es 3 si su intensidad es leve, o moderada, 4 si es grave sin síntomas psicóticos, 5 si es grave con sín-

tomas psicóticos, y 7 si está en remisión parcial o total. Cuando el episodio más reciente es de tipo inespecífico, el cuarto dígito es 9.

**Para el trastorno bipolar II**, el código diagnóstico es F31.8 [296.89].

**Registro de la denominación del diagnóstico.** Al registrar la denominación de un diagnóstico, los términos deben anotarse en el siguiente orden:

1. Nombre del trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar).
2. Especificaciones codificadas en el tercer dígito (p. ej., recidivante, episodio más reciente maníaco).
3. Especificaciones codificadas en el cuarto dígito (p. ej., leve, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial).
4. Todas aquellas especificaciones (sin códigos) que sean aplicables al episodio más reciente (p. ej., con síntomas melancólicos, de inicio en el posparto).
5. Todas aquellas especificaciones (sin códigos) que sean aplicables al curso de los episodios recidivantes (p. ej., con patrón estacional, con ciclos rápidos).

Los siguientes ejemplos ilustran cómo se debe registrar el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo con sus especificaciones:

- F33.1 Trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado, con síntomas atípicos, con patrón estacional, con recuperación interepisódica total [296.32]
- F31.5 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, grave con síntomas psicóticos, con síntomas melancólicos, con ciclos rápidos [296.54]

## Episodios afectivos

### Episodio depresivo mayor

#### *Características del episodio*

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o «como en un pozo» (Criterio A1). En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (p. ej., al señalar que el sujeto parece que esté a punto de llorar). En algunos sujetos que se quejan de sentirse «pasotas», sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia). En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de «niño mimado» con irritabilidad ante las frustraciones.

Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que «han perdido el interés» o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras (Criterio A2). Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones (p. ej., un ávido jugador de golf que lo ha dejado, un niño al que le gustaba el fútbol encuentra excusas para no practicarlo). En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, en niños, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado (Criterio A3).

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio (Criterio A4). Es característico el insomnio medio (p. ej., despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (p. ej., despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnia) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

Los cambios psicomotores incluyen agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo) (Criterio A5). La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva.

Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga (Criterio A6). Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas. Por ejemplo, un sujeto puede quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y de que tarda el doble de lo normal en él.

El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados (Criterio A7). Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Por ejemplo, un vendedor puede preocuparse y autorreprocharse por fracasar en las ventas, incluso aunque el mercado en general esté colapsado y otros vendedores sean también incapaces de lograr ventas. El

sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones delirantes (p. ej., un sujeto está convencido de que está personalmente implicado en la pobreza en el mundo). Es muy frecuente el autorreproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión, pero a no ser que alcance una magnitud delirante, esta queja no se considera incluíble dentro de este criterio.

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones (Criterio A8). Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque sólo tengan problemas leves de concentración (p. ej., un programador de ordenadores que ya no es capaz de realizar tareas complicadas que antes sí podía llevar a cabo). En los niños, la caída repentina de los resultados en las notas puede ser un reflejo de la falta de concentración. En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia («seudodemencia»). Cuando el episodio depresivo mayor es tratado con éxito, suelen desaparecer los problemas de memoria. Sin embargo, en algunos sujetos, especialmente ancianos, el episodio depresivo mayor puede ser la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas (Criterio A9). Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 min) y recurrentes una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. ej., una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse. Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

No se realiza el diagnóstico de episodio depresivo mayor si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto (Criterio B). Los episodios mixtos se caracterizan por presentar síntomas tanto de un episodio maníaco como de un episodio depresivo mayor prácticamente a diario durante al menos 1 semana.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo (p. ej., comer o vestirse) o de mantener una mínima higiene personal.

Es esencial una buena entrevista clínica para descubrir los síntomas de un episodio depresivo mayor. La información puede verse comprometida por los problemas de concentración, el deterioro mnésico o la tendencia a negar, quitar importancia o justificar los síntomas. La información de otras fuentes puede ser especialmente relevante para clarificar el curso de los episodios depresivos mayores actuales o pasados y para valorar si ha habido episodios maníacos o hipomaníacos. Puesto que los episodios depresivos mayores pueden empezar gradualmente, la revisión de la información clínica centrada en los aspectos más graves del episodio actual puede ser útil para detectar la presencia de síntomas. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad médica (p. ej., cáncer, accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, diabetes). Algunos de los

criterios de un episodio depresivo mayor son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades médicas (p. ej., pérdida de peso en la diabetes no tratada, fatiga en el cáncer). Este tipo de síntomas se deben atribuir a un episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y completamente atribuibles a una enfermedad médica. Por ejemplo, la pérdida de peso en una persona con colitis ulcerosa que tiene mucho peristaltismo y una ingesta alimentaria escasa no debe atribuirse a un episodio depresivo mayor. Por otro lado, cuando la tristeza, la culpabilidad, el insomnio o la pérdida de peso aparecen en una persona con un infarto de miocardio reciente, cada uno de estos síntomas se atribuye a un episodio depresivo mayor, porque no son clara y completamente atribuibles a los efectos fisiológicos de un infarto de miocardio. Asimismo, cuando los síntomas son claramente debidos a ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo (p. ej., una pérdida de 30 kg de peso relacionada con no comer por la idea delirante de que la comida está envenenada), estos síntomas no se atribuyen a un episodio depresivo mayor.

Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas (p. ej., en el contexto de una intoxicación por alcohol o la abstinencia de cocaína), a los efectos secundarios de los medicamentos (p. ej., corticoides) o a la exposición a tóxicos. Asimismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo) (Criterio D). Además, si los síntomas empiezan antes de transcurrir 2 meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de estos 2 meses, generalmente se consideran resultado de un duelo (v. pág. 700), a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (Criterio E).

### *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (p. ej., anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones). Pueden presentarse problemas matrimoniales (p. ej., divorcio), problemas laborales (p. ej., pérdida del trabajo), problemas escolares (p. ej., ausencias, fracaso escolar), abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor, en cuyo caso se señala la especificación de inicio en el posparto (v. pág. 394).

**Hallazgos de laboratorio.** No se han identificado hallazgos de laboratorio que sean diagnósticos de un episodio depresivo mayor. No obstante, se ha observado que diversos hallazgos de laboratorio son anormales en grupos de sujetos con episodios depresivos mayores, en comparación con sujetos de control. Las anormalidades de laboratorio que se asocian con un episodio depresivo mayor parece que son las mismas tanto si el episodio forma parte de un trastorno depresivo mayor, un trastorno bipolar I o un trastorno bipolar II. La mayoría de las anormalidades de laborato-

rio son dependientes del estado (p. ej., se afectan según la presencia o ausencia de los síntomas depresivos), pero algunos hallazgos preceden al inicio del episodio o persisten tras su remisión. Es más fácil que las pruebas de laboratorio sean anormales en los episodios con síntomas melancólicos o psicóticos y en los sujetos más gravemente deprimidos.

Las alteraciones del EEG del sueño pueden demostrarse en el 40-60 % de los casos ambulatorios y hasta en el 90 % de los pacientes ingresados con un episodio depresivo mayor. Los hallazgos polisomnográficos más frecuentes incluyen: 1) alteraciones de la continuidad del sueño, como una latencia de sueño prolongada, mayor frecuencia de despertares intermitentes y despertar precoz; 2) reducción de los movimientos oculares lentos (NREM) en los estadios 3 y 4 del sueño (sueño de ondas lentas), con un cambio de la actividad de ondas lentas más allá del primer período NREM; 3) disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM) (p. ej., acortamiento de la duración del primer período NREM); 4) aumento de la actividad de la fase REM (p. ej., el número de los movimientos oculares verdaderos durante el REM), y 5) aumento de la duración del sueño REM al principio de la noche. Algunos datos sugieren que estas anomalías del sueño a veces persisten tras la remisión clínica o pueden preceder al inicio de un episodio depresivo mayor.

Los neurotransmisores implicados en la fisiopatología de un episodio depresivo mayor incluyen noradrenalina, serotonina, acetilcolina, dopamina y ácido gammaaminobutírico. Los datos que implican a estos neurotransmisores parten de la medición de sus niveles en la sangre, el líquido cefalorraquídeo o la orina y de la actividad de los receptores plaquetarios. Otras pruebas de laboratorio anormales son el test de supresión con dexametasona, otras pruebas neuroendocrinas, las técnicas funcionales y estructurales de imagen cerebral, los potenciales evocados y el EEG.

### *Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión. Si se tienen en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación de un episodio depresivo mayor, se pueden reducir su infraestimación y los errores diagnósticos. Por ejemplo, en algunas culturas la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de «nervios» y cefaleas (en las culturas latina y mediterránea), de debilidad, cansancio o «falta de equilibrio» (en las culturas china y asiáticas), de problemas en el «corazón» (en las culturas del medio oriente) o de estar «acongojado» (entre los hopi). Estas presentaciones combinan características de los trastornos depresivo, de ansiedad y somatomorfo. Las diversas culturas también pueden diferir en la valoración de la importancia de experimentar o expresar disforia (p. ej., la irritabilidad puede provocar más preocupación que la tristeza o el aislamiento). Las experiencias propias de una cultura (p. ej., el miedo de estar hechizado o embrujado, sensaciones de «calor en la cabeza» o sensaciones de hormigueo debidas a gusanos u hormigas o sensaciones intensas de ser visitado por los muertos) deben ser diferenciadas de las alucinaciones o las ideas delirantes reales que pueden formar parte de un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos. También es obligado que el clínico no reste importancia a un síntoma, simplemente porque es visto como algo «general» en una cultura.

Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta. En los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales (especialmente tras-



tornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad) que en solitario. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. En los ancianos pueden ser especialmente acusados los síntomas cognoscitivos (p. ej., desorientación, pérdida de memoria y distraibilidad).

Una proporción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo mayor unos días antes del inicio de la menstruación. Los estudios realizados indican que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en varones. Véanse los correspondientes apartados de los textos referentes al trastorno depresivo mayor (v. pág. 348), trastorno bipolar I (v. pág. 360) y trastorno bipolar II (v. pág. 368) para la información específica sobre el sexo.

### *Curso*

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. En una proporción considerable de casos (quizá el 20 o el 30 %), algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar (en cuyo caso se debe anotar la especificación en remisión parcial; pág. 385). La remisión parcial después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para episodios posteriores. En algunos sujetos (5-10 %) se siguen cumpliendo totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor durante 2 o más años (en cuyo caso se debe anotar la especificación crónico; v. pág. 390).

### *Diagnóstico diferencial*

Un episodio depresivo mayor debe distinguirse de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo) (v. pág. 375). Esto se determina según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física. Si hay un episodio depresivo mayor y una enfermedad médica, pero se considera que los síntomas depresivos no son un efecto fisiológico directo de la enfermedad médica, entonces el trastorno del estado de ánimo primario se registra en el Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor) y la enfermedad médica se registra en el Eje III (p. ej., infarto de miocardio). Por ejemplo, éste sería el caso si el episodio depresivo mayor se considera una consecuencia psicológica directa de sufrir la enfermedad médica o si no hay relación etiológica entre el episodio depresivo mayor y la enfermedad médica.

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de que una sustancia (una droga, un medicamento o un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379). Por ejemplo, el estado de ánimo depresivo que se presenta sólo en el contexto de la abstinencia de cocaína se diagnosticará como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia.

En las personas ancianas suele ser difícil determinar si los síntomas cognoscitivos (p. ej., desorientación, apatía, dificultades para concentrarse, pérdida de memoria) son atribuibles a una **demencia** o a un episodio depresivo mayor. Para aclararlo es útil la evaluación médica completa y una valoración del comienzo de la alteración, la secuencia temporal de los síntomas depresivos y cognoscitivos, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. El estado premórbido del sujeto puede ayudar a diferenciar un episodio depresivo mayor de una demencia. En la demencia suele haber una historia de deterioro de las funciones cognoscitivas, mientras que el sujeto con un episodio depresivo mayor es mucho más probable que tenga un estado premórbido relativamente normal y un deterioro cognoscitivo brusco asociado a la depresión.

Los episodios depresivos mayores con un estado de ánimo muy irritable pueden ser difíciles de distinguir de los **episodios maníacos con estado de ánimo irritable** o de los **episodios mixtos**. Esta distinción requiere una evaluación clínica concienzuda de la presencia de síntomas maníacos. Si se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (exceptuando la duración de 2 semanas) casi cada día durante al menos un período de 1 semana, entonces se trata de un episodio mixto.

La distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden darse tanto en un **trastorno por déficit de atención con hiperactividad** como en un episodio depresivo mayor; si se cumplen los criterios para ambos, puede diagnosticarse el trastorno por déficit de atención con hiperactividad además del trastorno del estado de ánimo. No obstante, el clínico tiene que ser cuidadoso para no sobrediagnosticar episodios depresivos mayores en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en los que la alteración del estado de ánimo se caracteriza por la irritabilidad más que por la tristeza o la pérdida de interés.

Un episodio depresivo mayor que se presente en respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un **trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo** por el hecho de que en este último no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor. Tras la pérdida de un ser querido, los síntomas depresivos deben atribuirse a un **duelo** y no a un episodio depresivo mayor, incluso si son de número y duración suficientes para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, y a no ser que persistan durante más de 2 meses o incluyan un deterioro funcional importante, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Finalmente, hay que señalar que los **períodos de tristeza** son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos períodos no se deben diagnosticar como un episodio depresivo mayor a no ser que se cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de entre nueve síntomas), duración (p. ej., la mayor parte del día, casi cada día durante al menos 2 semanas) y malestar o deterioro clínicamente significativos. El diagnóstico de **trastorno depresivo no especificado** puede ser apropiado para los cuadros de estado de ánimo depresivo con incapacidad clínica significativa que no cumplen los criterios de duración o gravedad.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 mencionan diez síntomas, a diferencia del DSM-IV (donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad). La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y de 8 de 10, el nivel grave. Además, el algoritmo diagnóstico también es distinto, ya que la CIE-10 requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves. La definición de la CIE-10 de los episodios con síntomas psicóticos excluye la presencia de síntomas de primer nivel y delirios extraños.

## ■ Criterios para el episodio depresivo mayor

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

**Nota:** No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- (4) insomnio o hipersomnias casi cada día
- (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 341).
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

## Episodio maníaco

### *Características del episodio*

Un episodio maníaco se define por un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este período de estado de ánimo anormal debe durar al menos 1 semana (o menos si se requiere hospitalización) (Criterio A). La alteración del estado de ánimo debe ir acompañada por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. Si el estado de ánimo es irritable (en lugar de elevado o expansivo), debe haber al menos cuatro de los síntomas anteriores (Criterio B). Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto, que se caracteriza por síntomas tanto de un episodio maníaco como de un episodio depresivo mayor, que se presentan casi cada día durante un período de al menos 1 semana (Criterio C). La alteración debe ser suficientemente grave como para ocasionar un importante deterioro social o laboral o para precisar hospitalización, o caracterizarse por la presencia de síntomas psicóticos (Criterio D). El episodio no se deberá a los efectos directos de una droga, un medicamento, otros tratamientos somáticos de la depresión o a la exposición a un tóxico. El episodio no se deberá a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (p. ej., esclerosis múltiple, tumor cerebral) (Criterio E).

El estado de ánimo elevado de un episodio maníaco puede describirse como eufórico, anormalmente bueno, alegre o alto. Si bien el estado de ánimo del sujeto puede inicialmente tener una cualidad contagiosa para el observador externo, los que conocen bien a la persona lo reconocen como excesivo. La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por un incesante e indiscriminado entusiasmo en las interacciones interpersonales, sexuales o laborales. Por ejemplo, el sujeto puede iniciar espontáneamente largas conversaciones con extraños en lugares públicos, o un vendedor puede telefonar a casa de gente desconocida a primera hora de la mañana para empezar las ventas. Aunque el estado de ánimo elevado se considera el síntoma prototípico, la alteración del estado de ánimo predominante es a veces la irritabilidad, especialmente cuando se contradicen los deseos del sujeto. También se observa con frecuencia labilidad del estado de ánimo (p. ej., la alternancia entre la euforia y la irritabilidad).

Es característico que se dé una exageración de la autoestima, que va desde la confianza en uno mismo carente de autocritica hasta una evidente grandiosidad que puede alcanzar proporciones delirantes (Criterio B1). Los sujetos pueden dar consejos en materias sobre las que no tienen especiales conocimientos (p. ej., cómo hay que dirigir las Naciones Unidas). A pesar de no tener ningún especial talento o experiencia, el sujeto puede lanzarse a escribir una novela o a componer una sinfonía o a buscar publicidad para un invento sin ninguna utilidad práctica. Son frecuentes las ideas delirantes de grandeza (p. ej., tener una relación especial con Dios o con alguna figura del mundo político, religioso o del espectáculo).

Casi invariablemente, hay un descenso de la necesidad de dormir (Criterio B2). El sujeto suele despertarse varias horas más temprano de lo habitual, sintiéndose lleno de energía. Cuando el trastorno del sueño es grave, el sujeto puede llevar días sin dormir sin sentirse cansado.

El lenguaje de tipo maníaco es típicamente verborreico, fuerte, rápido y difícil de interrumpir (Criterio B3). Los sujetos pueden hablar sin parar, algunas veces durante horas y sin importarles los deseos de comunicarse de los demás. A veces el discurso está caracterizado por chistes, juegos de palabras e impertinencias divertidas. El sujeto puede mostrarse teatral, con manierismos dramáticos y cantos. La elección de las palabras puede estar más dominada por los sonidos que por las relaciones conceptuales significativas (p. ej., asonancias). Si el estado de ánimo del sujeto

es más irritable que expansivo, el discurso puede estar marcado por quejas, comentarios hostiles o peroratas furiosas.

Los pensamientos pueden ser muy rápidos, a veces incluso más rápidos de lo que pueden ser verbalizados (Criterio B4). Algunos sujetos con episodios maníacos refieren que esta experiencia se parece a ver dos o tres programas de televisión al mismo tiempo. Frecuentemente hay una fuga de ideas que se manifiesta por un flujo casi continuo de lenguaje acelerado, con cambios bruscos de un tema a otro. Por ejemplo, mientras está hablando de una potencial estrategia para vender ordenadores, un vendedor puede pasar a disertar con todo detalle de la historia de los chips de los ordenadores, la revolución industrial o las matemáticas aplicadas. Cuando la fuga de ideas es grave, el lenguaje puede volverse desorganizado e incoherente.

La distraibilidad (Criterio B5) se pone de manifiesto por la incapacidad para apartar los estímulos externos irrelevantes (p. ej., la corbata del entrevistador, los ruidos de fondo de las conversaciones o de los accesorios de la habitación). Puede haber una reducción de la capacidad para diferenciar los pensamientos pertinentes al tema de los que tienen poco que ver con él, o de los que son claramente irrelevantes.

Es frecuente que el aumento de la actividad intencionada implique una excesiva planificación o participación en múltiples actividades (p. ej., sexuales, laborales, políticas, religiosas) (Criterio B6). Se suele presentar un aumento de los impulsos, las fantasías y los comportamientos sexuales. El sujeto puede asumir varias empresas nuevas al mismo tiempo, sin tener en cuenta los posibles riesgos o la necesidad de acabar bien cada una de ellas. Casi invariablemente, hay un aumento de la sociabilidad (p. ej., reencontrando a viejos conocidos o llamando a los amigos o incluso a desconocidos a cualquier hora del día o de la noche), sin tener en cuenta la naturaleza entrometida, dominante y demandante de estas interacciones. Frecuentemente, estos sujetos demuestran una agitación o inquietud psicomotoras, paseando o manteniendo varias conversaciones al mismo tiempo (p. ej., por teléfono y en persona al mismo tiempo). Algunos sujetos escriben un torrente de cartas sobre temas distintos a amigos, personajes públicos o medios de comunicación.

