

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Manuel Humberto Rodríguez Perdomo

COLABORADORES

Julissa Katherine Amores Olivares
Nahomi Janira Cango Piedra

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Manuel Humberto Rodríguez Perdomo

COLABORADORES

Julissa Katherine Amores Olivares

Nahomi Janira Cango Piedra

ISBN: 9789-942-33-965-2

DOI: <http://doi.org/10.48190/9789942339652>



© **Manuel Humberto Rodríguez Perdomo**

Especialista de Primer Grado en Psiquiatría
Docente. Universidad Técnica de Machala. Ecuador.
mrodriguez@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0000-3538-9245>

COLABORADORES

Julissa Katherine Amores Olivares

Estudiante de Séptimo Semestre. Universidad Técnica de Machala. Ecuador
jamores1@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0002-0829-5483>

Nahomi Janira Cango Piedra

Estudiante de Séptimo Semestre. Universidad Técnica de Machala. Ecuador.
ncango1@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0003-2958-1355>

Primera edición, 2025-10-26

ISBN: 9789-942-33-965-2

DOI: <http://doi.org/10.48190/9789942339652>

Distribución online

 Acceso abierto

Cita

Rodríguez, M. (2025) Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos. Editorial Grupo Compás

Este libro es parte de la colección de la Universidad Técnica de Machala y ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad de la publicación. El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

ISBN: 978-9942-33-965-2



Contenido

TRASTORNO AFECTIVO DEPRESIVO MAYOR RECURRENTE	7
Introducción	7
Objetivo General	9
Desarrollo	10
Definición.....	10
Antecedentes	11
Epidemiología.....	12
Etiología	13
Patogenia.....	15
Disfunción del sistema nervioso:	15
Neuromoduladores y neurotransmisores:	16
Factores genéticos:	17
Factores psicosociales y ambientales:	17
Cuadro Clínico	17
Diagnóstico	19
Evaluación y herramientas de diagnóstico.....	19
Criterios diagnósticos	19
Clasificación internacional de enfermedades, décima revisión (CIE-10).....	20
Estrategias de prevención.....	24
Prevención de primera línea:	25
Prevención secundaria:	25
Prevención terciaria:.....	26
Manejo Terapéutico	26

***Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y
enfoques terapéuticos***

No farmacológico	26
Farmacológico	28
Bibliografía	30
TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO	36
Introducción	36
Objetivo General	37
Definición	37
Epidemiología.....	38
Etiología.....	38
Factores Biológicos:	38
Factores Psicológicos:.....	39
Comorbilidad	40
Criterios diagnósticos	40
Diagnóstico diferencial	51
Complicaciones	53
Riesgos ¹⁹ :	54
Tratamiento	54
Tratamiento no farmacológico	55
Tratamiento farmacológico	56
Bibliografía	58
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	62
Introducción	62
Relevancia del TAB:.....	64
Objetivo General	64
Objetivos Específicos	65
Desarrollo	65

***Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y
enfoques terapéuticos***

Antecedentes	65
Historia y Evolución del TAB:	66
Epidemiología.....	66
Prevalencia y Factores de Riesgo:	67
Factores Genéticos y Neurobiológicos:	68
Patogenia.....	68
Cuadro Clínico	69
Diagnóstico	71
Tratamiento	76
Prevención y Pronóstico	79
Pronóstico del Trastorno Afectivo Bipolar	80
TRASTORNOS DEL HUMOR ESPECÍFICOS - DISTIMIA	86
Introducción	86
Objetivo General	86
Epidemiología.....	87
Desarrollo	88
F34. Trastorno afectivo o del humor persistentes.....	88
Etiología	89
Factores Genéticos.....	89
Factores Ambientales	89
F34.0 Ciclotimia	90
Etiología	90
Factores Genéticos.....	90
Factores Ambientales	91
CDI.10	91
Nota diagnóstica.....	92

***Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y
enfoques terapéuticos***

F34.1 Distimia	93
Nota diagnóstica.....	93
CDI.10	94
F34.8 Otros trastornos del humor (afectivo).....	95
F34.9 Trastornos del humor (afectivo) persistente sin especificación	96
TRASTORNOS DEL HUMOR ESPECÍFICOS - CICLOTIMIA	100
Introducción	100
CICLOTIMIA	102
Etimología.....	102
Epidemiología.....	102
Manifestaciones clínicas	103
Criterios Diagnósticos.....	105
Evolución de la ciclotimia	107
Diagnósticos Diferenciales y Comorbilidades	107
Tratamiento No Farmacológico.....	110
Tratamiento Farmacológico.....	111
Bibliografía	113

TRASTORNO AFECTIVO DEPRESIVO MAYOR RECURRENTE

Introducción

En la práctica clínica, el Trastorno Afectivo Depresivo Mayor recurrente es una de las enfermedades mentales más comunes y paralizantes que tiene efecto en la salud pública e importantes ramificaciones tanto para los individuos como para la sociedad en su conjunto por los episodios depresivos recurrentes que repercuten negativamente en la calidad de vida, el funcionamiento, la capacidad para mantener relaciones con los demás y la productividad laboral de una persona con esta alteración ¹.

La importante carga que supone este desorden y su elevada prevalencia hacen que sea imperativo su abordaje. Según investigaciones epidemiológicas recientes, el 15% de las personas a nivel mundial pasarán por un episodio depresivo mayor en algún momento de su vida, y muchas de estas personas experimentarán recurrencias. Además, existe una elevada tasa de comorbilidad entre esta patología y diversas enfermedades físicas y mentales, lo que dificulta su tratamiento y aumenta sus efectos perjudiciales ².

Estudios previos han identificado factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales que contribuyen al desarrollo y la recurrencia de los episodios depresivos ; en recientes avances en la investigación de neuroimágenes y biomarcadores se han identificado disfunciones en los

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

sistemas de neurotransmisores y determinados circuitos neuronales que ofrecen importantes conocimientos sobre la fisiopatología de la enfermedad ². Sin embargo, dentro del campo de la psiquiatría, el tratamiento eficaz y la prevención de las recaídas siguen planteando importantes retos, a pesar de estos avances.

La elevada tasa de recurrencia del desorden y la acuciante necesidad de crear planes de tratamiento más individualizados y eficaces son las principales cuestiones que se abordan en este capítulo. Incluso con la amplia gama de intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas disponibles, un número significativo de pacientes no responde suficientemente bien o tiene efectos secundarios severos, por lo que se pone de relieve la necesidad de estrategias novedosas que incorporen los últimos avances en medicina de precisión y psiquiatría traslacional, así como de una comprensión más profunda de los mecanismos fundamentales que subyacen a esta psicopatología afectiva ³.

Este capítulo se centrará en un análisis exhaustivo de las investigaciones más recientes sobre el Trastorno Afectivo Depresivo Mayor recurrente, examinando los avances en los campos de la identificación de los factores de riesgo, los mecanismos biológicos y los enfoques terapéuticos además de las nuevas pruebas que apoyan los tratamientos a medida y de cómo podrían mejorar los resultados de los pacientes

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

con el fin de definir estrategias más eficaces para la prevención y el tratamiento de la recurrencia de esta enfermedad con la integración de perspectivas futuras y hallazgos recientes.

Objetivo General

Analizar exhaustivamente los avances recientes en la comprensión y tratamiento del trastorno afectivo depresivo mayor recurrente, destacando la importancia de estrategias terapéuticas personalizadas y multidisciplinarias, para mejorar los resultados clínicos y prevenir las recurrencias en esta patología debilitante.

Desarrollo

Trastorno Afectivo Depresivo Mayor Recurrente

Definición

El trastorno afectivo depresivo mayor recurrente es un trastorno psiquiátrico caracterizado por múltiples episodios depresivos mayores que se producen a lo largo de la vida de un individuo ¹. Estos episodios, que se intercalan con periodos de remisión, no están causados por sustancias ni por otros trastornos médicos y los rasgos distintivos del trastorno son su carácter cíclico y crónico, que tienen un efecto importante en la funcionalidad y la calidad de vida del paciente ². Para diagnosticarlo es necesaria una integración de diversas disciplinas como Psiquiatría, Psicología, Sociología, Neurología y a su vez una evaluación clínica exhaustiva que permita distinguirlo de otros trastornos afectivos y determinar los factores que conducen a su recurrencia.

Grafico No 1. Integración de diversas disciplinas en el estudio de los trastornos del estado de ánimo.



Antecedentes

Desde sus conceptualizaciones iniciales, el estudio del Trastorno Afectivo Depresivo Mayor Recurrente ha experimentado cambios significativos. En el siglo XIX, Emil Kraepelin distinguió entre esquizofrenia y psicosis maníaco-depresivas lo que sentó las bases para el conocimiento actual de los trastornos del estado de ánimo y los orígenes de esta patología, aunque, el interés por la depresión creció durante el siglo XX, sobre todo tras la publicación del DSM-III en 1980 que aclaró las normas diagnósticas y distinguió el trastorno depresivo mayor de otros trastornos afectivos ⁴.

La determinación de los componentes etiológicos y patogénicos del trastorno mencionado ha sido el principal foco de investigación en las últimas décadas. Las investigaciones sobre genética han revelado una fuerte tendencia hereditaria en donde los gemelos monocigóticos muestran una concordancia notablemente mayor que los dicigóticos ³. Estos resultados apuntan a una importante base hereditaria de la enfermedad, aunque no la explique por completo.

Recientes avances en neurociencia han revelado cambios en la estructura y función del cerebro relacionados con el trastorno. La neuroimagen ha identificado anomalías en la regulación del estado de ánimo y en regiones de respuesta al estrés como la amígdala, el hipocampo y el córtex prefrontal. Además, la identificación de disfunciones en

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

importantes sistemas neurotransmisores, como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina, ha llevado al desarrollo de tratamientos farmacéuticos dirigidos específicamente a estos sistemas ¹.

Las psicoterapias como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP) son ejemplos de enfoques más integrales que han sustituido a los tratamientos farmacológicos como pilar de la terapia ⁵. Sin embargo, estos métodos se utilizan con frecuencia junto con intervenciones farmacológicas para aumentar la eficacia del tratamiento y reducir las tasas de recaída.

Epidemiología

Los datos epidemiológicos indican que el 15% de la población mundial sufrirá al menos un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida y se prevé que aproximadamente la mitad de estos casos evolucionen hacia una forma recurrente del trastorno ⁶.

La edad, el sexo y el contexto sociocultural son algunas de las variables que influyen en la prevalencia del trastorno, con una proporción aproximada de 2:1, las tasas de prevalencia suelen ser más elevadas en las mujeres que en los hombres ⁶. Además, aunque también puede aparecer en la infancia o en etapas posteriores de la vida, el trastorno suele manifestarse por primera vez en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

La epidemiología del trastorno afectivo depresivo mayor recurrente en Ecuador muestra tendencias comparables a las observadas a nivel mundial, con una prevalencia notable en la población general. Con base en información de investigaciones locales y del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), se proyecta que entre el 5 y el 7% de los ecuatorianos ha pasado por un episodio depresivo mayor en algún momento de su vida, y las tasas de recurrencia son altas, con una parte significativa de pacientes que experimentan episodios repetidos a lo largo del tiempo ⁷. El reto de la detección precoz y el tratamiento adecuado de la depresión recurrente se ve agravado por la estigmatización de los trastornos de salud mental y la escasez de recursos especializados en las zonas rurales. Estas cuestiones ponen de relieve la urgencia de que Ecuador desarrolle su sistema de salud mental, aumente la concienciación sobre la depresión y refuerce sus iniciativas de prevención y tratamiento.

Etiología

El trastorno afectivo depresivo mayor recurrente tiene una etiología compleja y multifactorial que implica la interacción de factores ambientales, psicológicos, neurológicos y genéticos ³.

Los estudios de heredabilidad han demostrado que la carga genética tiene un impacto importante en la susceptibilidad del trastorno en términos genéticos. Sin embargo, no se ha

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

encontrado un único gen que sea la causa de la enfermedad, lo que sugiere que están implicadas diversas variaciones genéticas de pequeño efecto e interacciones con factores ambientales ⁸.

A nivel neurobiológico se han detectado cambios en importantes sistemas neurotransmisores, como la serotonina, la norepinefrina y la dopamina, que son esenciales para controlar el estado de ánimo y las reacciones al estrés ⁸. Por ejemplo, en pacientes con el trastorno se ha observado una menor actividad de la serotonina en regiones cerebrales relacionadas con el procesamiento emocional.

Las variables ambientales y psicológicas también desempeñan un papel en la aparición y recurrencia del trastorno ya que los patrones de pensamiento negativos, las experiencias traumáticas, el estrés prolongado y las experiencias desagradables de la infancia pueden aumentar la probabilidad de desarrollar la enfermedad o desencadenar episodios depresivos ⁹. Además, en la manifestación y progresión del trastorno también influyen las elecciones de estilo de vida, el apoyo social y el entorno socioeconómico.

El modelo biopsicosocial, que reconoce la intrincada interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en la predisposición, el desarrollo y el mantenimiento del trastorno, constituye un marco exhaustivo para comprender su etiología por lo que es importante mantener una

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

perspectiva integradora para su abordaje de forma holística y para crear intervenciones exitosas basadas en su variedad etiológica ¹⁰.

Patogenia

La investigación sobre la fisiopatología del trastorno afectivo depresivo mayor recurrente es un área intrincada y dinámica que integra hallazgos de los campos de la neurobiología, la genética y el medio ambiente ¹⁰.

Disfunción del sistema nervioso:

Se ha observado que existe un déficit de comunicación neurobiológica entre las regiones cerebrales que intervienen en el procesamiento de la información y la regulación emocional. Los pacientes con este trastorno muestran una actividad disminuida en el córtex prefrontal, que está vinculado a las funciones ejecutivas y cognitivas, lo que podría ser un factor que contribuya a las deficiencias características del trastorno en el control del pensamiento y las emociones ⁹. Sin embargo, la amígdala, una región cerebral importante en la respuesta emocional, es más activa en las personas deprimidas, lo que podría explicar la escalada de reacciones emocionales negativas ¹¹.

Los estímulos emocionales se perciben y procesan de forma diferente como resultado de cambios en la conectividad y funcionalidad del giro cingulado anterior, el hipocampo y la amígdala ¹¹. Estos cambios pueden afectar a la susceptibilidad de una persona a la depresión y a la

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

aparición de síntomas como la anhedonia y la pérdida de interés.

