Organización Mundial de la Salud

GUÍAS PARA EL DIAGNÓSTICO CIE-11

Trastornos del estado de ánimo

Nota: Este documento contiene una versión previa a la publicación de las guías para el diagnóstico de la CIE-11 para los trastornos del estado de ánimo. Es posible que se realicen modificaciones posteriores en estas guías antes de su publicación.

Índice

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO 2
Descripciones de episodios del estado de ánimo 3
Episodio Depresivo 3
Episodio Maniaco 8
Episodio Mixto 11
Episodio Hipomaníaco 13
Descripciones de trastornos del estado de ánimo 16
TRASTORNOS BIPOLARES Y TRASTORNOS RELACIONADOS 16
6A60 Trastorno bipolar tipo I 16
6A61 Trastorno bipolar tipo II 20
6A62 Trastorno ciclotímico 29
TRASTORNOS DEPRESIVOS: 32
6A70 Trastorno depresivo de episodio único 33
6A71 Trastorno depresivo recurrente 34
6A72 Trastorno distímico 43
6A73 Trastorno mixto de depresión y ansiedad 46
GA34.41 Trastorno disfórico premenstrual 48
6A8Y Otros trastornos del estado de ánimo especificados 49

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Los *trastornos del estado de ánimo* se refieren a una agrupación superior de *trastornos depresivos* y *trastornos bipolares*. Los trastornos del estado de ánimo se definen de acuerdo a determinados tipos de episodios de alteración del estado de ánimo y sus patrones a lo largo del tiempo. Los principales tipos de episodios de alteración del estado de ánimo son:

Episodio depresivo
Episodio maníaco
Episodio mixto
Episodio hipomaníaco

Los episodios de alteración del estado de ánimo no son entidades diagnosticables independientemente, sino que constituyen los componentes de los *trastornos depresivos, los trastornos bipolares y trastornos relacionados* y, por lo tanto, no tienen sus propios códigos diagnósticos.

Las siguientes secciones describen en primer lugar, las características de los episodios de alteración del estado de ánimo, seguidas por las guías diagnósticas de los trastornos del estado de ánimo.

Trastornos bipolares y trastornos relacionados incluyen los siguientes:

6A60 Trastorno bipolar tipo I
6A61 Trastorno bipolar tipo II
6A62 Trastorno ciclotímico
6A6Y Otro trastorno bipolar o trastorno relacionado especificado

Los trastornos depresivos incluyen los siguientes:

6A70 Trastorno depresivo de episodio único
6A71 Trastorno depresivo recurrente
6A72 Trastorno distímico
6A7Y Otro trastorno depresivo especificado

6A73 Trastorno mixto de depresión y ansiedad también se incluye en la sección de trastornos depresivos, aunque también comparte características con los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo.

También se proporcionan las guías diagnósticas de GA34.41 Trastorno disfórico premenstrual en la sección de trastornos depresivos. El trastorno disfórico premenstrual se clasifica en el grupo de trastornos premenstruales en el capítulo de la CIE-11 sobre enfermedades del sistema genitourinario, pero se incluye también aquí como referencia.

Además, se proporciona la siguiente categoría de trastorno del estado de ánimo que no coincide con ninguna de las descripciones de las categorías anteriores:

6A8Y Otro trastorno del estado de ánimo

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Descripciones de los episodios del estado de ánimo

Episodio Depresivo

Características esenciales (requeridas):

- La presencia simultánea de **al menos cinco** de los siguientes síntomas característicos que se producen la mayor parte del día, casi todos los días, durante un período de **al menos dos semanas**. **Al menos uno de los síntomas del grupo afectivo debe estar presente**. La evaluación de la presencia o ausencia de síntomas debe hacerse en relación con el funcionamiento habitual del individuo.

  Grupo Afectivo:

  - Estado de ánimo depresivo referido por el individuo (p.ej., sentirse decaído, triste) u observado (p.ej., lloroso, apariencia de abatimiento). En niños y adolescentes el estado de ánimo depresivo puede manifestarse como irritabilidad.
  - Marcada disminución del interés o placer por actividades, en especial aquellas que normalmente eran agradables para el individuo. Estas últimas pueden incluir una reducción en el deseo sexual.

  Grupo Cognitivo-Conductual:

  - Reducción en la capacidad para concentrarse o para mantener la atención en actividades o una marcada indecisión.
  - Creencias de baja autoestima o culpa excesiva o inapropiada que pueden ser claramente delirantes. Este elemento no debe considerarse presente si la culpa o el autorreproche es exclusivamente por estar deprimido.
  - Desesperanza sobre el futuro.
  - Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo el miedo a morir), ideación suicida recurrente (con o sin un plan específico) o evidencia de intento suicida.

  Grupo Neurovegetativo:

  - Alteración significativa del sueño (retraso la conciliación del sueño, aumento en la frecuencia de despertares durante la noche o despertar temprano) o sueño excesivo.
  - Cambios significativos en el apetito (disminución o aumento) o cambios significativos en el peso (ganancia o pérdida).
  - Signos de agitación o retardo psicomotor (observable por otros, no sólo las sensaciones subjetivas de inquietud o lentitud).
  - Reducción de la energía, fatiga, o marcado cansancio tras el desgaste producido por un mínimo esfuerzo.

- Los síntomas no se explican mejor por el duelo.
- Los síntomas no son la manifestación de otra enfermedad (p.ej., un tumor cerebral) y no se deben a los efectos de alguna sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso (p.ej., benzodiacepinas), incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia (p.ej., abstinencia de estimulante).
- La presentación clínica no cumple con los requisitos diagnósticos de un episodio mixto.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- La alteración del estado de ánimo provoca un deterioro significativo en las áreas personal, familiar, social, educativa, ocupacional, u otras áreas importantes del funcionamiento. Si el funcionamiento se mantiene, es debido a un esfuerzo adicional significativo.

Características clínicas adicionales:

- En algunos individuos, el componente anímico de un episodio depresivo puede ser principalmente experimentado y expresado como irritabilidad o como una ausencia de la experiencia emocional (p.ej., "vacío"). Se puede considerar que estas variantes en la expresión del componente afectivo cumplen con el requisito del estado de ánimo depresivo para un episodio depresivo si representan un cambio significativo del funcionamiento normal del individuo.
- En algunos individuos, particularmente aquellos que experimentan un episodio depresivo grave, pueden ser renuentes a describir ciertas experiencias (p.ej., síntomas psicóticos) o incapacidad para detallarlo (p.ej., debido a síntomas de agitación o retardo psicomotor). En tales casos, los signos observados por el clínico o reportados por un informante pueden ayudar a determinar el estatus del diagnóstico y la gravedad del episodio.
- Los episodios depresivos pueden asociarse con un incremento en el consumo de alcohol y otras sustancias, exacerbación de síntomas psicológicos pre-existentes (p.ej., fobias o síntomas obsesivos), o preocupaciones somáticas.

Límites con la normalidad (umbral):

- Cierto grado de estado de ánimo depresivo es una reacción normal a eventos adversos graves y problemas de la vida (p.ej., divorcio, pérdida de trabajo), y es frecuente en la comunidad. Un episodio depresivo se distingue de esta experiencia común por la gravedad, rango y duración de los síntomas. Si las características esenciales de un episodio depresivo se cumplen, se debe considerar aún presente un episodio depresivo, incluso si se han identificado factores externos como desencadenantes del episodio.
- No debe considerarse la presencia de un episodio depresivo si el individuo presenta síntomas normales de duelo, incluyendo un cierto nivel de síntomas depresivos, y si el individuo ha experimentado un evento de pérdida significativa en los últimos 6 meses, o incluso más tiempo si el periodo más prolongado del duelo es consistente con la respuesta normativa para el duelo dentro del contexto religioso y cultural del individuo. Los individuos con antecedentes de trastornos depresivos pueden experimentar síntomas depresivos durante el duelo, pero esto no necesariamente indica un mayor riesgo de desarrollar posteriormente un trastorno depresivo. Sin embargo, un episodio depresivo puede superponerse al duelo normal. La presencia de un episodio depresivo durante un período de duelo debe ser sugerida por la persistencia de los síntomas depresivos constantes después de un mes o más de la pérdida (es decir, no hay períodos de estado de ánimo positivo o disfrute de actividades), por síntomas depresivos graves como las creencias extremas de baja autoestima y culpabilidad no relacionadas con la pérdida del ser querido, presencia de síntomas psicóticos, ideación suicida, o retardo psicomotor. Es importante considerar el antecedente de trastorno depresivo o trastorno bipolar para hacer esta distinción.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- El episodio depresivo es relativamente raro en la infancia y ocurre con una frecuencia similar entre niños y niñas. Después de la pubertad, las tasas aumentan significativamente

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

y las niñas tienen aproximadamente el doble de probabilidades que los niños de experimentar un episodio depresivo.

- Todas las características del episodio depresivo se pueden observar en niños y adolescentes. Al igual que en los adultos, los síntomas del episodio depresivo deben representar un cambio con respecto al funcionamiento anterior. La evaluación del episodio depresivo en niños más pequeños, en particular, es probable que se base en la información aportada por otros informantes (por ejemplo, los padres) sobre los signos y síntomas, y la medida en que estos representan un cambio en el funcionamiento anterior.
- *Grupo afectivo:* En los niños pequeños el estado de ánimo deprimido puede presentarse como una afección somática (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago), lloriqueo, aumento de la ansiedad por separación o llanto excesivo. El estado de ánimo deprimido a veces puede presentarse en niños y adolescentes como una irritabilidad generalizada. Sin embargo, la presencia de irritabilidad no es en sí misma indicativa de un episodio depresivo y puede indicar la presencia de otro trastorno mental y del comportamiento o ser una reacción normal a la frustración.
- *Grupo cognitivo-conductual*: La reducción de la capacidad para concentrarse o mantener la atención puede manifestarse como una disminución en el rendimiento académico, un aumento del tiempo necesario para completar las tareas escolares o una incapacidad para completar los deberes. Estos síntomas del episodio depresivo se deben diferenciar de los problemas de atención y concentración en los trastornos por déficit de atención e hiperactividad que no están relacionados temporalmente con cambios en el estado de ánimo o la energía.
- *Grupo neurovegetativo*: la hipersomnia y la hiperfagia son síntomas más comunes de un episodio depresivo en adolescentes que en adultos. La alteración del apetito en niños y adolescentes puede manifestarse por la falta de aumento de peso como se espera para la edad y el desarrollo, más que como pérdida de peso.
- De manera similar a los adultos, los niños y adolescentes que experimentan un episodio depresivo tienen un mayor riesgo de suicidio. En los niños más pequeños, el suicidio puede manifestarse en declaraciones pasivas (por ejemplo, "No quiero estar más aquí") o como la presencia de temas relacionados con la muerte durante el juego, mientras que los adolescentes pueden hacer declaraciones más directas sobre su deseo de morir.
- Los comportamientos autodestructivos que no son explícitamente suicidas en términos de letalidad o intención expresada también pueden ocurrir en el episodio depresivo en niños pequeños y adolescentes. Algunos ejemplos incluyen golpes en la cabeza o rasguños en niños pequeños y cortes o quemaduras en adolescentes. Si no se atienden, estos tipos de conductas tienden a aumentar en frecuencia e intensidad a lo largo del tiempo entre los niños y adolescentes con trastornos depresivos.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con el episodio mixto***: Los síntomas depresivos en un Episodio Mixto pueden ser cualitativamente similares a los del Episodio Depresivo, pero en el Episodio Mixto varios síntomas depresivos prominentes ocurren simultáneamente o se alternan rápidamente con varios síntomas maníacos prominentes como irritabilidad, taquipsiquia o pensamientos acelerados, incremento de la locuacidad o aumento de la actividad.
- ***Límite con el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad:*** Los problemas de atención y concentración en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad son persistentes a lo largo del tiempo (es decir, no son episódicos) y no están vinculados temporalmente a cambios en el estado de ánimo o la energía. Sin embargo, los trastornos

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

del estado de ánimo y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad pueden ocurrir simultáneamente y se pueden asignar ambos diagnósticos si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para cada uno.