Con frecuencia, la expansividad, el optimismo inmotivado, la grandiosidad y el empobrecimiento del juicio conducen a una implicación imprudente en actividades placenteras como compras desmesuradas, conducción temeraria, inversiones económicas poco razonables y comportamientos sexuales inusuales, que pueden tener consecuencias graves (Criterio B7). El sujeto se puede proveer de muchas cosas innecesarias (p. ej., 20 pares de zapatos, antigüedades caras) sin tener el dinero con que pagarlas. El comportamiento sexual inusual puede incluir infidelidad o encuentros sexuales indiscriminados con personas desconocidas.

La desorganización resultante de la alteración puede ser lo bastante grave como para provocar un deterioro importante de la actividad o para precisar hospitalización con el fin de proteger al sujeto de las consecuencias negativas de sus actos, que son resultado del empobrecimiento de su juicio crítico (p. ej., pérdidas económicas, actividades ilegales, pérdida de empleo, comportamiento agresivo). Por definición, la presencia de síntomas psicóticos durante un episodio maníaco da lugar a un deterioro importante de la actividad (Criterio D).

Síntomas similares a los que se dan en un episodio maníaco pueden aparecer como resultado de los efectos directos de un medicamento antidepresivo, una terapéutica electroconvulsiva, una terapéutica lumínica o un medicamento prescrito para algunas enfermedades médicas (p. ej., corticosteroides). Estos cuadros no se consideran episodios maníacos y no deben conducir al establecimiento de un diagnóstico de trastorno bipolar I. Por ejemplo, si una persona con un trastorno depresivo mayor presenta síntomas maníacos después de un tratamiento antidepresivo, el episodio se diagnostica como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maníacos, y no hay que cambiar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor por el de trastorno bipolar I. Hay datos que sugieren que los sujetos que presentan episodios similares a la manía tras algún tratamiento somático de la depresión pueden presentar una «diátesis» bipolar. Estos sujetos pueden tener más probabilidades de presentar futuros episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos que no

estén relacionados con sustancias o con tratamientos somáticos para la depresión. Ésta puede ser una consideración especialmente importante en niños y adolescentes.

### *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** Es frecuente que los sujetos con un episodio maníaco no reconozcan que están enfermos y que se resistan a los intentos de tratamiento. Pueden viajar impulsivamente a otras ciudades, perdiendo el contacto con los familiares o los cuidadores. Pueden cambiar su vestimenta, el maquillaje o la apariencia personal hacia un estilo más llamativo o sugerente sexualmente, que resulta extraño en ellos. También pueden involucrarse en actividades que tienen una cualidad desorganizada o rara (regalar caramelos o dinero, o aconsejar a cualquier desconocido con el que se encuentren). El episodio maníaco puede acompañarse de juego patológico y comportamientos antisociales. Las consideraciones éticas pueden quedar olvidadas, incluso para personas que habitualmente son tenidas por muy responsables (p. ej., un corredor de bolsa puede comprar y vender valores de forma inapropiada y sin el conocimiento o la autorización de los clientes; un científico puede apropiarse de los hallazgos de otros). El sujeto puede estar hostil y amenazar físicamente a los demás. Algunos sujetos, en especial los que tienen síntomas psicóticos, se vuelven físicamente agresivos o suicidas. Las consecuencias adversas de un episodio maníaco (p. ej., hospitalización involuntaria, problemas legales o problemas económicos graves) a menudo son el resultado del empobrecimiento del juicio y la hiperactividad. Cuando ya han superado el episodio maníaco, la mayoría de los sujetos se sienten apenados por su comportamiento durante el episodio maníaco. Algunos sujetos refieren tener los sentidos del olfato, el oído o la visión más finos (p. ej., los colores parecen más brillantes). Cuando hay síntomas catatónicos (p. ej., estupor, mutismo, negativismo y trastornos posturales), se ha de indicar la especificación con síntomas catatónicos (v. pág. 390).

El estado de ánimo puede cambiar muy rápidamente de la ira a la depresión. Los síntomas depresivos pueden durar unos momentos, horas o más raramente días. No es raro que los síntomas depresivos y los síntomas maníacos aparezcan simultáneamente. El episodio se considera mixto si los criterios para un episodio depresivo mayor y para un episodio maníaco se cumplen cada día durante al menos 1 semana (v. pág. 339). A medida que se desarrolla el episodio maníaco, suele haber un aumento sustancial del consumo de alcohol o estimulantes, que pueden exacerbar o prolongar el episodio.

**Hallazgos de laboratorio.** No se han identificado hallazgos de laboratorio que sean diagnósticos de un episodio maníaco. Sin embargo, se ha visto que algunos datos de laboratorio son anormales en los grupos de sujetos maníacos en comparación con los de los controles. Los hallazgos de laboratorio en los episodios maníacos incluyen anormalidades polisomnográficas, aumento de la secreción de cortisol y ausencia de la respuesta de no supresión con dexametasona. Puede haber anormalidades que afecten los sistemas neurotransmisores de noradrenalina, serotonina, acetilcolina, dopamina o ácido gammaaminobutírico, según se ha demostrado en estudios de los metabolitos de los neurotransmisores, actividad de los receptores, provocación farmacológica y función neuroendocrina.

### *Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

Las consideraciones respecto a la cultura que se sugirieron en relación con los episodios depresivos mayores también son aplicables a los episodios maníacos (v. pág. 330). Los episodios maníacos en adolescentes son más proclives a incluir síntomas psicóticos y pueden asociarse a

mala comportamiento escolar, comportamiento antisocial, fracaso escolar o consumo de sustancias. Una minoría significativa de adolescentes parece tener una historia de problemas de comportamiento de larga duración que preceden al inicio del episodio maníaco franco. No está claro si estos problemas representan los pródromos prolongados de un trastorno bipolar o si son un trastorno independiente. Para una información específica respecto al sexo, véanse los apartados correspondientes en los textos sobre trastorno bipolar I (pág. 360) y trastorno bipolar II (pág. 368).

### *Curso*

La edad media de inicio de un primer episodio maníaco se sitúa en los primeros años de la tercera década de la vida, pero hay algunos casos de inicio en la adolescencia y otros que comienzan después de los 50 años. Los episodios maníacos comienzan de forma brusca, con un aumento rápido de los síntomas en pocos días. Frecuentemente, los episodios maníacos aparecen después de un estrés psicosocial. Los episodios suelen durar de algunas semanas a varios meses y son más breves y con un final más brusco que los episodios depresivos mayores. En muchos casos (50-60 %) un episodio depresivo mayor precede o sigue de forma inmediata a un episodio maníaco, sin que haya un período intermedio de eutimia. Si el episodio maníaco se presenta en el período puerperal, puede haber un aumento del riesgo de recurrencias en otros períodos puerperales y debe aplicarse la especificación de inicio en el posparto (v. pág. 394).

### *Diagnóstico diferencial*

Un episodio maníaco debe diferenciarse de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico apropiado debe ser trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, tumor cerebral, síndrome de Cushing) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas maníacos no son un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, entonces el trastorno primario del estado de ánimo se registra en el Eje I (p. ej., trastorno bipolar I) y la enfermedad médica se registra en el Eje III (p. ej., infarto de miocardio). Un inicio tardío de un primer episodio maníaco (p. ej., después de los 50 años) debe alertar al clínico sobre la posibilidad de que la causa del trastorno sea una enfermedad médica o una sustancia.

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se diferencia de un episodio maníaco por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. página 379). Síntomas como los que se dan en un episodio maníaco pueden ser precipitados por una droga (p. ej., los síntomas maníacos que sólo se producen en el contexto de una intoxicación por cocaína serían diagnosticados como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas maníacos, de inicio durante la intoxicación). Síntomas como los que se dan en un episodio maníaco también pueden ser precipitados por un tratamiento antidepresivo, bien sea un medicamento, una terapéutica electroconvulsiva o una terapéutica lumínica. Estos episodios también son diagnosticados como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por amitriptilina, con síntomas maníacos; trastorno del estado de ánimo inducido por la terapéutica electroconvulsiva, con síntomas maníacos).

Los episodios maníacos deben ser distinguidos de los **episodios hipomaníacos**. Si bien los episodios maníacos y los episodios hipomaníacos tienen unos síntomas característicos idénticos, la alteración en el episodio hipomaníaco no es tan grave como para provocar un deterioro social

o laboral importante, ni para requerir hospitalización. Algunos episodios hipomaníacos evolucionan hasta episodios maníacos completos.

Los **episodios depresivos mayores con estado de ánimo con predominio del humor irritable** pueden resultar difíciles de distinguir de los episodios maníacos con estado de ánimo irritable o con los **episodios mixtos**. Esta decisión requiere una evaluación clínica cuidadosa de la presencia de los síntomas maníacos. Si se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor casi cada día durante al menos 1 semana, dicho cuadro constituye un episodio mixto.

Un **trastorno por déficit de atención con hiperactividad** y un episodio maníaco se caracterizan los dos por una actividad excesiva, comportamiento impulsivo, empobrecimiento del juicio y negación de problemas. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se distingue de un episodio maníaco por su inicio típicamente temprano (p. ej., antes de los 7 años), su curso crónico en lugar de episódico, la falta de un inicio y final relativamente claros y la ausencia del estado de ánimo expansivo o elevado o de síntomas psicóticos.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el episodio maníaco mencionan nueve síntomas, a diferencia de los siete que contiene el DSM-IV. Estos dos síntomas adicionales hacen referencia a impulsos sexuales acusados o indiscreciones y pérdida de las inhibiciones sociales normales. No obstante, el número de síntomas requeridos por los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 es igual al del DSM-IV (es decir, tres síntomas si el estado de ánimo es de carácter disfórico, y cuatro si es de carácter irritable), lo que probablemente da lugar a una definición más amplia del episodio maníaco en la CIE-10.

#### ■ **Criterios para el episodio maníaco**

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).



B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

- (1) autoestima exagerada o grandiosidad
- (2) disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
- (3) más hablador de lo habitual o verborreico
- (4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
- (5) distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
- (6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora

*(continúa)*



**Criterios para el episodio maníaco** (*continuación*)

(7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto (v. pág. 341).

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

**Nota:** Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático anti-depresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

## Episodio mixto

### *Características del episodio*

Un episodio mixto se caracteriza por un período de tiempo (de al menos 1 semana de duración) en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (Criterio A). El sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez (tristeza, irritabilidad, euforia), acompañados de síntomas de un episodio maníaco (v. pág. 308) y de un episodio depresivo mayor (v. pág. 326). Los síntomas de presentación suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración debe ser suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, o está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos (Criterio B). La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) (Criterio C). Síntomas similares a los que se producen en un episodio mixto pueden ser debidos a los efectos directos de un medicamento antidepresivo, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica o a medicación prescrita para alguna enfermedad médica (p. ej., corticoides). Estos cuadros no se consideran episodios mixtos y no indican la existencia de un trastorno bipolar I. Por ejemplo, si una persona con un trastorno depresivo mayor recidivante presenta un cuadro de síntomas mixtos durante un tratamiento con antidepresivos, el diagnóstico del episodio es trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas mixtos, y no hay que cambiar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor por el de trastorno bipolar I. Algunos datos sugieren que puede haber una «diátesis» bipolar en los sujetos que presentan episodios similares a los mixtos después de un tratamiento somático para la depresión. Estos sujetos pueden tener más probabilidades de presentar episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos no relacionados con sustancias

o tratamientos somáticos para la depresión. Esta consideración puede ser especialmente importante en niños y adolescentes.

### *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** Las características asociadas de un episodio mixto son parecidas a las de los episodios maníacos y los episodios depresivos mayores. Los sujetos pueden estar desorganizados en el pensamiento o el comportamiento. Puesto que los sujetos con episodios mixtos experimentan más disforia que los que presentan episodios maníacos, pueden ser más proclives a buscar ayuda médica.

**Hallazgos de laboratorio.** Los hallazgos de laboratorio en los episodios mixtos no están bien estudiados, aunque algunos datos sugieren hallazgos fisiológicos y endocrinos parecidos a los que se encuentran en los episodios depresivos mayores.

### *Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

Las consideraciones sobre la cultura que se han hecho para los episodios depresivos mayores también son aplicables a los episodios mixtos (v. pág. 330). Los episodios mixtos parecen ser más frecuentes en sujetos jóvenes y en mayores de 60 años con trastorno bipolar, y puede que sean más frecuentes en varones que en mujeres.

### *Curso*

Los episodios mixtos pueden surgir de un episodio maníaco o de un episodio depresivo mayor o *de novo*. Por ejemplo, en un sujeto con 3 semanas de síntomas maníacos seguidas de 1 semana de síntomas tanto maníacos como depresivos, se debe cambiar el diagnóstico de trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, por el de trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto. Los episodios mixtos pueden durar de semanas a varios meses y pueden remitir hasta un período con pocos o ningún síntomas o evolucionar a un episodio depresivo mayor. Es mucho menos frecuente que un episodio mixto evolucione a un episodio maníaco.

### *Diagnóstico diferencial*

Un episodio mixto debe diferenciarse de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico apropiado debe ser trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, tumor cerebral, síndrome de Cushing) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas maníacos no son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, entonces el trastorno primario del estado de ánimo se registra en el Eje I (p. ej., trastorno bipolar I) y la enfermedad médica se registra en el Eje III (p. ej., infarto de miocardio).

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se diferencia de un episodio mixto por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379).

Síntomas como los que se dan en un episodio maníaco pueden ser precipitados por una droga (p. ej., los síntomas mixtos maníacos y depresivos que sólo se producen en el contexto de una intoxicación por cocaína serían diagnosticados como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas mixtos, de inicio durante la intoxicación). Síntomas como los que se dan en un episodio mixto también pueden ser precipitados por un tratamiento antidepresivo, bien sea un medicamento, terapéutica electroconvulsiva o terapéutica lumínica. Estos episodios también son diagnosticados como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por amitriptilina, con síntomas mixtos; trastorno del estado de ánimo inducido por la terapéutica electroconvulsiva, con síntomas mixtos).


Los **episodios depresivos mayores con estado de ánimo con predominio del humor irritable** y los **episodios maníacos con estado de ánimo con predominio del humor irritable** pueden ser difíciles de distinguir de los episodios mixtos. Esta decisión requiere una evaluación clínica cuidadosa de la presencia simultánea de síntomas característicos tanto de un episodio completo como de un episodio depresivo mayor completo (excepto por la duración).

Un **trastorno por déficit de atención con hiperactividad** y un episodio mixto se caracterizan los dos por una actividad excesiva, un comportamiento impulsivo, un empobrecimiento del juicio y la negación de problemas. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se distingue de un episodio mixto por su inicio típicamente temprano (p. ej., antes de los 7 años), su curso crónico en lugar de episódico, la falta de un inicio y final relativamente claros y la ausencia del estado de ánimo expansivo a elevado o de síntomas psicóticos. Algunas veces, los niños con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentan síntomas depresivos como baja autoestima y tolerancia a la frustración. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se debe diagnosticar trastorno por déficit de atención con hiperactividad además del trastorno del estado de ánimo.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren una duración de los síntomas de como mínimo 2 semanas.

#### ■ **Criterios para el episodio mixto**

- A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco (v. pág. 338) como para un episodio depresivo mayor (v. pág. 333) (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.
-  B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

**Nota:** Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

## Episodio hipomaníaco

### *Características del episodio*

Un episodio hipomaníaco se define como un período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días (Criterio A). Este período de estado de ánimo anormal debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad (no delirante), disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves (Criterio B). Si el estado de ánimo es irritable (en lugar de elevado o expansivo), debe haber al menos cuatro de los síntomas anteriores. Esta lista de síntomas adicionales es idéntica a la que define un episodio maníaco (v. página 334) excepto en que no puede haber ideas delirantes y alucinaciones. El estado de ánimo durante un episodio hipomaníaco debe ser claramente distinto del estado de ánimo habitual del sujeto cuando no está deprimido y tiene que haber un cambio claro de su actividad habitual (Criterio C). Puesto que los cambios del estado de ánimo y de la actividad han de ser observables por otras personas (Criterio D), la evaluación de este criterio suele requerir la intervención de otros informadores (p. ej., los familiares). La historia obtenida de otros informadores es particularmente importante en la evaluación de los adolescentes. Contrariamente a lo que sucede en un episodio maníaco, un episodio hipomaníaco no es suficientemente grave como para ocasionar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, ni está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos (Criterio E). En algunos sujetos el cambio de la actividad puede tomar la forma de un importante aumento de la eficiencia, los logros y la creatividad. Sin embargo, en otros la hipomanía puede causar un cierto deterioro social o laboral. La alteración del estado de ánimo y los demás síntomas no se deben a los efectos directos de una droga, un medicamento, otros tratamientos somáticos de la depresión (terapéutica electroconvulsiva o terapéutica lumínica) o de la exposición a un tóxico. El episodio tampoco se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (p. ej., esclerosis múltiple, tumor cerebral) (Criterio F). Síntomas similares a los que se dan en un episodio hipomaníaco pueden ser debidos a los efectos directos de un medicamento antidepressivo, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica o a un medicamento prescrito para algunas enfermedades médicas (p. ej., corticosteroides). Estos cuadros no se consideran episodios hipomaníacos y no deben conducir al establecimiento de un diagnóstico de trastorno bipolar II. Por ejemplo, si una persona con un trastorno depresivo mayor presenta síntomas de un episodio similar a la hipomanía después de un tratamiento antidepressivo, el episodio se diagnostica como un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maníacos, y no hay que cambiar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor por el de trastorno bipolar II. Hay datos que sugieren que los sujetos que presentan episodios similares a la manía o la hipomanía tras algún tratamiento somático de la depresión pueden presentar una «diátesis» bipolar. Estos sujetos pueden tener mayores probabilidades de presentar futuros episodios maníacos o hipomaníacos que no estén relacionados con sustancias o con tratamientos somáticos para la depresión.

El estado de ánimo elevado en un episodio hipomaníaco se describe como eufórico, extrañamente bueno, alegre o alto. Si bien el estado de ánimo del sujeto puede inicialmente tener una cualidad contagiosa para el observador externo, los que conocen bien a la persona lo reconocen como excesivo. La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por el entusiasmo en las interacciones sociales, interpersonales o laborales. Aunque el estado de ánimo elevado se considera el síntoma prototípico, la alteración predominante del estado de ánimo puede ser la irritabilidad o alternar la euforia y la irritabilidad. Es característico que exista una exageración de la autoestima, normalmente en un nivel de confianza en sí mismo carente de autocrítica, más que en el de una

evidente grandiosidad (Criterio B1). Muy a menudo hay un descenso de la necesidad de dormir (Criterio B2); el sujeto se despierta más temprano de lo habitual y lleno de energía. El discurso de un sujeto con un episodio hipomaniaco suele ser algo más enérgico y más rápido de lo habitual, pero en general no es difícil de interrumpir. Puede estar repleto de chistes, equívocos, juegos de palabras y desatinos (Criterio B3). La fuga de ideas es rara y, si se da, es de duración muy breve (Criterio B4).