Neuromoduladores y neurotransmisores:

Los neurotransmisores son esenciales para controlar el estado de ánimo y la reacción al estrés. En estudios recientes se ha evidenciado que los cambios en el funcionamiento de neurotransmisores como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina se han relacionan de gran manera con el trastorno afectivo depresivo mayor recurrente ¹². Por ejemplo, se ha descubierto que la actividad de la serotonina es menor en las personas deprimidas, sobre todo en el córtex prefrontal y el hipocampo, dos regiones del cerebro relacionadas con el procesamiento emocional ⁶. Se relaciona que la aparición de síntomas como la tristeza crónica y el agotamiento pueden estar relacionados con esta disfunción serotoninérgica.

La noradrenalina participa en la regulación de la atención, el estado de alerta y el estado de ánimo que es otra función importante que desempeña en el trastorno donde se ha observado una reducción de la actividad noradrenérgica en regiones cerebrales específicas de personas con depresión, lo que puede ayudar a explicar la falta de impulso y vigor característica de la enfermedad ¹³.

La dopamina, que interviene en la recompensa, el placer y la motivación, también presenta alteraciones en el trastorno, presentando fluctuaciones de la actividad dopaminérgica en

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

zonas como el área tegmental ventral y el núcleo accumbens, que pueden estar relacionadas con la anhedonia y la disminución del interés por las actividades placenteras ¹³.

Factores genéticos:

La investigación sobre genética ha revelado una tendencia hereditaria hacia el trastorno. Se han descubierto numerosos genes potenciales que podrían estar relacionados con una mayor probabilidad de adquirir la enfermedad los cuales, que afectan a la neuroplasticidad, la respuesta al estrés y la función serotoninérgica y se cree que en la susceptibilidad al trastorno influyen diversas variantes genéticas de pequeño efecto ¹⁴.

Factores psicosociales y ambientales:

En la fisiopatología del trastorno intervienen no sólo factores biológicos, sino también acontecimientos estresantes y el entorno psicosocial. Las experiencias adversas en la infancia, como los malos tratos, el abandono o la muerte prematura, pueden aumentar las probabilidades de que un adulto desarrolle el trastorno. Los cambios significativos en la vida, las experiencias traumáticas y el estrés continuo pueden desencadenar episodios depresivos y aumentar la probabilidad de que el trastorno reaparezca ¹⁴.

Cuadro Clínico

La característica distintiva del trastorno afectivo depresivo mayor recurrente es la aparición de numerosos episodios depresivos mayores intercalados con periodos de remisión

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

a lo largo de la vida de una persona. Este cuadro clínico abarca una amplia gama de síntomas afectivos, cognitivos, somáticos y conductuales que influyen sustancialmente en la funcionalidad y la calidad de vida del paciente ¹⁵.

Tabla 1. Síntomas característicos del cuadro clínico del trastorno afectivo depresivo mayor recurrente

Síntomas afectivos	Síntomas cognitivos	Síntomas somáticos	Síntomas conductuales
Estado de ánimo depresivo Irritabilidad Labilidad emocional	Dificultad de concentración Pensamientos negativos Ideación suicida	Alteraciones del sueño Cambios en el apetito o peso Fatiga y falta de energía	Retracción social Disminución de la productividad Síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios)

La gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos en pacientes con un trastorno afectivo depresivo mayor recurrente pueden variar y según el número y la gravedad de los síntomas, se pueden clasificar en episodios leves, moderados o graves. Un episodio depresivo mayor suele durar dos semanas o más, pero a veces puede durar meses ¹⁵.

Diagnóstico

Evaluación y herramientas de diagnóstico

- Entrevista clínica estructurada: Para evaluar la existencia, gravedad y efecto de los síntomas en la capacidad de funcionamiento del paciente ¹⁶.
- Pruebas estandarizadas: El Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) son dos ejemplos de instrumentos que se utilizan para medir la gravedad de los síntomas de la depresión ¹⁶.
- Historia clínica detallada: incluidos acontecimientos estresantes recientes, abuso de sustancias y antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo ¹⁶.

Criterios diagnósticos

Es importante que el diagnóstico se realice mediante una entrevista clínica y no solo con cuestionarios, ya que estos por sí solos no permiten realizar un diagnóstico individual adecuado. Dentro de estas entrevistas se debe emplear técnicas específicas, tanto verbales como no verbales, considerando las posibles limitaciones cognitivas y de verbalización que se presentan en diferentes grupos de edad ¹⁰.

Clasificación internacional de enfermedades, décima revisión (CIE-10)

La CIE-10 clasifica el trastorno afectivo depresivo mayor recurrente mayor dentro los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) ¹⁷. La categoría F33 engloba los trastornos depresivos recurrentes y está se subdivide en:

- F33.0: Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente ¹⁷.
- F33.1: Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente ¹⁷.
- F33.2: Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos ¹⁷.
- F33.3: Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos ¹⁷.
- F33.4: Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión ¹⁷.
- F33.8: Otros trastornos depresivos recurrentes ¹⁷.
- F33.9: Trastorno depresivo recurrente, no especificado ¹⁷.

Independientemente del escenario, el episodio depresivo tiene que durar un mínimo de dos semanas y presentar sistemáticamente al menos dos de los tres síntomas que suelen asociarse a la depresión:

- Ánimo depresivo ¹⁷.
- Pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar ¹⁷.
- Aumento de la fatigabilidad ¹⁷.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Tabla 2. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: – Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras. – Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. – Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual. – Empeoramiento matutino del humor depresivo. – Presencia de entumecimiento motor o agitación. – Pérdida marcada del apetito. – Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes. – Notable disminución del interés sexual.

Manual diagnóstico y estadístico de la asociación
americana de psiquiatría, quinta edición (*DSM-5*)

El Trastorno Afectivo Depresivo Mayor Recurrente está codificado como 296.3x en el DSM-5 y sus características principales siguen siendo las mismas:

1. Presencia de cinco o más síntomas en el mismo período de dos semanas y al menos uno de los síntomas debe ser un estado de ánimo depresivo o una pérdida de interés o placer ¹⁸.
 - Estado de ánimo depresivo: se caracteriza por una descripción subjetiva (por ejemplo, se siente deprimido, vacío o desesperanzado) o por la observación de otras personas durante la mayor parte del día, casi todos los días. Puede

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

manifestarse como un estado de ánimo agitado en niños y adolescentes ¹⁸.

- Marcada disminución del disfrute o interés por todas o casi todas las actividades ¹⁸.
- Pérdida significativa de peso sin hacer dieta, o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días ¹⁸.
- Hipersomnia o insomnio casi todos los días ¹⁸.
- Retraso psicomotor o agitación casi todos los días ¹⁸.
- Cansancio o baja energía casi a diario ¹⁸.
- Sentimientos casi diarios de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, que podría ser delirante ¹⁸.
- Capacidad reducida de pensamiento o concentración, o indecisión casi todo el tiempo ¹⁸.
- Un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse, así como pensamientos recurrentes de muerte o pensamientos suicidas sin ningún tipo de plan ¹⁸.

2. Los síntomas perjudican el funcionamiento social, laboral o de otros ámbitos críticos y causan un malestar clínicamente significativo ¹⁸.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

3. El episodio no se relaciona con ninguna afección médica ni con los efectos fisiológicos de un fármaco¹⁸.
4. Los trastornos psicóticos como el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otros trastornos del espectro de la esquizofrenia específicos o inespecíficos no proporcionan una explicación más convincente de la aparición del episodio depresivo mayor¹⁸.
5. Nunca ha habido un episodio de manía o hipomanía. Esta exclusión no se aplica a los episodios maníacos o hipomaníacos inducidos por fármacos o derivados de los efectos fisiológicos de otra enfermedad¹⁸.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Tabla 3. Criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor de acuerdo al DSM-5

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable). 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado). 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o entecimiento psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Manual diagnóstico y estadístico de la asociación
americana de psiquiatría, quinta edición (DSM-5)

Estrategias de prevención

Para prevenir el Trastorno Afectivo Depresivo Mayor Recurrente se necesita una estrategia multimodal que incluya educación, llevar un estilo de vida saludable, detección precoz y tratamiento regular ¹⁹. El trabajo conjunto de la comunidad, los educadores y los profesionales sanitarios es esencial para poner en práctica las medidas preventivas.

Prevención de primera línea:

- Educación y sensibilización: iniciativas educativas destinadas a disipar el estigma asociado a la depresión y promover un mayor conocimiento de la enfermedad. Se pueden crear entornos de apoyo promoviendo la salud mental en empresas, comunidades e instituciones educativas ²⁰.
- Fomentar estilos de vida saludables: puede reducir el riesgo de depresión y mejorar la salud mental general. Algunos de estos factores del estilo de vida son una dieta equilibrada, la actividad física regular y la reducción del consumo de alcohol y drogas ²⁰.
- Crear mecanismos de afrontamiento: Los talleres y las iniciativas para mejorar la resiliencia, la gestión del estrés y la capacidad para resolver problemas pueden preparar a las personas para afrontar los obstáculos sin experimentar síntomas depresivos ²⁰.

Prevención secundaria:

- Detección y evaluación precoz: La intervención oportuna es posible gracias al uso de instrumentos de evaluación en entornos comunitarios y médicos para detectar precozmente los síntomas de la depresión ²⁰.
- Intervenciones tempranas: En el tratamiento inicial de la depresión, las terapias cognitivo-conductuales, la terapia interpersonal y otras técnicas

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

psicoterapéuticas pueden ser útiles para reducir el riesgo de recurrencia ²⁰.

Prevención terciaria:

- Terapia y supervisión continuadas: Las recaídas pueden evitarse con una supervisión continua utilizando los medicamentos adecuados junto con técnicas de psicoterapia ²¹.
- Rehabilitación psicosocial: Incorporar planes de tratamiento que mejoren la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes ayudándoles a reintegrarse en la sociedad y en el mundo laboral ²².

Manejo Terapéutico

No farmacológico

Psicoterapia

- La terapia cognitivo-conductual se centra en modificar los comportamientos disfuncionales y los patrones de pensamiento pesimista que alimentan la depresión ¹⁰.
- La terapia interpersonal aborda el tratamiento de los problemas interpersonales y los acontecimientos vitales que pueden contribuir a la depresión o perpetuarla ¹⁰.
- La Terapia de resolución de problemas ayuda a los pacientes a crear mecanismos de afrontamiento y soluciones para las situaciones difíciles ¹⁰.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Intervenciones Psicosociales

- Programas de psicoeducación: Estos programas están dirigidos a los pacientes y sus familias, ayudan a reconocer los indicadores precoces de recurrencia, fomentan la adherencia al tratamiento y sensibilizan sobre el trastorno ²³.
- Asesoramiento en grupo: Proporcionan un entorno en el que los pacientes pueden hablar de sus experiencias y mecanismos de afrontamiento, así como de apoyo social ⁵.

Intervenciones de estimulación cerebral

- Terapia electroconvulsiva (TEC): es un tratamiento muy útil que se utiliza cuando todos los demás tratamientos han fracasado ²⁴.
- Estimulación magnética transcraneal (EMT): Este tratamiento no invasivo ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión resistente. Actúa estimulando determinadas regiones cerebrales mediante campos magnéticos ²⁴.
- Estimulación del nervio vago (ENV): Menos frecuente que la TEC y la EMT, pero apropiada en ciertos casos de depresión resistente ²⁴.

Estilos de Vida

- Actividad física: Hacer ejercicio con regularidad puede ayudar a aliviar los síntomas de la depresión.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Se aconseja realizar ejercicio moderado durante al menos 30 minutos al día ²⁵.

- Métodos de relajación y atención plena: Se puede reducir el estrés y mejorar el bienestar emocional con métodos como el yoga, la meditación y el mindfulness ²⁵.
- Higiene del sueño: Mantener un horario de sueño constante y de calidad es esencial para controlar la depresión ¹⁴.

Farmacológico

La piedra angular del tratamiento farmacológico son los antidepresivos. Los más utilizados son:

- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS): Actúan aumentando los niveles de serotonina en el cerebro y generalmente son la primera línea del tratamiento por su perfil de eficacia y seguridad ^{15,20,26}.
 - Fluoxetina, sertralina, y escitalopram
- Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN): Actúan sobre la serotonina y noradrenalina y son utilizados como segunda línea en pacientes que no responden a los ISRS ^{14,19}.
 - Venlafaxina y duloxetina
- Antidepresivos Tricíclicos (ATC): Suelen usarse poco debido a sus efectos secundarios, pero pueden ser efectivos en casos resistentes a otros tratamientos ^{14,19}.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

- Amitriptilina y nortriptilina
- Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO): Se utilizan en casos de depresión refractaria y requieren restricciones dietéticas por sus interacciones potencialmente peligrosas con ciertos alimentos ^{14,19}.
 - Fenelzina y tranilcipromina
- Antipsicóticos atípicos: En algunos casos, se utilizan junto a los antidepresivos para potenciar su efecto terapéutico ^{14,19}.
 - Quetiapina o aripiprazol

Terapias combinadas:

Para algunos pacientes, en particular los que tienen episodios recurrentes y son resistentes a los tratamientos convencionales, puede ser útil combinar medicamentos, como un antidepresivo con un estabilizador del estado de ánimo (litio o lamotrigina) ²³.

Terapias de mantenimiento:

Tras la remisión del episodio agudo, los pacientes deben seguir tomando antidepresivos durante al menos seis meses para prevenir las recurrencias y dependiendo de la respuesta obtenida al tratamiento se puede considerar un mantenimiento de la terapia a largo plazo ²⁷.

Bibliografía

- Sousa, N. F. da S., Barros, M. B. de A., Medina, L. de P. B., Malta, D. C., & Szwarcwald, C. L. (2021). Association of major depressive disorder with chronic diseases and multimorbidity in Brazilian adults, stratified by gender: 2019 National Health Survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24, e210015. <https://www.scielo.org/article/rbepid/2021.v24suppl2/e210015/>
- Salvo, L., Saldivia, S., Parra, C., Rodríguez, R., Cifuentes, M., & Acevedo, P., et al. (2017). Características clínicas del trastorno depresivo mayor en tratamiento en el nivel secundario de atención. *Revista Médica de Chile*, 145(3), 335-343. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872017000300007
- Severe, J., Greden, J. F., & Reddy, P. (2020). Consequences of recurrence of major depressive disorder: Is stopping effective antidepressant medications ever safe? *FOCUS*, 18(2), 120-128. <https://focus.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.focus.20200008>
- Régis, E. (1911). *Tratado de psiquiatría*. Saturnino Calleja Fernández.
- De Doménico, E., Castaldelli-Maia, J. M., Ventriglio, A., Torales, J., & De Doménico, E., et al. (2021).