- ***Límite con trastorno de duelo prolongado:*** El trastorno de duelo prolongado es una respuesta persistente y generalizada al duelo tras la muerte de una pareja, padre, hijo o persona cercana al afectado que persiste por un período de tiempo anormalmente largo después de la pérdida (p.ej., por lo menos 6 meses) y se caracteriza por la añoranza o persistente preocupación por el difunto, acompañado de dolor emocional intenso (p.ej., tristeza, culpa, ira, negación, dificultad para aceptar la muerte, sensación de haber perdido una parte de uno mismo, una incapacidad para experimentar estado de ánimo positivo, embotamiento afectivo, dificultades para relacionarse en actividades sociales o de otro tipo). Algunos síntomas comunes del trastorno de duelo prolongado son similares a los observados en el episodio depresivo (p.ej., tristeza, pérdida de interés en actividades, aislamiento social, sentimientos de culpa, ideación suicida). Sin embargo, el trastorno de duelo prolongado se distingue del episodio depresivo porque los síntomas se circunscriben y se focalizan específicamente en la pérdida de un ser querido, mientras que los pensamientos depresivos y reacciones emocionales suelen abarcar múltiples áreas de la vida. Además, otros síntomas comunes del trastorno de duelo prolongado (p.ej., dificultad para aceptar la pérdida, dificultad para confiar en los demás, sentirse amargado o enojado por la pérdida, sentir como si una parte de la persona ha muerto) no son característicos de un episodio depresivo. Para hacer esta distinción es importante considerar el momento de la aparición de los síntomas en relación con la pérdida y si hay antecedentes de un trastorno depresivo o trastorno bipolar.
- ***Límite con demencia:*** Los adultos mayores que experimentan un episodio depresivo pueden presentar dificultades graves de la memoria y otros síntomas cognitivos que pueden ser graves, por lo que es importante distinguir estos síntomas de la demencia. La demencia es una enfermedad crónica adquirida caracterizada por el deterioro cognitivo significativo o deterioro del nivel previo de funcionamiento cognitivo en dos o más dominios cognitivos (p.ej., memoria, atención, función ejecutiva, lenguaje, cognición social, velocidad psicomotora, habilidades visoperceptivas o visoespaciales) que es suficientemente grave como para interferir con el rendimiento o la independencia en las actividades de la vida diaria. Si las dificultades de memoria y otros síntomas cognitivos en adultos mayores ocurren exclusivamente en el contexto del episodio depresivo, generalmente no es apropiado un diagnóstico de demencia. Sin embargo, un episodio depresivo puede superponerse al síndrome demencial (p.ej., cuando las dificultades de memoria y otros síntomas cognitivos sustanciales son anteriores al inicio del trastorno depresivo). El momento y la frecuencia de aparición de las dificultades de memoria y otros síntomas cognitivos en relación con otros síntomas depresivos son importantes a considerar al hacer esta distinción.

Especificadores de gravedad y síntomas psicóticos:

La gravedad de los episodios depresivos actuales debe ser clasificada en función del número y la gravedad de los síntomas, así como el impacto que tiene la alteración del estado de ánimo en el funcionamiento del individuo.

Además, los episodios depresivos moderados y graves se describen en función de la presencia de síntomas psicóticos durante el episodio (es decir, delirios o alucinaciones), ya sea “sin síntomas psicóticos” o “con síntomas psicóticos”. Por definición, un episodio depresivo leve no presenta síntomas psicóticos.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Los delirios durante los episodios depresivos graves suelen ser persecutorios o de auto-referencia (p.ej., ser perseguido por las autoridades debido a crímenes imaginarios). También se presentan los delirios de culpa (p.ej., culparse falsamente por malas acciones), de pobreza (p.ej., de estar en quiebra) y de desastres inminentes (percibidos como haber sido provocados por el paciente), así como los somáticos (p.ej., de haber contraído alguna enfermedad grave) o delirios nihilistas (p.ej., creer que los órganos del cuerpo no existen). Los delirios relacionados con experiencias de influencia, pasividad y control (p.ej., la experiencia de que los pensamientos o acciones no son generados por la persona, están siendo colocados en la mente de uno o extraídos de la mente de los demás, o que los pensamientos están siendo difundidos a los demás) también pueden presentarse, pero son menos comunes que en la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo. Las alucinaciones auditivas (p.ej., voces peyorativas o acusatorias que reprenden al paciente por debilidades o pecados imaginarios) son más comunes que las visuales (p.ej., visiones de muerte o destrucción), o las alucinaciones olfatorias (p.ej., el olor a carne podrida).

Los síntomas psicóticos a menudo son sutiles y el límite entre los síntomas psicóticos y las rumiaciones depresivas persistentes o preocupaciones sostenidas no siempre son claros. Los síntomas psicóticos pueden variar en intensidad en el transcurso de un episodio depresivo o incluso en el transcurso del día. Las personas que experimentan un episodio depresivo pueden ocultar intencionalmente los síntomas psicóticos.

- Episodio depresivo leve:
    - Ninguno de los síntomas de un episodio depresivo debe estar presente en un grado intenso.
    - La persona está usualmente angustiada por los síntomas y tiene algunas dificultades para continuar funcionando en uno o más ámbitos (personal, familiar, social, educativo, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento).
    - No hay delirios o alucinaciones durante el episodio.

- Episodio depresivo, moderado sin síntomas psicóticos:
    - Varios síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado notable o un mayor número de síntomas depresivos de menor gravedad están presentes de forma global.
    - El individuo normalmente tiene una dificultad considerable para funcionar en múltiples ámbitos (personal, familiar, social, educativo, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento).
    - No hay delirios o alucinaciones durante el episodio.

- Episodio depresivo, moderado con síntomas psicóticos:
    - Varios síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado notable o un mayor número de síntomas depresivos de menor gravedad están presentes de forma global.
    - El individuo normalmente tiene una dificultad considerable para funcionar en múltiples ámbitos (personal, familiar, social, educativo, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento).
    - Hay delirios o alucinaciones durante el episodio.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos:
    - Muchos o la mayoría de los síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado notable o un menor número de síntomas están presentes y se manifiestan en un grado intenso.
    - El individuo tiene serias dificultades para continuar funcionando en la mayoría de los ámbitos (personal, familiar, social, educativo, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento).
    - No hay delirios o alucinaciones durante el episodio.

- Episodio depresivo grave, con síntomas psicóticos:
    - Muchos o la mayoría de los síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado notable o un menor número de síntomas están presentes y se manifiestan en un grado intenso.
    - El individuo tiene serias dificultades para continuar funcionando en la mayoría de los ámbitos (personal, familiar, social, educativo, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento)
    - Hay delirios o alucinaciones durante el episodio.

Episodio maníaco

Características esenciales (requeridas):

- Las dos características siguientes se presentan simultáneamente y persisten casi todos los días, la mayor parte del día, durante al menos una semana, a menos que se acorten por una intervención terapéutica (ver a continuación).
    - Un estado del ánimo extremo caracterizado por euforia, irritabilidad o expansividad que supone un cambio significativo del estado de ánimo típico del individuo. Los individuos comúnmente exhiben cambios rápidos entre los diferentes estados de ánimo (p.ej., labilidad del estado de ánimo).
    - Incremento en la actividad o experiencia subjetiva de incremento de energía que representa un cambio significativo respecto al nivel habitual del individuo.
- Varios de los siguientes síntomas, que representan un cambio significativo respecto al comportamiento o estado subjetivo habitual del individuo:
    - Incremento de la locuacidad o presión del habla (una sensación interna por hablar más).
    - Fuga de ideas o experiencia de pensamientos rápidos o acelerados (p.ej., el discurso salta rápidamente y, en algunos casos, sin lógica, de una idea a la siguiente; la persona reporta que sus pensamientos son rápidos o incluso acelerados y tiene dificultades para permanecer en el tema).
    - Autoestima aumentada o grandiosidad (p.ej., el individuo cree que puede lograr tareas más allá de sus capacidades o que está a punto de hacerse famoso). En las presentaciones psicóticas de la manía, esto puede manifestarse como delirios de grandeza.
    - Disminución en la necesidad de dormir (p.ej., la persona afirma sentirse descansada con tan solo dos o tres horas de sueño). Esto difiere del insomnio, en donde el individuo quiere dormir, pero no puede.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

  - Distraibilidad (p.ej., la persona no puede concentrarse en una tarea, porque la atención se centra en estímulos ambientales menores o irrelevantes, como distraerse demasiado con el ruido exterior durante una conversación).
  - Comportamiento impulsivo o temerario (p.ej., el individuo busca llevar a cabo actividades placenteras sin tener en cuenta las potenciales consecuencias negativas o toma decisiones importantes en ausencia de una planificación adecuada).
  - Incremento en el deseo sexual, sociabilidad o actividad dirigida a una meta.

- Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud (p.ej., tumor cerebral) y no se deben a los efectos de alguna sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso central (p.ej. cocaína, anfetaminas), incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia.
- La presentación clínica no cumple con los requisitos diagnósticos de un episodio mixto.
- La alteración del estado de ánimo es lo suficientemente grave como para causar un marcado deterioro en el área personal, familiar, social, educativa, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento, requiere un tratamiento intensivo (p.ej., hospitalización) para evitar daños a sí mismo o a los demás, o está acompañado de delirios o alucinaciones.