Suele haber distraibilidad, como se pone de manifiesto por los cambios rápidos del discurso o la actividad en respuesta a diversos estímulos externos irrelevantes (Criterio B5). El aumento de la actividad intencionada puede implicar la planificación o participación en múltiples actividades (Criterio B6). Frecuentemente, estas actividades son creativas y productivas (p. ej., escribir una carta al editor, ordenar documentos). Suele haber un aumento de la sociabilidad y puede existir un aumento de la actividad sexual. Pueden presentarse actos impulsivos como compras desmesuradas, conducción temeraria e inversiones económicas poco razonables (Criterio B7). No obstante, estas actividades están bien organizadas, no son extrañas y no dan lugar al deterioro característico de un episodio maniaco.

### *Síntomas dependientes de la cultura y la edad*

Las consideraciones respecto a la cultura que se sugirieron en relación con los episodios depresivos mayores también son aplicables a los episodios hipomaniacos (v. pág. 330). En las personas más jóvenes (p. ej., adolescentes) los episodios hipomaniacos pueden ir asociados a ausencias escolares, comportamiento antisocial, fracaso escolar o consumo de sustancias.

### *Curso*

En general, los episodios hipomaniacos comienzan de forma brusca, con un incremento rápido de los síntomas en 1 o 2 días. Los episodios suelen durar de algunas semanas a varios meses y son más breves y con un final más brusco que los episodios depresivos mayores. En muchos casos el episodio hipomaniaco puede ir precedido o seguido de un episodio depresivo mayor. Los estudios disponibles sugieren que un 5-15 % de los sujetos con hipomanía acabarán presentando un episodio maniaco.

### *Diagnóstico diferencial*

Un episodio hipomaniaco debe diferenciarse de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración de estado de ánimo se considera una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, tumor cerebral, síndrome de Cushing) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas hipomaniacos no son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, entonces el trastorno primario del estado de ánimo se registra en el Eje I (p. ej., trastorno bipolar II) y la enfermedad médica se registra en el Eje III (p. ej., infarto de miocardio).

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se diferencia de un episodio hipomaniaco por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379). Síntomas como los que se dan en un episodio hipomaniaco pueden ser precipitados

por una droga (p. ej., los síntomas hipomaníacos que sólo se producen en el contexto de una intoxicación por cocaína serían diagnosticados como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas maníacos, de inicio durante la intoxicación). Síntomas como los que se dan en un episodio hipomaníaco también pueden ser precipitados por un tratamiento antidepresivo, bien sea un medicamento, terapéutica electroconvulsiva o terapéutica lumínica. Estos episodios también son diagnósticos como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por amitriptilina, con síntomas maníacos; trastorno del estado de ánimo inducido por la terapéutica electroconvulsiva, con síntomas maníacos).

Los **episodios maníacos** deben ser distinguidos de los episodios hipomaníacos. Si bien los episodios maníacos y los episodios hipomaníacos tienen unos síntomas idénticos, la alteración en el episodio hipomaníaco no es tan grave como para provocar un deterioro importante social o laboral ni para requerir hospitalización. Algunos episodios hipomaníacos evolucionan hasta episodios maníacos completos.


Un **trastorno por déficit de atención con hiperactividad** y un episodio hipomaníaco se caracterizan los dos por una actividad excesiva, un comportamiento impulsivo, un empobrecimiento del juicio y la negación de problemas. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se distingue de un episodio hipomaníaco por su inicio típicamente temprano (p. ej., antes de los 7 años), su curso crónico en lugar de episódico, la falta de un inicio y final relativamente claros y la ausencia del estado de ánimo expansivo a elevado.

Un episodio hipomaníaco se debe distinguir de la **eutimia**, especialmente en los sujetos que han estado crónicamente deprimidos y que no están acostumbrados a la experiencia de un estado de ánimo no depresivo.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el episodio hipomaníaco mencionan dos síntomas adicionales —aumento de la energía sexual e incremento de la sociabilidad— y no recogen algunos síntomas presentes en el DSM-IV, en concreto aumento de la autoestima y fuga de ideas. Además, los criterios de la CIE-10 no exigen que el cambio del estado de ánimo sea observable por los demás.

#### **■ Criterios para el episodio hipomaníaco**

- A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.
-  B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:
  - (1) autoestima exagerada o grandiosidad
  - (2) disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
  - (3) más hablador de lo habitual o verborreico

**Criterios para el episodio hipomaniaco** (*continuación*)

- (4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
- (5) distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
- (6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora
- (7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

- C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.
- E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.
- F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

**Nota:** Los episodios parecidos a los hipomaniacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.

## Trastornos depresivos

### Trastorno depresivo mayor

#### *Características diagnósticas*

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores (v. pág. 326) sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos (Criterios A y C). Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio B).

El tercer dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica si se trata de un episodio único (utilizado sólo para los primeros episodios) o si es recidivante. Algunas veces es difícil distinguir un episodio único con síntomas fluctuantes de dos episodios independientes. Por lo que respecta a este manual, se considera que ha terminado un episodio cuando no se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor al menos durante 2 meses seguidos. Durante este período de 2 meses hay una resolución completa de los síntomas o presencia de síntomas depresivos que ya han dejado de cumplir los criterios completos para un episodio depresivo mayor (en remisión parcial).

El cuarto dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica el estado actual de la alteración. Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica la gravedad del episodio como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos. Si en aquel momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito se emplea para indicar si el trastorno está en remisión parcial o en remisión total (v. pág. 385).

Si se presenta un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco en el curso de un trastorno depresivo mayor, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar. Sin embargo, si los síntomas maníacos o hipomaníacos aparecen como efecto directo de un tratamiento antidepresivo, del consumo de otros medicamentos, del consumo de sustancias o de la exposición a tóxicos, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse un diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos). Del mismo modo, si los síntomas maníacos o hipomaníacos se producen como efecto directo de una enfermedad médica, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse el diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos).

### *Especificaciones*

Se pueden utilizar las siguientes especificaciones para describir el episodio depresivo mayor actual (o para el episodio depresivo mayor más reciente si en ese momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor):

**Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total** (v. pág. 385)

**Crónico** (v. pág. 390)

**Con síntomas catatónicos** (v. pág. 390)

**Con síntomas melancólicos** (v. pág. 391)

**Con síntomas atípicos** (v. pág. 392)

**De inicio en el posparto** (v. pág. 394)

Para indicar el patrón de los episodios y la presencia de sintomatología interepisódica en el trastorno depresivo mayor, recidivante, pueden utilizarse las especificaciones siguientes:

**Especificaciones de curso (con y sin recuperación total interepisódica)** (v. pág. 396)

**Con patrón estacional** (v. pág. 397)

### *Procedimientos de tipificación*

Los códigos diagnósticos para el trastorno depresivo mayor se seleccionan de la forma siguiente:



1. Los primeros dos dígitos son F3.
2. El tercer dígito puede ser 2 (si hay un único episodio depresivo mayor) o 3 (si hay episodios depresivos mayores recidivantes).
3. El cuarto dígito indica lo siguiente: 0 para gravedad leve, 1 para gravedad moderada, 2 para casos graves sin síntomas psicóticos, 3 para casos graves con síntomas psicóticos, 4 para casos en remisión parcial o total y 9 si no está especificado.

Al registrar el nombre de un diagnóstico, hay que enumerar los términos en el orden siguiente: trastorno depresivo mayor, especificaciones codificadas en el tercer dígito (p. ej., recidivante), especificaciones codificadas en el cuarto dígito (p. ej., leve, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial), las especificaciones (sin códigos) aplicables al episodio más reciente (p. ej., con síntomas melancólicos, de inicio en el posparto) y las especificaciones (sin códigos) aplicables al curso de los episodios (p. ej., con recuperación total interepisódica); por ejemplo, F33.1 Trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado, con síntomas atípicos, con patrón estacional, con recuperación total interepisódica [296.32].

### *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15 %. Los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor de más de 55 años aumentan hasta llegar a cuadruplicarse. Los sujetos con trastorno depresivo mayor ingresados en residencias geriátricas pueden tener un mayor riesgo de muerte en el primer año. De los sujetos visitados en consultas de medicina general, los que presentan un trastorno depresivo mayor tienen más dolor y más enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal.

El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico (en un 10 % en estudios epidemiológicos y en un 15-25 % en población clínica). También se estima que cada año aproximadamente el 10 % de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor. Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo mayor (p. ej., trastornos relacionados con sustancias, trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad).

**Hallazgos de laboratorio.** Las anormalidades de laboratorio asociadas con el trastorno depresivo mayor son las que se asocian con los episodios depresivos mayores (v. pág. 329). Ninguno de estos hallazgos es diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, pero se ha visto que son anormales en grupos de sujetos con trastorno depresivo mayor si se comparan con los controles. La mayoría de las anormalidades de laboratorio son dependientes del estado (p. ej., sólo aparecen cuando hay síntomas depresivos). No obstante, hay datos que sugieren que algunas alteraciones del EEG del sueño persisten durante la remisión clínica o pueden preceder al inicio del episodio depresivo mayor.

**Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.** El trastorno depresivo mayor puede asociarse a enfermedades médicas crónicas. Hasta un 20-25 % de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (p. ej., diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes vasculares cerebrales) presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica. Si hay un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico, menos favorable.

### *Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

Las características específicas relacionadas con la cultura se exponen en el texto referente al episodio depresivo mayor (v. pág. 330). El trastorno depresivo mayor (único o recidivante), tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. En la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años.

### *Prevalencia*

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general han variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil.

### *Curso*

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El curso del trastorno depresivo mayor, recidivante, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Algunos datos sugieren que, en general, los períodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior. Aproximadamente, se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto. Entre el 5 y el 10 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, presentan más tarde un episodio maníaco (p. ej., presentan un trastorno bipolar I).

Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente (aproximadamente en dos terceras partes de los casos) y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente (en aproximadamente un tercio de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial interepisódica. Por tanto, las especificaciones de curso, con recuperación interepisódica total sin recuperación interepisódica total (v. pág. 396), pueden tener valor pronóstico. Algunos sujetos presentan un trastorno distímico previo al inicio del trastorno depresivo mayor, episodio único. Hay datos que sugieren que estos sujetos tienen más probabilidades de presentar otros episodios depresivos mayores, tienen una peor recuperación interepisódica y pueden necesitar un tratamiento más intenso en la fase aguda y un período más largo de tratamiento continuado para alcanzar y mantener un estado eutímico más completo y de larga duración.

Los estudios de seguimiento del curso natural sugieren que después de 1 año del diagnóstico de un episodio depresivo mayor el 40 % de los sujetos presenta aún síntomas que son de la suficiente gravedad como para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, más o menos el 20 % sigue teniendo algunos síntomas que ya no cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor (p. ej., trastorno depresivo mayor, en remisión parcial) y un 40 % no presenta trastorno del estado de ánimo. La gravedad del episodio depresivo mayor inicial parece ser predictora de la persistencia del trastorno. También las enfermedades médicas son un factor de riesgo para episodios más persistentes.

A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

Es difícil predecir en qué casos el primer episodio de un trastorno depresivo mayor en una persona joven va a convertirse finalmente en un trastorno bipolar. Algunos datos sugieren que el inicio agudo de una depresión grave, especialmente con síntomas psicóticos y enlentecimiento psicomotor, en una persona joven sin psicopatología prepuberal, es probable que sea predictor de un curso bipolar. La historia familiar de trastorno bipolar también es sugerente de la aparición posterior de un trastorno bipolar.

### *Patrón familiar*

El trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. Hay pruebas de un mayor riesgo de dependencia del alcohol en familiares biológicos de primer grado adultos y puede haber un aumento de la incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con este trastorno.

### *Diagnóstico diferencial*

Véase el apartado «Diagnóstico diferencial» en el capítulo del episodio depresivo mayor (pág. 331). Una historia de un **episodio maníaco, mixto o hipomaníaco** excluye el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. La presencia de episodios hipomaníacos (sin historia de ningún episodio maníaco) indica el diagnóstico de trastorno bipolar II. La presencia de episodios maníacos o mixtos (con o sin episodios hipomaníacos) indica el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Los episodios depresivos mayores en un trastorno depresivo mayor deben ser diferenciados de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas depresivos no son la consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, el trastorno primario del estado de ánimo se anota el Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor) y la enfermedad médica se anota en el Eje III (p. ej., infarto de miocardio). Por ejemplo, éste sería el caso si se considera que el episodio depresivo mayor es la consecuencia psicológica directa de tener la en-

fermedad médica o si no hay relación etiológica entre el episodio depresivo mayor y la enfermedad médica.

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se diferencia de los episodios depresivos mayores en un trastorno depresivo mayor por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera que está etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379). Por ejemplo, el estado de ánimo depresivo que se presenta únicamente en el contexto de una abstinencia de cocaína sería diagnosticado como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia.

El **trastorno distímico** y el trastorno depresivo mayor se distinguen en base a la gravedad, la cronicidad y la persistencia. En el trastorno depresivo mayor el estado de ánimo depresivo debe estar presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al menos 2 semanas, mientras que en el trastorno distímico debe estar presente la mayoría de los días a lo largo de un período de al menos 2 años. El diagnóstico diferencial entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor resulta especialmente difícil por el hecho de que los dos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en cuanto al inicio, la duración, la persistencia y la gravedad no son fáciles de evaluar retrospectivamente. El trastorno depresivo mayor suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años. Si en el inicio de la alteración los síntomas depresivos crónicos son de suficiente gravedad y número como para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, el diagnóstico debe ser trastorno depresivo mayor, crónico (si todavía se cumplen los criterios), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios). Sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico con posterioridad a un trastorno depresivo mayor si el trastorno distímico se produjo antes del primer episodio depresivo mayor (p. ej., ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de los síntomas distímicos) o si ha habido una remisión total del episodio depresivo mayor (p. ej., que dure al menos 2 meses) antes del inicio del trastorno distímico.

El **trastorno esquizoafectivo** difiere del trastorno depresivo mayor, con síntomas psicóticos, por la exigencia de que en el trastorno esquizoafectivo tiene que haber al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones que aparezcan en ausencia de síntomas afectivos acusados. Puede haber síntomas depresivos durante la **esquizofrenia**, el **trastorno delirante** y el **trastorno psicótico no especificado**. En la mayoría de los casos estos síntomas depresivos pueden considerarse características asociadas a estos trastornos y no son tributarios de un diagnóstico independiente. No obstante, puede realizarse un diagnóstico de trastorno depresivo no especificado adicional al diagnóstico de esquizofrenia, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado cuando los síntomas depresivos cumplan los criterios completos para un episodio depresivo mayor (o cuando son de especial significación clínica). La esquizofrenia, tipo catatónico, puede ser difícil de diferenciar de un trastorno depresivo mayor, con síntomas catatónicos. Los antecedentes personales y familiares son útiles a la hora de hacer esta distinción.

En los ancianos suele ser difícil determinar si los síntomas cognoscitivos (p. ej., desorientación, apatía, dificultades de concentración, pérdida de memoria) son atribuibles a una **demencia** o a un episodio depresivo mayor de un trastorno depresivo mayor. El diagnóstico diferencial puede basarse en una evaluación médica general completa y en la consideración del inicio de la alteración, la secuencia temporal de los síntomas depresivos y cognoscitivos, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. El estado premórbido del sujeto puede ayudar a diferenciar un trastorno depresivo mayor de una demencia. En la demencia suele haber una historia premórbida de deterioro de las funciones cognoscitivas, mientras que el sujeto con un trastorno depresivo mayor es mucho más probable que tenga un estado premórbido relativamente normal y un deterioro cognoscitivo brusco asociado a la depresión.

### **Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10**

Al margen de las diferencias en la propia definición del episodio depresivo mayor, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen un umbral distinto para definir cuándo el trastorno se considera un episodio aislado *versus* dos episodios separados recidivantes. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 exigen la presencia de un período libre de cualquier síntoma significativo de alteración del estado de ánimo de por lo menos 2 meses entre estos episodios, mientras que los criterios del DSM-IV requieren un intervalo de como mínimo 2 meses consecutivos, en que no se cumpla la totalidad de criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor.

#### ■ **Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x]**

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor (v. pág. 333).
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. pág. 341) o un episodio hipomaníaco (v. pág. 344). **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

*Codificar* el estado del episodio actual o más reciente (v. pág. 384):

- .0 Leve**
- .1 Moderado**
- .2 Grave sin síntomas psicóticos**
- .3 Grave con síntomas psicóticos**
- .4 En remisión parcial/en remisión total**
- .9 No especificado**

*Especificar* (para el episodio actual o para el más reciente):

- [Para CIE-9-MC **Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión** (v. pág. 384)]
- Crónico** (v. pág. 390)
- Con síntomas catatónicos** (v. pág. 390)
- Con síntomas melancólicos** (v. pág. 391)
- Con síntomas atípicos** (v. pág. 392)
- De inicio en el posparto** (v. pág. 394)

### ■ Criterios para el diagnóstico de F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante [296.3x]

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores (v. pág. 333).

**Nota:** Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. pág. 341) o un episodio hipomaníaco (v. pág. 344). **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

*Codificar* el estado del episodio actual o más reciente (v. pág. 384):

- .0 Leve**
- .1 Moderado**
- .2 Grave sin síntomas psicóticos**
- .3 Grave con síntomas psicóticos**
- .4 En remisión parcial/en remisión total**
- .9 No especificado**

*Especificar* (para el episodio actual o el más reciente):

- [Para CIE-9-MC **Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión** (v. pág. 384)
- Crónico** (v. pág. 390)
- Con síntomas catatónicos** (v. pág. 390)
- Con síntomas melancólicos** (v. pág. 391)
- Con síntomas atípicos** (v. pág. 392)
- De inicio en el posparto** (v. pág. 394)

*Especificar:*

- Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)** (v. pág. 396)
- Con patrón estacional** (v. pág. 397)

### F34.1 Trastorno distímico [300.4]

#### *Características diagnósticas*

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2

años (Criterio A). Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o «desanimado». En los niños, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de 1 año. Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (Criterio B). Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (p. ej., «yo siempre he sido así», «esta es mi forma de ser»), es frecuente que no sean referidos a no ser que sean preguntados directamente por el entrevistador.

A lo largo del período de 2 años (1 año en niños y adolescentes), los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses (Criterio C). Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos (Criterio D). Si los síntomas depresivos crónicos incluyen un episodio depresivo mayor durante los 2 años iniciales, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor, crónico (si se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor). Después de los 2 primeros años del trastorno distímico, pueden sobreañadirse al trastorno distímico episodios depresivos mayores. En estos casos («depresión doble») se diagnostica tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico. Una vez que la persona vuelve a la línea de base distímica (p. ej., dejan de cumplirse los criterios para el episodio depresivo mayor, pero persisten los síntomas distímicos), sólo se diagnostica el trastorno distímico.

No se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maníaco (v. pág. 334), un episodio mixto (v. pág. 339), o un episodio hipomaníaco (v. pág. 342) o si alguna vez se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico (Criterio E). No se establece el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como la esquizofrenia o el trastorno delirante (Criterio F), en cuyo caso se consideran características asociadas de estos trastornos. Tampoco se diagnostica un trastorno distímico si la alteración es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., alcohol, medicamentos antihipertensivos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo, enfermedad de Alzheimer) (Criterio G). Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio H).