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Diagnostic stability of major depressive disorder in hospitalized patients in a University Hospital: A brief report. *Medicina Clínica Social*, 5(3), 141-144.
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2521-22812021000300141

Veleda, G. W., Molina, M. L., Silva, R. A. da, Jansen, K., Neufeld, C. B., & Souza, L. D. de M. (2019). Effect of cognitive-behavioral therapy after treatment for adults with major depression. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(3), 345-365.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-36872019000300009

Montalvo-Herdoíza, J., Perero, M., Portalanza, D., Camargo, A., Siteneski, A., & Montalvo-Herdoíza, J., et al. (2021). Prevalence of major depressive disorder in Portoviejo, Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 30(1), 57-67.
http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2631-25812021000100057

Delgado, D. A. O., Rojas, M. C. O., & Olea, J. M. S. (2024). Episodio depresivo mayor de características catatónicas: Reporte de caso. *Revista Científica Salud y Desarrollo Humano*, 5(1), 69-83.
<https://revistavitalia.org/index.php/vitalia/article/view/75>

**Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y
enfoques terapéuticos**

- Molés Julio, M. P., Esteve Clavero, A., Lucas Miralles, M. V., Folch Ayora, A., & Molés Julio, M. P., et al. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(55), 58-82. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412019000300003
- Ruiloba, J. V. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (5.ª ed.). Elsevier España.
- Nussbaumer-Streit, B., Forneris, C. A., Morgan, L. C., Van Noord, M. G., Gaynes, B. N., Greenblatt, A., et al. (2019). Light therapy for preventing seasonal affective disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(3), CD011269. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6422319/>
- Oteíza-Collante, M., Méndez, I, Santamarina-Pérez, P., Romero, S., & Oteíza-Collante, M., et al. (2023). Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia: Principales signos de alerta. Orientación para el tratamiento. *Pediatría de Atención Primaria*, 25(97), 83-93. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322023000100017
- Mocking, R. J. T., Naviaux, J. C., Li, K., Wang, L., Monk, J. M., Bright, A. T., et al. (2021). Metabolic features of

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

recurrent major depressive disorder in remission, and the risk of future recurrence. *Translational Psychiatry*, 11(1), 1-13. <https://www.nature.com/articles/s41398-020-01182-w>

Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., et al. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 229-233. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.157.2.229>

Rotondo, H. (1990). *Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo"* (3.ª ed.). Alberto Perales.

Stern, T. A., Fava, M., Wilens, T. E., & Rosenbaum, J. F. (2017). *Massachusetts General Hospital: Tratado de psiquiatría clínica*. Elsevier Health Sciences.

World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. <https://iris.who.int/handle/10665/42326>

American Psychiatric Association, & First, M. B. (2015). *DSM-5: Manual de diagnóstico diferencial* (5.ª ed.). 1150 p.

Rivas Mira, M. F., Rivera Morales, M. C., & Sánchez Martínez, M. A. (2023). *Nivel de conocimientos sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la Unidad de Salud de Panchimalco en el período de*

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

mayo a julio 2023 (Tesis doctoral). Universidad de El Salvador. <https://oldri.ues.edu.sv/id/eprint/33382/>

Kocsis, J. H. (2006). Recurrent depression: Patient characteristics, clinical course, and current recommendations for management. *CNS Spectrums*, 11(S15), 6-11. <https://www.cambridge.org/core/journals/cns-spectrums/article/abs/recurrent-depression/BF55319DE5CAEFA88C2F01EF55739D4D>

Mocking, R. J. T., Figueroa, C. A., Rive, M. M., Geugies, H., Servaas, M. N., Assies, J., et al. (2016). Vulnerability for new episodes in recurrent major depressive disorder: Protocol for the longitudinal DELTA-neuroimaging cohort study. *BMJ Open*, 6(3), e009510. <https://bmjopen.bmj.com/content/6/3/e009510>

Florido, V. D. S., Quiroga, A. R., Mancho, D., & Rojo, S. F. (2023). Trastornos afectivos, trastornos depresivos y trastorno bipolar. *Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(84), 4948-4956. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541223001993>

Monroe, S. M., & Harkness, K. L. (2023). Why recurrent depression should be reconceptualized and redefined. *Current Directions in Psychological*

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Science, 32(3), 204-211.
<https://doi.org/10.1177/09637214221143045>

Oliveira, I. R. D. (2012). *Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy*. Books on Demand.

Ocampo, H., Febres-Ramos, R. J., Arestegui, S., Bravo, R., Cardenas, D., & Ocampo, H., et al. (2021). Síndrome de Cotard en trastorno depresivo recurrente: Reporte de caso. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(4), 859-864.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2308-05312021000400859

Restrepo, C. G., Bayona, G. H., Urrego, A. R., & Oleas, H. S., Restrepo, M. U. (s. f.). *Psiquiatría clínica*. Editorial Médica Panamericana.

Madero Dutazaka, M., Suárez Orrala, J., Mayancela Zumba, M., & Villegas Guerrero, E. (2021). Trastorno depresivo mayor. *RECIAMUC*, 5(1), 32-41.
<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/586>

TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO

Introducción

Dentro de la compleja mente humana, llega una entidad clínica con una combinación de síntomas de dos trastornos independientes que, al verse en relación, conviene denominarlo "Trastorno mixto ansioso depresivo", siendo esta, una enfermedad de alto valor de interés y estudio dentro del campo de la medicina y salud mental, gracias a la prevalencia de casos en la actualidad.

Esta entidad se caracteriza por la coexistencia de una gama diversa de síntomas de ansiedad y depresión que en la práctica clínica es difícil categorizarla como un trastorno independiente, ya sea, trastorno de ansiedad o trastorno depresivo, tal obstáculo, dificulta un diagnóstico y tratamiento oportunos. Es vital la importancia de comprender y estudiar ambos trastornos como un conjunto para su entendimiento y de esta manera acertar el proceder médico para mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen.

A medida que la conciencia de la comunidad hacia los temas sobre la salud mental continúa en aumento, es crucial que los profesionales de la salud tengan las herramientas y el conocimiento necesarios para identificar y abordar de manera eficaz la complejidad de esta entidad. Por lo tanto, el siguiente capítulo, propone explorar a profundidad sobre el trastorno mixto ansioso depresivo, analizando su

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

incidencia en la población, su origen, factores de riesgo relacionados, criterios diagnósticos, características clínicas, evolución, pronóstico y enfoques terapéuticos, que le permitan al personal de salud, ofrecer un enfoque integral y asertivo para el tratamiento de estos pacientes.

Objetivo General

Establecer conceptos e ideas claves sobre el trastorno mixto ansioso depresivo mediante una revisión sistemática y bibliográfica que permita conocer la incidencia, etiología, criterios diagnósticos, evolución, pronóstico y tratamiento para un mejor entendimiento de su aparición en la clínica de los pacientes.

Definición

El trastorno mixto ansioso depresivo o depresión ansiosa leve o no persistente, es aquel que presenta criterios de ambos tipos de trastornos, del ansioso y depresivo; ninguno de los dos predomina o tiene la intensidad suficiente sobre el otro para efectuar un diagnóstico por separado; es decir, que el paciente con esta entidad suele presentar menos ansiedad que en la ansiedad generalizada y menos depresión que en los pacientes con episodios depresivos mayores. Debido a que los síntomas suelen ser leves, cuando se vuelven severos, es posible categorizar al paciente en ambos trastornos y descartar la denominación del F41.2 Trastorno mixto ansioso depresivo ¹. Si hubiera un problema

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

de codificación donde se pueda sostener un solo diagnóstico, se prioriza al trastorno depresivo ².

Epidemiología

El trastorno mixto ansioso depresivo es una patología muy frecuente dentro de los trastornos afectivos; se considera que 10 de cada 100 personas padecen la entidad, con mayor predominancia en la adolescencia y etapas productivas de la vida como en lo laboral, académico, social o afectivo ³. Se considera que del 20-90% de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizado, puedan desarrollar por lo menos un episodio de trastorno depresivo; además, se estima que el 50% de los casos psiquiátricos que llegan a los consultorios de atención primaria, tienen que ver con el trastorno mixto ansioso depresivo ⁴. La prevalencia es aún mayor en la población general, aun así, ante el desconocimiento o negación a demanda de cuidados médicos especializados o psiquiátricos, rara vez se llega a detectar este trastorno en muchos individuos ³.

Etiología

El trastorno mixto ansioso depresivo es el resultado de la interacción entre múltiples factores como ^{4,5}:

Factores Biológicos:

- **Genética:** la heredabilidad juega un papel importante en la susceptibilidad a desarrollar un trastorno ansioso o depresivo.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

- **Neurobiología:** Alteración de algunos neurotransmisores como la serotonina, dopamina y noradrenalina, importante para regular el estado del ánimo
- **Alteraciones neuroendocrinas:** como la disfunción en la respuesta del cortisol a la corticotropina, a la respuesta de la hormona del crecimiento a la clonidina y a la respuesta de la hormona estimulante del tiroides y de la prolactina a la tirotropina ⁴.

Factores Psicológicos:

- **Experiencias traumáticas de la infancia:** como abuso, pérdida temprana de padres, negligencia, abandono.
- Habilidades inadecuadas para enfrentar el estrés.
- **Personalidad:** neuroticismo (inestabilidad emocional), perfeccionismo, baja autoestima, dependencia e inseguridad, pesimismo.

- Factores Sociales y Ambientales:

- Estrés crónico
- Apoyo social deficiente
- Eventos de vida traumáticos: pérdida de un ser querido o familiar, divorcio, experiencia de combate o guerras.

Comorbilidad

La comorbilidad entre ansiedad y depresión se explica mayormente por una vulnerabilidad genética compartida, o porque uno es un epifenómeno del otro; es probable que el primer episodio de depresión en la vida de una persona siga a un estresor psicosocial, y después de tres o más episodios, es más probable que los episodios siguientes sean espontáneos en lugar de seguir a un evento externo ⁶. Una hipótesis de la perspectiva de red sobre psicopatología es que surge debido a la interacción de síntomas compartidos por ambos trastornos, con síntomas superpuestos que actúan como los llamados puentes, canalizando la activación de los síntomas entre los grupos de síntomas de cada trastorno ⁷.

En los países occidentales, los estudios han mostrado que la comorbilidad del trastorno depresivo mayor (TDM) con trastornos de ansiedad se asocia con peores resultados, incluyendo síntomas más severos, mayor deterioro funcional, una aparición más temprana del TDM, peor calidad de vida, mayor recurrencia y un riesgo incrementado de suicidio ⁸.

Criterios diagnósticos

En relación al manual de Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma edición (CIE-10), es importante destacar aquellos criterios que conforman al F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada y al F32.0 Episodio depresivo leve,

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

debido a que, el CIE-10 define al trastorno mixto ansioso-depresivo como “la categoría que debe utilizarse cuando se presente ambos tipos de síntomas, de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomine claramente”¹.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del CIE-10 para el trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo leve.

Criterios Diagnósticos	F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada	F32.0 Trastorno depresivo leve
Criterio A	Presencia de un periodo de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre acontecimientos.	Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo (F32): G1. Debe durar al menos dos semanas G2. No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos para cumplir criterios de episodio hipomaniaco o maníaco (F30.-) en ningún periodo de la vida del individuo. G3. Criterio de exclusión: Consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o trastorno

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

		mental orgánico (F00-F09).
Criterio B	Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación; por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4: Síntomas autonómicos: 1. Palpitaciones o Taquicardia 2. Sudoración 3. Temblor o sacudidas 4. Sequedad de boca Relacionados con el pecho y abdomen: 5. Dificultad para respirar 6. Sensación de ahogo 7. Dolor o malestar en el pecho 8. "Estómago revuelto" Estado mental: 9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento 10. Desrealización	Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas: 1. Humor depresivo presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas 2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

	despersonaliza ción 11. Miedo a perder el control, volverse loco, perder la conciencia 12. Miedo a morir Generales: 13. Sofocos de calor o escalofríos 14. Aturdimiento, hormigueo 15. Tensión o molestias musculares 16. Incapacidad para relajarse 17. Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión, o de tensión mental 18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar No específicos: 19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos 20. Dificultad para concentrarse	
--	--	--

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

	21.Irritabilidad persistente 22.Dificultad para conciliar el sueño	
Criterio C	No cumple criterios de pánico (F41.0), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-) o trastorno hipocondríaco (F45.2).	Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista 1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima 2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva 3. Pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o su conducta 4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse (indecisión) 5. Cambio en la actividad psicomotriz,

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

		agitación o enlentecimiento 6. Cualquier tipo de alteración del sueño Cambio en el apetito (aumento o disminución), cambio de peso.
Criterio D	Criterio de exclusión: no se debe a un trastorno orgánico (hipertiroidismo), a un trastorno mental orgánico (F00-F09) o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (F10- F19).	-

Fuente: Elaboración propia con base en ¹.

Con la siguiente descripción es importante resaltar que no todos los síntomas y criterios de ambos trastornos se cumplen para desarrollar el trastorno mixto ansioso-depresivo, la manifestación es leve, casi inadvertida, y suele presentarse la combinación variable de cada síntoma ya descrito.

A continuación, se describen los criterios diagnósticos para esta entidad:

**Tabla 2. Comparativa de criterios diagnósticos según el
DSM-IV para trastorno mixto ansioso-depresivo y sus
actualizaciones diagnósticas.**

Criterios Diagnósticos	DSM-IV (Trastorno Mixto Ansioso- Depresivo)	DSM-V (Otro Trastorno Depresivo No Especificado)	CIE-10 (Trastorno Mixto Ansioso- Depresivo)
Criterio A	Estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos 1 mes.	Síntomas de trastorno depresivo que causan malestar significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes, pero no cumplen todos los criterios de ningún trastorno depresivo específico.	Síntomas de ansiedad y depresión presentes sin que ninguno sea claramente predominante.
Criterio B	Al menos 4 síntomas (dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, fatiga, irritabilidad,	Dos o más síntomas de ansiedad durante la mayoría de los días de un episodio de	Combinación de síntomas de ansiedad y depresión sin ser suficientemente graves

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

	preocupaciones, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, desesperanza, baja autoestima).	depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia): nerviosismo, inquietud, dificultad para concentrarse, miedo a que pueda suceder algo terrible, sentir que podría perder el control.	como para justificar diagnósticos separados.
Criterio C	Malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes.	Gravedad de la ansiedad especificada como leve (dos síntomas), moderado (tres síntomas), moderado-grave (cuatro o cinco síntomas), grave (cuatro o cinco con agitación motora).	No se proporcionan criterios específicos debido a la gran variedad de combinaciones posibles de síntomas.
Criterio D	Síntomas sin causa	-	-

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

	fisiológica directa de una sustancia o enfermedad médica.		
Criterio E	- Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos para trastornos: depresivo mayor, distímico, de angustia o de ansiedad generalizada. - No cumple criterios para otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo. - Síntomas no explicados mejor por otro trastorno mental.	Situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico.	-

Fuente: Elaboración propia con base en ^{1,9-11}.