Características clínicas adicionales:

- Los episodios maníacos pueden o no incluir síntomas psicóticos. Una amplia variedad de síntomas psicóticos puede ocurrir en la manía, entre los más comunes están los delirios de grandeza (p.ej., ser elegido por Dios, tener poderes o habilidades especiales), de persecución y de auto-referencia (p.ej., se conspira contra la persona porque tiene una identidad o habilidades especiales). También pueden presentarse experiencias de pasividad, influencia o control (p.ej., la experiencia de que los pensamientos no son generados por la persona, sino que son insertados o extraídos de la mente por otros, o que los pensamientos están siendo difundidos a otros). Las alucinaciones son menos frecuentes y comúnmente se acompañan por delirios de persecución o referencia. Por lo general son auditivas (p.ej. voces que adulan), o con menor frecuencia visuales (p.ej., visión de deidades), somáticas, o táctiles.
- Algunos pacientes pueden presentar síntomas o deterioro en su funcionamiento lo suficientemente graves como para requerir intervención inmediata (p.ej., tratamiento con medicamentos estabilizadores del estado de ánimo). Como resultado, sus síntomas pueden no cumplir con los requerimientos diagnósticos de una duración de al menos una semana, ya que se acortan por el tratamiento. En tales casos, aún debe considerarse como un episodio maníaco.
- Un síndrome maníaco que surge durante un tratamiento antidepresivo (p.ej., medicación, terapia electroconvulsiva, luminoterapia, estimulación magnética transcraneal) y que perdura más allá de los efectos fisiológicos conocidos del tratamiento, se codifica como episodio maníaco.

Límites con la normalidad (umbral):

- Los períodos con afecto eufórico o irritable que son enteramente apropiados para el contexto (p.ej., euforia tras ganar la lotería) no cumplen los requisitos para un episodio maníaco.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- El episodio maníaco es raro en la infancia y la adolescencia. Es normal que los niños muestren exceso de excitación o exuberancia en ocasiones especiales como celebraciones o algunos tipos de juegos. El episodio maníaco solo debe considerarse cuando estos comportamientos son episódicos y recurrentes (o se caracterizan por un inicio rápido si es un primer episodio), son inapropiados para el contexto en el que surgen, superan lo que se podría esperar dada la edad o el nivel de desarrollo de la persona, representan un cambio distinto del funcionamiento anterior y están asociados con un deterioro significativo en las áreas del funcionamiento personal, familiar, social, educativo u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Cuando el episodio maníaco ocurre en niños y adolescentes, se pueden observar todas sus características. La información proporcionada por otros informantes (p.ej., los padres), son particularmente importantes en el caso de los niños, para evaluar la naturaleza de los síntomas y la medida en que representan un cambio con respecto al funcionamiento anterior. El estado de ánimo extremo característico del episodio maníaco puede manifestarse como irritabilidad extrema en niños y adolescentes. Los niños más pequeños pueden mostrar rabietas excesivas o graves o una mayor agresión física (p.ej., arrojar cosas o golpear).
- En niños y adolescentes, el incremento de la distracción puede manifestarse como disminución en el rendimiento académico, un aumento del tiempo necesario para completar las tareas escolares o la imposibilidad de completar las tareas.
- El aumento de la autoestima o la grandiosidad asociada con un episodio maníaco debe diferenciarse de la tendencia normal de los niños a sobreestimar sus habilidades y creer que tienen talentos especiales. Las creencias de grandiosidad que se sostienen con evidencia clara de lo contrario o cuando actúa de tal manera que ponen al niño en peligro, son más sugestivas de un episodio maníaco. Ejemplos de manifestaciones de grandiosidad incluyen ideas mágicas o poco realistas en niños más pequeños (p.ej., pensar que pueden volar) o sobreestimación de habilidades o talentos basados en el funcionamiento actual en adolescentes (p.ej., creer que deben entrenar a su equipo deportivo de secundaria).
- Las manifestaciones específicas del aumento de las actividades dirigidas a un objetivo asociadas con el episodio maníaco pueden diferir según la edad. Por ejemplo, un niño más pequeño podría construir proyectos elaborados con bloques, mientras que un adolescente podría desmontar aparatos electrónicos o electrodomésticos.
- Al igual que en los adultos, los niños y adolescentes pueden participar en conductas imprudentes impulsivas durante un episodio maníaco, pero es probable que estos se presenten de manera diferente en niños y adolescentes según el repertorio conductual y el acceso a ciertas actividades específicas. Por ejemplo, un niño puede jugar de forma arriesgada sin tener en cuenta posibles lesiones (p.ej., correr en una calle concurrida, trepar a un árbol alto, intentar volar), mientras que, para los adolescentes, un comportamiento análogo puede incluir conducir rápido, gastar excesivamente o conductas sexuales arriesgadas.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con el episodio hipomaníaco:*** Los síntomas de los episodios maníacos pueden ser cualitativamente similares a los de los episodios hipomaníacos, pero, a diferencia de los episodios hipomaníacos, la alteración del estado de ánimo es lo suficientemente grave como para provocar un deterioro significativo en el ámbito personal, familiar, social, educativo y ocupacional, o en otras áreas importantes del funcionamiento, o se requiere un

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

tratamiento intensivo (p.ej., hospitalización) para evitar daños a sí mismo o a otros, o se acompaña de delirios o alucinaciones.

- ***Límite con el episodio mixto***: Los síntomas maníacos en un episodio mixto pueden ser cualitativamente similares a los del episodio maníaco, pero en el episodio mixto varios síntomas maníacos prominentes ocurren simultáneamente o se alternan rápidamente con varios síntomas depresivos prominentes, como estado de ánimo disfórico, expresión de creencias de inutilidad, desesperanza o ideación suicida.
- ***Límite con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad:*** Muchas características del episodio maníaco, como aumento de la actividad, habla rápida y excesiva, distracción e impulsividad, pueden observarse en personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Diferenciar entre estos trastornos puede ser particularmente difícil entre niños y adolescentes. Sin embargo, en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los síntomas comienzan antes de los 12 años, son persistentes en el tiempo (es decir, no son episódicos) y no están vinculados temporalmente a cambios en el estado de ánimo o la energía (p.ej., no van acompañados de una intensa elevación del estado de ánimo). Sin embargo, las tasas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad son sustancialmente elevadas en comparación con la población general entre niños y adolescentes diagnosticados con trastorno bipolar, y ambos diagnósticos pueden asignarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para cada uno.

Episodio Mixto

Características esenciales (requeridas):

- Presencia de varios síntomas maníacos y depresivos prominentes consistentes con lo observado en los episodios maníacos y episodios depresivos que ocurren de forma simultánea o se alternan rápidamente (día a día o dentro del mismo día). Los síntomas deben incluir un estado de ánimo alterado consistente con un episodio maníaco y/o depresivo (es decir, estado de ánimo deprimido, disfórico, eufórico o expansivo) y estar presente la mayor parte del día, casi todos los días, durante un período de al menos dos semanas, a menos que se acorte por una intervención o tratamiento.
- Cuando los síntomas depresivos predominan en un episodio mixto, los síntomas comunes de manía (de la otra polaridad) son irritabilidad, taquipsiquia, aumento del habla y agitación psicomotora.
- Cuando los síntomas maníacos predominan en el episodio mixto, los síntomas depresivos comunes (de la otra polaridad) son estado de ánimo disfórico, expresión de creencias de inutilidad, desesperanza e ideación suicida.
- Cuando los síntomas depresivos y maníacos se alternan rápidamente durante un episodio mixto, dichas fluctuaciones pueden observarse en el estado de ánimo (p.ej., entre la euforia y la tristeza o disforia), la reactividad emocional (p.ej., entre el afecto aplanado y la intensa o exagerada reactividad a estímulos emocionales), impulso (p.ej., períodos alternados de aumento y disminución de la actividad psicomotora, expresión verbal, deseo sexual, o el apetito), y el funcionamiento cognitivo (p.ej., los períodos de activación e inhibición o desaceleración del pensamiento, atención y memoria).
- Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud (p.ej., tumor cerebral) y no se deben a los efectos de alguna sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

central (p.ej., benzodiacepinas), incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia (p.ej., de cocaína).
- La alteración del estado de ánimo es lo suficientemente grave como para causar un marcado deterioro en las áreas personal, familiar, social, educativa, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento o está acompañada de delirios o alucinaciones.

Características clínicas adicionales:

- Los delirios y alucinaciones características tanto de los episodios depresivos como de los maníacos (ver arriba) pueden ocurrir en episodios mixtos.
- Un síndrome mixto que surge durante un tratamiento antidepresivo (p.ej., medicación, terapia electroconvulsiva, luminoterapia, estimulación magnética transcraneal) y que perdura más allá de los efectos fisiológicos conocidos del tratamiento, se codifica como episodio mixto.

Presentaciones en el desarrollo:

- Existe una investigación limitada sobre los episodios mixtos en niños y adolescentes; sin embargo, existe alguna evidencia que sugiere que los adolescentes con trastornos bipolares pueden tener más probabilidades que los adultos con trastornos bipolares de experimentar Episodios Mixtos.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con el episodio maníaco:*** Los síntomas maníacos en un episodio mixto pueden ser cualitativamente similares a los del episodio maníaco, pero en el episodio mixto varios síntomas maníacos prominentes ocurren simultáneamente o se alternan rápidamente con varios síntomas depresivos como estado de ánimo disfórico, expresión de creencias de inutilidad, desesperanza o ideación suicida.
- ***Límite con el episodio depresivo***: Los síntomas depresivos en un episodio mixto pueden ser cualitativamente similares a los del episodio depresivo, pero en el episodio mixto varios síntomas depresivos prominentes ocurren simultáneamente o se alternan rápidamente con varios síntomas maníacos prominentes como irritabilidad, taquipsiquia o pensamientos acelerados, incremento de la locuacidad o aumento de la actividad.
- ***Límite con el episodio hipomaníaco***: Los síntomas maníacos en un episodio mixto pueden ser cualitativamente similares a los del episodio hipomaníaco, pero, a diferencia de un episodio hipomaníaco, la alteración del estado de ánimo en un episodio mixto es lo suficientemente grave como para provocar un deterioro significativo en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento, o se requiere un tratamiento intensivo (p.ej., hospitalización) para evitar daños a sí mismo o a otros, o se acompañan de delirios o alucinaciones. Además, en el episodio mixto, varios síntomas maníacos prominentes ocurren simultáneamente o se alternan rápidamente con varios síntomas depresivos prominentes como el estado de ánimo disfórico, expresión de creencias de inutilidad, desesperanza o ideación suicida, que no son característicos del episodio hipomaníaco.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Episodio Hipomaníaco:

Características esenciales (requeridas):

- Las dos características siguientes se presentan simultáneamente y persisten al menos la mayor parte del día, casi todos los días, durante varios días:
    - Persistente elevación del estado de ánimo o incremento de la irritabilidad que supone un cambio significativo del estado de ánimo habitual del individuo (p.ej., el cambio es evidente para las personas que conocen bien al individuo). Esto no incluye períodos de estado de ánimo elevado o irritable que son acordes al contexto (p.ej., elevado estado de ánimo después de una graduación académica o relacionado con el enamoramiento). Suelen ocurrir cambios rápidos entre los diferentes estados de ánimo (p.ej., labilidad del estado de ánimo).
    - Incremento en la actividad o experiencia subjetiva de incremento de energía que representa un cambio significativo respecto al nivel habitual del individuo.
- Además, varios de los siguientes síntomas que representan un cambio significativo respecto al comportamiento o estado subjetivo habitual del individuo (p.ej., el cambio es evidente para las personas que conocen bien al individuo):
    - Incremento de la locuacidad o presión del habla (una sensación interna por hablar más).
    - Fuga de ideas o experiencia de pensamientos rápidos o acelerados (p.ej., el discurso salta rápidamente y, en algunos casos, sin lógica, de una idea a la siguiente; la persona afirma que sus pensamientos son rápidos o incluso acelerados y tiene dificultades para permanecer en el tema).
    - Autoestima aumentada o grandiosidad (p.ej., el individuo tiene más confianza en sí mismo que lo habitual)
    - Disminución en la necesidad de dormir (p.ej., la persona reporta sentirse descansada y necesita dormir menos de lo habitual). Esto difiere del insomnio, en donde el individuo quiere dormir, pero no puede.
    - Distraibilidad (p.ej., la persona no puede mantenerse en una tarea, porque la atención se centra en estímulos ambientales menores o irrelevantes, como distraerse demasiado con el ruido exterior durante una conversación).
    - Comportamiento impulsivo o temerario (p.ej., el individuo busca llevar a cabo actividades placenteras sin tener en cuenta las potenciales consecuencias negativas o toma decisiones importantes en ausencia de una planificación adecuada).
    - Incremento en el deseo sexual, sociabilidad o actividad dirigida a una meta.
- Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud (p.ej., tumor cerebral) y no se deben a los efectos de alguna sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso central (p.ej. cocaína, anfetaminas), incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia (p.ej., abstinencia de estimulante).
- La presentación clínica no cumple con los requisitos diagnósticos de un episodio mixto.
- La alteración del estado de ánimo no es lo suficientemente grave como para causar un marcado deterioro en el funcionamiento laboral o en las actividades sociales usuales o las relaciones con otras personas, no requiere hospitalización y no se acompañan de delirios o alucinaciones.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Características clínicas adicionales:

- Un síndrome de hipomanía que surge durante un tratamiento antidepresivo (p.ej., medicación, terapia electroconvulsiva, luminoterapia, estimulación magnética transcraneal) debe considerarse un episodio hipomaníaco si el síndrome persiste después de interrumpir el tratamiento y se cumplen todos los requisitos de diagnóstico de un episodio hipomaníaco después de que es probable que hayan remitido los efectos fisiológicos directos del tratamiento.

Límites con la normalidad (umbral):

- Los episodios hipomaníacos suelen ser difíciles de distinguir entre los períodos normales de elevación del estado de ánimo, por ejemplo, relacionado con los acontecimientos vitales positivos, sobre todo teniendo en cuenta que los episodios hipomaniacos no están asociados con un deterioro funcional significativo. Para poder considerar un episodio hipomaníaco los síntomas deben implicar un cambio significativo respecto al estado de ánimo y comportamiento habitual del individuo.
- La aparición de uno o más episodios hipomaníacos en ausencia de antecedentes de otros tipos de episodios de alteración del estado de ánimo (es decir, maníaco, depresivo o episodios mixtos) no es una base suficiente para el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- Al igual que en los adultos, el episodio hipomaníaco en niños y adolescentes es similar, pero menos grave que el episodio maníaco y puede presentarse durante un período de tiempo más corto. Por lo tanto, la información de la sección anterior sobre *presentaciones en el desarrollo* para el episodio maníaco también puede aplicarse al episodio hipomaníaco.
- El episodio hipomaníaco puede ser difícil de distinguir de los comportamientos normativos del desarrollo en niños y adolescentes (p.ej., cambios en el sueño o irritabilidad durante la adolescencia). Los factores a considerar incluyen la naturaleza episódica y un cambio marcado y concurrente en las cogniciones (p.ej., pensamientos acelerados) o comportamientos (p.ej., aumento del nivel de actividad).
- El aumento de la irritabilidad en los niños pequeños puede manifestarse como rabietas excesivas o más graves o mayor agresión física (p.ej., arrojar cosas o golpear).

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con el episodio maníaco:*** Los síntomas de los episodios hipomaníacos pueden ser cualitativamente similares a los episodios maníacos, pero la alteración del estado de ánimo no es lo suficientemente grave para causar un marcado deterioro en las áreas personal, familiar, social, educativa, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento o requerir un tratamiento intensivo (p.ej., hospitalización) para prevenir la posibilidad de causarse daño a sí mismo o a otros, y tampoco se presentan síntomas psicóticos.
- ***Límite con el episodio mixto:*** Los síntomas maníacos en un episodio mixto pueden ser cualitativamente similares a los del episodio hipomaníaco, pero, a diferencia de un episodio hipomaníaco, la alteración del estado de ánimo en un episodio mixto es lo

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

suficientemente grave como para provocar un deterioro significativo en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional, laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento, o se requiere un tratamiento intensivo (p.ej., hospitalización) para evitar daños a sí mismo o a otros, o se acompaña de delirios o alucinaciones. Además, en el episodio mixto, varios síntomas maníacos prominentes ocurren simultáneamente o se alternan rápidamente con varios síntomas depresivos prominentes como el estado de ánimo disfórico, expresión de creencias de inutilidad, desesperanza o ideación suicida, que no son característicos del episodio hipomaníaco.

- ***Límite con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad***: muchas características del episodio hipomaníaco, como aumento de la actividad, discurso rápido y habla excesiva, distracción e impulsividad, se pueden observar en personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Diferenciar entre estos trastornos puede ser particularmente difícil entre niños y adolescentes. Sin embargo, en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los síntomas comienzan antes de los 12 años, son persistentes en el tiempo (es decir, no son episódicos) y no están vinculados temporalmente a cambios en el estado de ánimo o la energía (p.ej., no van acompañados de elevación del estado de ánimo). Sin embargo, las tasas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad son sustancialmente elevadas entre niños y adolescentes diagnosticados con trastorno bipolar en comparación con la población general, y ambos diagnósticos pueden asignarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para cada trastorno.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Descripciones de los trastornos del estado de ánimo

TRASTORNOS BIPOLARES O RELACIONADOS:

Los *trastornos bipolares o relacionados* son trastornos del estado de ánimo episódicos definidos por la aparición de episodios o síntomas maníacos, mixtos o hipomaníacos. Por lo general, suelen alternarse a lo largo del curso de estos trastornos con episodios depresivos o períodos de síntomas de depresión.

Debido a que los síntomas del trastorno bipolar tipo I y el trastorno bipolar tipo II son sustancialmente similares, excepto por la aparición de episodios maníacos o mixtos en el trastorno bipolar tipo I y episodios hipomaníacos en el trastorno bipolar tipo II, se presenta una lista separada de las características esenciales para cada uno de estos trastornos, pero las otras secciones de la guía (por ejemplo, C*aracterísticas clínicas adicionales, Límites con otros trastornos y condiciones)* se presentan juntas para ambos trastornos.

6A60 Trastorno Bipolar Tipo I

Características esenciales (requeridas):

- Antecedentes de al menos un episodio maníaco o mixto (ver las características esenciales de episodios de alteración del estado de ánimo descritas arriba). Aunque un solo episodio maníaco o mixto es suficiente para el diagnóstico de trastorno bipolar de tipo I, el curso típico del trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de depresión y manía o mixtos. A pesar de que algunos episodios pueden ser hipomaníacos, debe de haber antecedentes de al menos un episodio maníaco o mixto.

  Especificadores del tipo de episodio del estado de ánimo actual, síntomas psicóticos, gravedad del episodio depresivo actual y remisión:

  El tipo de episodio del estado de ánimo actual, así como la gravedad y la presencia o ausencia de síntomas psicóticos en los episodios depresivos actuales y el grado de remisión, deben clasificarse en el trastorno bipolar tipo I. (Véanse las descripciones de síntomas psicóticos y episodio depresivo grave descritos arriba). Las categorías disponibles son las siguientes:

  6A60.0 Trastorno bipolar tipo I, episodio maniaco actual, sin síntomas psicóticos
  6A60.1 Trastorno bipolar tipo I, episodio maniaco actual, con síntomas psicóticos
  6A60.2 Trastorno bipolar tipo I, episodio hipomaniaco actual
  6A60.3 Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual, leve
  6A60.4 Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual, moderado, sin síntomas psicóticos
  6A60.5 Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual, moderado, con síntomas psicóticos
  6A60.6 Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual, grave, sin síntomas psicóticos
  6A60.7 Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual, grave, con síntomas psicóticos
  6A60.8 Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual, gravedad no especificada
  6A60.9 Trastorno bipolar tipo I, episodio mixto actual, sin síntomas psicóticos
  6A60.A Trastorno bipolar tipo I, episodio mixto actual, con síntomas psicóticos

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

6A60.B Trastorno bipolar tipo I, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente maníaco o hipomaníaco
6A60.C Trastorno bipolar tipo I, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente depresivo
6A60.D Trastorno bipolar tipo I, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente mixto
6A60.E Trastorno bipolar tipo I, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente no especificado
6A60. F Trastorno bipolar tipo I, actualmente en remisión total

6A60.0 Trastorno bipolar tipo I, episodio maniaco actual, sin síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio maníaco (véase página __).
- No hay delirios o alucinaciones durante el episodio maníaco actual.

***Nota*:** Si la persona ha experimentado episodios maníacos o mixtos en el pasado, no se requiere una duración de 1 semana para diagnosticar un episodio actual si se cumplen todos los demás requisitos diagnósticos.

6A60.1 Trastorno bipolar tipo I, episodio maniaco actual, con síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio maníaco (véase página __).
- Hay delirios o alucinaciones durante el episodio maníaco actual.