### *Especificaciones*

La edad de inicio y el patrón característico de los síntomas en el trastorno distímico pueden indicarse utilizando las especificaciones siguientes:

**Inicio temprano.** Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce antes de los 21 años. Estos sujetos tienen más probabilidades de desarrollar episodios depresivos mayores.

**Inicio tardío.** Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce a los 21 años o con posterioridad.

**Con síntomas atípicos.** Se debe usar esta especificación si el patrón de los síntomas durante los 2 últimos años del trastorno cumple los criterios de síntomas atípicos (v. pág. 392).

### *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** Las características asociadas al trastorno distímico son parecidas a las de un episodio depresivo mayor (pág. 329). Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno distímico son los sentimientos de incompetencia; la pérdida generalizada de interés o de placer; el aislamiento social; los sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado; los sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, y el descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad. (El apéndice B proporciona una alternativa al Criterio B para uso en investigación, que incluye estos ítems). En los sujetos con trastorno distímico los síntomas vegetativos (p. ej., sueño, apetito, cambio de peso y síntomas psicomotores) parecen ser menos frecuentes que en los sujetos con un episodio depresivo mayor. Cuando hay un trastorno distímico sin un trastorno depresivo mayor previo, existe un riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor en el futuro (el 10 % de los sujetos con un trastorno distímico presentará un trastorno depresivo mayor a lo largo del año siguiente). El trastorno distímico puede ir asociado a los trastornos de la personalidad límite, histriónico, narcisista, por evitación y por dependencia. Sin embargo, la valoración de las características de los trastornos de la personalidad en estos sujetos es difícil, porque los síntomas crónicos del estado de ánimo pueden contribuir a los problemas interpersonales o estar asociados a una percepción de sí mismos distorsionada. Otros trastornos crónicos del Eje I (p. ej., la dependencia de sustancias) o el estrés psicosocial crónico pueden ir asociados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, a los trastornos de comportamiento, los trastornos de ansiedad, los trastornos del aprendizaje y el retraso mental.

**Hallazgos de laboratorio.** Entre el 25 y el 50 % de los adultos con trastorno distímico presentan algunas de las características polisomnográficas que se encuentran en algunos sujetos con trastorno depresivo mayor (p. ej., reducción de la latencia de los movimientos oculares rápidos [REM], aumento de la densidad REM, reducción del sueño de ondas lentas, deterioro de la continuidad del sueño). Los sujetos con anomalías polisomnográficas es más frecuente que presenten una historia familiar positiva de trastorno depresivo mayor (y pueden responder mejor a la medicación antidepresiva) que los sujetos con trastorno distímico sin anomalías EEG. No está claro si las anomalías polisomnográficas también se encuentran en los trastornos distímicos «puros» (p. ej., sujetos sin historia previa de episodios depresivos mayores). La no supresión con dexametasona en el trastorno distímico no es habitual, a no ser que también se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

### *Síntomas dependientes de la edad y el sexo*

En los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

### *Prevalencia*

La prevalencia-vida del trastorno distímico (con o sin un trastorno depresivo mayor superpuesto) es aproximadamente del 6 %. La prevalencia puntual del trastorno distímico es aproximadamente del 3 %.



### *Curso*

Frecuentemente, el trastorno distímico tiene un inicio temprano e insidioso (p. ej., en la niñez, adolescencia o al principio de la edad adulta), así como un curso crónico. Habitualmente, en el marco clínico, los sujetos con trastorno distímico presentan un trastorno depresivo mayor superpuesto, que suele ser la razón por la que buscan tratamiento. Si el trastorno distímico precede al inicio del trastorno depresivo mayor, es menos probable que se produzca una recuperación completa espontánea entre los episodios depresivos mayores y hay más probabilidades de presentar más episodios posteriores.

### *Patrón familiar*

El trastorno distímico es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con trastorno depresivo mayor que entre la población general.

### *Diagnóstico diferencial*

Véase el apartado «Diagnóstico diferencial» del trastorno depresivo mayor (pág. 349). El diagnóstico diferencial entre el trastorno distímico y el **trastorno depresivo mayor** resulta especialmente difícil por el hecho de que los dos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en inicio, duración, persistencia y gravedad, no son fáciles de evaluar retrospectivamente. Normalmente, el trastorno depresivo mayor consiste en uno o más episodios depresivos mayores diferenciados que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años. Cuando el trastorno distímico es de muchos años de duración, la alteración de estado de ánimo no puede distinguirse con facilidad del funcionamiento «normal» del sujeto. Si al iniciarse los síntomas depresivos crónicos, éstos son de suficiente gravedad y número para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, el diagnóstico será trastorno depresivo mayor, crónico (si todavía se cumplen los criterios), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios). Sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico con posterioridad a un trastorno depresivo mayor si el trastorno distímico se produjo antes del primer episodio depresivo mayor (p. ej., ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de los síntomas distímicos) o si ha habido una remisión total del episodio depresivo mayor (p. ej., que dure al menos 2 meses) antes del inicio del trastorno distímico.

Los síntomas depresivos pueden ser una característica asociada habitual en los **trastornos psicóticos crónicos** (p. ej., el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno delirante). No se establece un diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas se presentan únicamente en el curso del trastorno psicótico (incluidas las fases residuales).

El trastorno distímico debe ser diferenciado del **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas depresivos no son la consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, el trastorno primario del estado de ánimo se anota en el Eje I (p. ej., trastorno distímico) y la enfermedad médica se anota en el Eje III (p. ej., diabetes mellitus). Por ejemplo, éste sería el caso si se considera que los síntomas depresivos son la consecuencia psicológica directa de tener la enfermedad médica o si no hay relación etiológica entre los síntomas depresivos y la enfermedad médica. Un

**trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se diferencia de un trastorno distímico por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera que está etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. página 379). Es frecuente que haya indicios de una **alteración coexistente de la personalidad**. Cuando el cuadro cumple los criterios tanto para trastorno distímico como para trastorno de la personalidad, se establecerán ambos diagnósticos.

### *Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10*

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 exigen que el estado de ánimo depresivo se acompañe de 3 síntomas de una lista de 11 (que contiene, por su parte, 5 de los 6 síntomas que aparecen en el DSM-IV). Además, la CIE-10 limita la coexistencia de episodios depresivos mayores a «ninguno o muy pocos» y especifica que el trastorno distímico puede aparecer justo después de un episodio depresivo sin que medie un período de remisión total.

#### ■ Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico [300.4]

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
  - (1) pérdida o aumento de apetito
  - (2) insomnio o hipersomnia
  - (3) falta de energía o fatiga
  - (4) baja autoestima
  - (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
  - (6) sentimientos de desesperanza
- C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor (v. pág. 333) durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

**Nota:** Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

(continúa)

**Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico [300.4]**  
(continuación)

- E. Nunca ha habido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. página 341) o un episodio hipomaníaco (v. pág. 344) y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar si:*

**Inicio temprano:** si el inicio es antes de los 21 años

**Inicio tardío:** si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

*Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):*

**Con síntomas atípicos** (v. pág. 392)

### F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo (v. pág. 639) o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (v. pág. 640). Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado (v. pág. 456). Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p. ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones (v. los criterios sugeridos para investigación en la pág. 731).
2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor (v. los criterios sugeridos para investigación en la pág. 735).
3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asocia-

- dos con los ciclos menstruales) (v. los criterios sugeridos para investigación en la página 738).
4. Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia (v. los criterios sugeridos para investigación en la pág. 727).
  5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
  6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

## Trastornos bipolares

Este apartado incluye el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, la ciclotimia y el trastorno bipolar no especificado. Hay seis criterios para el trastorno bipolar I: episodio maníaco único, episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado. El trastorno bipolar I, episodio maníaco único, se utiliza para describir a los sujetos que están presentando un primer episodio de manía. Los demás criterios son empleados para especificar la naturaleza del episodio actual (o más reciente) en los sujetos que han tenido episodios afectivos recidivantes.

### Trastorno bipolar I

#### *Características diagnósticas*

La característica esencial del trastorno bipolar I es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos (v. pág. 334) o episodios mixtos (v. pág. 339). Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores (v. pág. 345). Los episodios de trastorno del estado de ánimo inducidos por sustancias (debido a los efectos directos de un medicamento) otros tratamientos somáticos de la depresión, una droga o la exposición a un tóxico, o los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica no se tienen en cuenta para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar I. Además, los episodios no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. El trastorno bipolar I se subclasifica en el tercer dígito del código según se trate de un primer episodio (p. ej., episodio maníaco único) o el trastorno sea recidivante. La recidiva viene indicada por un cambio en la polaridad del episodio o por un intervalo entre los episodios de al menos 2 meses sin síntomas maníacos. Un cambio en la polaridad se define como un curso clínico en el que un episodio depresivo mayor evoluciona hasta un episodio maníaco o un episodio mixto, o en el que un episodio maníaco o un episodio mixto evolucionan hasta un episodio depresivo mayor. Por el contrario, un episodio hipomaníaco que evoluciona hasta un episodio maníaco o un episodio mixto, o un episodio maníaco que evoluciona hasta un episodio mixto (o viceversa), se considera que sólo es un episodio único. En los trastornos bipolares recidivantes la naturaleza de los episodios actuales (o del más reciente) puede ser especificada como sigue: episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado.

### *Especificaciones*

Para describir el episodio maníaco, mixto o depresivo mayor actual, se pueden utilizar las siguientes especificaciones para el trastorno bipolar I (o para el episodio maníaco, mixto o depresivo mayor más reciente, si en ese momento no se cumplen los criterios para un episodio maníaco, mixto o depresivo mayor):

**Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total** (v. pág. 385)

**Con síntomas catatónicos** (v. pág. 390)

**De inicio en el parto** (v. pág. 394)

Las especificaciones siguientes sólo son aplicables al episodio depresivo mayor actual (o más reciente) en el único caso de que sea el tipo más reciente de episodio afectivo:

**Crónico** (v. pág. 390)

**Con síntomas melancólicos** (v. pág. 391)

**Con síntomas atípicos** (v. pág. 392)

Para indicar el patrón de los episodios pueden utilizarse las especificaciones siguientes:

**Especificación de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica total)** (v. página 396)

**Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

**Con ciclos rápidos** (v. pág. 398)

### *Procedimientos de tipificación*

#### **Para el trastorno bipolar I, con un único episodio maníaco:**

1. Los tres primeros dígitos son F30.
2. El cuarto dígito es 1 si el episodio maníaco reviste carácter leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos, 2 si es grave y se añade sintomatología psicótica y 8 si se encuentra en remisión parcial o total.

#### **Para otros trastornos bipolares I:**

1. Los tres primeros dígitos son F31.
2. El cuarto dígito depende del tipo y gravedad del episodio más reciente. Para el trastorno bipolar I, en que el episodio más reciente es de tipo hipomaníaco, el dígito adecuado es 0, prescindiendo de la gravedad o la remisión. Cuando el episodio más reciente es de tipo maníaco, el cuarto dígito es 1 si su intensidad es leve, moderada o grave sin síntomas psicóticos; 2 si ésta es grave y concurren síntomas psicóticos, y 7 si está en remisión parcial o total. Cuando el episodio más reciente es de tipo mixto, el cuarto dígito corresponde a 6, independientemente de la gravedad del episodio mixto. Cuando el episodio más reciente es de tipo depresivo, el cuarto dígito es 3 si su intensidad es leve o moderada, 4 si es grave sin síntomas psicóticos, 5 si es grave con síntomas psicóticos, y 7 si está en remisión parcial o total. Cuando el episodio más reciente es de tipo inespecífico, el cuarto dígito es 9.

### *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** El suicidio consumado se produce en el 10-15 % de los sujetos con trastorno bipolar I. Durante los episodios maníacos graves o con síntomas psicóticos pueden producirse agresiones a los hijos o al cónyuge y otros comportamientos violentos. Otros problemas asociados son ausencias escolares, fracaso escolar, fracaso laboral, divorcio y comportamiento antisocial episódico. Otros trastornos mentales asociados incluyen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de angustia, fobia social y trastornos relacionados con sustancias.

**Hallazgos de laboratorio.** No parece que existan datos de laboratorio que diferencien los episodios depresivos mayores propios del trastorno depresivo mayor de los propios del trastorno bipolar I.

**Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.** Una edad de inicio de un primer episodio maníaco después de los 40 años debe alertar al clínico sobre la posibilidad de que los síntomas se deban a enfermedad médica o al consumo de una sustancia. Hay algunos indicios de que la enfermedad tiroidea no tratada empeora el pronóstico del trastorno bipolar I.

### *Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

No hay datos que indiquen una incidencia diferencial del trastorno bipolar I en razón de la raza a que se pertenezca. Hay algunos indicios de que, en algunos grupos étnicos y en los sujetos más jóvenes, los clínicos pueden tener una tendencia a sobrediagnosticar la esquizofrenia (en lugar de trastorno bipolar). Aproximadamente el 10-15 % de los adolescentes con episodios depresivos mayores recidivantes presentarán un trastorno bipolar I. Los episodios mixtos parecen ser más proclives a producirse en adolescentes y adultos jóvenes que en adultos mayores.

Algunos estudios epidemiológicos recientes realizados en Estados Unidos muestran que el trastorno bipolar I tiene una frecuencia prácticamente idéntica en varones y en mujeres (a diferencia del trastorno depresivo mayor que es más frecuente en mujeres). El sexo parece estar relacionado con el orden de aparición de los episodios maníacos y depresivos mayores. En los varones es más probable que el primer episodio sea un episodio maníaco. En las mujeres es más probable que sea un episodio depresivo mayor. Las mujeres con trastorno bipolar I tienen un mayor riesgo de presentar episodios posteriores (a menudo psicóticos) en el período del posparto inmediato. Algunas mujeres tienen su primer episodio durante el período del posparto. La especificación de inicio en el posparto puede utilizarse para indicar que el comienzo del episodio se produjo en las primeras 4 semanas tras el alumbramiento (v. pág. 394). El período premenstrual puede asociarse con un empeoramiento de un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco ya existente.

### *Prevalencia*

La prevalencia del trastorno bipolar I en las muestras de población general varía entre el 0,4 y el 1,6 %.

### *Curso*

El trastorno bipolar I es un trastorno recidivante: más del 90 % de los sujetos que tienen un episodio maníaco único presentará futuros episodios. Aproximadamente el 60-70 % de los episo-

dios maníacos se presentan inmediatamente antes o después de un episodio depresivo mayor. Frecuentemente, los episodios maníacos preceden o siguen a los episodios depresivos mayores con un patrón característico especial para cada persona. La cantidad de episodios a lo largo de la vida (tanto maníacos como depresivos mayores) tiende a ser mayor en el trastorno bipolar I que en el trastorno depresivo mayor, recidivante. Los estudios de curso del trastorno bipolar I previos al tratamiento de mantenimiento con litio sugieren que se presentan cuatro episodios por cada 10 años por término medio. El intervalo entre los episodios tiende a disminuir a medida que aumenta la edad. Hay algunos indicios de que los cambios del ritmo sueño-vigilia, como los que se dan durante los viajes o la privación de sueño, pueden precipitar o exacerbar un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Aproximadamente el 5-15 % de los sujetos con un trastorno bipolar I presentan múltiples (cuatro o más) episodios afectivos (depresivos mayores, maníacos, mixtos o hipomaníacos) en el período de 1 año. Si se da este patrón, se anota con la especificación con ciclos rápidos (v. pág. 398). El patrón de ciclos rápidos se asocia a un mal pronóstico.

Aunque la mayoría de los sujetos con un trastorno bipolar I vuelven a la normalidad total entre los episodios, algunos (20-30 %) siguen mostrando una labilidad afectiva y dificultades interpersonales o laborales. Los síntomas psicóticos pueden aparecer al cabo de días o semanas en lo que antes era un episodio maníaco o mixto no psicótico. Cuando un sujeto presenta episodios maníacos con síntomas psicóticos, es más probable que los episodios maníacos posteriores tengan síntomas psicóticos. La recuperación interepisódica incompleta es más frecuente cuando el episodio actual está acompañado por síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

### *Patrón familiar*

Los familiares biológicos de primer grado de las personas con un trastorno bipolar I presentan tasas aumentadas de trastorno bipolar I (4-24 %), trastorno bipolar II (1-5 %) y trastorno depresivo mayor (4-24 %). Los estudios sobre gemelos y sobre la adopción proporcionan sólidas pruebas de la influencia genética en el trastorno bipolar I.

### *Diagnóstico diferencial*

Los episodios depresivos mayores, maníacos, mixtos e hipomaníacos en un trastorno bipolar I deben ser diferenciados de **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física.

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se diferencia de los episodios depresivos mayores, maníacos o mixtos que se dan en un trastorno bipolar I por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera que está etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379). Síntomas similares a los que se observan en un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco pueden ser parte de una intoxicación o una abstinencia de una droga y deben ser diagnosticados como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (p. ej., el estado de ánimo eufórico que se presenta únicamente en el contexto de una intoxicación por cocaína se diagnosticará como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas maníacos, de inicio durante la intoxicación). Síntomas similares a los que se observan en un episodio maníaco o mixto también pueden ser provocados por tratamientos antidepresivos, como son un medicamento, la terapéutica electroconvulsiva o la terapéutica lumínica. Estos episodios pueden ser diagnosticados como trastorno del estado

de ánimo inducido por sustancias (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por amitriptilina, con síntomas maníacos; trastorno del estado de ánimo inducido por la terapéutica electroconvulsiva, con síntomas maníacos) y no son tenidos en cuenta para establecer un diagnóstico de trastorno bipolar I. Sin embargo, cuando se considera que la sustancia o el medicamento utilizados no explican completamente un episodio (p. ej., el episodio continúa de manera autónoma durante un período de tiempo considerable después de haberse suprimido la sustancia), el episodio se tiene en cuenta para realizar el diagnóstico de trastorno bipolar I.

El trastorno bipolar I se distingue del **trastorno depresivo mayor** y del **trastorno distímico** por la historia a lo largo de la vida de al menos un episodio maníaco o mixto. El trastorno bipolar I se distingue del **trastorno bipolar II** por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos. Cuando un sujeto previamente diagnosticado de trastorno bipolar II presenta un episodio maníaco o mixto, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar I.

En el **trastorno ciclotímico** se dan numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor y períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de síntomas o duración para un episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar I se distingue del trastorno ciclotímico por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos. Si se presenta un episodio maníaco o mixto después de los primeros 2 años de un trastorno ciclotímico, se pueden diagnosticar ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I.

El diagnóstico diferencial entre los **trastornos psicóticos** (p. ej., trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y trastorno delirante) y el trastorno bipolar I es a veces difícil (especialmente en adolescentes), porque estos trastornos pueden compartir algunos síntomas en su presentación (p. ej., ideas de grandiosidad y persecución, irritabilidad, agitación y síntomas catatónicos) y en el inicio de su curso. Al contrario que en el trastorno bipolar I, la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante están caracterizados por períodos de síntomas psicóticos que se presentan en ausencia de síntomas afectivos importantes. Otras consideraciones de interés incluyen los síntomas asociados, el curso previo y la historia familiar. Los síntomas maníacos y depresivos pueden presentarse en una esquizofrenia, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado, pero rara vez son suficientes en número, duración e importancia como para cumplir los criterios para un episodio maníaco o un episodio depresivo mayor. Sin embargo, cuando se cumplen los criterios completos (o cuando los síntomas son de una especial importancia), además del diagnóstico de esquizofrenia, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado, se puede realizar el diagnóstico de **trastorno bipolar no especificado**.