Antes de definir a un paciente ansioso con el Trastorno mixto ansioso depresivo, es importante descartar otras causas, orígenes u otros trastornos relacionados a la ansiedad. De esta manera, se propone el siguiente flujograma para una

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

correcta categorización del paciente que llega a la consulta médica con signos y síntomas de ansiedad:

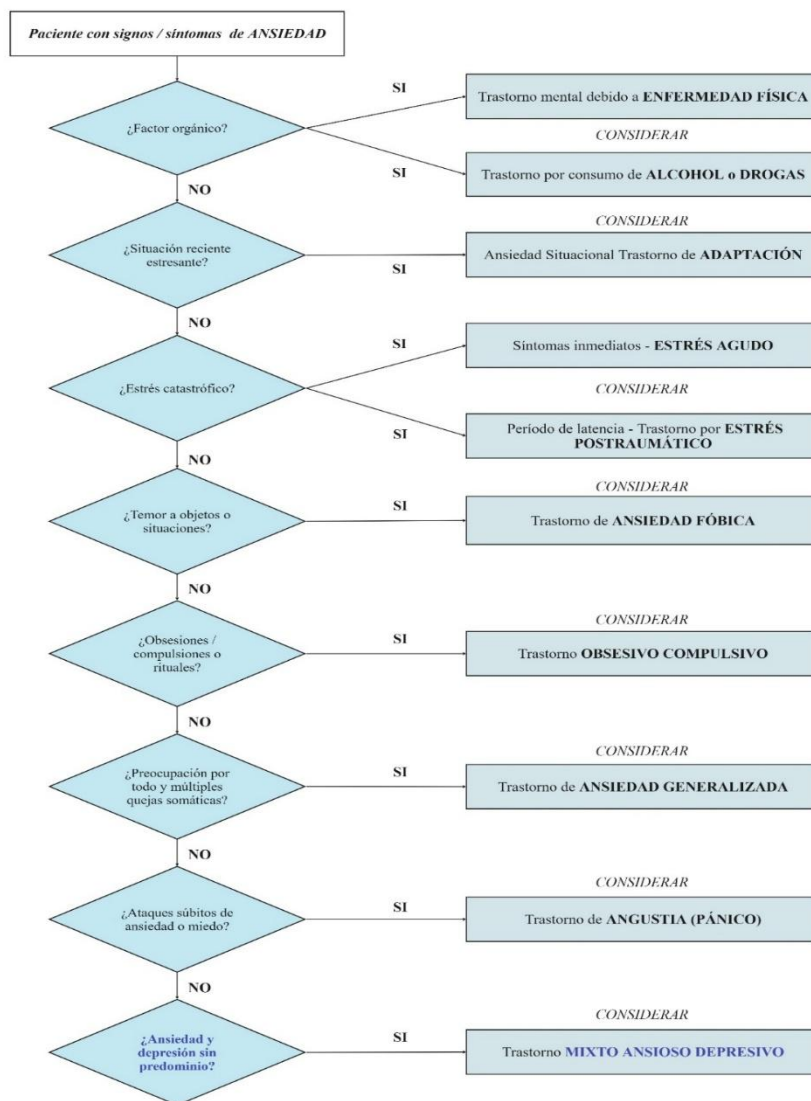


Figura 1. Categorización del paciente con trastorno ansioso.

Fuente: Elaboración propia con base en ².

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

A continuación, mostramos ejemplos clínicos contemporáneos del Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo (TMAD)

Caso	Descripción clínica	Síntomas predominantes	Contexto contemporáneo o asociado
1. Adulto joven en teletrabajo	Persona de 28 años que, después de un año de teletrabajo, reporta pérdida de motivación, irritabilidad, preocupación constante por el rendimiento y dificultades para dormir.	- Inquietud - Tristeza persistente - Fatiga mental - Rumiación por desempeño laboral	Aislamiento social, sedentarismo, hiperconexión digital, expectativa de productividad constante.
2. Mujer cuidadora de un familiar con enfermedad crónica	Mujer de 45 años que cuida a su madre dependiente. Experimenta angustia por el futuro, sensación de sobrecarga y llanto fácil.	- Sensación de incapacidad - Preocupación excesiva - Anhedonia leve	Sobrecarga de cuidado, falta de red de apoyo, dificultades laborales por doble jornada.

Diagnóstico diferencial

El Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo se caracteriza por la presencia simultánea de síntomas de ansiedad y depresión, sin que ninguno de ellos predomine lo suficiente para diagnosticarse por separado ¹¹. Es importante, sin embargo, tener en cuenta que el TMAD no debe considerarse en ciertas circunstancias específicas:

Efectos fisiológicos: Si los síntomas se deben a los efectos directos de una sustancia o enfermedad sistémica, no se debe diagnosticar TMAD; por ejemplo, el abuso de alcohol o sustancias psicoactivas, o enfermedades como el hipertiroidismo, pueden generar síntomas similares a la ansiedad y la depresión ¹².

Trastornos concurrentes: Si se cumplen simultáneamente los criterios para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, incluso si estos se encuentran en remisión parcial, el TMAD no debe ser el diagnóstico principal ¹.

Trastornos mentales subyacentes: El cuadro sintomático no debe poder explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental; es necesario descartar otras posibles causas antes de establecer un diagnóstico de TMAD.

Tabla 3. Diferenciación entre otros trastornos

Condición	Descripción	Conducta para la diferenciación
Trastorno Depresivo Mayor	Estado de ánimo depresivo	Basado en la predominancia y

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

	persistente, anhedonia y deterioro significativo en el funcionamiento diario ¹³ .	persistencia de los síntomas depresivos.
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Preocupación crónica y excesiva sobre varios aspectos de la vida diaria, acompañada de síntomas físicos como tensión muscular y fatiga ¹⁴ .	Evaluación de la intensidad y el enfoque relativos de los síntomas de ansiedad en comparación con las características depresivas.
Trastorno Bipolar	Episodios de depresión intercalados con hipomanía o manía, incluyendo elevación del estado de ánimo y de energía e impulsividad ¹⁵ .	Presencia de síntomas hipomaníacos distingue al trastorno bipolar del síndrome ansioso-depresivo unipolar.
Trastorno de Estrés Postraumático	Reexperimentación de eventos traumáticos, evitación, hiperexcitación y alteraciones del estado de ánimo ¹⁶ .	Historia clínica detallada para descubrir traumas pasados y síntomas específicos.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Trastornos por Uso de Sustancias	Síntomas de ansiedad y depresión debido a efectos directos de las sustancias o al síndrome de abstinencia ¹² .	Historia comprensiva del uso de sustancias y monitorización de signos de intoxicación o abstinencia.
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	Labilidad del estado de ánimo, inquietud y dificultad para concentrarse ¹⁷ .	Identificación de síntomas nucleares, como inatención e hiperactividad/impulsividad, presentes desde la niñez.
Trastornos de la Personalidad	Inestabilidad del estado de ánimo, impulsividad y sentimientos crónicos de vacío, especialmente en el trastorno límite de la personalidad ¹⁸ .	Evaluación exhaustiva de los patrones persistentes de comportamiento y relaciones interpersonales.

Fuente: Elaboración propia.

Complicaciones

Dentro de las principales complicaciones se encuentran depresiones más graves con o sin intentos suicidas, así como mayor intensidad de los síntomas de ansiedad debido a la cronicidad de los síntomas ³.

Lo siguiente debe considerarse al tomar una decisión sobre el manejo:

Riesgos ¹⁹:

- Suicidio o autolesiones graves.
- Daño a otros debido a enfermedad psiquiátrica.
- Negligencia o lesiones accidentales debido a discapacidad psiquiátrica.
- La enfermedad es grave (nivel subjetivo de angustia).
- La falta de respuesta de la enfermedad al tratamiento estándar (a dosis adecuadas, por un período de tiempo adecuado).
- La relación terapéutica se ha deteriorado debido a la enfermedad psiquiátrica, con incumplimiento de la evaluación/tratamiento.

Tratamiento

El enfoque terapéutico del trastorno mixto ansioso depresivo, debe abarcar tanto una dimensión farmacológica como una psicoterapéutica, a causa de la severidad de los síntomas que alteran considerablemente el funcionamiento del paciente, se requiere una intervención farmacológica para tratar los desórdenes neuroquímicos relacionados; al mismo tiempo que, el enfoque psicoterapéutico se encarga del aspecto psicológico del trastorno, ofreciendo al paciente herramientas para enfrentarlo en la individualidad de su entidad ²⁰.

Tratamiento no farmacológico

Las técnicas que se utilizan con frecuencia para el abordaje de este trastorno tienen el objetivo de que el paciente sea capaz de manejar sus manifestaciones desde la individualidad e independencia, a continuación, se describen:

Tabla 4. Técnicas para el abordaje no farmacológico

Técnica	Descripción
Psicoeducación	Explicar la relación de los síntomas con los conflictos personales, ayudando al paciente a entender que sus problemas no son debido a debilidad de carácter o pereza.
Técnicas Respiratorias y de Relajación	Enseñar al paciente métodos de respiración y relajación muscular para manejar la ansiedad.
Resolución de Problemas	Enseñar un método estructurado para resolver problemas.
Psicoterapia	Basada en la comunicación entre paciente y terapeuta. Enfoque Cognitivo-Conductual: Centrarse en corregir y sustituir errores cognitivos y comportamientos mal adaptados. Utiliza técnicas como relajación, respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición, detención del pensamiento y resolución de problemas. Enfoque Psicodinámico: Ayuda a dar sentido a sus síntomas mediante la exploración de su historia biográfica, evitando la repetición de asociaciones generadoras de síntomas.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Técnica de Relajación Muscular	Reducir síntomas mediante la modificación de factores que los refuerzan y exposición gradual a estímulos ansiógenos, alcanzando un estado de hipoactivación.
Terapia de Apoyo	Establecer una relación empática, proporcionar una explicación racional de los síntomas, ofrecer información sobre el tratamiento y evolución, guiar en la relación con el entorno e involucrar al paciente y su familia en el tratamiento dentro de objetivos realistas.

Fuente: Elaboración propia con base en ³.

Tratamiento farmacológico

En la terapia farmacológica se utilizan los siguientes grupos de fármacos con la finalidad de disminuir o controlar aquellos síntomas más arraigados que podrían provocar el deterioro de la vida del paciente ²¹.

- **Benzodiacepinas:** Son los medicamentos más frecuentes por utilizarse en pacientes con trastorno ansioso, su mecanismo de acción se basa en su unión con el receptor GABA, potencian la acción hiperpolarizante e inhibidora del GABA; de esta manera, las acciones que ejerce son ansiolíticas, hipnóticas, relajantes musculares, anestésicas y anticonvulsivantes ²⁰.
- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:** Se consideran como el tratamiento de primera línea en el trastorno depresivo con

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

signos/síntomas ansiosos. Dentro de este incluye a la fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram, sertralina y escitalopram. Se ha observado mejoría tras 8 semanas de tratamiento ²⁰.

- **Antidepresivos tricíclicos:** Se tratan de inhibidores de la recaptación de norepinefrina y serotonina, son potentes antagonistas de receptores alfa adrenérgicos, muscarínicos e histaminérgicos; son superiores en eficacia a largo plazo en comparación a las benzodiacepinas ²⁰.

Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *CIE-10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (Vol. 3). Biblioteca de la OPS.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Anexos*. Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid.
- Novillo Tacuri, M. J. (2019). *Trastorno mixto ansioso depresivo en los pacientes de los centros de atención privada del cantón Loja* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Loja].
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan y Sadock: Sinopsis de psiquiatría* (11.a ed.). Lippincott Williams and Wilkins; Wolters Kluwer Health.
- Trofor, L. (2020). Evaluation of oxidative stress in smoking and non-smoking patients diagnosed with anxious-depressive disorder. *Farmacía*, 68(1), 82-89.
- Tiller, J. W. G. (2012). Depression and anxiety. *Medical Journal of Australia*, 1(4), 28-31.
- Groen, R. N., Ryan, O., Wigman, J. T. W., Riese, H., Penninx, B. W. J. H., Giltay, E. J., et al. (2020). Comorbidity between depression and anxiety: Assessing the role of bridge mental states in dynamic psychological networks. *BMC Medicine*, 18(1), 308.

**Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y
enfoques terapéuticos**

- Zhou, Y., Cao, Z., Yang, M., Xi, X., Guo, Y., Fang, M., et al. (2017). Comorbid generalized anxiety disorder and its association with quality of life in patients with major depressive disorder. *Scientific Reports*, 7(1), 40511.
- Ionescu, D. F., Niciu, M. J., Henter, I. D., & Zarate, C. A. (2013). Defining anxious depression: A review of the literature. *CNS Spectrums*, 18(5), 252-260.
- Kara, S., Yazici, K. M., Güleç, C., & Unsal, I. (2000). Mixed anxiety-depressive disorder and major depressive disorder: Comparison of the severity of illness and biological variables. *Psychiatry Research*, 94(1), 59-66.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Santos de Pascual, A., Saura Garre, P., & López Soler, C. (2020). Mental health in people with substance use disorder: Differential aspects between men and women. *Anales de Psicología*, 36(3), 443-450.
- Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., et al. (2024). Major depressive disorder: Hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 9(1), 30.
- National Institutes of Health. (2022). *Generalized Anxiety Disorder: When Worry Gets Out of Control*. National Library of Medicine.

**Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y
enfoques terapéuticos**

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/generalized-anxiety-disorder-gad>

Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1572.

Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., et al. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet*, 400(10345), 60-72.

Rusca-Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes: Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148-156.

Blanco Artola, C., Gómez Solórzano, N., & Orozco Matamoros, D. (2020). Actualización de los trastornos de personalidad. *Revista Médica Sinergia*, 5(4), e437.

Copt, M. (2006). *Guidelines for the management of depression and anxiety disorders in primary care*. Health Service Executive. <http://hdl.handle.net/10147/296938>

Rojas Huamán, Y. C. (2022). *Caso clínico de trastorno mixto ansiosodepresivo* [Título profesional de Psicóloga]. Centro Psicológico y Psicoterapéutico Especializado "Creciendo Paso a Paso".

Chamorro Armijos, A. A., & Rodríguez Tello, R. A. (2022). *Impacto de la pandemia de COVID-19 en pacientes diagnosticados con trastorno mixto de ansiedad-depresión pertenecientes al Hospital Julio Endara, marzo 2020-febrero 2021* [Tesis de grado, Universidad Politécnica Salesiana].

***Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y
enfoques terapéuticos***

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

Introducción

El trastorno afectivo bipolar (TAB), también conocido como trastorno bipolar, es una enfermedad mental crónica que se manifiesta a través de alteraciones extremas en el estado de ánimo, la energía y la funcionalidad de la persona afectada. Estas alteraciones incluyen episodios de manía o hipomanía, donde el individuo experimenta un estado de ánimo anormalmente elevado o irritable, y episodios de depresión, caracterizados por una profunda tristeza, pérdida de interés en actividades habituales y disminución en la capacidad funcional.¹

El impacto del TAB en la vida de los individuos es significativo y multifacético, afectando no solo a quienes padecen la enfermedad, sino también a sus familias, amigos y comunidades. La variabilidad en la presentación clínica del TAB hace que el diagnóstico y el manejo de la enfermedad sean complejos. Algunos pacientes pueden experimentar episodios predominantemente depresivos, mientras que otros pueden presentar episodios maníacos o hipomaníacos más frecuentes. Además, hay individuos que tienen ciclos rápidos, es decir, que alternan rápidamente entre manía y depresión, lo que complica aún más el tratamiento.¹

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

El TAB no discrimina por edad, género, ni condición socioeconómica, aunque estudios sugieren que ciertos factores genéticos y ambientales pueden aumentar la susceptibilidad a desarrollar este trastorno. A nivel mundial, se estima que el trastorno bipolar afecta a alrededor del 1-2% de la población, con muchas personas permaneciendo sin diagnóstico debido a la estigmatización y la falta de acceso a servicios de salud mental adecuados.²

Desde una perspectiva de salud pública, el TAB representa un desafío considerable. La enfermedad no solo afecta la calidad de vida de los individuos, sino que también impone una carga significativa en los sistemas de salud debido a la necesidad de tratamientos a largo plazo, que suelen incluir una combinación de medicamentos estabilizadores del ánimo, antipsicóticos y terapias psicoterapéuticas. Además, la comorbilidad con otras condiciones psiquiátricas y médicas, como la ansiedad, el abuso de sustancias y enfermedades cardiovasculares, complica aún más el manejo del trastorno y agrava el pronóstico de los pacientes.³

El tratamiento del TAB requiere un enfoque multidisciplinario y personalizado, ajustado a las necesidades específicas de cada paciente. El objetivo del tratamiento es no solo controlar los síntomas y prevenir las recaídas, sino también mejorar la funcionalidad y la calidad

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

de vida del individuo. En este contexto, la educación del paciente y su familia sobre la naturaleza del trastorno, así como la adherencia al tratamiento, son componentes cruciales para el éxito terapéutico.³

A lo largo de las últimas décadas, ha habido avances significativos en la comprensión del TAB y en el desarrollo de estrategias terapéuticas. Sin embargo, aún existen numerosos retos. La investigación sigue explorando las bases biológicas del trastorno, para identificar biomarcadores que mejoren el diagnóstico y el tratamiento. Al mismo tiempo, se están evaluando nuevas intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas para ofrecer opciones más efectivas y con menos efectos secundarios.⁴

Relevancia del TAB:

La alta morbilidad y mortalidad asociada con el TAB, junto con los costos directos e indirectos derivados del tratamiento y la pérdida de productividad, subrayan la importancia de su estudio y manejo adecuado. Las complicaciones incluyen un mayor riesgo de suicidio, comorbilidades médicas y psiquiátricas, y un deterioro significativo en las relaciones sociales y laborales.^{5,6}

Objetivo General

Proporcionar información exhaustiva y actualizada sobre el Trastorno Afectivo Bipolar para apoyar a los profesionales de la salud y al público en general en la comprensión,

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

prevención, diagnóstico temprano y manejo adecuado de esta condición.^{5,6}

Objetivos Específicos

1. Describir la epidemiología y etiología del TAB.
2. Explicar los mecanismos patogénicos del TAB.
3. Identificar los síntomas y criterios diagnósticos del TAB.
4. Analizar las opciones de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.
5. Resaltar la importancia de la prevención y la educación continua en el manejo del TAB.⁷

Desarrollo

Antecedentes

El trastorno afectivo bipolar ha sido descrito y estudiado desde el siglo XIX, cuando se comenzaron a identificar los patrones cíclicos de los estados de ánimo extremos. En la actualidad, se reconoce que la prevalencia del TAB está alrededor del 1% en la población general, aunque algunas estimaciones sugieren cifras más altas cuando se incluyen los subtipos menos severos. La historia del TAB incluye importantes avances en la comprensión de sus bases genéticas y neurobiológicas, así como en el desarrollo de tratamientos más efectivos.⁸

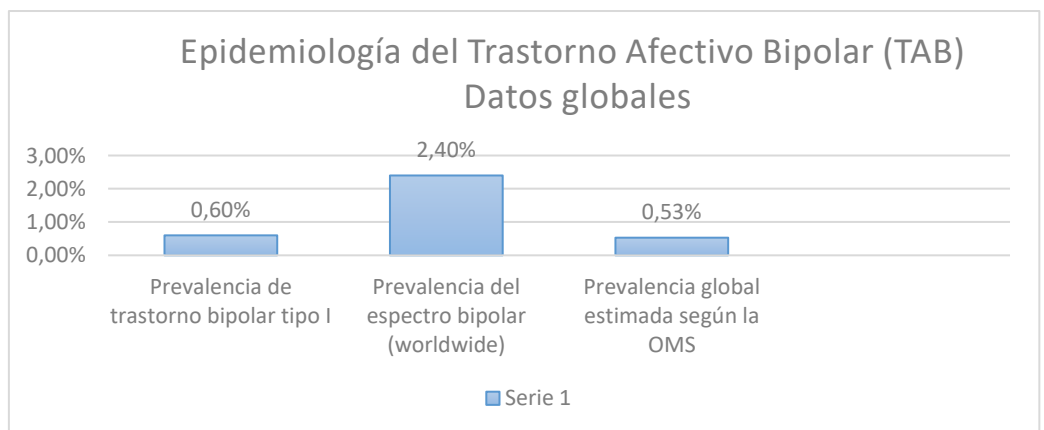
Historia y Evolución del TAB:

Desde las primeras descripciones hasta las clasificaciones modernas, el diagnóstico y tratamiento del TAB han evolucionado significativamente. Estudios históricos y contemporáneos han ayudado a delinear las características clínicas y a mejorar las estrategias terapéuticas.⁹

Epidemiología

El TAB puede presentarse en cualquier momento de la vida, aunque suele diagnosticarse con mayor frecuencia en la adolescencia tardía o la adultez temprana. La incidencia es similar entre hombres y mujeres, pero existen diferencias en la expresión de los síntomas. Factores como la genética, el entorno social y eventos vitales estresantes juegan un papel importante en la aparición del TAB.¹⁰

Grafico No 1. Datos globales sobre el Trastorno Afectivo Bipolar



Prevalencia y Factores de Riesgo:

- La prevalencia global del TAB varía entre estudios, pero suele ser del 1-2 % para TAB I y TAB II combinados.
- Factores de riesgo incluyen antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo, episodios tempranos de depresión, y eventos vitales traumáticos o estresantes.
- La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y médicos es común, lo que complica el diagnóstico y el tratamiento.

Tabla 1: Prevalencia del Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)
según grupos de edad

Grupo de Edad	Prevalencia (%)
Niños (0-12)	0.2 - 0.5
Adolescentes	0.9 - 2.5
Adultos Jóvenes (18-29)	1.0 - 2.6
Adultos (30-44)	1.5 - 3.0
Adultos de Mediana Edad (45-59)	1.0 - 2.5
Adultos Mayores (60+)	0.1 - 0.4

Etiología

El TAB tiene una etiología multifactorial, con importantes contribuciones genéticas, bioquímicas y ambientales. Estudios de gemelos y familias han mostrado una alta heredabilidad, con tasas de concordancia significativamente

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

mayores en gemelos monocigóticos en comparación con dicigóticos. Anomalías en los neurotransmisores y alteraciones estructurales y funcionales en el cerebro también han sido implicadas en el desarrollo del TAB.

Factores Genéticos y Neurobiológicos:

- La genética del TAB sugiere una heredabilidad de alrededor del 80%, con varios genes candidatos identificados en estudios de asociación del genoma completo (GWAS).
- Desequilibrios en neurotransmisores como la serotonina, dopamina y norepinefrina están asociados con episodios maníacos y depresivo.
- Estudios de neuroimagen han revelado alteraciones en estructuras cerebrales como la corteza prefrontal, la amígdala y el hipocampo, así como en la conectividad funcional entre estas regiones.

Patogenia

La patogenia del TAB implica complejas interacciones entre factores genéticos y ambientales, con un enfoque en la neurobiología del sistema límbico y las vías de señalización neuronal. Los episodios de manía y depresión se asocian con cambios en la actividad neuronal y la plasticidad sináptica, lo que afecta la regulación del estado de ánimo. El estrés crónico y los eventos vitales significativos pueden actuar como desencadenantes de episodios en individuos predispuestos genéticamente. ¹¹

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Mecanismos Biológicos del TAB:

- Alteraciones en la señalización intracelular, incluyendo la vía del AMPc y la fosforilación de proteínas, están implicadas en la disfunción neuronal observada en el TAB.
- Disfunciones en los ritmos circadianos y el sueño son características comunes en el TAB, con estudios que muestran alteraciones en la expresión de genes reloj en pacientes bipolares.
- La inflamación y el estrés oxidativo han sido propuestos como mecanismos contribuyentes en la patogenia del TAB, con niveles elevados de marcadores inflamatorios encontrados en pacientes durante episodios agudos.¹²

Cuadro Clínico

El TAB se manifiesta a través de episodios de manía, hipomanía y depresión, con una variabilidad significativa en la frecuencia y severidad de estos episodios:

- Episodios de Manía: Se caracterizan por un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, aumento de la energía, actividad y una disminución de la necesidad de dormir. Los síntomas pueden incluir grandiosidad, logorrea, distractibilidad, aumento de la actividad dirigida a objetivos y conductas de alto riesgo.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

- Episodios de Depresión: Se presentan con un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, fatiga, cambios en el apetito y el peso, insomnio o hipersomnia, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la capacidad de concentración y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
- Episodios de Hipomanía: Son similares a los episodios de manía, pero menos severos y sin causar deterioro significativo en la funcionalidad del individuo.¹³

Subtipos de TAB:

- TAB I:** Caracterizado por episodios maníacos completos que pueden estar precedidos o seguidos por episodios depresivos mayores.
- TAB II:** Caracterizado por episodios hipomaníacos y depresivos mayores, sin episodios maníacos completos.
- Trastorno Ciclotímico: Se caracteriza por fluctuaciones crónicas entre episodios hipomaníacos y síntomas depresivos que no cumplen los criterios para episodios completos de manía o depresión.

Tabla 3: Síntomas del Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)

Tipo de Episodio	Síntomas
Manía	- Estado de ánimo elevado o irritable - Aumento de la energía y actividad - Grandiosidad o exceso de autoestima -

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

	Reducción de la necesidad de sueño - Hablar rápidamente - Distractibilidad - Comportamiento impulsivo
Hipomanía	- Síntomas similares a la manía, pero menos severos - Menor impacto en la funcionalidad diaria
Depresión	- Estado de ánimo deprimido - Pérdida de interés o placer en actividades - Fatiga o pérdida de energía - Cambios en el apetito o peso - Trastornos del sueño - Sentimientos de inutilidad o culpa - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Diagnóstico

Para ser diagnosticado con trastorno bipolar I, se deben cumplir los criterios de un episodio maníaco. Un episodio maníaco puede ir precedido o seguido de un episodio hipomaníaco o de un episodio depresivo mayor. Para ser diagnosticado con un episodio maníaco, debe haber un período bien definido de estado de ánimo elevado, inflado o irritable inusualmente persistente, así como un aumento anormal y persistente en la actividad o energía con propósito que dure al menos una semana y con el mayor número de síntomas. Cualquier duración (si se requiere hospitalización). Durante este período, la presencia de tres o más de los siguientes síntomas, o cuatro o más si el estado de ánimo es sólo marcadamente irritable, indica un cambio significativo en el comportamiento habitual:

1. Aumentar la autoestima o el sentido de grandeza.
2. Reducir la necesidad de dormir.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

3. Sea más hablador de lo habitual o siéntase presionado a continuar la conversación.
4. La experiencia subjetiva de una fuga de ideas o un movimiento rápido de pensamientos.
5. Distraído fácilmente.
6. Aumento de la actividad con propósito (actividades sociales, trabajo o escuela, o sexo) o excitación psicomotora.

Participación excesiva en actividades que tienen una alta probabilidad de tener consecuencias dolorosas: compras ilimitadas, fiestas, conducta sexual inapropiada o inversiones financieras imprudentes.¹⁴

Los trastornos del estado de ánimo también se consideran lo suficientemente graves como para causar un deterioro social u ocupacional importante que requiere hospitalización para evitar daños a uno mismo o a otros, o porque hay síntomas psiquiátricos y el episodio no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia: drogas, medicamentos. tratamiento, otro tratamiento u otras condiciones médicas. En caso de episodio depresivo, cinco o más de estos síntomas han estado presentes dos semanas e indican un cambio en la actividad anterior, al menos uno de los cuales es depresión, pérdida de interés o placer.¹⁴

Según información subjetiva, me siento deprimido casi todos los días y la mayor parte del tiempo.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

1. Una marcada disminución del interés o placer en todas o la mayoría de las actividades la mayor parte del día (casi todos los días).
2. Pérdida o aumento de peso significativo o disminución o aumento del apetito casi todos los días sin hacer dieta.
3. El insomnio o la somnolencia ocurren casi todos los días.
4. La agitación o el retraso psicomotor se producen casi a diario.
5. Sentirse cansado o con poca energía casi todos los días.
6. Sentimientos casi diarios de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) (no sólo culpa de uno mismo o culpa por una enfermedad).
7. Capacidad deteriorada para pensar, concentrarse o tomar decisiones la mayor parte del tiempo.
8. Pensamientos recurrentes sobre la muerte (no sólo miedo a la muerte), pensamientos recurrentes sobre el suicidio sin un plan específico, intentos de suicidio o planes suicidas.