***Nota*:** Si la persona ha experimentado episodios maníacos o mixtos en el pasado, no se requiere una duración de 1 semana para diagnosticar un episodio actual si se cumplen todos los demás requisitos diagnósticos.

6A60.2 Trastorno bipolar tipo I, episodio hipomaniaco actual

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio hipomaníaco (véase página __).

6A60.3 Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual, leve

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo leve (véase página __).

6A60.4 Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual, moderado, sin síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo moderado (véase página __).
- No hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo actual.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

6A60.5 Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual, moderado, con síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo moderado (véase página __).
- Hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo actual.

6A60.6 Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual, grave, sin síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo grave (véase página __).
- No hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo actual.

6A60.7 Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual, grave, con síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo grave (véase página __).
- Hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo actual.

6A60.8 Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual, gravedad no especificada

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo (véase página __)
- No hay información suficiente para determinar la gravedad del episodio depresivo actual.

6A60.9 Trastorno bipolar tipo I, episodio mixto actual, sin síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio mixto (véase página __).
- No hay delirios o alucinaciones durante el episodio mixto actual.

***Nota*:** Si la persona ha experimentado episodios maníacos o mixtos en el pasado, no se requiere una duración de 2 semanas para diagnosticar un episodio actual si se cumplen todos los demás requisitos diagnósticos.

6A60.A Trastorno bipolar tipo I, episodio mixto actual, con síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio mixto (véase página __).
- Hay delirios o alucinaciones durante el episodio mixto actual.

***Nota*:** Si la persona ha experimentado episodios maníacos o mixtos en el pasado, no se requiere una duración de 2 semanas para diagnosticar un episodio actual si se cumplen todos los demás requisitos diagnósticos.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

6A60.B Trastorno bipolar tipo I, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente maníaco o hipomaníaco

- El episodio más reciente fue un episodio maníaco o hipomaníaco (véase página __).
- Ya no se cumplen por completo los requisitos de la definición de un episodio maníaco o hipomaníaco, pero sigue habiendo algunos síntomas maníacos o hipomaníacos significativos. (Tener en cuenta que, en algunos casos, los síntomas residuales del estado de ánimo pueden ser de la polaridad opuesta a los síntomas del episodio más reciente).

6A60.C Trastorno bipolar tipo I, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente depresivo

- El episodio más reciente fue un episodio depresivo (véase página __).
- Ya no se cumplen por completo los requisitos de la definición de un episodio depresivo, pero sigue habiendo algunos síntomas depresivos significativos. (Tener en cuenta que, en algunos casos, los síntomas residuales del estado de ánimo pueden ser de la polaridad opuesta a los síntomas del episodio más reciente).

6A60.D Trastorno bipolar tipo I, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente mixto

- El episodio más reciente fue un episodio mixto (véase página __).
- Ya no se cumplen por completo los requisitos de la definición de un episodio mixto, pero sigue habiendo algunos síntomas anímicos significativos.

6A60.E Trastorno bipolar tipo I, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente no especificado

- Ya no se cumplen por completo los requisitos de la definición de un episodio del estado de ánimo, pero sigue habiendo algunos síntomas del estado de ánimo significativos.
- No hay suficiente información para determinar la naturaleza del episodio más reciente del estado de ánimo.

6A60.F Trastorno bipolar tipo I, actualmente en remisión total

- Actualmente ya no hay síntomas anímicos significativos.

Características del curso:

- Aunque el inicio de un primer episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo ocurre con mayor frecuencia durante la adolescencia tardía, el inicio del trastorno bipolar tipo I puede ocurrir en cualquier momento del ciclo de vida, incluso en la edad adulta. Es más probable que los síntomas del estado de ánimo de aparición tardía sean causados por los efectos de medicamentos o sustancias u otras condiciones médicas.
- La mayoría de las personas que experimentan un solo episodio maníaco desarrollarán episodios del estado de ánimo recurrentes. Más de la mitad de los episodios maníacos serán seguidos inmediatamente por un episodio depresivo.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- El riesgo de recurrencia de los episodios del estado de ánimo en el trastorno bipolar tipo I aumenta con el número de episodios del estado de ánimo previos.
- Las personas con trastorno bipolar tipo I tienen un mayor riesgo de suicidio a lo largo de la vida.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- Las tasas de prevalencia del trastorno bipolar tipo I son similares entre hombres y mujeres, y los hombres tienden a presentar síntomas de inicio más temprano.
- Los episodios maníacos ocurren con mayor frecuencia en los hombres y suelen ser más graves y perjudiciales. Por el contrario, las mujeres tienen más probabilidades de experimentar episodios depresivos, episodios mixtos y ciclos rápidos.
- Los trastornos debidos al consumo de sustancias a menudo coexisten con el trastorno bipolar tipo I entre los hombres, mientras que las mujeres son más propensas a experimentar condiciones médicas comórbidas como migrañas, obesidad y enfermedades de la tiroides, así como trastornos mentales comórbidos, como trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo y trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos.

6A61 Trastorno bipolar tipo II

Características esenciales (requeridas):

- Antecedentes de al menos un episodio hipomaníaco y al menos un episodio depresivo (ver las características esenciales de episodios de alteración del estado de ánimo descritas arriba). El curso habitual del trastorno se caracteriza por episodios depresivos e hipomaníacos recurrentes.

Especificadores del tipo de episodio del estado de ánimo actual, gravedad y síntomas psicóticos en el episodio depresivo actual y remisión:

El tipo de episodio de alteración del estado de ánimo actual, así como la gravedad y la presencia o ausencia de síntomas psicóticos en el episodio depresivo actual y el grado de remisión, deben clasificarse en el trastorno bipolar tipo II. (Véanse las descripciones de síntomas psicóticos y episodio depresivo descritos arriba). Las categorías disponibles son las siguientes:

6A61.0 Trastorno bipolar tipo II, episodio hipomaníaco actual
6A61.1 Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo actual, leve
6A61.2 Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo actual, moderado sin síntomas psicóticos
6A61.3 Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo actual, moderado con síntomas psicóticos
6A61.4 Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo actual, grave sin síntomas psicóticos
6A61.5 Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo actual, grave con síntomas psicóticos
6A61.6 Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo actual, gravedad no especificada
6A61.7 Trastorno bipolar tipo II, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente hipomaníaco

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

6A61.8 Trastorno bipolar tipo II, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente depresivo
6A61.9 Trastorno bipolar tipo II, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente no especificado
6A61.A Trastorno bipolar tipo II, actualmente en remisión total

6A61.0 Trastorno bipolar tipo II, episodio hipomaníaco actual

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio hipomaníaco (véase página __).

6A61.1 Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo actual, leve

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo leve (véase página __).
- No hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo actual.

6A61.2 Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo actual, moderado sin síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo moderado (véase página __).
- No hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo actual.

6A61.3 Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo actual, moderado con síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo moderado (véase página __).
- Hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo actual.

6A61.4 Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo actual, grave sin síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo grave (véase página __).
- No hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo actual.

6A61.5 Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo actual, grave con síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo grave (véase página __).
- Hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo actual.

6A61.6 Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo actual, gravedad no especificada

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo grave (véase página __).
- No hay información suficiente para determinar la gravedad del episodio depresivo actual.

6A61.7 Trastorno bipolar tipo II, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente hipomaníaco

- El episodio más reciente fue un episodio hipomaníaco (véase página __)
- Ya no se cumplen por completo los requisitos diagnósticos de un episodio hipomaníaco, pero sigue habiendo algunos síntomas hipomaníacos significativos. (Tener en cuenta que, en algunos casos, los síntomas residuales del estado de ánimo pueden ser de la polaridad opuesta a los síntomas del episodio más reciente).

6A61.8 Trastorno bipolar tipo II, actualmente en remisión parcial, episodio más reciente depresivo

- El episodio más reciente fue un episodio depresivo (véase página __).
- Ya no se cumplen por completo los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo, pero sigue habiendo algunos síntomas depresivos significativos. (Tener en cuenta que, en algunos casos, los síntomas residuales del estado de ánimo pueden ser de la polaridad opuesta a los síntomas del episodio más reciente).

6A61.9 Trastorno bipolar tipo II, episodio actual en remisión parcial, episodio más reciente no especificado

- Ya no se cumplen por completo los requisitos diagnósticos de un episodio del estado de ánimo, pero sigue habiendo algunos síntomas significativos del estado de ánimo.
- No hay información suficiente para determinar la naturaleza del episodio del estado de ánimo más reciente.

6A61.A Trastorno bipolar Tipo II, actualmente en remisión total

- Actualmente ya no hay síntomas anímicos significativos.

Características del curso:

- El trastorno bipolar tipo II tiene su inicio con mayor frecuencia a mediados de la década de los veinte años, pero también puede iniciar durante la adolescencia tardía y durante la edad adulta temprana y media. La aparición inicial del trastorno bipolar tipo II en adultos mayores es rara.
- Si bien el inicio suele comenzar después de un solo episodio depresivo, algunas personas experimentan varios episodios depresivos antes de que ocurra un episodio hipomaníaco.
- La presencia de experiencias de labilidad afectiva o cambios de humor crónicas o de empeoramiento gradual, particularmente durante la adolescencia y la edad adulta temprana se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar el trastorno bipolar tipo II.
- Hasta el 15% de las personas con trastorno bipolar tipo II podrían desarrollar posteriormente un episodio maníaco que resultará en un cambio de diagnóstico a trastorno bipolar tipo I.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- Los cambios espontáneos dentro de un episodio que va de un episodio depresivo a un episodio hipomaníaco no son infrecuentes.
- El riesgo de recurrencia aumenta con cada episodio de estado de ánimo subsecuente.

Características relacionadas con el sexo y/o género

- Las mujeres tienen más probabilidades de experimentar episodios hipomaníacos, episodios mixtos y ciclos rápidos. El momento de mayor riesgo de un episodio hipomaníaco es durante el período posparto temprano después del parto. En estas circunstancias, se debe asignar un especificador de "episodio perinatal actual". Aproximadamente la mitad de las mujeres que experimentan síntomas hipomaníacos en el posparto desarrollarán más adelante un trastorno depresivo. Distinguir entre las experiencias normales del estado de ánimo y los trastornos del sueño asociados generalmente al cuidado de un recién nacido y los síntomas del trastorno bipolar tipo II es un desafío.

Especificadores de síntomas y presentación del curso para los episodios de alteración del estado de ánimo en los trastornos bipolares I y trastornos bipolares II:

Los especificadores adicionales pueden utilizarse para describir un episodio del estado de ánimo actual en el contexto del trastorno bipolar tipo I (episodios depresivos, maníacos, mixtos o hipomaníacos) y el trastorno bipolar II (episodios depresivos o hipomaníacos). Estos especificadores indican otras características importantes de la presentación clínica o del curso, inicio y patrón de los episodios de alteración del estado de ánimo. Estos especificadores no son mutuamente excluyentes y se pueden añadir todos los que correspondan. (Cabe señalar que estos mismos especificadores, con excepción del especificador de ciclos rápidos, pueden utilizarse también para los episodios depresivos actuales en el contexto del trastorno depresivo. El especificador de ciclos rápidos es específico del trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II).