Si se da una alternancia muy rápida (en días) entre los síntomas maníacos y los síntomas depresivos (p. ej., varios días de síntomas maníacos puros seguidos de varios días de síntomas depresivos puros), que no cumplen los criterios de duración mínima para un episodio maníaco o un episodio depresivo mayor, el diagnóstico debe ser **trastorno bipolar no especificado**.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

Al margen de las diferencias existentes entre los criterios diagnósticos para el episodio maníaco y el episodio depresivo mayor, la definición de la CIE-10 del trastorno afectivo bipolar (es decir, cualquier combinación de episodios hipomaníacos, maníacos, mixtos y depresivos) no hace ninguna distinción entre trastorno bipolar I y II.



### ■ Criterios para el diagnóstico de F30.x Trastorno bipolar I, episodio maníaco único [296.0x]

- A. Presencia de un único episodio maníaco (v. pág. 338), sin episodios depresivos mayores anteriores.

**Nota:** La recidiva se define como un cambio en la polaridad desde la depresión, o como un intervalo de al menos 2 meses sin síntomas maníacos.

- B. El episodio maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

*Codificar* el estado del episodio actual o más reciente (pág. 341)

- .1 Leve/moderado/grave sin síntomas psicóticos**
- .2 Grave con síntomas psicóticos**
- .8 En remisión parcial/en remisión total**

*Especificar* si:

**Mixto:** si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 341)

*Especificar* (para el episodio actual o el más reciente):

[Para CIE-9-MC **Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión** (v. pág. 386)]

**Con síntomas catatónicos** (v. pág. 390)

**De inicio en el posparto** (v. pág. 394)

### ■ Criterios para el diagnóstico de F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco [296.40]

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaníaco (v. pág. 344).
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco (v. pág. 338) o un episodio mixto (v. pág. 341).
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

*Especificar:*

**Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)** (v. pág. 396)

**Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

**Con ciclos rápidos** (v. pág. 398)

■ **Criterios para el diagnóstico de F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco [296.4x]**

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio maníaco (v. pág. 338).
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor (v. pág. 333) un episodio maníaco (v. pág. 338) o un episodio mixto (v. pág. 341).
- C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

*Codificar* el estado del episodio actual o más reciente (pág. 386)

- .1 **Leve/moderado/grave sin síntomas psicóticos**
- .2 **Grave con síntomas psicóticos**
- .7 **En remisión parcial/en remisión total**

*Especificar* (para el episodio actual o el más reciente):

[Para CIE-9-MC **Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión** (v. pág. 386)]

**Con síntomas catatónicos** (v. pág. 390)

**De inicio en el posparto** (v. pág. 394)

*Especificar:*

**Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica)** (v. pág. 396)

**Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

**Con ciclos rápidos** (v. pág. 398)

■ **Criterios para el diagnóstico de F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto [296.6x]**

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio mixto (v. pág. 341).
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor (v. página 333), un episodio maníaco (v. pág. 338) o un episodio mixto (v. pág. 341).
- C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

(continúa)

**Criterios para el diagnóstico de F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto [296.6x] (continuación)**

*Especificar* (para el episodio actual o el más reciente):

**Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión** (v. pág. 388)]

**Con síntomas catatónicos** (v. pág. 390)

**De inicio en el posparto** (v. pág. 394)

*Especificar:*

**Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica)** (v. pág. 396)

**Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

**Con ciclos rápidos** (v. pág. 398)

**Criterios para el diagnóstico de F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo [296.5x]**

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio depresivo mayor (v. pág. 333).
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco (v. pág. 332) o un episodio mixto (v. pág. 335).
- C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

*Codificar* el estado del episodio actual o más reciente (pág. 385)

**.3 Leve/moderado**

**.4 Grave sin síntomas psicóticos**

**.5 Grave con síntomas psicóticos**

**.7 En remisión parcial/en remisión total**

*Especificar* (para el episodio actual o el más reciente):

[Para CIE-9-MC **Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión** (v. pág. 384)]

**Crónico** (v. pág. 390)

**Con síntomas catatónicos** (v. pág. 390)

**Con síntomas melancólicos** (v. pág. 391)

**Con síntomas atípicos** (v. pág. 392)

**De inicio en el posparto** (v. pág. 394)

(continúa)

**Criterios para el diagnóstico de F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo [296.5x] (continuación)**

*Especificar:*

**Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)** (v. pág. 396)

**Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

**Con ciclos rápidos** (v. pág. 398)

**Criterios para el diagnóstico de F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado [296.7]**

A. Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio hipomaniaco (v. página 344), un episodio mixto (v. pág. 341) o un episodio depresivo mayor (v. pág. 333).

B. Previamente se han presentado al menos un episodio maníaco (v. pág. 338) o un episodio mixto (v. pág. 341).

C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

*Especificar:*

**Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)** (v. pág. 396)

**Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

**Con ciclos rápidos** (v. pág. 398)

## **F31.8 Trastorno bipolar II [296.89]** (episodios depresivos mayores recidivantes con episodios hipomaniacos)

### *Características diagnósticas*

La característica esencial del trastorno bipolar II es un curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores (Criterio A) acompañados por al menos un episodio hipomaniaco (Criterio B). Los episodios hipomaniacos no se tienen que confundir con los días de eutimia que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor. La presencia de un episodio maniaco o mixto impide que se realice el diagnóstico de trastorno bipolar II (Criterio C). Los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debido a los efectos fisiológicos directos de un medicamento, a otros tratamientos somáticos para la depresión, drogas o a exposición a tóxicos) o los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica no se consideran válidos para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar II. Además, los episodios no deben explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no han de estar superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio D). Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). En algunos casos los episodios hipomaniacos no causan deterioro por sí mismos. En su lugar, el deterioro puede ser consecuencia de los episodios depresivos mayores o de un patrón crónico de episodios afectivos impredecibles y de una actividad interpersonal o laboral con fluctuaciones.

Los sujetos con un trastorno bipolar II puede que no consideren patológicos los episodios hipomaniacos, a pesar de que los demás se vean afectados por su comportamiento cambiante. Con frecuencia los sujetos, especialmente cuando se encuentran en pleno episodio depresivo mayor, no recuerdan los períodos de hipomanía, a no ser por mediación de los amigos o los familiares. La información de otras personas suele ser crucial para establecer el diagnóstico de un trastorno bipolar II.

### *Especificaciones*

Deben utilizarse las siguientes especificaciones para el trastorno bipolar II para indicar el episodio actual o el más reciente:

**Hipomaniaco.** Se utiliza esta especificación si el episodio actual (o el más reciente) es un episodio hipomaniaco.

**Depresivo.** Se utiliza esta especificación si el episodio actual (o el más reciente) es un episodio depresivo mayor.

Pueden utilizarse las especificaciones siguientes para describir el episodio depresivo mayor actual de un trastorno bipolar II (o el episodio depresivo mayor más reciente si está actualmente en remisión sólo si es el tipo más reciente de episodio afectivo):

**Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total** (v. pág. 385)

**Crónico** (v. pág. 390)

**Con síntomas catatónicos** (v. pág. 390)

**Con síntomas melancólicos** (v. pág. 391)

**Con síntomas atípicos** (v. pág. 392)

**De inicio en el posparto** (v. pág. 394)

Pueden utilizarse las especificaciones siguientes para indicar el patrón o la frecuencia de los episodios:

**Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)** (v. página 396)

**Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

**Con ciclos rápidos** (v. pág. 398)

### *Procedimiento de tipificación*

El código diagnóstico para el trastorno bipolar II es F31.8 [296.89]; ninguna de las especificaciones es codificable. Al registrar el nombre del diagnóstico, los términos se tienen que enumerar en el orden siguiente: trastorno bipolar II, especificaciones que indican el episodio actual o más reciente (p. ej., hipomaniaco, depresivo), todas las especificaciones que sean aplicables al episodio depresivo mayor actual o más reciente (p. ej., moderado, con síntomas melancólicos, de inicio en el posparto) y todas las especificaciones que se apliquen al curso de los episodios (p. ej., con patrón estacional); por ejemplo, F31.8 Trastorno bipolar II, depresivo, grave con síntomas psicóticos, con síntomas melancólicos, con patrón estacional [296.89].

### *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** El suicidio consumado (normalmente durante los episodios depresivos mayores) es un riesgo importante, ya que se da en el 10-15 % de las personas con trastorno bipolar II. Las ausencias escolares, el fracaso escolar o laboral y el divorcio pueden asociarse con el trastorno bipolar II. Los trastornos mentales asociados incluyen el abuso o la dependencia de sustancias, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de angustia, fobia social y trastorno límite de la personalidad.

**Hallazgos de laboratorio.** No parece que haya datos de laboratorio capaces de distinguir los episodios depresivos mayores de un trastorno depresivo mayor de los de un trastorno bipolar II.

### *Síntomas dependientes del sexo*

El trastorno bipolar II parece ser más frecuente en las mujeres que en los varones. Las mujeres con un trastorno bipolar II parecen tener un mayor riesgo de presentar episodios posteriores en el período inmediato al posparto.

### *Prevalencia*

Los estudios en la población general sugieren que la prevalencia del trastorno bipolar II es aproximadamente del 0,5 %.

### *Curso*

Aproximadamente el 60-70 % de los episodios hipomaníacos de un trastorno bipolar II se presentan inmediatamente antes o después de un episodio depresivo mayor. Los episodios hipomaníacos suelen preceder o seguir a los episodios depresivos mayores con un patrón característico en cada persona. El número de episodios a lo largo de la vida (tanto episodios hipomaníacos como episodios depresivos mayores) tiende a ser superior en el trastorno bipolar II que en el trastorno depresivo mayor recidivante. El intervalo entre episodios tiende a acortarse a medida que aumenta la edad. Aproximadamente el 5-15 % de los sujetos con un trastorno bipolar II presentan múltiples (cuatro o más) episodios afectivos (hipomaníacos o depresivos mayores) que se producen dentro del mismo año. Si se da este patrón, se señala con la especificación con ciclos rápidos (v. pág. 398). El patrón de ciclos rápidos se asocia a un peor pronóstico.

Aunque la mayoría de los sujetos con un trastorno bipolar II vuelven a la normalidad total entre los episodios, aproximadamente el 15 % sigue mostrando labilidad del estado de ánimo y problemas interpersonales y laborales. Los síntomas psicóticos no se presentan en los episodios hipomaníacos, y en los episodios depresivos mayores del trastorno bipolar II parecen ser menos frecuentes que los del trastorno bipolar I. Algunos datos apoyan la idea de que los cambios acusados del patrón de sueño-vigilia, como los que se dan en los viajes a zonas horarias distintas o la privación de sueño, exacerban o precipitan los episodios hipomaníacos o depresivos mayores. Si se presenta un episodio maníaco o mixto en el curso de un trastorno bipolar II, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar I. A lo largo de 5 años, entre el 5 y el 15 % de los sujetos con un trastorno bipolar II presentarán un episodio maníaco.

### *Patrón familiar*

Algunos estudios han indicado que los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con un trastorno bipolar II tienen unas tasas aumentadas de trastorno bipolar II, trastorno bipolar I y trastorno depresivo mayor en comparación con la población general.

### *Diagnóstico diferencial*

Los episodios hipomaníacos y depresivos mayores de un trastorno bipolar II se deben diferenciar de los episodios de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica implica que los episodios se consideran una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física.

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se distingue de los episodios depresivos mayores que se dan en un trastorno bipolar II por el hecho de que una sustancia (una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera relacionada etiológicamente con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379). Síntomas como los que se presentan en un episodio hipomaníaco pueden ser parte de una intoxicación o de una abstinencia de una droga y han de ser diagnosticados como un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (p. ej., un episodio similar a un episodio depresivo mayor que sólo se da en el contexto de la abstinencia de cocaína será diagnosticado como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia). Síntomas parecidos a los de un episodio hipomaníaco también pueden ser provocados por un tratamiento antidepresivo como un medicamento, terapéutica electroconvulsiva o terapéutica lumínica. Estos episodios pueden diagnosticarse como trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por

amitriptilina, con síntomas maníacos; trastorno del estado de ánimo inducido por terapéutica electroconvulsiva, con síntomas maníacos) y no se atribuirían a un trastorno bipolar II. Sin embargo, el episodio será válido para el diagnóstico de un trastorno bipolar II, cuando se considere que el consumo de la sustancia o el medicamento no justifica completamente el episodio (p. ej., el episodio continúa durante un período considerable de tiempo de manera autónoma, tras haberse abandonado el consumo de la sustancia).

El trastorno bipolar II se distingue del **trastorno depresivo mayor** y del **trastorno distímico** por la historia anterior de al menos un episodio hipomaniaco. El trastorno bipolar II se diferencia del trastorno bipolar I por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos en el segundo. Cuando un sujeto previamente diagnosticado de trastorno bipolar II presenta un episodio maníaco o mixto, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar I.

En el **trastorno ciclotímico** hay numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de síntomas o duración para un episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar II se distingue del trastorno ciclotímico por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores. Si se da un episodio depresivo mayor después de los primeros 2 años de un trastorno ciclotímico, se puede realizar el diagnóstico adicional de trastorno bipolar II.

El trastorno bipolar II debe distinguirse de los **trastornos psicóticos** (p. ej., trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y trastorno delirante). Tanto la esquizofrenia como el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante están caracterizados por síntomas psicóticos que se presentan en ausencia de síntomas afectivos importantes. Otras consideraciones útiles son los síntomas asociados, el curso previo y la historia familiar.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

Al margen de las diferencias existentes entre los criterios diagnósticos para el episodio maníaco y el episodio depresivo mayor, la definición de la CIE-10 del trastorno afectivo bipolar (es decir, cualquier combinación de episodios hipomaniacos, maníacos, mixtos y depresivos) no hace ninguna distinción entre trastorno bipolar I y II. Sin embargo, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 sí incluyen en el Anexo 1 criterios provisionales para el trastorno bipolar II, que son idénticos a los del DSM-IV.

#### **■ Criterios para el diagnóstico de F31.8 Trastorno bipolar II [296.89]**

- A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores (v. pág. 333).
- B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaniaco (v. pág. 344).
- C. No ha habido ningún episodio maníaco (v. pág. 338) ni un episodio mixto (v. página 341).
- D. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

*(continúa)*



**Criterios para el diagnóstico de F31.8 Trastorno bipolar II [296.89]**  
(continuación)

- E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar* el episodio actual o más reciente:

**Hipomaniáco:** si el episodio actual (o más reciente) es un episodio hipomaniáco (v. pág. 344)

**Depresivo:** si el episodio actual (o más reciente) es un episodio depresivo mayor (v. pág. 333)

*Especificar* (para el episodio depresivo mayor actual o el más reciente sólo si es el tipo más reciente de episodio afectivo):

**Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión** (v. pág. 384)

**Nota:** Los códigos del cuarto dígito especificados en la página 386 no se pueden utilizar porque el código del trastorno bipolar II ya emplea el cuarto dígito.

**Crónico** (v. pág. 390)

**Con síntomas catatónicos** (v. pág. 390)

**Con síntomas melancólicos** (v. pág. 391)

**Con síntomas atípicos** (v. pág. 392)

**De inicio en el posparto** (v. pág. 394)

*Especificar:*

**Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)** (v. pág. 396)

**Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

**Con ciclos rápidos** (v. pág. 398)

## F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13]

### *Características diagnósticas*

La característica esencial del trastorno ciclotímico es una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones que comprende numerosos períodos de síntomas hipomaniacos (v. página 342) y numerosos períodos de síntomas depresivos (v. pág. 326) (Criterio A). Los síntomas hipomaniacos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios para un episodio maníaco y los síntomas depresivos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor. Durante un período de 2 años (1 año para niños o adolescentes), todos los intervalos libres de síntomas tienen una duración inferior a 2 meses (Criterio B). El diagnóstico de trastorno ciclotímico sólo se establece si en el período inicial de 2 años de síntomas ciclotímicos no se presenta ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto (Criterio C). Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico, puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I. Igualmente, después

de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico puede haber episodios depresivos mayores superpuestos al trastorno ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II. No se establece el diagnóstico si el patrón de las oscilaciones del estado de ánimo es atribuible a un trastorno esquizoafectivo o si está superpuesto a un trastorno psicótico como una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio D), en cuyo caso los síntomas afectivos se consideran características asociadas al trastorno psicótico. El trastorno del estado de ánimo tampoco ha de ser debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) (Criterio E). Aunque algunas personas presentan una actividad especialmente buena durante alguno de los períodos de hipomanía, globalmente, como resultado de la alteración del estado de ánimo, tiene que haber malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F). El deterioro puede presentarse como resultado de los períodos prolongados de cambios cíclicos, y frecuentemente impredecibles, del estado de ánimo (p. ej., la persona puede ser considerada temperamental, malhumorada, impredecible, inconsistente o poco fiable).

### *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** Puede haber trastornos relacionados con sustancias y trastornos del sueño (p. ej., dificultades para iniciar y mantener el sueño).

### *Síntomas dependientes de la edad y el sexo*

Frecuentemente, el trastorno ciclotímico empieza de forma temprana y algunas veces se considera que refleja una predisposición a otros trastornos del estado de ánimo (en especial los trastornos bipolares). En la población general el trastorno ciclotímico es aparentemente igual de frecuente en varones y en mujeres. En clínica, las mujeres con trastorno ciclotímico pueden ser más propensas a solicitar tratamiento que los varones.

### *Prevalencia*

Diversos estudios han sugerido una prevalencia del trastorno ciclotímico del 0,4-1 %. La prevalencia en las clínicas de trastornos afectivos varía entre el 3 y el 5 %.

### *Curso*

El trastorno ciclotímico suele empezar en la adolescencia o el inicio de la edad adulta. Un comienzo más tardío del trastorno ciclotímico sugiere un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, como es una esclerosis múltiple. Normalmente, el trastorno ciclotímico tiene un inicio insidioso y un curso crónico. Hay un riesgo del 15-50 % de que la persona presente posteriormente un trastorno bipolar I o II.

### *Patrón familiar*

El trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I o bipolar II parecen ser más frecuentes entre los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con un trastorno ciclotímico que entre la población general. También puede haber un mayor riesgo familiar para los trastornos relacionados con sustancias.

### **Diagnóstico diferencial**

El trastorno ciclotímico se debe diferenciar del **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. Se establece el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas mixtos, cuando se considera que la alteración del estado de ánimo es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica y generalmente crónica (p. ej., hipertiroidismo) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas depresivos no son la consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, el trastorno primario del estado de ánimo se anota en el Eje I (p. ej., trastorno ciclotímico) y la enfermedad médica se anota en el Eje III. Por ejemplo, éste sería el caso si los síntomas afectivos se considerasen la consecuencia psicológica de padecer una enfermedad médica o si no hubiese relación etiológica entre los síntomas del estado de ánimo y la enfermedad médica.

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se distingue de un trastorno ciclotímico por el hecho de que una sustancia (especialmente los estimulantes) se considera relacionada etiológicamente con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379). Las frecuentes oscilaciones del estado de ánimo sugerentes del trastorno ciclotímico suelen desaparecer tras el cese del consumo de la droga.