Se considerará que los síntomas causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, y que el episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

sustancia u otra afección médica. La presencia de síntomas depresivos es un criterio para un episodio depresivo mayor en personas con trastorno bipolar I o II:

1. Uno de los siguientes síntomas en la fase más grave: pérdida de placer en todas o casi todas las actividades y falta de respuesta a estímulos normalmente placenteros.
2. Tres o más de los siguientes: Características únicas del estado de ánimo melancólico (la percepción del estado de ánimo melancólico es diferente de los sentimientos experimentados después de la muerte de un ser querido. La depresión suele empeorar por la mañana; horas antes de lo habitual. Enlentecimiento psicomotor o agitación con marcado anorexia o pérdida de peso y culpa excesiva o inapropiada.¹⁴

Un diagnóstico de episodio hipomaníaco requiere un período claro anormal y persistente de estado de ánimo elevado, inflado o irritable, así como un aumento anormal y persistente de actividad o energía que dura al menos cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del tiempo. un día. Durante un período de estado de ánimo alterado y aumento de energía y actividad, persisten tres o más de los siguientes síntomas, o cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable, e indican un cambio significativo en el

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

comportamiento habitual y lo han sido: en un grado significativo:

1. Aumentar la autoestima o el sentido de grandeza.
2. Reducir la necesidad de dormir.
3. Más hablador o estresado de lo habitual
4. La experiencia subjetiva de un vuelo de ideas o pensamientos mientras se viaja a gran velocidad.
5. Se distrae fácilmente.
6. Incrementar las actividades con propósito.
7. Participación excesiva en actividades que pueden tener consecuencias dolorosas.

Según el DSM 5, los criterios diagnósticos del trastorno bipolar I deben cumplir los criterios de al menos un episodio maníaco con o sin un episodio previo de depresión mayor.¹⁵

Una vez que se ingresa el nombre del diagnóstico, los términos se enumerarán en el siguiente orden: trastorno bipolar I, tipo de episodio actual o reciente, especificación de gravedad/psicosis/remisión, luego tantas especificaciones no codificadas como sean relevantes para el diagnóstico actual o reciente. episodio.¹⁵

Especificar:

- Entusiasmado
- tener características mixtas
- Tiene un ciclo rápido
- Melancolía
- tiene propiedades atípicas

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

- Rasgos psicopáticos consistentes con el estado de ánimo.
- Hay rasgos psicopáticos que son incompatibles con la emoción.
- sufriendo de catatonia
- inicio perinatal
- Con modelos de temporada
- El curso de la enfermedad.

Para ser diagnosticado con trastorno bipolar II, se deben cumplir los criterios de al menos un episodio de hipomanía, al menos un episodio de depresión mayor y nunca haber tenido un episodio maníaco.¹⁵

También se cree que los síntomas depresivos o ansiosos resultantes de frecuentes alternancias depresivas e hipomaniacas causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento. Un diagnóstico de ciclotimia requiere al menos dos años de síntomas hipomaniacos y depresivos que no cumplen con los criterios de duración de un episodio afectivo importante.¹⁵

Tratamiento

El tratamiento del TAB es multidimensional e incluye farmacoterapia, psicoterapia y, en algunos casos, intervenciones de neuromodulación.¹⁶

- Farmacoterapia: Los estabilizadores del ánimo, como el litio y los anticonvulsivantes (valproato, lamotrigina,

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

carbamazepina), son los pilares del tratamiento farmacológico. Los antipsicóticos atípicos (quetiapina, olanzapina, aripiprazol) también son comúnmente utilizados, especialmente en la fase maníaca aguda. Los antidepresivos pueden ser utilizados con cautela debido al riesgo de inducir manía o hipomanía.

- Psicoterapia: La terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia interpersonal y de ritmo social, y la psicoeducación son eficaces para el manejo del TAB. Estas intervenciones ayudan a los pacientes a manejar los síntomas, adherirse al tratamiento y reducir el riesgo de recaídas.
- Neuromodulación: En casos resistentes al tratamiento, la terapia electroconvulsiva (TEC) y la estimulación magnética transcraneal (EMT) pueden ser consideradas.¹⁶

Tabla 2: Medicamentos utilizados en el tratamiento farmacológico del TAB y dosis típicas

Medicamento	Dosis Típica	Comentarios
Litio	600-2400 mg/día	Monitorización de niveles séricos
Ácido Valproico	750-3000 mg/día	Puede causar sedación y aumento de peso
Lamotrigina	25-200 mg/día	Requiere titulación lenta para prevenir erupción cutánea

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Olanzapina	5-20 mg/día	Puede causar aumento de peso y sedación
Quetiapina	150-800 mg/día	Uso común en la fase depresiva del TAB
Risperidona	1-6 mg/día	Monitorización de efectos secundarios neurológicos

Tabla 4: Efectos Secundarios Comunes de los

Medicamentos para el TAB

Medicamento	Efectos Secundarios Comunes
Litio	• Temblor de manos • Aumento de la sed • Aumento de la micción • Aumento de peso
Ácido Valproico	• Sedación • Aumento de peso • Náuseas • Somnolencia
Lamotrigina	• Mareos • Náuseas • Erupción cutánea (riesgo de síndrome de Stevens-Johnson)
Olanzapina	• Aumento de peso • Somnolencia • Sedación • Aumento del apetito
Quetiapina	• Somnolencia • Mareos • Aumento de peso • Boca seca
Risperidona	• Somnolencia • Aumento del apetito • Temblor • Mareos

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Tabla 5: Terapias No Farmacológicas para el TAB

Terapia	Descripción
Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	Enfocada en identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento negativos
Terapia Interpersonal	Centrada en mejorar las relaciones interpersonales y la resolución de problemas
Terapia de Ritmo Social	Orientada a regular los patrones de sueño y actividad para estabilizar el estado de ánimo
Terapia Familiar	Involucra a la familia en el tratamiento para mejorar el apoyo y la comprensión
Psicoeducación	Proporciona información sobre el TAB y estrategias de manejo para pacientes y familiares

Prevención y Pronóstico

La prevención del TAB se centra en la identificación temprana y el tratamiento adecuado de los episodios iniciales. La adherencia al tratamiento, el manejo del estrés, la evitación de sustancias psicoactivas y la educación sobre la enfermedad son cruciales para prevenir las recaídas y mejorar el pronóstico. A pesar de un tratamiento adecuado, el TAB es una enfermedad crónica con un curso recurrente. Sin embargo, con un manejo adecuado, muchos pacientes pueden llevar una vida productiva y satisfactoria.¹⁷

Pronóstico del Trastorno Afectivo Bipolar

El pronóstico del trastorno afectivo bipolar (TAB) varía considerablemente entre los individuos debido a la naturaleza compleja y heterogénea de la enfermedad. A pesar de ser una enfermedad crónica y recurrente, muchos pacientes pueden llevar una vida productiva y satisfactoria con el tratamiento adecuado y el manejo de la enfermedad.¹⁸

Factores que influyen en el pronóstico

1. Adherencia al tratamiento: La continuidad en el uso de medicamentos y la participación en terapia son cruciales. La interrupción del tratamiento puede llevar a recaídas y episodios graves de manía o depresión.
2. Detección y tratamiento temprano: La identificación y el tratamiento precoz de los síntomas iniciales pueden mejorar significativamente el curso de la enfermedad. Una intervención temprana ayuda a estabilizar los episodios y prevenir complicaciones futuras.
3. Comorbilidades: La presencia de otras enfermedades mentales, como trastornos de ansiedad o abuso de sustancias, puede complicar el tratamiento del TAB y empeorar el pronóstico. El manejo adecuado de estas condiciones comórbidas es esencial para mejorar los resultados generales.
4. Apoyo psicosocial: El apoyo de familiares, amigos y profesionales de salud mental juega un papel vital en el manejo de la enfermedad. La educación sobre el

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

TAB y la participación en grupos de apoyo pueden proporcionar herramientas importantes para la gestión de la enfermedad.

5. Estilo de vida y manejo del estrés: Mantener un estilo de vida saludable, con una rutina regular de sueño, ejercicio y una dieta equilibrada, puede ayudar a estabilizar el estado de ánimo. Además, el desarrollo de estrategias para el manejo del estrés es fundamental para prevenir episodios.¹⁹

Complicaciones y riesgos

Sin tratamiento, el TAB puede llevar a complicaciones graves, incluyendo problemas laborales, sociales y legales, así como un mayor riesgo de suicidio. Las personas con TAB tienen una tasa de suicidio más alta en comparación con la población general, lo que resalta la necesidad de un manejo continuo y adecuado de la enfermedad.¹⁹

Pronóstico a largo plazo

Con un manejo adecuado, muchos pacientes con TAB pueden lograr una remisión significativa de los síntomas y mejorar su calidad de vida. La combinación de medicación, terapia y cambios en el estilo de vida puede permitir a los individuos mantener una funcionalidad diaria y participar plenamente en sus actividades personales y profesionales.²⁰

Bibliografía

- Clínica Mayo. (2022). Trastorno bipolar.
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bipolar-disorder/symptoms-causes/syc-20355955>
- Hopkins Medicine. (s.f.). Bipolar disorder.
<https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/bipolar-disorder>
- National Institute for Health and Care Excellence. (s.f.). Bipolar disorder: Prognosis.
<https://cks.nice.org.uk/topics/bipolar-disorder/background-information/prognosis/>
- National Institute of Mental Health. (s.f.). Bipolar disorder.
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder>
- American Psychiatric Association. (s.f.). Bipolar disorders.
<https://www.psychiatry.org/patients-families/bipolar-disorders/what-are-bipolar-disorders>
- NHS. (s.f.). Bipolar disorder. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/bipolar-disorder/>
- Martínez Hernández, O., Montalván Martínez, O., & Betancourt Izquierdo, E. (2019). Trastorno bipolar: Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 467-482.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000200467

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

- Ramírez Vargas, X., Arias Leal, M., & Madrigal Zamora, S. (2020). Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), e572. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.572>
- Koppmann, A. A. (2012). Sobre el diagnóstico de bipolaridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 543-551. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70348-6](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70348-6)
- Baena-Oquendo, S., Valencia, J. G., Vargas, C., & López-Jaramillo, C. (2022). Aspectos neuropsicológicos del trastorno afectivo bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 51(3), 218-226. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.08.003>
- Velásquez, L. A. P., Múzquiz, P. L. M., Saldaña, D. E. M., Parra-Bolaños, N., & Garcés, J. S. B. (2023). Una comprensión ampliada del trastorno afectivo bipolar a partir de la neuropsiquiatría y enfoques clínicos basados en la evidencia. *Ciencia Latina*, 7(5), 298-308. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.7706
- Fesemi. (s.f.). Trastorno afectivo bipolar. <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/trastorno-afectivo-bipolar>
- Pacchiarotti, I., Tiihonen, J., Kotzalidis, G. D., Verdolini, N., Murru, A., Goikolea, J. M., et al. (2019). Long-acting

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

injectable antipsychotics for maintenance treatment of bipolar and schizoaffective disorders: A systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 29(4), 457-470.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30770235/>

Ching, C. R. K., Hibar, D. P., Gurholt, T. P., Nunes, A., Thomopoulos, S. I., Abé, C., et al. (2022). What we learn about bipolar disorder from large-scale neuroimaging. *Human Brain Mapping*, 43(1), 56-82.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32725849/>

Sotelo, D. (2021). Trastorno bipolar y esquizotipia. *Vertex*, 32(154), 5-13.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35041728/>

Secades-Álvarez, A., & Fernández-Rodríguez, C. (2017). Revisión de la eficacia de los tratamientos para el trastorno bipolar en comorbilidad con el abuso de sustancias. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 113-124.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26778814/>

Restrepo Moreno, S., García Valencia, J., Vargas, C., & López-Jaramillo, C. (2019). Desempeño cognitivo de los pacientes con trastorno afectivo bipolar y síndrome metabólico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 149-155.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31426917/>

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

- Álvarez Ruiz, E. M., & Gutiérrez-Rojas, L. (2015). Comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(4), 232-241. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25745820/>
- Langarita Llorente, R., & Gracia García, P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: Revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 69(2), 59-66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31287149/>
- Salagre, E., Vieta, E., & Grande, I. (2017). El cerebro visceral: Trastorno bipolar y microbiota. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 67-69. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28341435/>
- Valdivieso-Jiménez, G. (2023). Efficacy of cognitive behavioural therapy for bipolar disorder: A systematic review. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(3), 213-224. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37867032/>

TRASTORNOS DEL HUMOR ESPECÍFICOS - DISTIMIA

Introducción

En la psiquiatría, los trastornos del humor forman parte de un terreno de constante estudio y evolución ya que tiene un impacto significativo en la salud mental y el bienestar general de las personas. Entre estos trastornos, la distimia, o más conocido como trastorno depresivo persistente, forma parte de un desafío particular para los profesionales de la salud mental.

A comparación de la ya conocida depresión mayor, la distimia es caracterizada por cursos crónico y fluctuante acompañados con síntomas que, aunque menos severos, pueden persistir durante años y pueden pasar desapercibidos o ser malinterpretados.

Entonces a través de un enfoque riguroso y basado en la evidencia en este capítulo vamos a explorar las complejidades de la distimia, desde su epidemiología y etiología hasta sus manifestaciones clínicas y opciones de tratamiento.

Objetivo General

Explorar las complejidades del trastorno depresivo persistente (distimia) en el ámbito de la psiquiatría, abarcando su epidemiología, etiología, manifestaciones

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

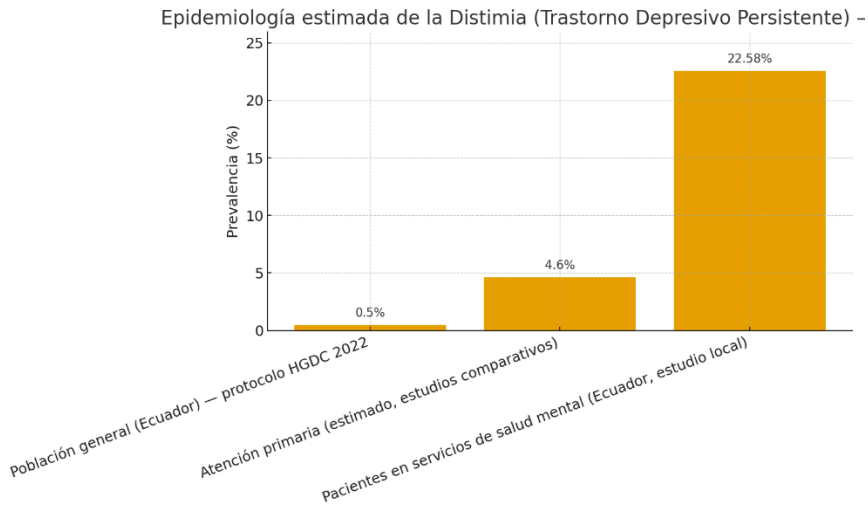
clínicas y opciones de tratamiento, con un enfoque riguroso y basado en la evidencia.