Los especificadores disponibles son los siguientes:

Con síntomas de ansiedad prominentes (6A80.0)

- Este especificador puede utilizarse si en el contexto del actual episodio depresivo, maníaco, mixto o hipomaníaco han estado presentes al menos el tiempo que dura el episodio, síntomas de ansiedad prominentes y clínicamente significativos (p.ej., sentirse nervioso, ansioso o al límite, no ser capaz de controlar los pensamientos de preocupación, miedo a que algo terrible vaya a suceder, tener problemas para relajarse, ataques de pánico, tensión motora, síntomas autonómicos). Si ha habido ataques de pánico durante el actual episodio depresivo o mixto, se debe codificar por separado (ver el especificador “con ataques de pánico”). Este especificador puede utilizarse independientemente de que se cumplan o no los requisitos de diagnóstico de un trastorno de ansiedad o trastorno relacionado con el miedo, en cuyo caso también se debe diagnosticar el trastorno de ansiedad o trastorno relacionado con el miedo.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Con ataques de pánico (6A80.1)

- Este especificador puede utilizarse si, en el contexto del episodio actual, ha habido ataques de pánico durante el último mes que ocurren específicamente en respuesta a rumiaciones depresivas u otros pensamientos que provocan ansiedad. Si los ataques de pánico ocurren exclusivamente en respuesta a tales pensamientos, se debe usar el especificador "con ataques de pánico" en lugar de un diagnóstico comórbido adicional de trastorno de pánico. Si algunos ataques de pánico durante el transcurso del episodio depresivo o mixto han sido inesperados y no exclusivamente en respuesta a pensamientos depresivos o que provocan ansiedad y se cumplen todos los requisitos de diagnóstico del trastorno de pánico, se debe asignar un diagnóstico de trastorno de pánico por separado.

Episodio depresivo actual persistente (6A80.2)

- Este especificador puede utilizarse si se cumplen los requisitos diagnósticos para un episodio depresivo en el momento actual y se han cumplido de forma continua durante al menos los 2 últimos años.

Episodio depresivo actual con melancolía (6A80.3)

- Este especificador puede utilizarse si, en el contexto de un episodio depresivo actual, varios de los siguientes síntomas han estado presentes durante el peor período del episodio actual:

    - Pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades que habitualmente disfrutaba (es decir, la anhedonia generalizada).
    - Falta de reactividad emocional al entorno y eventos normalmente placenteros (es decir, el estado de ánimo no se eleva ni siquiera transitoriamente con la exposición).
    - Insomnio terminal (es decir, despertar por la mañana dos horas o más antes de la hora habitual).
    - Los síntomas depresivos empeoran por la mañana.
    - Marcado retardo psicomotor o agitación.
    - Marcada pérdida de apetito o pérdida de peso.

Con patrones estacionales (6A8.4)

- Este especificador puede utilizarse en el trastorno bipolar tipo I o el trastorno bipolar tipo II si ha habido un patrón estacional regular en el inicio y la remisión de al menos un tipo de episodio (p.ej., depresivo, maníaco, mixto o hipomaníaco). Los otros tipos de episodios de alteración del estado de ánimo pueden no seguir este patrón.
- Una mayoría sustancial de los episodios de alteración del estado de ánimo relevantes debe corresponder con el patrón estacional.
- El patrón estacional puede diferenciarse de un episodio que coincide con una estación en particular, pero se relaciona principalmente con un factor de estrés psicológico que ocurre regularmente en esa época del año (p.ej., el desempleo estacional).

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Con ciclos rápidos (6A8.5)

- Este especificador puede utilizarse si el trastorno bipolar tipo I o el trastorno bipolar tipo II se caracteriza por una alta frecuencia de episodios de alteración del estado de ánimo (al menos cuatro) en el transcurso de los últimos 12 meses. Puede haber un cambio desde una polaridad del estado de ánimo a la otra, o los episodios de alteración del estado de ánimo pueden estar delimitados por un período de remisión.
- En individuos con una alta frecuencia de episodios de alteración del estado de ánimo, algunos pueden ser más cortos que los usualmente observados en el trastorno bipolar tipo I o trastorno bipolar tipo II. En particular, los períodos depresivos pueden durar sólo unos días. Sin embargo, si los síntomas de depresión o manía se alternan muy rápidamente (es decir, de un día a otro o dentro del mismo día), un episodio mixto puede diagnosticarse en lugar de ciclos rápidos.

En el contexto del trastorno bipolar tipo I o trastorno bipolar tipo II, los episodios del estado de ánimo que ocurren durante el embarazo o que comienzan dentro de las 6 semanas posteriores al parto (lo que se conoce como puerperio) se pueden identificar utilizando uno de los siguientes dos códigos de diagnóstico adicionales, dependiendo de si están presentes delirios, alucinaciones u otros síntomas psicóticos. Estos diagnósticos deben asignarse además del diagnóstico correspondiente de trastorno bipolar.

6E20 Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el nacimiento de un bebé o el puerperio, sin síntomas psicóticos

- Este código diagnóstico adicional puede utilizarse para los episodios de alteración del estado de ánimo que surgen durante el embarazo o que comienzan dentro de las 6 semanas posteriores al parto que no incluyen delirios alucinaciones u otros síntomas psicóticos. Esta denominación no debe utilizarse para describir los síntomas depresivos leves y transitorios que no cumplen con los requisitos diagnósticos para un episodio depresivo que pueden ocurrir después del parto (la llamada tristeza puerperal, postparto o "baby-blues").

6E21 Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el nacimiento de un bebé o el puerperio, con síntomas psicóticos

- Este código diagnóstico adicional puede utilizarse para los episodios de alteración del estado de ánimo que surgen durante el embarazo o que comienzan dentro de las 6 semanas posteriores al parto que incluyen delirios alucinaciones u otros síntomas psicóticos. Esta denominación no debe utilizarse para describir los síntomas depresivos leves y transitorios que no cumplen con los requisitos diagnósticos para un episodio depresivo que pueden ocurrir después del parto (la llamada tristeza puerperal, postparto o "baby-blues").

***Nota*:** Para las siguientes secciones, véase también el material dentro de episodio depresivo (p. 3), episodio maníaco (p. 8), episodio mixto (p.10) y episodio hipomaníaco (p.11). En estas secciones se incluye material sobre características clínicas adicionales, límite con la normalidad (umbral), presentaciones del desarrollo y límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial) que se relacionan específicamente con los episodios del estado de

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

ánimo, mientras que el material que se centra en el trastorno bipolar tipo I y el trastorno bipolar tipo II de forma general se muestra a continuación.

Características clínicas adicionales para el trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II:

- En combinación con antecedentes de uno o más episodios depresivos, un episodio mixto, maníaco o hipomaníaco provocado por tratamiento antidepresivo (p.ej., medicación, terapia electroconvulsiva, fototerapia, estimulación magnética transcraneal), es motivo de un diagnóstico de trastorno bipolar tipo I o trastorno bipolar tipo II si el síndrome persiste después de interrumpir el tratamiento y se cumplen todos los requisitos de diagnóstico del episodio del estado de ánimo después de que es probable que hayan remitido los efectos fisiológicos directos del tratamiento.
- Los períodos interepisódicos pueden caracterizarse por una remisión completa de los síntomas o por la presencia de síntomas residuales hipomaníacos, maníacos, mixtos o depresivos, en cuyo caso, un especificador de "remisión parcial" debe ser utilizado.
- El riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos diagnosticados con trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II que entre la población general, particularmente durante los episodios depresivos y mixtos, así como entre los individuos con ciclos rápidos.
- Los ataques de pánico recurrentes en el trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II suelen ser indicativos de mayor gravedad, peor respuesta al tratamiento y mayor riesgo de suicidio.
- Los antecedentes familiares son un factor importante a considerar ya que la heredabilidad de los trastornos bipolares es la más alta de todos los trastornos mentales.
- Cuando los individuos con trastorno bipolar tipo II buscan atención en servicios clínicos, lo hacen invariablemente durante los episodios depresivos, ya que los individuos que presentan un episodio hipomaníaco suelen tener una experiencia subjetiva de mejor funcionamiento (p.ej., mayor productividad y creatividad en el trabajo), y, por lo mismo, rara vez buscan atención clínica durante estos episodios. Por lo tanto, los episodios hipomaníacos generalmente deben ser evaluados retrospectivamente en los individuos que presentan depresión.
- Los individuos que se diagnostican inicialmente con trastorno bipolar tipo II tienen alto riesgo de presentar un episodio maníaco o mixto a lo largo de su vida. Si esto ocurre, el diagnóstico debe ser cambiado por trastorno bipolar tipo I.
- Los pacientes diagnosticados con trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II tienen alto riesgo de desarrollar una serie de condiciones de salud que afectan el sistema cardiovascular (p.ej., hipertensión) y el metabolismo (p.ej., hiperglucemia), algunos de los cuales, se deben a los efectos del uso crónico de medicamentos para trastornos bipolares.
- Los individuos con trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II presentan altos índices de comorbilidad con otros trastornos mentales y del comportamiento o trastornos del neurodesarrollo, más comúnmente con los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo, así como con trastornos debido al uso de sustancias.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Límites con la normalidad (umbral) para trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II:

- La presencia o antecedentes de episodios hipomaníacos en la ausencia de antecedentes de al menos un episodio depresivo no es base suficiente para un posible diagnóstico de trastorno bipolar II.