El **trastorno bipolar I, con ciclos rápidos** y el **trastorno bipolar II, con ciclos rápidos**, pueden asemejarse al trastorno ciclotímico en virtud de los notables y frecuentes cambios del estado de ánimo. Por definición, los estados afectivos en el trastorno ciclotímico no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, mientras que la especificación con ciclos rápidos exige que estén presentes los episodios afectivos completos. Si se presenta un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto en el curso de un trastorno ciclotímico ya instaurado, se realiza el diagnóstico de trastorno bipolar I (para un episodio maníaco o mixto) o de trastorno bipolar II (para un episodio depresivo mayor), junto con el diagnóstico de trastorno ciclotímico.

El **trastorno límite de la personalidad** se asocia con marcadas oscilaciones del estado de ánimo que pueden sugerir un trastorno ciclotímico. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, pueden diagnosticarse tanto el trastorno límite de la personalidad como el trastorno ciclotímico.

### **Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10**

A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 contienen una lista de síntomas que deben presentarse durante los períodos de estado de ánimo depresivo e hipomanía. Tales síntomas difieren de los que aparecen en el listado de criterios diagnósticos de la CIE-10 para el trastorno distímico y la hipomanía.

#### ■ **Criterios para el diagnóstico de F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13]**

- A. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos (v. pág. 344) y numerosos períodos de síntomas depresivo que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. **Nota:** En los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos 1 año.

(continúa)

**Criterios para el diagnóstico de F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13]**  
(continuación)

- B. Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del Criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.
- C. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor (v. pág. 333), episodio maníaco (v. pág. 338) o episodio mixto (v. pág. 341).

**Nota:** Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico (1 año en los niños y adolescentes), puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I) o episodios depresivos mayores (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II).

- D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **F31.9 Trastorno bipolar no especificado [296.80]**

La categoría de trastorno bipolar no especificado incluye los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico. Los ejemplos incluyen:

1. Alternancia muy rápida (en días) entre síntomas maníacos y síntomas depresivos que no cumplen el criterio de duración mínima para un episodio maníaco o un episodio depresivo mayor.
2. Episodios hipomaníacos recidivantes sin síntomas depresivos intercurrentes.
3. Un episodio maníaco o mixto superpuesto a un trastorno delirante, una esquizofrenia residual o un trastorno psicótico no especificado.
4. Situaciones en las que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno bipolar, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por una sustancia.

## Otros trastornos del estado de ánimo

### Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica [293.83]

#### *Características diagnósticas*

La característica esencial del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. La alteración del estado de ánimo puede consistir en un estado de ánimo depresivo, una notable disminución de intereses o del placer o un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable (Criterio A). Aunque la presentación clínica de la alteración del estado de ánimo puede parecerse a la de un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, no se cumplen totalmente los criterios para estos episodios. El tipo de síntoma predominante puede indicarse utilizando uno de los subtipos siguientes: con síntomas depresivos, con episodios similares a los depresivos mayores, con síntomas maníacos o con síntomas mixtos. En la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio deben existir pruebas de que la alteración es la consecuencia directa de una enfermedad médica (Criterio B). La alteración del estado de ánimo no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo que se presenta como respuesta al estrés psicológico debido a padecer una enfermedad médica) (Criterio C). Tampoco se establece el diagnóstico si la alteración del estado de ánimo sólo se presenta en el transcurso de un delirium (Criterio D). La alteración del estado de ánimo debe provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). En algunos casos el sujeto puede ser aún capaz de desenvolverse a costa de un esfuerzo muy importante.

Para determinar si la alteración del estado de ánimo es debida a enfermedad médica, el clínico, en primer lugar, ha de establecer claramente la presencia de dicha enfermedad médica. Además, hay que establecer que la alteración del estado de ánimo está etiológicamente relacionada con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico. Para poder hacer esta afirmación es necesario efectuar una evaluación cuidadosa y completa de múltiples factores. Aunque no hay normas infalibles para determinar cuándo es etiológica la relación entre la alteración del estado de ánimo y la enfermedad médica, algunas consideraciones pueden servir de orientación. Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la de la alteración del estado de ánimo. Una segunda consideración es la presencia de síntomas atípicos para un trastorno afectivo primario (p. ej., edad de inicio o curso atípico o ausencia de historia familiar). En la evaluación de cada caso pueden ser de ayuda los datos bibliográficos que sugieran que puede haber una asociación directa entre la enfermedad médica en cuestión y la aparición de síntomas afectivos. Además, el clínico debe dictaminar que la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno afectivo primario, un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias u otro trastorno mental primario (p. ej., trastorno adaptativo). Este punto se explica con mayor detalle en la sección «Trastornos mentales debidos a enfermedad médica» (v. pág. 171).

Al contrario de lo que sucede en el trastorno depresivo mayor, no hay diferencias en la distribución por sexos en el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas depresivos. El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas depresivos, aumenta el riesgo de tentativas de suicidio y de suicidio consumado. Las tasas de suicidio son variables dependiendo de la enfermedad médica en particular, si bien las que comportan un mayor riesgo suicida son las enfermedades crónicas, incurables y dolorosas (p. ej., cáncer, lesiones

medulares, úlcera péptica, enfermedad de Huntington, síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA], insuficiencia renal terminal, lesiones cerebrales).

### *Subtipos*

Puede usarse uno de los siguientes subtipos para indicar la presentación sintomática predominante:

**F06.32 Con síntomas depresivos.** Se emplea este subtipo si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor.

**F06.32 Con episodio similar al depresivo mayor.** Se emplea este subtipo si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el Criterio D).

**F06.30 Con síntomas maníacos.** Se emplea este subtipo si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable.

**F06.33 Con síntomas mixtos.** Se emplea este subtipo si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine.

### *Procedimiento de tipificación*

Al registrar el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, el clínico debe anotar tanto la fenomenología específica de la alteración, incluyendo el subtipo apropiado, como la enfermedad médica que se considera causante del trastorno en el Eje I (p. ej., F06.30 Trastorno del estado de ánimo debido a tirotoxicosis, con síntomas maníacos [293.83]). También hay que anotar en el Eje III el código diagnóstico de la enfermedad médica (p. ej., E05.9 Tirotoxicosis [242.9]).

No se realiza un diagnóstico independiente de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si los síntomas depresivos aparecen exclusivamente en el curso de una demencia tipo Alzheimer o en una demencia vascular. En este caso los síntomas depresivos se indican especificando el subtipo con estado de ánimo depresivo (p. ej., F00.13 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo depresivo [290.21]).

### *Enfermedades médicas asociadas*

Son diversas las enfermedades médicas que pueden causar alteraciones del humor. Estas enfermedades incluyen las enfermedades neurológicas degenerativas (p. ej., enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington), patología vascular cerebral (p. ej., accidente vascular cerebral), enfermedades metabólicas (p. ej., deficiencia de vitamina B<sub>12</sub>), enfermedades endocrinas (p. ej., hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipofunción corticosuprarrenal), enfermedades autoinmunes (p. ej., lupus eritematoso sistémico), infecciones víricas o de otro tipo (p. ej., hepatitis, mononucleosis, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]) y algunos tipos de cáncer (p. ej., carcinoma de páncreas). Los hallazgos de la exploración física, las pruebas de laboratorio y los patrones de prevalencia o inicio reflejan la enfermedad médica causante del cuadro.

### *Prevalencia*

Las estimaciones de la prevalencia del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se limitan a los cuadros con síntomas depresivos. Se ha observado que el 25-40 % de los su-

jetos con ciertas enfermedades neurológicas (que incluyen la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington, la esclerosis múltiple, el accidente vascular cerebral y la enfermedad de Alzheimer) presentarán una alteración depresiva importante en algún momento durante el curso de la enfermedad. En las enfermedades médicas sin una implicación directa del sistema nervioso central las tasas son mucho más variables, y comprenden desde más del 60 % en el síndrome de Cushing hasta menos del 8 % en la insuficiencia renal terminal.

### *Diagnóstico diferencial*

No se establece un diagnóstico independiente de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración se presenta exclusivamente en el transcurso de un **delirium**. Cuando el clínico desea indicar la presencia de síntomas afectivos clínicamente significativos que se producen en el contexto de una **demencia debida a enfermedad médica**, puede ser apropiado establecer un diagnóstico independiente de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Una excepción es cuando los síntomas depresivos aparecen exclusivamente en el transcurso de una **demencia tipo Alzheimer** o una **demencia vascular**. En estos casos sólo se establece el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer o de demencia vascular con el subtipo con estado de ánimo depresivo, y no se realiza el diagnóstico independiente de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Si el cuadro incluye una mezcla de diferentes tipos de síntomas (p. ej., afectivos y de ansiedad), el trastorno mental específico debido a enfermedad médica depende de los síntomas que predominen en el cuadro clínico.

Si hay pruebas de consumo reciente o prolongado de una sustancia (incluyendo los medicamentos con efectos psicotrópicos) o de abstinencia de sustancias o de exposición a un tóxico, hay que considerar un posible **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias**. Puede ser útil realizar una detección de drogas en la orina o la sangre u otras pruebas de laboratorio adecuadas. Los síntomas que se presentan durante o poco después (en un período de 4 semanas) de una intoxicación o abstinencia de alguna sustancia, o después del empleo de algún medicamento, pueden ser muy sugerentes de un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, dependiendo del tipo, la duración o la cantidad de la sustancia que se haya usado. Si el clínico se ha cerciorado de que la alteración es debida tanto a enfermedad médica como al consumo de alguna sustancia, pueden realizarse ambos diagnósticos (trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias).

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica debe diferenciarse del **trastorno depresivo mayor**, el **trastorno bipolar I**, el **trastorno bipolar II** y el **trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo** (p. ej., una respuesta desadaptativa al estrés de tener una enfermedad médica). En los trastornos depresivo mayor, bipolar y adaptativo, no se puede demostrar la existencia de un mecanismo etiológico directo y específico asociado a la enfermedad médica. Frecuentemente, es difícil determinar si algunos síntomas (p. ej., pérdida de peso, insomnio, fatiga) representan una alteración del estado de ánimo o si son una manifestación directa de una enfermedad médica (p. ej., cáncer, accidente vascular cerebral, infarto de miocardio, diabetes). Estos síntomas contribuyen al diagnóstico de episodio depresivo mayor excepto en los casos en que son total y claramente atribuibles a una enfermedad médica. Se diagnostica **trastorno del estado de ánimo no especificado** cuando el clínico no puede determinar si la alteración del estado de ánimo es primaria, inducida por sustancias o debida a enfermedad médica.

### *Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10*

A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 exigen el cumplimiento de la totalidad de criterios diagnósticos referentes a la duración y al cuadro sinto-

mático de un episodio hipomaniaco, maniaco o depresivo mayor. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de trastorno orgánico del estado de ánimo.

### ■ Criterios para el diagnóstico de F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a... (*indicar la enfermedad médica*) [293.83]

- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:
- (1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
  - (2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Codificación basada en tipo:*

**.32 Con síntomas depresivos:** si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor

**.32 Con episodio similar al depresivo mayor:** si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el criterio D)

**.30 Con síntomas maníacos:** si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable

**.33 Con síntomas mixtos:** si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine

**Nota de codificación:** Se debe incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos [293.83]; se codificará también la enfermedad médica en el Eje III.

**Nota de codificación:** Si los síntomas depresivos se presentan como parte de una demencia previa, indicar los síntomas depresivos codificando, si es posible, el subtipo de demencia, p. ej., F00.13 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo depresivo [290.21].



## Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

### *Características diagnósticas*

La característica esencial del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias es una notable y persistente alteración del estado de ánimo (Criterio A), que se considera provocada por los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento somático de la depresión o la exposición a un tóxico) (Criterio B). Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en el que aparecen los síntomas (p. ej., durante la intoxicación o la abstinencia), la alteración puede suponer que el estado de ánimo sea depresivo o con una notable pérdida de intereses o del placer, o que sea un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. Si bien el cuadro clínico de la alteración del estado de ánimo puede ser parecido al de un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco, no es necesario que se cumplan los criterios completos para uno de estos episodios. El tipo de síntoma predominante puede indicarse utilizando uno de los subtipos siguientes: con síntomas depresivos, con síntomas maníacos, con síntomas mixtos. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias (Criterio C). No se efectúa el diagnóstico si los síntomas del estado de ánimo sólo aparecen en el transcurso de un delirium (Criterio D). Los síntomas deben provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). En algunos casos el sujeto puede ser aún capaz de desenvolverse, pero a costa de un esfuerzo importante. Este diagnóstico debe establecerse en lugar del de una intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias sólo si los síntomas son excesivos comparados con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o de abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se distingue de un trastorno del estado de ánimo primario teniendo en cuenta el inicio, el curso y otros factores. En el caso de las drogas tiene que haber pruebas de intoxicación o abstinencia en la historia clínica, en la exploración física o en los hallazgos de laboratorio. Los trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias sólo se producen en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los trastornos del estado de ánimo primarios pueden preceder al inicio del consumo de la sustancia o pueden producirse tras largos períodos de abstinencia. Debido a que en algunas sustancias el estado de abstinencia puede aparecer con relativo retraso, el inicio de la alteración del estado de ánimo puede ocurrir hasta 4 semanas después del abandono de la sustancia. Otra consideración es la referente a la presencia de síntomas atípicos para un trastorno del estado de ánimo primario (p. ej., edad de inicio o curso atípicos). Por ejemplo, la aparición por primera vez de un episodio maníaco en una persona mayor de 45 años debe alertar al clínico sobre la posibilidad de que se encuentre ante un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Por el contrario, los factores que sugieren que los síntomas efectivos son atribuibles a un trastorno primario del estado de ánimo, incluyen la persistencia de los síntomas durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras el final de la intoxicación o la abstinencia de la sustancia, la aparición de síntomas claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración del uso, o una historia de episodios primarios recidivantes previos de trastornos del estado de ánimo.

Algunas medicaciones (p. ej., estimulantes, esteroides, L-dopa, antidepresivos) u otros tratamientos somáticos de la depresión (p. ej., terapéutica electroconvulsiva o terapéutica lumínica) pueden inducir alteraciones del estado de ánimo similares a la manía. El juicio clínico es esencial para determinar si el tratamiento es verdaderamente el causante o si se ha producido el inicio de un trastorno del estado de ánimo primario mientras el sujeto estaba siguiendo el tratamiento. Por ejemplo, los síntomas maníacos que aparezcan en una persona que sigue tratamiento con litio no

serán diagnosticados como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, porque no es probable que el litio provoque episodios parecidos a la manía. Por otro lado, un episodio depresivo que se presente en las primeras semanas de un tratamiento con alfa-metildopa (un fármaco antihipertensivo), en una persona sin historia de trastorno del estado de ánimo, será calificado con el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por alfa-metildopa, con síntomas depresivos. En algunos casos una enfermedad preexistente (p. ej., un trastorno depresivo mayor recidivante) puede recidivar mientras la persona está tomando simultáneamente una medicación con capacidad para causar síntomas depresivos (p. ej., L-dopa, anticonceptivos). En estos casos el clínico debe juzgar hasta qué punto el medicamento es la causa en esta situación particular. Para una discusión más precisa de los trastornos relacionados con sustancias véase la página 181.

### *Subtipos y especificaciones*

Pueden emplearse los siguientes subtipos para indicar el síntoma predominante en el cuadro:

**Con síntomas depresivos.** Se emplea este subtipo si el estado de ánimo predominante es depresivo.

**Con síntomas maníacos.** Se emplea este subtipo si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable.

**Con síntomas mixtos.** Se emplea este subtipo si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine.

El contexto en el que se hayan iniciado los síntomas puede indicarse utilizando las especificaciones siguientes:

**De inicio durante la intoxicación.** Se debe usar esta especificación si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y si los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

**De inicio durante la abstinencia.** Se debe usar esta especificación si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y si los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

### *Procedimiento de tipificación*

El nombre del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias empieza con la sustancia específica o el tratamiento somático (p. ej., cocaína, amitriptilina, terapéutica electroconvulsiva) que, presuntamente, están causando los síntomas afectivos. El código diagnóstico se selecciona de la relación de sustancias que se proporciona con los criterios. Para las sustancias que no encajen en ninguna de las dos clases (p. ej., amitriptilina) y para algunos tratamientos somáticos (p. ej., terapéutica electroconvulsiva), se debe utilizar el código para «otras sustancias». El nombre del trastorno (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína) va seguido por el subtipo que indica el tipo de presentación sintomática predominante y de la especificación que indica el contexto en el que aparecen los síntomas (p. ej., F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia [292.84]). Cuando se considera que son más de una las sustancias que desempeñan un papel significativo en la aparición de los síntomas afectivos, debe registrarse cada una por separado (p. ej., F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas maníacos, de inicio durante la abstinencia [292.84]; F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por terapéutica lumínica, con síntomas maníacos

[292.84]). Si se considera que una sustancia es el factor etiológico, pero no se conoce de qué sustancia o clase de sustancias se trata, puede utilizarse la categoría F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por una sustancia desconocida [292.84].

### *Sustancias específicas*

Los trastornos del estado de ánimo pueden presentarse en asociación con **intoxicación** por las siguientes clases de sustancias: alcohol; alucinógenos; anfetaminas y sustancias de acción similar; cocaína; fenciclidina y sustancias de acción similar; inhalantes; opiáceos; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o desconocidas. Los trastornos del estado de ánimo pueden presentarse en asociación con **abstinencia** de las siguientes clases de sustancias: alcohol; anfetaminas y sustancias de acción similar; cocaína; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o desconocidas.

Entre los medicamentos que provocan síntomas psicóticos se incluyen anestésicos y analgésicos, anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihipertensivos y medicamentos antiparkinsonianos, medicamentos antiulcerosos, medicamentos cardíacos, contraceptivos orales, medicamentos psicótropos (p. ej., antidepresivos, benzodiacepinas, antipsicóticos, disulfiram), relajantes musculares, esteroides y sulfonamidas. Algunos medicamentos tienen unas probabilidades especialmente altas de producir síntomas depresivos (p. ej., altas dosis de reserpina, corticoides y esteroides anabolizantes). Téngase en cuenta que ésta no es una lista exhaustiva de los medicamentos posibles y que muchos otros producen ocasionalmente reacciones depresivas idiosincrásicas. Los metales pesados y las toxinas (p. ej., sustancias volátiles como la gasolina y la pintura, insecticidas organofosforados, gases nerviosos, monóxido de carbono, dióxido de carbono) también pueden inducir alteraciones del estado de ánimo.

### *Diagnóstico diferencial*

Las alteraciones del estado de ánimo son corrientes en la **intoxicación por sustancias** y en la **abstinencia de sustancias** y el diagnóstico de intoxicación por una sustancia específica o de abstinencia de una sustancia específica suele ser suficiente para calificar el cuadro clínico. Únicamente se debe establecer el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias en lugar del diagnóstico de intoxicación por o abstinencia de sustancias cuando los síntomas exceden de los habitualmente asociados a los síndromes de intoxicación o abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Por ejemplo, el estado de ánimo disfórico es un síntoma característico de la abstinencia de cocaína. El trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína sólo se debe diagnosticar en lugar de la abstinencia de cocaína si la alteración del estado de ánimo es sustancialmente más intensa de la que se observa habitualmente en la abstinencia de cocaína y si es de suficiente gravedad como para merecer atención y tratamiento independientes.