Epidemiología

La distimia afecta aproximadamente al 3-6% de la población mundial. Es más común en mujeres y con la aparición en la juventud (antes de los 21 años). Además, suele coexistir con otros trastornos como la ansiedad, depresión mayor y abuso de sustancias, y es más frecuente en personas de bajos ingresos o sin hogar. En Estados Unidos, se estima que la prevalencia a lo largo de la vida es del 3-6%. En centros de atención primaria, la prevalencia puede ser del 5-15%. En personas sin hogar, la prevalencia es significativamente mayor, alrededor del 8,25%.

Grafico No 1. Epidemiología estimada de la distimia en el Ecuador

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos



Desarrollo

F34. Trastorno afectivo o del humor persistentes.

Los trastornos del humor (afectivos) persistentes son condiciones caracterizadas por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, con episodios de depresión y euforia leves que no cumplen los criterios para un trastorno bipolar o depresivo recurrente. Estos trastornos pueden durar años, incluso la mayor parte de la vida adulta del individuo, causando malestar y limitaciones significativas. En algunos casos, episodios de depresión o manía pueden superponerse a estos trastornos. Se clasifican en esta sección debido a su relación genética con los trastornos del humor y a la respuesta a tratamientos similares.¹

Algunos ejemplos incluyen la distimia, la ciclotimia y otros trastornos del humor persistentes. Estos trastornos pueden

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

ser clínicamente significativos a pesar de no ser tan graves como la ciclotimia o la distimia, y pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de quienes los padecen.²

Etiología

Es multifactorial y no se conoce con exactitud. Sin embargo, los principales factores que contribuyen a su desarrollo incluyen: ²

Factores Genéticos

- Los trastornos afectivos persistentes, como la ciclotimia, suelen repetirse en familias, lo que sugiere una importante contribución genética. ²
- Estudios con gemelos han demostrado que si un gemelo idéntico tiene ciclotimia, el otro tiene un alto riesgo de desarrollarla también. ²

Factores Ambientales

- Experiencias traumáticas o períodos prolongados de estrés pueden contribuir al desarrollo de los trastornos afectivos persistentes.³
- Algunos episodios hipomaníacos pueden tener un significado en el contexto de personas que desean alcanzar objetivos o evitar la depresión³

F34.0 Ciclotimia

Estado de ánimo inestable de forma persistente que implica numerosos períodos de depresión y de euforia leves, ninguno de los cuales es suficientemente severo o prolongado para justificar el diagnóstico de trastorno bipolar (F31.-) trastorno depresivo recurrente (F33.-).⁴

La ciclotimia es un trastorno del estado de ánimo que se encuentra comúnmente en familiares de personas con trastorno bipolar. Algunos individuos con ciclotimia pueden evolucionar y desarrollar un trastorno bipolar en el futuro. ⁴

Etiología

La ciclotimia, o trastorno ciclotímico, es multifactorial y no se conoce con exactitud. Sin embargo, los principales factores que contribuyen a su desarrollo incluyen:⁵

Factores Genéticos

La ciclotimia suele repetirse en familias, lo que sugiere una importante contribución genética.⁶

Estudios con gemelos han demostrado que si un gemelo idéntico tiene ciclotimia, el otro tiene un alto riesgo de desarrollarla también. ⁷

- Diferencias en el Funcionamiento Cerebral.⁸

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

- Cambios en la neurobiología del cerebro, como en los neurotransmisores y circuitos cerebrales, pueden estar implicados en la ciclotimia.⁸

Factores Ambientales

- Experiencias traumáticas o períodos prolongados de estrés pueden contribuir al desarrollo de la ciclotimia.⁹
- Algunos episodios hipomaníacos pueden tener un significado en el contexto de personas que desean alcanzar objetivos o evitar la depresión.⁹

CDI.10

- A) Presencia de un período de al menos dos años de inestabilidad emocional, caracterizado por la alternancia de episodios depresivos y eufóricos, con o sin períodos intermedios de estado de ánimo normal.¹⁰
- B) Ninguna de las manifestaciones de depresión o hipomanía durante este período de dos años debe ser lo suficientemente severa o prolongada como para cumplir criterios de episodio maníaco o episodio depresivo (moderado o grave); sin embargo, pueden haberse producido episodios de manía o depresión antes, o pueden desarrollarse después de un período de inestabilidad persistente del estado de ánimo.¹¹

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

C) Por lo menos en algunos de los períodos de depresión deben haberse presentado tres o más de los siguientes: ¹¹

1. Disminución de la energía o de la actividad.
2. Insomnio.
3. Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad.
4. Dificultad para concentrarse.
5. Aislamiento social.
6. Pérdida de interés o satisfacción por el sexo y otras actividades placenteras.
7. Disminución de la locuacidad.
8. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado

Nota diagnóstica

Los trastornos del humor persistentes, se puede especificar si el inicio del trastorno fue precoz o tardío. Un inicio precoz generalmente ocurre durante la adolescencia tardía o la segunda década de vida. Por otro lado, un inicio tardío suele darse normalmente entre la tercera y quinta décadas de vida,

usualmente después de haber experimentado previamente un episodio de trastorno del humor.¹²

F34.1 Distimia

que no es suficientemente severa o en la que los episodios aislados no son lo suficientemente prolongados para justificar el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente leve, moderado o grave (F33)¹³

- Trastorno de personalidad depresiva
- Depresión neurótica
- Depresión ansiosa persistente

Excluye: No se considera dentro de esta categoría la depresión ansiosa leve o intermitente (código F41.2).¹⁴

Nota diagnóstica

indica que, incluso si los síntomas actuales no justifican un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, se puede hacer el diagnóstico de trastorno depresivo persistente (distimia) si hubo episodios depresivos previos, especialmente al inicio del trastorno. El balance entre las fases de depresión leve y los períodos de relativa normalidad es muy variable en estos pacientes. Además, el trastorno depresivo persistente comparte características.¹⁵

CDI.10

- A) Presencia de un período de al menos dos años de humor depresivo constante o constantemente recurrente. Los períodos intermedios de estado de ánimo normal raramente duran más que pocas semanas y no hay episodios de hipomanía¹⁶
- B) Ninguno, o muy pocos, de los episodios individuales de depresión en este período de dos años debe ser lo suficientemente severo o prolongado para cumplir criterios de trastorno depresivo recurrente leve (F33.0)¹⁷
- C) Presencia de por lo menos tres de los siguientes durante, al menos, alguno de los períodos de depresión:¹⁸
1. Disminución de la energía o de la actividad.
 2. Insomnio.
 3. Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad.
 4. Dificultad para concentrarse.
 5. Llanto fácil.
 6. Pérdida de interés o satisfacción por el sexo y otras actividades placenteras.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

7. Sentimientos de desesperación o desesperanza.
8. Percepción de incapacidad para afrontar las responsabilidades rutinarias de la vida diaria.
9. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.
10. Aislamiento social.
11. Disminución de la locuacidad

F34.8 Otros trastornos del humor (afectivo)

Esta categoría residual se reserva para trastornos del humor (afectivos) persistentes que no alcanzan la gravedad o duración necesarias para cumplir con los criterios de ciclotimia (F34.0) o distimia (F34.1), pero que aún poseen relevancia clínica. Incluye ciertos tipos de depresión previamente clasificados como "neuróticos", ya que no satisfacen los criterios de ciclotimia (F34.0), distimia (F34.1), ni de episodio depresivo leve (F32.0) o moderado (F32.1). Esta categoría abarca una gama de trastornos del estado de ánimo persistentes que, a pesar de no cumplir con las condiciones para otros diagnósticos más específicos, siguen siendo significativos desde el punto de vista clínico y requieren atención y manejo adecuados.¹⁹

F34.9 Trastornos del humor (afectivo) persistente sin especificación

La clasificación internacional de las enfermedades (CIE) incluye el código F34.9 para los trastornos del humor (afectivo) persistente sin especificación. Este código se encuentra dentro de la categoría F34 que abarca trastornos del humor (afectivos) persistentes, como la ciclotimia, la distimia y otros trastornos del humor. En el contexto de la CIE, el F34.9 se refiere a trastornos del humor persistente que no se ajustan a una clasificación específica dentro de esta categoría, lo que indica una falta de especificación clara en el diagnóstico.²⁰

Bibliografía

- EAFIT. (s.f.). *Clasificación internacional de enfermedades CIE-X*.
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documentos/cie-x-clasificacion-internacional-enfermedades.pdf>
- Álvarez Martínez, E., Pérez Blanco, J., & Pérez Solá, V. (s.f.). *Trastornos del humor (afectivos)*.
https://psiquiatria.com/tratado/cap_18.pdf
- Psicoactiva. (s.f.). *CIE-10*.
<https://www.psicoactiva.com/cie10/cie10-22/>
- Coryell, W. (s.f.). *Trastorno ciclotímico*. Manual MSD.
<https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-ánimo/trastorno-ciclotímico>
- Mayo Clinic. (2022). *Ciclotimia (trastorno ciclotímico)*.
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/cyclothymia/diagnosis-treatment/drc-20371281>
- Ramos Valverde, R. A. (s.f.). *El síndrome afectivo hipertímico*.
Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 39.
- Ventriglio, A., Bhugra, D., Sampogna, G., Luciano, M., De Berardis, D., Sani, G., ... & Carta, M. G. (2020). From dysthymia to treatment-resistant depression: Evolution of a psychopathological construct. *International Review of Psychiatry*, 32(5-6), 471-476.
- Dirección General de Ciencias de la Salud. (s.f.). *Autoestima*.
<https://www.uv.mx/cendhiu/files/2016/01/3-LECTURA-AUTOESTIMA.pdf>

**Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y
enfoques terapéuticos**

- Revista de Psiquiatría y Salud Mental. (s.f.). *Trastornos del humor (afectivos)*. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-pdf-13127834>
- Ravindran, A. V., Anisman, H., Merali, Z., Charbonneau, Y., Telner, J., Bialik, R. J., ... & Griffiths, J. (1999). Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: Clinical symptoms and functional impairments. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1608-1617.
- Rodríguez, J. M. G., & de Lara, E. V. G. (s.f.). *Principales cambios diagnósticos de la CIE-11 en los trastornos afectivos*. https://psiquiatria.com/trabajos/usr_526558525.pdf
- Mediatelly. (s.f.). *F34.8 - Otros trastornos persistentes del estado de ánimo [afectivos]*. <https://mediatelly.co/es/icd/F01-F99/set/F30-F39/cls/F34.8/Otros-trastornos-persistentes-del-estado-de-animo-afectivos>
- Carta, M. G., Paribello, P., Nardi, A. E., & Preti, A. (2019). Current pharmacotherapeutic approaches for dysthymic disorder and persistent depressive disorder. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 20(14), 1743-1754.
- Whitfield, W. (1993). Book reviews: *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines* (World Health Organization, 1992). *Journal of the Royal Society of Health*, 113(2), 103.
- Schramm, E., Klein, D. N., Elsaesser, M., Furukawa, T. A., & Domschke, K. (2020). Review of dysthymia and persistent depressive disorder: History, correlates, and clinical implications. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 801-812.

***Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y
enfoques terapéuticos***

- Vandeleur, C. L., Fassassi, S., Castelao, E., Glaus, J., Strippoli, M. P. F., Lasserre, A. M., ... & Preisig, M. (2017). Prevalence and correlates of DSM-5 major depressive and related disorders in the community. *Psychiatry Research*, 250, 50-58.
- Krzystanek, M., Martyniak, E., Pałasz, A., Skałacka, K., Chwalba, A., & Wierzbiński, P. (2023). Amantadine in treatment of dysthymia—the pilot case series study. *Pharmaceuticals*, 16(6).
<https://doi.org/10.3390/ph16060897>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Clasificaciones CIE*.
<https://ais.paho.org/classifications/Chapters/CAP05.html>
- Coryell, W. (s.f.). *Trastornos depresivos*. Manual MSD.
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-ánimo/trastornos-depresivos>
- Stanford Children's Health. (s.f.). *Dysthymia*.
<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=dysthymia-85-P03840>

TRASTORNOS DEL HUMOR ESPECÍFICOS - CICLOTIMIA

Introducción

La ciclotimia es un trastorno psiquiátrico persistente de aparición temprana, estrechamente relacionado con el trastorno bipolar, caracterizado por cambios de humor espontáneos y reactivos que resultan en una rica expresión psicopatológica y se asocian con múltiples secuelas cognitivas y conductuales¹. Aunque la definición actual de ciclotimia en las clasificaciones CIE 11 y DSM 5 se limita a los cambios en los síntomas depresivos e hipomaníacos a lo largo del tiempo, algunos autores han descrito el término de una manera más amplia y rica, destacando otras características clave como la desregulación emocional². El término ciclotimia fue utilizado por primera vez en 1877 por el alumno de Ludwig Kälbaum, Ävalds Hecker. La naturaleza distintiva de la psicosis maníaco-depresiva se basa principalmente en la ausencia de síntomas psicóticos y la falta de empeoramiento del curso de la enfermedad. Ya en 1921, Kraepelin criticó este punto de vista, sugiriendo que las formas atenuadas y graves coexisten en la misma familia o incluso en el mismo individuo. Por lo tanto, incluyó el trastorno bipolar en su forma grave, así como otras formas de lo que llamó estado constitucional básico, que incluía un estado depresivo debilitado (distimia), un estado maníaco (estado de ánimo elevado), un estado irritable o manía alternante. y depresión².

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Mientras tanto, en 1909 los psiquiatras franceses Gaston Deny y Pierre Khan describieron la ciclotimia, que describieron como una condición constitucional permanente. Se refiere a labilidad y reactividad emocional, problemas de conducta y de relación, y comorbilidad con otras enfermedades mentales². No fue hasta 1981 que Akiskars desarrolló una visión temperamental de la ciclotimia, incorporando el concepto de estados básicos de Kraepelin a las manifestaciones constitucionales del trastorno bipolar y proponiendo criterios operativos para la ciclotimia. Este criterio está respaldado por varios estudios que revelan su conocimiento del sufrimiento bipolar y una tendencia a las transiciones provocadas por los antidepresivos². En 1980, la ciclotimia se incluyó en el DSM-III y más tarde en la CIE-10, donde recibió un amplio apoyo empírico como trastorno del espectro bipolar y continuó en versiones posteriores del manual. Sin embargo, la ciclotimia se define únicamente como alternancias crónicas entre estados levemente depresivos e hipomaníacos, sin considerar sus otras características principales, por lo que actualmente este diagnóstico casi se ignora en el entorno clínico habitual².