Características relacionadas con la cultura para trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II:

- Los estudios indican que la prevalencia de los trastornos bipolares o trastornos relacionados varía entre grupos culturales, étnicos y migrantes, en función del estrés social. La expresión de los síntomas también puede variar y estar moldeada por modismos culturales comunes, historias culturales o personales que son prominentes en la formación de la identidad y se expresan como ideas o creencias grandiosas. Por ejemplo, la grandiosidad puede expresarse de maneras culturalmente específicas, de modo que un individuo musulmán que experimenta un episodio maníaco puede creer que es Mahoma, mientras que un individuo cristiano puede creer que es Jesús. Los individuos del grupo cultural de la persona pueden ayudar a distinguir las expresiones normativas de creencias o rituales de las experiencias y comportamientos maníacos o psicóticos.
- En algunos contextos culturales, los cambios de humor se expresan más fácilmente en forma de síntomas corporales (p.ej., dolor, fatiga, debilidad) en lugar de informarse directamente como síntomas psicológicos.
- Algunos tipos de síntomas pueden considerarse más vergonzosos o graves de acuerdo con las normas culturales, lo que genera sesgos en los informes. Por ejemplo, algunas culturas pueden enfatizar más la vergüenza que la culpa, mientras que en otras el comportamiento y el pensamiento suicida pueden estar prohibidos. En algunos grupos culturales, características como la tristeza y la falta de productividad pueden percibirse como signos de debilidad personal y, por lo tanto, no se informan adecuadamente.
- La relevancia cultural de los síntomas depresivos puede variar entre los grupos sociales como resultado de diferentes 'guiones' culturales para el trastorno que hacen que tipos específicos de síntomas sean más prominentes, por ejemplo: psicológicos (p.ej., tristeza, entumecimiento emocional, rumiación), morales (p.ej., culpa, inutilidad), social/interpersonal (p.ej., falta de productividad, relaciones conflictivas), hedónicos (p.ej., disminución del placer), espirituales (p.ej., sueños de familiares muertos) o síntomas somáticos (p.ej., insomnio, dolor, fatiga , mareos).

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial) para trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II:

- ***Límite con trastorno ciclotímico:*** En el trastorno ciclotímico, el número, gravedad y/o duración de los síntomas depresivos no deben haber cumplido nunca con el umbral requerido para el episodio depresivo y no debe de haber evidencia de antecedentes de episodios mixtos o maníacos.
- ***Límite con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH):*** Aunque un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto puede incluir síntomas característicos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), tales como distracción, hiperactividad e impulsividad, el trastorno bipolar tipo I y el trastorno bipolar tipo II se distinguen del TDAH por su naturaleza episódica y porque van acompañados de estado de ánimo elevado eufórico o irritable. El TDAH y el trastorno bipolar tipo I y trastorno

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

bipolar tipo II pueden presentarse simultáneamente y, cuando esto ocurre, los síntomas de TDAH tienden a empeorar durante los episodios hipomaníacos, maníacos o mixtos.

- ***Límite con la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios:*** La presentación no se explica mejor por un diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psicótico primario. Los individuos con trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II pueden presentar síntomas psicóticos durante los episodios depresivos y los individuos con trastorno bipolar I pueden presentar síntomas psicóticos durante los episodio maníacos o mixtos, pero estos síntomas suceden únicamente durante los episodios de alteración del estado de ánimo. Por el contrario, los individuos con un diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psicótico primario pueden experimentar síntomas depresivos o maníacos significativos durante los episodios psicóticos. En estos casos, si los síntomas no cumplen con los requisitos diagnósticos del episodio depresivo, maníaco o mixto, su presencia y gravedad en el contexto de un diagnóstico de trastorno psicótico se puede indicar mediante el uso de las escalas de especificadores de las "manifestaciones sintomáticas de los trastornos psicóticos primarios", es decir, "con síntomas depresivos en trastorno psicótico primario" o "con síntomas maníacos en trastornos psicóticos primarios". Si se cumplen todos los requisitos diagnósticos simultáneamente o con pocos días entre cada uno, tanto para el episodio depresivo, maníaco o mixto, como para la esquizofrenia, el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo debe ser asignado en lugar de trastorno bipolar tipo I o trastorno bipolar tipo II. Un episodio hipomaníaco superpuesto a una esquizofrenia no corresponde al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. Sin embargo, un diagnóstico de trastorno bipolar tipo I o trastorno bipolar tipo II puede presentarse a la par con un diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psicótico primario, y ambos diagnósticos pueden ser asignados si se cumplen todos los requisitos diagnósticos para ambos trastornos y los síntomas psicóticos se presentan fuera de los episodios de alteración del estado de ánimo.
- ***Límite con trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo:*** Los síntomas de ansiedad, incluyendo los ataques de pánico, son comunes en el trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II, y en algunos individuos pueden ser un aspecto importante de la presentación clínica. En esos casos, el especificador "con síntomas de ansiedad prominentes" debe ser utilizado para el diagnóstico de síntomas de ansiedad no relacionados con el pánico. Si los síntomas de ansiedad cumplen con los requisitos de la definición de un trastorno de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo, el diagnóstico adecuado del grupo de trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo también debe asignarse. Si los ataques de pánico suceden completamente en el contexto de una ansiedad asociada con un episodio depresivo, hipomaníaco, maníaco o mixto en el trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II, deben ser asignados adecuadamente utilizando el especificador "con ataques de pánico". Sin embargo, si el ataque de pánico también se produce fuera de los episodios sintomáticos del estado de ánimo, se debe considerar por separado un diagnóstico de trastorno de pánico. Se pueden asignar ambos especificadores si se justifica.
- ***Límite con los trastornos de la personalidad:*** Los individuos con un trastorno de la personalidad pueden presentar impulsividad o inestabilidad del estado de ánimo, pero un trastorno de la personalidad no incluye episodios depresivos, hipomaníacos, maníacos o mixtos. Sin embargo, es relativamente común que el trastorno de la personalidad y el trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II aparezcan simultáneamente. Los síntomas de personalidad deben ser evaluados fuera del contexto del episodio del estado de ánimo para evitar mezclar los síntomas de un episodio del estado de ánimo con rasgos de personalidad, pero ambos diagnósticos pueden ser asignados si los requisitos diagnósticos para ambos se cumplen en su totalidad.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- ***Límite con trastorno oposicionista y desafiante:*** Es común que surja como parte de un trastorno del estado de ánimo, particularmente entre niños y adolescentes, debido a los patrones de desobediencia y los síntomas de irritabilidad/ira. Por ejemplo, la desobediencia puede provocar numerosos síntomas de depresión (p.ej., disminución del interés o placer en actividades, dificultades para concentrarse, desesperanza, retardo psicomotor, disminución de la energía). Durante los episodios hipomaníacos o maníacos, los individuos son menos propensos a seguir las normas y cumplir con instrucciones. El trastorno oposicionista y desafiante suele ser comórbido con trastornos del estado de ánimo, y la irritabilidad/ira pueden ser síntomas comunes en estos trastornos. Cuando se producen principalmente problemas del comportamiento en el contexto de episodios hipomaníacos, maníacos, depresivos o mixtos, debe asignarse por separado un diagnóstico de trastorno oposicionista y desafiante. Sin embargo, ambos diagnósticos pueden asignarse si todos los requisitos para la definición de ambos trastornos se cumplen o los problemas de comportamiento asociados con el trastorno oposicionista y desafiante se observan fuera de la aparición del episodio del estado de ánimo. Si procede, se puede utilizar el especificador del trastorno oposicionista y desafiante "con irritabilidad-ira crónica".
- ***Límite con trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias:*** Un síndrome depresivo, hipomaníaco, maníaco o mixto debido a los efectos de una sustancia o medicamento diferente a la medicación antidepresiva en el sistema nervioso central (p.ej., cocaína, anfetaminas), incluyendo el síndrome de abstinencia, debe ser diagnosticado como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias en lugar de trastorno bipolar tipo I o trastorno bipolar tipo II. Se debe evaluar la presencia de alteraciones continuas del estado de ánimo una vez que disminuyan los efectos fisiológicos de la sustancia relevante.
- ***Límite con otro trastorno mental:*** La irritabilidad es un síntoma que también puede observarse en otros trastornos (p.ej., trastorno depresivo, trastorno de ansiedad generalizada). Con el fin de atribuir estos síntomas a un episodio de manía, hipomanía o mixto, el clínico debe establecer el patrón episódico de los síntomas y la aparición simultánea con otros síntomas consistentes con episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos.
- ***Límite con síndrome secundario del estado de ánimo:*** Un síndrome depresivo, hipomaníaco, maníaco o mixto que es una manifestación de otra condición de salud, debe diagnosticarse como un síndrome secundario del estado de ánimo en lugar de un trastorno bipolar tipo I o trastorno bipolar tipo II.

6A62 Trastorno ciclotímico

Características esenciales (requeridas):

- Inestabilidad del estado de ánimo durante un período prolongado de tiempo (es decir, 2 años o más) caracterizada por numerosos períodos hipomaníacos y depresivos. (En niños y adolescentes, el estado de ánimo deprimido puede manifestarse como irritabilidad generalizada). Los períodos hipomaniacos pueden o no ser lo suficientemente graves o prolongados para cumplir con los requisitos diagnósticos para un episodio hipomaníaco.
- Los síntomas del estado de ánimo están presentes durante la mayor parte de los días. Si bien los intervalos breves sin síntomas son consistentes con el diagnóstico, nunca hay períodos prolongados sin síntomas (p.ej., que duran 2 meses o más) desde el inicio

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

del trastorno.
- No hay antecedentes de episodios maníacos o mixtos.
- Durante los primeros 2 años del trastorno, nunca ha habido un período de 2 semanas durante el cual el número y la duración de los síntomas hayan sido suficientes para cumplir con los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo.
- Los síntomas no son una manifestación de otra condición médica (p.ej., hipertiroidismo) y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso central (p.ej., estimulantes), incluidos los efectos de abstinencia.
- Los síntomas provocan un malestar significativo por experimentar una inestabilidad persistente del estado de ánimo o un deterioro significativo en las áreas personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento. Si el funcionamiento se mantiene es debido a un esfuerzo adicional significativo.

Características clínicas adicionales:

- En los niños, puede ser apropiado asignar el diagnóstico de trastorno ciclotímico después de un período un poco más breve de síntomas iniciales (p.ej., 1 año).
- Las personas diagnosticadas inicialmente con trastorno ciclotímico tienen un alto riesgo de desarrollar trastorno bipolar tipo I o bipolar tipo II a lo largo de su vida.
- Las personas con trastorno ciclotímico no suelen presentar síntomas psicóticos.

Límites con la normalidad (umbral):

- El trastorno ciclotímico se distingue de variaciones normales del estado de ánimo por los antecedentes de malestar o dificultades en el funcionamiento debido a las repetidas apariciones de alteración del estado de ánimo.