Si la alteración del estado de ánimo inducida por sustancias aparece exclusivamente en el transcurso de un **delirium**, los síntomas son considerados como una característica asociada al delirium y no son diagnosticados por separado. En los **cuadros clínicos inducidos por sustancias que contienen una mezcla de diferentes tipos de síntomas** (p. ej., síntomas afectivos, psicóticos y de ansiedad), el tipo específico de trastorno inducido por sustancias depende del tipo de síntomas que predomine en el cuadro clínico.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se diferencia de un **trastorno primario del estado de ánimo** por el hecho de que se considera que una sustancia está etiológicamente relacionada con los síntomas (v. pág. 379).


El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias debido a un tratamiento prescrito por una enfermedad mental o médica debe iniciarse mientras el sujeto está tomando el medicamento (o durante la retirada si es que hay un síndrome de abstinencia asociado con dicho medicamento). Una vez que el tratamiento ha sido interrumpido, los síntomas psicóticos normalmente remiten al cabo de unos días o semanas (dependiendo de la vida media de la sustancia y de la existencia de un síndrome de abstinencia). Si los síntomas persisten más allá de 4 semanas, hay que considerar otras causas de la alteración del estado de ánimo.

Puesto que los sujetos con enfermedades médicas suelen tomar medicamentos para estas enfermedades, el clínico debe considerar la posibilidad de que los síntomas afectivos estén causados por los efectos fisiológicos de la enfermedad médica más que por el medicamento, en cuyo caso se diagnostica un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. Frecuentemente, la historia clínica proporciona la base principal para llegar a esta conclusión. A veces es necesario un cambio en el tratamiento de la enfermedad médica (p. ej., cambio o interrupción del medicamento) para determinar empíricamente si la medicación es el agente causal para aquella persona. Si el clínico ha comprobado que la alteración es debida tanto a una enfermedad médica como al consumo de una sustancia, pueden realizarse ambos diagnósticos (p. ej., trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias). Cuando no hay datos suficientes para determinar si los síntomas afectivos son debidos a una sustancia (incluido un medicamento) o a una enfermedad médica o si son primarios (p. ej., no debidos a una sustancia ni a una enfermedad médica), se hablará de **trastorno depresivo no especificado** o de **trastorno bipolar no especificado**.

### *Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10*

A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren el cumplimiento de la totalidad de criterios referentes a la duración y al cuadro sintomático de un episodio hipomaniaco, maniaco o depresivo mayor. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de trastorno afectivo residual debido al consumo de sustancias.

#### ■ Criterios para el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:
- (1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
  - (2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable
-  B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que (1) o (2):
- (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia

*(continúa)*

**Criterios para el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** (*continuación*)

- (2) el empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Nota:** Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas exceden de los normalmente asociados con el síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

*Código* para trastorno del estado de ánimo inducido por (sustancia específica):

F10.8 Alcohol [291.8]; F16.8 Alucinógenos [292.84]; F15.8 Anfetaminas (o sustancias de acción similar) [292.84]; F14.8 Cocaína [292.84]; Fenciclidina (o sustancias de acción similar) [292.84]; F18.8 Inhalantes [298.84]; F11.8 Opiáceos [298.84]; F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.84]; F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.84]

*Especificar tipo:*

**Con síntomas depresivos:** si el estado de ánimo predominante es depresivo

**Con síntomas maníacos:** si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable

**Con síntomas mixtos:** si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine

*Especificar* si (v. la tabla de la pág. 183 para comprobar si es aplicable a la sustancia):

**De inicio durante la intoxicación:** si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación

**De inicio durante la abstinencia:** si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia

### F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado [296.90]

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos del estado de ánimo específicos y en los que es difícil elegir entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., agitación aguda).

#### Especificaciones para describir el episodio más reciente

Se dispone de diversas especificaciones aplicables a los trastornos del estado de ánimo, cuya finalidad es la de aumentar la especificidad diagnóstica y proporcionar subgrupos más homogéneos, facilitar la selección del tratamiento y mejorar la predicción del pronóstico. Las siguientes especificaciones se refieren al episodio afectivo actual (o más reciente): gravedad/psicosis/remisión, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos y de inicio en el posparto. Las especificaciones que indican la gravedad, la remisión y los síntomas psicóticos pueden ser codificados en el quinto dígito del código diagnóstico de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo. Las demás especificaciones no se pueden codificar. La tabla 1 indica qué especificaciones referidas al episodio son aplicables a cada uno de los trastornos del estado de ánimo.

**Tabla 1. Especificaciones del episodio que se aplican a los trastornos del estado de ánimo**

	Gravedad/ psicosis/ remisión	Crónico	Con síntomas catatónicos	Con síntomas melancólicos	Con síntomas atípicos	De inicio en el posparto
Trastorno depresivo mayor episodio único	X	X	X	X	X	X
Trastorno depresivo mayor recidivante	X	X	X	X	X X	X
Trastorno distímico						
Trastorno bipolar I, episodio maníaco único	X		X			X
Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco						
Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco	X		X			X
Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto	X		X			X
Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo	X	X	X	X	X	X
Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado						
Trastorno bipolar II, hipomaníaco						
Trastorno bipolar II, depresivo	X	X	X	X	X	X
Trastorno ciclotímico						

#### Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio depresivo mayor

Estas especificaciones son aplicables al episodio depresivo mayor más reciente en un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor en un trastorno bipolar I o II sólo si se tra-

ta del episodio más reciente. Si actualmente se cumplen los criterios para el episodio depresivo mayor, éste se puede clasificar como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos. Si ya han dejado de cumplirse los criterios, la especificación indica si el episodio está en remisión parcial o total. En el transcurso depresivo mayor y la mayoría de los trastornos bipolares I, la especificación se recoge en el cuarto dígito de la codificación del trastorno.

**Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos.** La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar. Los episodios *leves* se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual. Los episodios *graves sin síntomas psicóticos* se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y observable (p. ej., incapacidad para trabajar o para cuidar de los hijos). Los episodios *moderados* tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves.

**Grave con síntomas psicóticos.** Esta especificación indica la presencia de ideas delirantes o alucinaciones (en general auditivas). En la mayoría de los casos el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones es consistente con los temas depresivos. Estos *síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo* incluyen ideas delirantes de culpa (p. ej., ser responsable de la enfermedad de un ser querido), ideas delirantes de ser merecedor de un castigo (p. ej., ser castigado por una transgresión moral o por algún fallo personal), ideas delirantes nihilistas (p. ej., destrucción personal o del mundo), ideas delirantes somáticas (p. ej., tener cáncer o que el cuerpo se está «pudriendo») o ideas delirantes de ruina (p. ej., estar en quiebra). Cuando hay alucinaciones, éstas generalmente son transitorias y no elaboradas, y pueden consistir en voces que reprenden al sujeto por sus defectos o sus pecados.

Con menor frecuencia, el contenido de las alucinaciones o de las ideas delirantes no tiene relación aparente con los temas depresivos. Estos *síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo* consisten en ideas delirantes de persecución (sin el tema depresivo de que el sujeto se crea merecedor de ser perseguido), ideas delirantes de inserción del pensamiento (p. ej., los pensamientos de uno no son los suyos propios), ideas delirantes de difusión del pensamiento (p. ej., los demás pueden oír los pensamientos propios) e ideas delirantes de control (p. ej., las propias acciones están bajo un control externo). Estos síntomas están asociados a un mal pronóstico. El clínico puede indicar la naturaleza de los síntomas psicopáticos mediante las especificaciones con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo y con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

**En remisión parcial, en remisión total.** La remisión total requiere un período de al menos 2 meses en los que no haya síntomas significativos de depresión. Hay dos formas de considerar que un episodio se encuentra en remisión parcial: 1) cuando todavía hay algunos síntomas del episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, y 2) cuando ya no quedan síntomas significativos del episodio depresivo mayor, pero el período de remisión es aún menor de 2 meses. Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, no se establece el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, en remisión parcial, una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor: en su lugar el diagnóstico es de trastorno distímico y trastorno depresivo mayor, historia anterior.

### ■ Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente)

**Nota:** Codificar en el cuarto dígito. Puede ser aplicable al episodio depresivo mayor más reciente en un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor en un trastorno bipolar I o II sólo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente.

**Leve:** Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan sólo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás [Para CIE-9-MC .x1].

**Moderado:** Síntomas de incapacidad funcional entre «leves» y «graves» [Para CIE-9-MC .x2].

**Grave sin síntomas psicóticos:** Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás [Para CIE-9-MC .x3].

**Grave con síntomas psicóticos:** Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo [Para CIE-9-MC .x4]:

**Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo:** Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo, o de ser merecedor de un castigo.

**Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo:** Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o de ser merecedor de castigo. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

**En remisión parcial:** Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.)

**En remisión total:** Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

**No especificado.**

### Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio maníaco

Estas especificaciones son aplicables al episodio maníaco de un trastorno bipolar I sólo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente. Si actualmente se cumplen los criterios para el episodio maníaco, éste se puede clasificar como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos. Si ya han dejado de cumplirse los criterios, la especificación indica si el episodio está en remisión parcial o total. Estas especificaciones se recogen en el cuarto dígito de la codificación para el trastorno.



**Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos.** La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas, el grado de incapacidad funcional y la necesidad de supervisión. Los episodios *leves* se caracterizan por la presencia de sólo tres o cuatro síntomas maníacos. Los episodios *moderados* están caracterizados por un gran aumento de la actividad o por el deterioro del juicio. Los episodios *graves sin síntomas psicóticos* se caracterizan por la necesidad de supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño que se pueda causar a sí mismo o a los demás.

**Grave con síntomas psicóticos.** Esta especificación indica la presencia de ideas delirantes o alucinaciones (en general auditivas). En la mayoría de los casos el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones es consistente con los temas maníacos; es decir, son *síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo*. Por ejemplo, el sujeto puede escuchar la voz de Dios explicándole que tiene una misión especial que cumplir. Las ideas delirantes de persecución pueden estar basadas en la idea de que la persona está siendo perseguida a causa de alguna relación o de alguna cualidad especial.

Con menor frecuencia, el contenido de las alucinaciones o las ideas delirantes no tiene una relación aparente con los temas maníacos; es decir, son *síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo*. Pueden consistir en ideas delirantes de persecución (sin una relación directa con temas grandiosos), ideas delirantes de inserción del pensamiento (p. ej., los pensamientos de uno no son los propios), ideas delirantes de difusión del pensamiento (p. ej., los demás pueden oír los pensamientos propios) e ideas delirantes de control (p. ej., las propias acciones están bajo un control externo). Estos síntomas pueden estar asociados a un peor pronóstico. El clínico puede indicar la naturaleza de los síntomas psicóticos mediante las especificaciones con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo y con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

**En remisión parcial, en remisión total.** La remisión total requiere un período de al menos 2 meses en los que no haya síntomas significativos de manía. Hay dos formas de considerar que un episodio se encuentra en remisión parcial: 1) cuando todavía hay algunos síntomas de un episodio maníaco, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, y 2) cuando ya no quedan síntomas significativos del episodio maníaco, pero el período de remisión es aún menor de 2 meses.

### ■ Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio maníaco actual (o más reciente)

**Nota:** Codificar en el cuarto dígito. Puede ser aplicable al episodio maníaco de un trastorno bipolar I sólo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente.

**Leve:** Se cumplen los síntomas de los criterios mínimos para un episodio maníaco.

**Moderado:** Gran aumento de la actividad o deterioro del juicio.

**Grave sin síntomas psicóticos:** Se necesita una supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño físico que se pueda causar a sí mismo o a los demás.

**Grave con síntomas psicóticos:** Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

**Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo:** Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas maníacos típi-

(continúa)

**Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio maníaco actual (o más reciente) (continuación)**

cos de aumento de la autoestima, poder, sabiduría, identidad o relación especial con una deidad o un personaje famoso.

**Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo:** Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas maníacos típicos de aumento de la autoestima, poder, sabiduría, identidad o relación especial con una deidad o un personaje famoso. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con las ideas o los temas de grandiosidad), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de ser controlado.

**En remisión parcial:** Hay algunos síntomas de un episodio maníaco, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del final del episodio maníaco hay un período sin síntomas significativos del episodio maníaco con una duración inferior a 2 meses.

**En remisión total:** Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

**No especificado.**

### **Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio mixto**

Estas especificaciones son aplicables al episodio mixto de un trastorno bipolar I sólo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente. Si actualmente se cumplen los criterios para el episodio mixto, éste se puede clasificar como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos. Si ya han dejado de cumplirse los criterios, la especificación indica si el episodio está en remisión parcial o total. Estas especificaciones no se codifican.

**Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos.** La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas, el grado de incapacidad funcional y la necesidad de supervisión. Los episodios *leves* se caracterizan por la presencia de sólo tres o cuatro síntomas maníacos y cinco o seis síntomas depresivos. Los episodios *moderados* están caracterizados por un gran aumento de la actividad o por el deterioro del juicio. Los episodios *graves sin síntomas psicóticos* se caracterizan por la necesidad de supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño que se pueda causar a sí mismo o a los demás.

**Grave con síntomas psicóticos.** Esta especificación indica la presencia de ideas delirantes o alucinaciones (en general auditivas). En la mayoría de los casos el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones es consistente con los temas maníacos o depresivos; es decir, son *síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo*. Por ejemplo, el sujeto puede escuchar la voz de Dios explicándole que tiene una misión especial que cumplir. Las ideas delirantes de persecución pueden estar basadas en la idea de que la persona está siendo perseguida a causa de que es especialmente merecedora de un castigo o por tener alguna relación o cualidad especiales.

Con menor frecuencia, el contenido de las alucinaciones o las ideas delirantes no tiene una relación aparente con los temas maníacos ni con los depresivos; es decir, son *síntomas psicóticos no*

*congruentes con el estado de ánimo.* Pueden consistir en ideas delirantes de inserción del pensamiento (p. ej., los pensamientos de uno no son los suyos propios), ideas delirantes de difusión del pensamiento (p. ej., los demás pueden oír los pensamientos propios) e ideas delirantes de control (p. ej., las propias acciones están bajo un control externo). Estos síntomas pueden estar asociados a un peor pronóstico. El clínico puede indicar la naturaleza de los síntomas psicopáticos mediante las especificaciones con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo y con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

**En remisión parcial, en remisión total.** La remisión total requiere un período de al menos 2 meses en los que no haya síntomas significativos de manía o de depresión. Hay dos formas de considerar que un episodio se encuentra en remisión parcial: 1) cuando todavía hay algunos síntomas de un episodio mixto, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, y 2) cuando no hay síntomas significativos del episodio mixto, cuando el período de remisión es aún menor de 2 meses.

### ■ Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio mixto actual (o más reciente)

**Nota:** Puede ser aplicable a un episodio mixto de un trastorno bipolar I sólo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente.

**Leve:** Sólo se cumplen los síntomas de los criterios mínimos para un episodio maníaco y un episodio depresivo mayor.

**Moderado:** Síntomas de incapacidad funcional entre «leves» y «graves».

**Grave sin síntomas psicóticos:** Se necesita una supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño físico que se pueda causar a sí mismo o a los demás.

**Grave con síntomas psicóticos:** Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

**Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo:** Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas maníacos o depresivos típicos.

**Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo:** Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas maníacos o depresivos típicos. Se incluyen síntomas como ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos o los de grandiosidad), inserción del pensamiento e ideas delirantes de ser controlado.

**En remisión parcial:** Hay algunos síntomas de un episodio mixto, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del final del episodio mixto hay un período sin síntomas significativos del episodio mixto con una duración inferior a 2 meses.

**En remisión total:** Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

**No especificado.**

## Especificación de cronicidad para el episodio depresivo mayor

Esta especificación indica el carácter crónico de un episodio depresivo mayor y es aplicable al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo si éste es el tipo más reciente de episodio afectivo.

### ■ Criterios para la especificación de cronicidad

*Especificar si:*

**Crónico** (puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo si éste es el tipo más reciente de episodio afectivo)

Los criterios completos para un episodio depresivo mayor se han cumplido de forma continua durante al menos los 2 últimos años.

## Especificación de síntomas catatónicos

La especificación con síntomas catatónicos puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II. La especificación con síntomas catatónicos es apropiada cuando el cuadro clínico está caracterizado por una marcada alteración psicomotora que puede consistir en inmovilidad motora, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia. La inmovilidad motora puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o por estupor. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede presentarse un negativismo extremo que se manifiesta por mantener una postura rígida contra todo intento de ser movido, o por la resistencia a cualquier tipo de órdenes. Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción de posturas extrañas o inapropiadas, o por una gesticulación exagerada. Suele haber ecolalia (la repetición patológica, tipo «loro», y aparentemente carente de sentido, de una palabra o frase que acaba de pronunciar otra persona) y ecopraxia (la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona). Las características asociadas pueden consistir en estereotipias, manierismos y obediencia o imitación automáticas. Durante el estupor o la excitación catatónica graves, el sujeto puede necesitar una supervisión muy cuidadosa para evitar que se cause daño a sí mismo o a los demás. Las consecuencias potenciales incluyen malnutrición, agotamiento, hiperpirexia y autolesiones. El diagnóstico diferencial de un episodio de alteración del estado de ánimo con síntomas catatónicos incluye el **trastorno catatónico debido a enfermedad médica** (pág. 175), la **esquizofrenia, tipo catatónico** (pág. 294), o el **efecto secundario de un medicamento** (p. ej., un trastorno del movimiento inducido por un medicamento, pág. 694).

## ■ Criterios para la especificación de síntomas catatónicos

*Especificar si:*

**Con síntomas catatónicos** (puede aplicarse al episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor, un trastorno bipolar I o un trastorno bipolar II)

El cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- (1) inmovilidad motora que puede manifestarse por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o por estupor
- (2) actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
- (3) negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier tipo de órdenes, o mantenimiento de una postura rígida contra todo intento de ser movido)
- (4) peculiaridades del movimiento voluntario que pueden manifestarse en la postura (adopción voluntaria de posturas extrañas o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos patentes o gesticulación exagerada
- (5) ecolalia o ecopraxia

## Especificación de síntomas melancólicos

La especificación con síntomas melancólicos puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual (o más reciente) que se presenta en el curso de un trastorno depresivo mayor y en un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o II sólo si es el tipo más reciente de episodio. La característica esencial de un episodio depresivo mayor, con síntomas melancólicos, es la pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, o una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. El estado de ánimo depresivo de los sujetos no mejora, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno (Criterio A). Además hay al menos tres de los síntomas siguientes: una cualidad diferente del estado de ánimo depresivo, la depresión es habitualmente peor por la mañana, con despertar precoz, enlentecimiento o agitación psicomotora, anorexia significativa o pérdida de peso, o culpabilidad excesiva o inapropiada (Criterio B).