Objetivo General: Elaborar un estudio detallado acerca del Trastorno Ciclotímico, abarcando apartados importantes en la definición, diagnóstico y tratamiento, mediante el análisis

de fuentes académicas y científicas relevantes, con la finalidad de proporcionar una base informativa sólida y actualizada que sirva como precedente y recurso educativo en el estudio de Trastornos de Humor Específicos.

CICLOTIMIA

Etimología

La palabra "ciclotimia" proviene del griego antiguo, donde "kyklos" significa "círculo" y "thymos" alude al estado de ánimo o la mente³.

A través de la historia, el concepto de ciclotimia ha evolucionado y ha sido objeto de debate en cuanto a su significado y clasificación entre los trastornos del estado de ánimo. Hoy en día, se considera un trastorno bipolar de baja intensidad, caracterizado por cambios de humor menos extremos que los del trastorno bipolar tipo I o II².

Aunque la ciclotimia no es tan reconocida como otros trastornos del estado de ánimo, su impacto en la vida de los afectados es significativo. Por ello, es crucial la comprensión y sensibilización sobre la ciclotimia para ofrecer el apoyo y tratamiento adecuados a quienes la padecen².

Epidemiología

La ciclotimia es un trastorno relativamente común en la población general, con una prevalencia que oscila entre el 0,4% y el 8%. Este amplio rango se debe a la utilización de diferentes criterios para definir este constructo, como la

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

inclusión o no del temperamento ciclotímico. En muestras clínicas, la prevalencia es mucho mayor, llegando a tasas de hasta el 50% en ciertos grupos⁴.

Tanto en muestras clínicas como en la población general, la ciclotimia es más frecuente en mujeres, con una proporción de 2:1. Suele tener un inicio en la adolescencia temprana, aunque la edad de inicio y el curso de la enfermedad pueden variar según la carga genética y ambiental. Algunos casos presentan un inicio en la infancia y una ciclación ultrarrápida, mientras que otros atraviesan por períodos de inestabilidad anímica separados por largos períodos de estabilidad, manteniendo una base temperamental permanente⁴.

En cuanto a la relación entre la ciclotimia y el trastorno bipolar, las clasificaciones CIE - 11 y DSM - 5 reconocen la alta prevalencia del trastorno ciclotímico entre los familiares de pacientes con trastorno bipolar, así como la frecuente evolución de pacientes ciclotímicos hacia un trastorno bipolar, en hasta un 15-50% de los casos. La presencia de un temperamento ciclotímico de base en un paciente con depresión es uno de los factores de riesgo más importantes para la evolución hacia un trastorno bipolar⁵⁶.

Manifestaciones clínicas

La presentación clínica típica de la ciclotimia se caracteriza por un paciente joven que acude a consulta por síntomas de ansiedad, depresión, problemas en las relaciones interpersonales o en el control de impulsos. Tras una

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

evaluación detallada, emerge un patrón que se inicia en la infancia o adolescencia, consistente en una alta sensibilidad a estímulos ambientales, tanto positivos como negativos, así como frecuentes fluctuaciones en el estado de ánimo, los niveles de energía y la actividad, con consecuencias negativas en diferentes áreas de funcionamiento. Estas oscilaciones se desencadenan por factores de todo tipo, como psicológicos, físicos, ambientales o químicos².

Sobre estos rasgos nucleares, aparecen períodos de síntomas hipomaníacos y depresivos, que se caracterizan por cambios rápidos e impredecibles entre una polaridad y otra. Si bien el concepto de ciclotimia se basa en la alternancia entre fases cortas pero definidas de euforia y depresión, lo más habitual es el cambio rápido entre ambos polos, con frecuente combinación de síntomas hipomaníacos y depresivos, siendo la depresión mixta atenuada la forma más común de presentación. La hipomanía tiende a presentarse en su vertiente "oscura", con aumento de actividad, impulsividad, irritabilidad y conductas de riesgo².

La elevada reactividad del humor se relaciona estrechamente con una alta sensibilidad interpersonal, que a su vez lleva a patrones de relación inestables y problemáticos, similares a los descritos en algunos trastornos de personalidad, como sensibilidad al rechazo,

dependencia emocional, celos patológicos, necesidad de complacer a otros, etc².

Criterios Diagnósticos

Los fundamentos de los criterios establecidos en la ciclotimia fluctúan en relación al manual que los describa, es decir, en el CIE y DSM existen características que son idénticas entre las dos, pero los detalles proporcionan una mejor especificación hacia la identificación de este trastorno.

La presencia de un período de al menos dos años de inestabilidad del estado de ánimo, que implica varios períodos de depresión e hipomanía⁴, es el principal criterio que nos orienta al diagnóstico de ciclotimia en adultos, pues en los niños y adolescentes este tiempo es menor, desde este punto se determinan puntos clave que no deben suceder en este proceso, pues si se dan, la dirección diagnóstica cambia a otro trastorno, entre ellos, depresión mayor o episodio maniaco (Ver tabla 1). Otro criterio significativo, se establece que después de los 2 años iniciales, se puede presentar otros episodios (maniaco o mixto) superpuesto a los ciclotímicos, pero estos no cambian el trastorno de base, pues suman a la caracterización del diagnóstico clínico, por ejemplo, ciclotimia más trastorno bipolar⁷.

Tabla 1. Relación entre los criterios diagnósticos de DSM-V Y CIE-11

Criterios Diagnósticos DSM-V Y CIE-11

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

	DSME-V	CIE-11
Duración	Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y numerosos periodos síntomas depresivos (niños y adolescente la duración debe ser de al menos 1 año) ⁷	
Síntomas/Tiempo	No ha dejado de presentar síntomas durante un tiempo superior a 2 meses ⁷	No especifica tiempo, pero hace referencia a un tiempo del que no es normal ⁶
Síntomas/Gravedad	La sintomatología hipomaníaca puede o no ser lo suficientemente grave o prolongada para cumplir todos los requisitos de definición de un episodio hipomaníaco ⁶ . La sintomatología depresiva nunca ha sido lo suficientemente grave o prolongada para cumplir los requisitos de definición para un episodio depresivo ⁶ .	

Fuente: Información tomada de ^{6,7}

En los últimos años, se han determinado herramientas cuantitativas, como un cuestionario que determina el temperamento ciclotímico-hipersensible (CHTQ), direccionado a las edades entre 7-18 años. Este cuestionario consta de 25 preguntas que evalúan las siguientes características del paciente⁸:

- Rasgos temperamentales.
- Estado mental básico.
- Posible inestabilidad emocional.

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

- Predisposición emocional asociada a cambios de humor e impulsividad.

Por ejemplo, una de las preguntas podría ser: "Experimento altibajos emocionales que dependen de lo que sucede a mi alrededor". El objetivo es obtener una imagen completa del perfil emocional y conductual del paciente a través de estas 25 preguntas⁸.

Evolución de la ciclotimia

La investigación muestra que hasta el 50% de los pacientes con un temperamento ciclotímico de base desarrollan un trastorno bipolar con el tiempo².

Diagnósticos Diferenciales y Comorbilidades

La identificación de la ciclotimia en la clínica, la mayor parte es de forma fortuita o conjunto con otro trastorno mayor, por lo cual el paciente se ve afectado.

Se describe la correlación de la ciclotimia con trastornos muy comunes:

- **Trastorno de personalidad:**

La ciclotimia y ciertos trastornos de personalidad del grupo B, como el límite y el histriónico, comparten características comunes como la alta sensibilidad interpersonal, reactividad emocional e inestabilidad afectiva que suelen manifestarse en la infancia o adolescencia. Algunos autores sugieren que la distinción entre un trastorno de personalidad del grupo B y la ciclotimia a menudo depende más de la

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

interpretación del profesional que de diferencias clínicas significativas. La literatura indica que ambos diagnósticos tienen factores en común como la disregulación emocional y algunos de los circuitos cerebrales relacionados con esta función. No obstante, los estudios presentan resultados variados sobre la relación entre la ciclotimia y los trastornos de personalidad, con algunos mostrando una conexión estrecha en términos de historia familiar, evolución y respuesta al tratamiento, mientras que otros no tienen una asociación clara².

- **Trastornos afectivos**

Según la clasificación DSM-5 actual, la ciclotimia puede diagnosticarse contiguo con otro trastorno afectivo, como la depresión mayor o el trastorno bipolar tipo I o II, solo si la ciclotimia se manifestó primero y persistió el tiempo necesario para su diagnóstico antes del episodio afectivo mayor. Estudios refieren que el temperamento ciclotímico está presente en un 30-50% de los pacientes deprimidos que reciben tratamiento ambulatorio, siendo esta combinación la forma más común de trastorno del espectro bipolar. La ciclotimia también parece ser el temperamento subyacente en muchas personas con trastorno bipolar tipo II².

- **Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)**

Los estudios disponibles indican que hasta un 71% de los adultos diagnosticados con TDAH muestran un temperamento ciclotímico. No obstante, la interpretación de esta relación estadística es controvertida debido al superponer estos dos conceptos, lo que hace muy difícil diferenciar en la práctica clínica la inestabilidad emocional e impulsividad características del TDAH de las propias de la ciclotimia².

- **Trastornos del control de impulsos:**

Algunos estudios han encontrado una correlación entre los trastornos del espectro bipolar y los trastornos del control de impulsos, relacionados con la agresión, conductas sexuales, juego patológico, entre otros. Estos trastornos se parecen en su respuesta a ciertos estabilizadores del estado de ánimo y en sus patrones comunes de comorbilidad².

- **Adicciones:**

Varios estudios correlación los trastornos por uso de sustancias y la ciclotimia, así como otros trastornos del espectro bipolar. Esto sugiere una predisposición común para ambos trastornos y una relación bidireccional: la alta reactividad emocional incrementa el refuerzo de las sustancias, facilitando el

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

abuso y la adicción, mientras que los efectos de las sustancias intensifican los síntomas afectivos y las fluctuaciones rápidas, lo que puede favorecer el desarrollo de episodios maníacos o depresivos completos².

Tratamiento No Farmacológico

Las terapéuticas que implican el no uso de fármacos son adyuvantes a los procesos de depresión que se caracterizan en la ciclotimia. La examinación de esos pensamientos negativos o inútiles, moldearon la teoría del Dr. Beck, quien desarrolló una Terapia Cognitiva demostrando que era tan efectiva como los antidepresivos.

Este tratamiento se basa en sesiones, que identifican alteraciones a través de un diagrama de conceptualización cognitiva basado en fortalezas y problemas, que ayudan al profesional a organizar la gran cantidad de información que obtiene de los clientes para poder establecer las cogniciones y conductas más relevantes a enfatizar en el tratamiento⁹.

En la primera etapa de la terapia, puede ayudar al paciente a conceptualizar problemas, obstáculos e intervenciones. Durante esta misma, el terapeuta puede ayudar al paciente a identificar y comprender cómo el significado de sus experiencias negativas actuales y pasadas ha llevado al desarrollo, mantenimiento y fortalecimiento de sus creencias desadaptativas. Fomentamos un bosquejo de la solución

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

con un Diagrama de Conceptualización Cognitivo basado en fortalezas puede ayudar a identificar sus valores, fortalezas, logros y recursos. Finalmente, se desarrolla en colaboración un Plan de Acción⁹.

Tratamiento Farmacológico

El uso de medicamentos no ha sido muy estudiado en comparación con otros trastornos, no obstante, son de suma importancia para tratar los síntomas característicos de este proceso crónico.

En lugar de un tratamiento agresivo y de corto plazo, es preferible enfocarse en buscar una estabilización a largo plazo. Debido a la propensión a efectos secundarios, se debe respetar especialmente el principio de "ir despacio y mantener dosis bajas". Esto significa iniciar los tratamientos de forma lenta y mantener la dosis mínima eficaz, la cual suele ser menor que la utilizada para los trastornos bipolares tipo I y tipo II². Estableciendo las siguientes directrices:

- Litio (200 - 400 mg): cuando existe un curso cíclico bien delimitado².
- Ácido valproico (300 - 600 mg): cuando predominan la ansiedad y la irritabilidad (mateo 5).
- Lamotrigina (25 - 100 mg): cuando predominan los síntomas depresivos².

Cuando existan importantes síntomas depresivos, de irritabilidad o ansiedad, el tratamiento de base con

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

estabilizadores del ánimo se puede complementar con dosis bajas de antipsicóticos atípicos como²:

- Quetiapina (25-50 mg)
- Olanzapina (2,5-5 mg)

Estos antipsicóticos atípicos a dosis bajas podrían ser eficaces en el manejo sintomático a corto plazo².

Denotar que los pacientes con trastorno ciclotímico tienen un alto riesgo de desarrollar un uso indebido de sedantes, particularmente de los benzodiazepinas. El efecto más evidente de este uso prolongado es el empeoramiento de la labilidad del estado de ánimo, la irritabilidad y la impulsividad en estos pacientes¹⁰.

Bibliografía

- Perugi, G., Hantouche, E., & Vannucchi, G. (2017). Diagnosis and treatment of cyclothymia: The “primacy” of temperament. *Current Neuropsychopharmacology*, 15, 372-379.
- Bermejo, A., Carpintero, A. G., León, R., & Cabañas, J. (2022). *Ciclotimia: ¿Un tipo de trastorno bipolar?* www.interpsiquis.com
- Benítez Agregado, G. P. (2006). *Glosario etimológico en la semiología médico-quirúrgica*.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. OMS.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.^a ed.). American Psychiatric Publishing.
- World Health Organization. (2022). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
- Boland, R., & Verduin, M. (2022). *Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría* (P. Ruiz, Ed.; 12.^a ed.). Wolters Kluwer.
- Pezzella, A., Santoro, U. P., Fatigati, V., Almerico, L., Iuliano, R., Santangelo, P., et al. (2023). Temperamento ciclotímico-ipersensible: definiciones diagnósticas y herramientas de evaluación en edad evolutiva. <https://doi.org/10.53240/2023topic4.042.001>

Trastornos del estado de ánimo: diagnóstico, tratamiento y enfoques terapéuticos

Brabo, A., & Helena Picoli, P. (2023). *Manejo dos transtornos de humor em TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental)*.

Brancati, G. E., Barbuti, M., Schiavi, E., Colombini, P., Moriconi, M., Pallucchini, A., et al. (2021). Comparison of emotional dysregulation features in cyclothymia and adult ADHD. *Medicina (Lithuania)*, 57(5).

COLABORADORES

Julissa Katherine Amores Olivares

*Estudiante de Séptimo Semestre. Universidad Técnica de
Machala. Ecuador*

jamores1@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0002-0829-5483>

Nahomi Janira Cango Piedra

*Estudiante de Séptimo Semestre. Universidad Técnica de
Machala. Ecuador.*

ncango1@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0003-2958-1355>

ISBN: 978-9942-33-965-2



Compás
capacitación e investigación