La especificación con síntomas melancólicos es aplicable si estos síntomas aparecen en el transcurso del episodio. Hay una casi completa ausencia de capacidad para experimentar placer y no sólo una simple disminución. Una orientación para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo consiste en constatar que el estado de ánimo depresivo no mejora o lo hace sólo parcialmente incluso con lo que es muy apreciado por el sujeto (p. ej., hasta un 20-40 % de lo que es normal durante sólo unos minutos cada vez). La cualidad distintiva del estado de ánimo que es típica de la especificación con síntomas melancólicos es experimentada por el sujeto como cualitativamente diferente de la tristeza que se siente al estar de duelo o al padecer un episodio depresivo no melancólico. Esto puede averiguarse pidiendo a la persona que compare la cualidad del estado de ánimo actual con el estado de ánimo experimentado tras la muerte de un ser querido. No se considera que el estado de ánimo tenga una cualidad distintiva si el humor depresivo es únicamente descrito como más intenso, más duradero o si no hay motivo alguno para presentarlo. Casi

siempre hay cambios psicomotores, que son observables por los demás. Los sujetos con síntomas melancólicos tienen menos probabilidades de presentar un trastorno premórbido de la personalidad o de tener un precipitante claro del episodio y de responder a una prueba con un placebo. Es más probable que estos sujetos hayan respondido anteriormente a medicamentos antidepresivos o a terapéutica electroconvulsiva y también es más probable que respondan en el episodio actual. Los síntomas melancólicos se dan por igual en ambos sexos, pero son más frecuentes en los sujetos mayores. Estos síntomas muestran tan sólo una discreta tendencia a repetirse en diferentes episodios en el mismo sujeto. Son más frecuentes en pacientes ingresados que en los ambulatorios y es menos probable que se presenten en los episodios depresivos mayores leves que en los graves, así como también es más probable que se presenten en los que tienen síntomas psicóticos. Los síntomas melancólicos se asocian con mayor frecuencia a los hallazgos de laboratorio del tipo de la no supresión con desametaxona, hiperfunción corticosuprarrenal, reducción de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM), test de provocación con tiramina anormal y asimetría anormal en la prueba de escucha dicótica.

### ■ Criterios para la especificación de síntomas melancólicos

*Especificar si:*

**Con síntomas melancólicos** (puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo en caso de que éste sea el episodio afectivo más reciente)

- A. Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el período más grave del episodio actual:
- (1) pérdida de placer en todas o casi todas las actividades
  - (2) falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno)
- B. Tres (o más) de los siguientes:
- (1) una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (p. ej., el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido)
  - (2) la depresión es habitualmente peor por la mañana
  - (3) despertar precoz (al menos 2 horas antes de la hora habitual de despertarse)
  - (4) enlentecimiento o agitación psicomotores
  - (5) anorexia significativa o pérdida de peso
  - (6) culpabilidad excesiva o inapropiada

### Especificación de síntomas atípicos

La especificación con síntomas atípicos puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo en caso de que éste sea el episodio afectivo más reciente, o a un trastorno distímico. Las características principales son la reactividad del estado de ánimo (Criterio A) y la presencia de al menos dos de los síntomas siguientes (Criterio B): aumento del apetito y del peso, hipersomnia, abatimiento y un patrón muy prolongado de extrema sensibilidad a la percep-

ción de rechazo interpersonal. Estos síntomas predominan durante el período de 2 semanas más reciente (o el período de 2 años más reciente en el trastorno distímico). La especificación con síntomas atípicos no se asigna cuando, durante el mismo episodio depresivo mayor, se han cumplido los criterios para los síntomas melancólicos o catatónicos.

La reactividad del estado de ánimo es la capacidad para alegrarse en situaciones positivas (p. ej., una visita de los hijos, recibir cumplidos). El estado de ánimo puede volverse normal (no triste) incluso durante largos períodos de tiempo, si las circunstancias externas siguen siendo favorables. El aumento del apetito puede ponerse de manifiesto por un claro aumento de la ingesta o por la ganancia de peso. La hipersomnia puede incluir un largo período de sueño nocturno o siestas durante el día que totalicen al menos 10 horas de sueño al día (o por lo menos 2 horas más que cuando el sujeto no está deprimido). El abatimiento se define como la sensación de pesadez, inercia o hundimiento, sobre todo en brazos y piernas; generalmente, esta sensación dura al menos 1 hora al día, pero a menudo dura varias horas seguidas. Al contrario de otros síntomas atípicos, la sensibilidad patológica a la percepción de rechazo interpersonal es un rasgo que aparece precozmente y persiste durante la mayor parte de la vida adulta. La sensibilidad al rechazo ocurre tanto cuando la persona está deprimida como cuando no lo está, aunque puede exacerbarse durante los períodos depresivos. Los problemas que resultan de la sensibilidad al rechazo deben ser de la suficiente importancia como para provocar un deterioro funcional. Puede haber relaciones conflictivas con incapacidad para mantener una relación duradera. La reacción del sujeto a los desaires o a las críticas puede hacer que deje pronto los trabajos, que use sustancias o que presente otras respuestas comportamentales desadaptativas clínicamente significativas. También puede haber una evitación de relaciones debido al temor al rechazo interpersonal. El hecho de ser ocasionalmente susceptible o hiperemotivo no se considera una manifestación de sensibilidad al rechazo interpersonal. Los trastornos de la personalidad (p. ej., el trastorno de la personalidad por evitación) y los trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de ansiedad por separación, fobia específica o fobia social) pueden ser más frecuentes en los sujetos con síntomas atípicos. Los hallazgos de laboratorio asociados con el episodio depresivo mayor, con síntomas melancólicos, generalmente no se dan en un episodio con síntomas atípicos.

Los síntomas atípicos son dos o tres veces más frecuentes en las mujeres. Los sujetos con síntomas atípicos refieren una edad de inicio de los episodios depresivos más temprana (p. ej., mientras cursaban estudios de educación secundaria) y frecuentemente tienen un curso más crónico, menos episódico y con una recuperación interepisódica parcial. Es más probable que los sujetos jóvenes presenten episodios con síntomas atípicos, mientras que los sujetos mayores presentan más a menudo episodios con síntomas melancólicos. Los episodios con síntomas atípicos son más frecuentes en el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno depresivo mayor, recidivante, que siguen un patrón estacional.

### ■ Criterios para la especificación de síntomas atípicos

*Especificar si:*

**Con síntomas atípicos** (puede aplicarse cuando estos síntomas predominan durante las 2 semanas más recientes de un episodio depresivo mayor de un trastorno depresivo mayor o en un trastorno bipolar I o bipolar II cuando el episodio depresivo mayor es el tipo más reciente de episodio afectivo, o cuando estos síntomas predominan durante los últimos 2 años de un trastorno distímico)

*(continúa)*

**Criterios para la especificación de síntomas atípicos** (*continuación*)

- A. Reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas).
- B. Dos (o más) de los síntomas siguientes:
  - (1) aumento significativo del peso o del apetito
  - (2) hipersomnia
  - (3) abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesados o inertes)
  - (4) patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un deterioro social o laboral significativo
- C. En el mismo episodio no se cumplen los criterios para los síntomas melancólicos ni para los síntomas catatónicos.

### **Especificación de inicio en el posparto**

La especificación con inicio en el posparto puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o II o a un trastorno psicótico breve (v. pág. 308) si se inicia en las primeras 4 semanas después del alumbramiento de un hijo. En general, la sintomatología de los episodios depresivos mayores, maníacos o mixtos pospartos no difiere de la sintomatología de los episodios afectivos que no se producen tras el parto y puede incluir la presencia de síntomas psicóticos. En los episodios posparto puede ser más frecuente el curso fluctuante y la labilidad del estado de ánimo. Cuando hay ideas delirantes, es frecuente que se refieran al recién nacido (p. ej., que el recién nacido esté poseído por el demonio, que tenga poderes especiales, o que esté condenado a un destino fatal). Tanto en la predestinación psicótica como en la no psicótica, puede haber ideación suicida, pensamientos obsesivos de agresión al niño, falta de concentración y agitación psicomotora. Es frecuente que las mujeres con episodios depresivos mayores posparto presenten una gran ansiedad, crisis de angustia, llanto espontáneo mucho después de lo que suele durar la tristeza posparto («*baby blues*») (p. ej., 3-7 días posparto), desinterés por el nuevo hijo e insomnio (que es más probable que se manifieste como dificultad para conciliar el sueño que como despertar precoz).

Muchas mujeres se sienten especialmente culpables por tener sentimientos depresivos cuando creen que deberían estar contentas. Pueden ser reticentes a manifestar sus síntomas o sus sentimientos negativos sobre el niño. El resultado de la enfermedad por sí misma o de la separación del hijo puede dar lugar a una deficiente relación madre-hijo. El infanticidio se asocia con mayor frecuencia con los episodios psicóticos posparto, que están caracterizados por alucinaciones que ordenan matar al niño o ideas delirantes de que el niño está poseído, pero también puede ocurrir en los episodios afectivos posparto graves, sin estas ideas delirantes o alucinaciones específicas. Los episodios afectivos posparto (depresivos mayores, maníacos o mixtos) con síntomas psicóticos se producen aproximadamente en 1 de cada 500 a 1.000 partos y parecen ser más frecuentes en mujeres primíparas. El riesgo de episodios posparto con síntomas psicóticos es especialmente elevado en las mujeres con episodios afectivos posparto anteriores, pero también es mayor en las que tienen histo-



ria previa de un trastorno del estado de ánimo (especialmente un trastorno bipolar I). Una vez que una mujer ha tenido un episodio posparto con síntomas psicóticos, el riesgo de recidiva en cada parto posterior es del 30-50 %. También hay datos que sugieren un aumento del riesgo de episodios afectivos psicóticos posparto en las mujeres con historia de trastorno del estado de ánimo con historia familiar de trastornos bipolares. Los episodios posparto deben diferenciarse del delirium que se presenta en el período posparto, que se caracteriza por un descenso del nivel de alerta o atención.

### ■ Criterios para la especificación de inicio en el posparto

*Especificar si:*

**Con inicio en el posparto** (puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve)

Inicio del episodio en las primeras 4 semanas del posparto

## Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes

Se dispone de diversas especificaciones para los trastornos del estado de ánimo, cuya finalidad es la de aumentar la especificidad diagnóstica y crear subgrupos más homogéneos, ayudar a la selección del tratamiento y mejorar la predicción pronóstica. Las especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes incluyen las especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación total interepisódica), patrón estacional y ciclos rápidos. Estas especificaciones no se pueden codificar. La tabla 2 indica qué especificaciones del curso son aplicables a cada trastorno del estado de ánimo.

**Tabla 2. Especificaciones del curso que se aplican a los trastornos del estado de ánimo**

	Con/sin recuperación interepisódica	Patrón estacional	Ciclos rápidos
Trastorno depresivo mayor, episodio único			
Trastorno depresivo mayor, recidivante	X	X	
Trastorno distímico	X		X
Trastorno bipolar I, episodio maníaco único			
Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco	X	X	X
Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco	X	X	X
Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto	X	X	X
Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo	X	X	X
Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado	X	X	X
Trastorno bipolar II, hipomaníaco	X	X	X
Trastorno bipolar II, depresivo	X	X	X
Trastorno ciclotímico			

### Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica total)

Las especificaciones con recuperación interepisódica total y sin recuperación interepisódica total tienen la finalidad de servir para caracterizar el curso de la enfermedad en los sujetos con trastorno depresivo mayor, recidivante, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II. Estas especificaciones deben aplicarse al período de tiempo entre los dos episodios más recientes. La caracterización del curso aún es mejor si se hace constar la presencia de antecedentes de trastorno distímico.

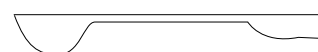
Las cuatro gráficas que se muestran más adelante ilustran los prototipos de curso. *A* muestra el curso de un trastorno depresivo mayor, recidivante, en el que no hay antecedentes de trastorno distímico y en el que hay un período de remisión total entre los episodios. Este patrón de curso es predictor de buen pronóstico. *B* muestra el curso de un trastorno depresivo mayor, recidivante, en el que no hay antecedentes de trastorno distímico, pero en el que hay síntomas importantes que persisten entre los dos episodios más recientes, es decir, que no se alcanza más que una remisión parcial. *C* muestra el patrón extraño (presente en menos del 3 % de los sujetos con trastorno depresivo mayor) de un trastorno depresivo mayor, recidivante, con el antecedente de trastorno distímico, pero con recuperación total interepisódica entre los dos episodios más recientes. *D* muestra el curso de un trastorno depresivo mayor, recidivante, en el que hay antecedentes de trastorno distímico y en el que no hay un período de remisión total entre los dos episodios más recientes. Este patrón, habitualmente descrito como «depresión doble» (v. pág. 353), se ve en cerca del 20-25 % de los sujetos con trastorno depresivo mayor.

En general, los sujetos con una historia de sin recuperación interepisódica total, muestran una persistencia de este patrón en episodios posteriores. Estos sujetos también parecen más propensos a tener más episodios depresivos mayores que los que tienen recuperaciones totales. El trastorno distímico previo al primer episodio de un trastorno depresivo mayor es más probable que se asocie con una falta posterior de recuperación total. Estas especificaciones también se pueden aplicar al período de tiempo entre los episodios más recientes de un trastorno bipolar I o un trastorno bipolar II para indicar la presencia o ausencia de sintomatología afectiva.

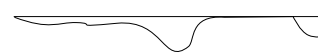
A. Recidivante, con recuperación interepisódica total, sin trastorno distímico.



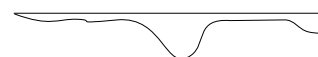
B. Recidivante, sin recuperación interepisódica total, sin trastorno distímico.



C. Recidivante, con recuperación interepisódica total, superpuesto a un trastorno distímico (codificar también F34.1 [300.4]).



D. Recidivante, sin recuperación interepisódica total, superpuesto a un trastorno distímico (codificar también F34.1 [300.4]).



### ■ Criterios para la especificación de curso longitudinal

*Especificar* si (puede aplicarse al trastorno depresivo mayor, recidivante o al trastorno bipolar I o II):

**Con recuperación interepisódica total:** si se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes

**Sin recuperación interepisódica total:** si no se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes

### Especificación del patrón estacional

La especificación con patrón estacional puede aplicarse al patrón de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II o trastorno depresivo mayor, recidivante. La característica esencial es el inicio y la remisión de los episodios depresivos mayores en una determinada época del año. En la mayoría de los casos los episodios empiezan en el otoño o el invierno y remiten en primavera. Con menor frecuencia, pueden presentarse episodios depresivos recidivantes en verano. Este patrón de inicio y remisión de los episodios debe haber ocurrido en los últimos 2 años, sin ningún episodio no estacional en este período. Además, a lo largo de la vida del sujeto los episodios depresivos estacionales tienen que ser sustancialmente más numerosos que los episodios depresivos no estacionales. Esta especificación no es aplicable en las situaciones en las que el patrón se puede explicar por factores estresantes psicosociales ligados a la estacionalidad (p. ej., desempleo estacional o calendario escolar). Los episodios depresivos mayores que siguen un patrón estacional suelen estar caracterizados por una notable anergia, hipersomnia, hiperfagia, aumento de peso y deseo de tomar hidratos de carbono. No está claro si el patrón estacional es más frecuente en el trastorno depresivo mayor, recidivante, o en los trastornos bipolares. Sin embargo, en el grupo de los trastornos bipolares el patrón estacional parece ser más frecuente en el trastorno bipolar II que en el trastorno bipolar I. En algunos sujetos el inicio de los episodios maníacos o hipomaníacos también puede ir ligado a una estación en particular. La luz brillante del espectro visible que se utiliza en el tratamiento puede asociarse a los cambios hacia la fase maníaca o hipomaníaca.

La prevalencia del patrón estacional de tipo invierno parece variar según la latitud, la edad y el sexo. La prevalencia aumenta en las latitudes más altas. La edad también es un fuerte predictor de estacionalidad, de forma que los más jóvenes tienen más riesgo para experimentar los episodios depresivos invernales. Las mujeres suponen el 60-90 % de las personas con patrón estacional, pero no está claro que el sexo femenino sea un factor de riesgo específico mayor que el riesgo asociado al trastorno depresivo mayor recidivante. A pesar de que esta especificación se aplica a la aparición estacional de episodios depresivos mayores completos, algunas investigaciones sugieren que el patrón estacional también puede describir el tipo de presentación de algunos sujetos con episodios depresivos invernales recidivantes que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

### ■ Criterios para la especificación de patrón estacional

*Especificar si:*

**Con patrón estacional** (puede aplicarse al patrón de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II o trastorno depresivo mayor, recidivante)

- A. Ha habido una relación temporal sostenida entre el inicio de los episodios depresivos mayores de un trastorno bipolar I o bipolar II, o un trastorno depresivo mayor recurrente, y una determinada época del año (p. ej., aparición regular del episodio depresivo mayor en el otoño o el invierno).

**Nota:** No incluir los casos en los que hay un efecto evidente de factores estresantes psicosociales estacionales (p. ej., estar habitualmente en paro todos los inviernos).

- B. Las remisiones totales (o un cambio de la depresión a la manía o a la hipomanía) también se dan en una determinada época del año (p. ej., la depresión desaparece en primavera).
- C. En los últimos 2 años ha habido dos episodios depresivos mayores que han demostrado la relación estacional temporal definida en los Criterios A y B, y no ha habido episodios depresivos mayores no estacionales en el mismo período.
- D. Los episodios depresivos mayores estacionales (descritos antes) tienen que ser sustancialmente más numerosos que los episodios depresivos mayores no estacionales presentados a lo largo de la vida del sujeto.

### Especificación de ciclos rápidos

La especificación con ciclos rápidos puede aplicarse al trastorno bipolar I o al trastorno bipolar II. La característica principal de un trastorno bipolar con ciclos rápidos es la aparición de cuatro o más episodios afectivos durante los 12 meses previos. Estos episodios pueden presentarse en cualquier combinación y orden. Los episodios tienen que cumplir los criterios de síntomas y duración para un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco y pueden estar delimitados por un período de remisión total o por un cambio a un episodio de polaridad opuesta. Los episodios maníacos, hipomaníacos y mixtos se consideran pertenecientes al mismo polo (p. ej., un episodio maníaco seguido inmediatamente por un episodio mixto se considera un único episodio al referirse a la especificación con ciclos rápidos). Con la excepción de que ocurren con mayor frecuencia, los episodios pertenecientes a un patrón de ciclos rápidos no son diferentes de los que se presentan en un patrón de ciclos no rápidos. Los episodios de estado de ánimo que contribuyen a definir un patrón de ciclos rápidos excluyen los episodios inducidos directamente por sustancias (p. ej., cocaína, corticosteroides) o debidos a enfermedad médica.

Los ciclos rápidos se dan aproximadamente en el 5-15 % de las personas con trastorno bipolar que son visitadas en las clínicas de trastornos del estado de ánimo. Mientras que en el trastorno bipolar la proporción por sexos es igual en general, en el patrón de ciclos rápidos el 70-90 % de los sujetos son mujeres. Los episodios afectivos no están ligados a ninguna fase del ciclo menstrual y se presentan tanto en mujeres pre como posmenopáusicas. Los ciclos rápidos pueden aso-

ciarse a hipotiroidismo, algunas enfermedades neurológicas (p. ej., esclerosis múltiple), retraso mental, traumatismo craneal o tratamiento antidepresivo. Los ciclos rápidos pueden aparecer en cualquier momento en el curso de un trastorno bipolar y pueden aparecer y desaparecer, especialmente si van asociados a la utilización de antidepresivos. La presencia de ciclos rápidos va asociada a un peor pronóstico a largo plazo.

### ■ Criterios para la especificación de ciclos rápidos

*Especificar si:*

**Con ciclos rápidos** (puede aplicarse al trastorno bipolar I o al trastorno bipolar II)

Al menos cuatro episodios de alteración del estado de ánimo en los 12 meses previos que cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco.

**Nota:** Los episodios están delimitados por una remisión total o parcial durante al menos 2 meses o por un cambio a un episodio de polaridad opuesta (p. ej., episodio depresivo mayor a episodio maníaco).