Características del curso:

- El curso del trastorno ciclotímico suele ser gradual y persistente. El inicio del trastorno ciclotímico ocurre comúnmente durante la adolescencia o la edad adulta temprana y puede ser difícil de diferenciar de la inestabilidad normal del estado de ánimo asociada con los cambios hormonales de la pubertad.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- El inicio del trastorno ciclotímico en los niños ocurre generalmente antes de los 10 años. Los síntomas de irritabilidad (particularmente durante períodos de bajo estado de ánimo) y las alteraciones del sueño son a menudo las características clínicas prominentes y los motivos por los que se acude a consulta.
- El trastorno ciclotímico está infra diagnosticado en niños y adolescentes a pesar de la evidencia de una mayor prevalencia de este trastorno en este grupo de edad en comparación con los trastornos bipolares tipo I y tipo II. Sin embargo, la trayectoria más común en niños y adolescentes es la remisión de síntomas y sólo una minoría mantendrá el diagnóstico en la edad adulta o tendrá un alto riesgo de desarrollar un trastorno bipolar tipo I o bipolar tipo II.
- La comorbilidad con otros trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo es común en niños y adolescentes con trastorno ciclotímico, en particular con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Características relacionadas con la cultura:

- Existe poca información disponible sobre las influencias culturales en el trastorno ciclotímico. La información de las características relacionadas con la cultura para el trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II (p.25) pueden ser relevantes.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- No se conocen diferencias por sexo/género en las tasas de prevalencia en el trastorno ciclotímico.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con el trastorno depresivo de episodio único y trastorno depresivo recurrente:*** Durante los primeros 2 años del trastorno, los períodos depresivos en el trastorno ciclotímico no deberían ser suficientes para cumplir con los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo. Fuera de este período de 2 años, puede haber casos en los que los síntomas sean lo suficientemente graves como para constituir un episodio depresivo. En tales casos, si no hay antecedentes de episodios hipomaníacos, se puede diagnosticar un trastorno depresivo de episodio único o un trastorno depresivo recurrente junto con el trastorno ciclotímico.
- ***Límite con el trastorno bipolar tipo I:*** Si el número y la gravedad de los síntomas alcanzan el umbral para el diagnóstico de un episodio maníaco o un episodio mixto en el contexto de un trastorno ciclotímico en curso, el diagnóstico debe ser cambiado por trastorno bipolar tipo I.
- ***Límite con trastorno bipolar tipo II:*** Si el número y la gravedad de los síntomas alcanzan el umbral de diagnóstico para el trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente en el contexto de un trastorno ciclotímico en curso y el individuo tiene antecedentes de episodios hipomaníacos, pero no tiene antecedentes de episodios maníacos o mixtos, el diagnostico debe ser cambiado por trastorno bipolar tipo II.
- ***Límite con trastorno por déficit de atención e hiperactividad:*** Aunque los síntomas hipomaníacos pueden solaparse con síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tales como distracción, hiperactividad e impulsividad, los episodios hipomaníacos se distinguen del trastorno por déficit de atención e hiperactividad por su naturaleza episódica y porque van acompañados de estado de ánimo elevado eufórico o irritable. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno ciclotímico pueden presentarse simultáneamente y, cuando esto ocurre, los síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienden a empeorar durante los episodios hipomaníacos.
- ***Límite con trastorno oposicionista y desafiante:*** Es común que surja como parte de un trastorno del estado de ánimo, particularmente en niños y adolescentes, debido a los patrones de desobediencia y los síntomas de irritabilidad/ira. En particular, la desobediencia puede provocar numerosos síntomas de depresión (p.ej., disminución del interés o placer en actividades, dificultades para concentrarse, desesperanza, retardo psicomotor, disminución de la energía). Durante los episodios hipomaníacos es menos probable que los individuos sigan la normas y cumplan con las instrucciones. Los individuos con trastorno oposicionista y desafiante no muestran la característica episódica del trastorno ciclotímico, pero el trastorno oposicionista y desafiante suele ser comórbido con trastornos del estado de ánimo, y la irritabilidad/ira pueden ser síntomas comunes en estos trastornos. Cuando los problemas de conducta ocurren principalmente en el contexto de un trastorno del estado de ánimo, no se debe asignar un diagnóstico separado

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

de trastorno oposicionista y desafiante. Sin embargo, se pueden asignar ambos diagnósticos si se cumplen todos los requisitos diagnósticos para ambos trastornos y se observan los problemas de conducta asociados con el trastorno oposicionista y desafiante fuera de los períodos de alteración del estado de ánimo. El especificador de trastorno oposicionista y desafiante "con irritabilidad-ira crónica" se puede utilizar si procede.

- ***Límite con trastorno de la personalidad:*** Los individuos con trastorno de la personalidad pueden presentar impulsividad o inestabilidad emocional, pero el trastorno ciclotímico no incluye problemas persistentes en el funcionamiento de los aspectos del yo ni la disfunción interpersonal que caracteriza a los trastornos de la personalidad. Los trastornos de personalidad deben ser evaluados fuera del contexto de un episodio del estado de ánimo para evitar confundir los síntomas de un episodio del estado de ánimo con rasgos de la personalidad, aunque ambos diagnósticos pueden ser asignados si los requisitos diagnósticos para ambos diagnósticos se cumplen por completo.
- ***Límite con síndrome secundario del estado de ánimo:*** Una inestabilidad emocional crónica que es una manifestación de otra condición de salud debe diagnosticarse como un síndrome secundario del estado de ánimo en lugar de un trastorno ciclotímico.
- ***Límite con trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias:*** Una inestabilidad emocional crónica debida a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (p.ej., benzodiacepinas), incluyendo el síndrome de abstinencia (p.ej., abstinencia de estimulantes), debe ser diagnosticado como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias en lugar de trastorno ciclotímico.

6A6Y Otros trastornos bipolares o relacionados especificados

Características esenciales (requeridas):

- La presentación se caracteriza por síntomas maníacos o hipomaníacos (con o sin síntomas depresivos) que comparten características clínicas primarias con otros trastornos bipolares o relacionados (por ejemplo, elevación persistente del estado de ánimo).
- Los síntomas no cumplen los requisitos diagnósticos de ningún otro trastorno del grupo de trastornos bipolares o relacionados.
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo (por ejemplo, trastorno esquizoafectivo, trastorno debido a conductas adictivas, trastorno de la personalidad).
- Los síntomas y comportamientos no son una manifestación de otra condición médica y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (por ejemplo, alcohol, cocaína), incluidos los efectos de abstinencia.
- Los síntomas ocasionan malestar o deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes. Si se mantiene el funcionamiento es solo mediante un esfuerzo adicional significativo.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Los *trastornos depresivos* se caracterizan por el estado de ánimo depresivo (p.ej., triste, irritable, vacío) o pérdida de placer acompañada por otros síntomas cognitivos, del comportamiento o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo para funcionar. Un trastorno depresivo no debe diagnosticarse en aquellos individuos que han experimentado alguna vez un episodio maniaco, mixto o hipomaníaco, lo cual, indicaría la presencia de un trastorno bipolar.

Debido a que la presentación del trastorno depresivo de episodio único es la misma que la del trastorno depresivo recurrente, excepto por la aparición de episodios depresivos previos, se presenta una lista separada de las características esenciales para cada uno de estos trastornos, pero las otras secciones de la guía (por ejemplo, *Características clínicas adicionales*, *Límites con otros trastornos y condiciones*) se presentan juntas para ambos trastornos.

6A70 Trastorno depresivo de episodio único

Características esenciales (requeridas):

- Presencia o antecedentes de un trastorno depresivo de episodio único (véase características esenciales descritas arriba).
- No hay antecedentes de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, lo cual, indicaría la presencia de un trastorno bipolar.

Especificadores de gravedad, síntomas psicóticos, y remisión*:*

El episodio depresivo en el trastorno depresivo de episodio único debe clasificarse de acuerdo con la gravedad del episodio o con el grado de remisión. Los episodios moderados y graves también deben clasificarse de acuerdo con la presencia o ausencia de síntomas psicóticos. (Véanse las descripciones de gravedad del episodio y síntomas psicóticos en el apartado de episodio depresivo descrito arriba). Las categorías disponibles son las siguientes:

6A70.0 Trastorno depresivo de episodio único, leve
6A70.1 Trastorno depresivo de episodio único, moderado, sin síntomas psicóticos
6A70.2 Trastorno depresivo de episodio único, moderado, con síntomas psicóticos
6A70.3 Trastorno depresivo de episodio único, grave, sin síntomas psicóticos
6A70.4 Trastorno depresivo de episodio único, grave, con síntomas psicóticos
6A70.5 Trastorno depresivo de episodio único, gravedad no especificada
6A70.6 Trastorno depresivo de episodio único, actualmente en remisión parcial
6A70.7 Trastorno depresivo de episodio único, actualmente en remisión total

6A70.0 Trastorno depresivo de episodio único, leve

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo leve (véase página __).
- No hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo.

6A70.1 Trastorno depresivo de episodio único, moderado, sin síntomas psicóticos

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo moderado (véase página __).
- No hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo.

6A70.2 Trastorno depresivo de episodio único, moderado, con síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo moderado (véase página __).
- Hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo.

6A70.3 Trastorno depresivo de episodio único, grave, sin síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo grave (véase página __).
- No hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo.

6A70.4 Trastorno depresivo de episodio único, grave, con síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo grave (véase página __).
- Hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo.

6A70.5 Trastorno depresivo de episodio único, gravedad no especificada

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo (véase página __).
- No hay suficiente información para determinar la gravedad del episodio depresivo.

6A70.6 Trastorno depresivo de episodio único, actualmente en remisión parcial

- Ya no se cumplen por completo los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo, pero sigue habiendo algunos síntomas depresivos significativos.

6A70.7 Trastorno depresivo de episodio único, actualmente en remisión total

- Actualmente ya no hay síntomas depresivos significativos.

6A71 Trastorno depresivo recurrente

Características esenciales (requeridas):

- Antecedentes de al menos dos episodios depresivos (véase características esenciales descritas arriba) que pueden incluir un episodio actual, separados por varios meses sin alteración significativa del estado de ánimo.
- No hay antecedentes de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, lo cual, indicaría la presencia de un trastorno bipolar.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Especificadores de gravedad, síntomas psicóticos, y remisión:

El episodio depresivo en el contexto del trastorno depresivo recurrente puede clasificarse de acuerdo con la gravedad del episodio actual o con el grado de remisión. Los actuales episodios moderados y graves también deben clasificarse de acuerdo con la presencia o ausencia de síntomas psicóticos. (Véanse las descripciones de gravedad del episodio y síntomas psicóticos en el apartado de episodio depresivo descrito arriba). Las categorías disponibles son las siguientes:

6A71.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
6A71.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, sin síntomas psicóticos
6A71.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, con síntomas psicóticos
6A71.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, sin síntomas psicóticos
6A71.4 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, con síntomas psicóticos
6A71.5 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual, gravedad no especificada
6A71.6 Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión parcial
6A71.7 Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión total

6A71.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual, leve

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo leve (véase página __).
- No hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo actual.

6A71.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual, moderado, sin síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo moderado (véase página __).
- No hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo actual.

6A71.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual, moderado, con síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo moderado (véase página __).
- Hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo actual.

6A71.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual, grave, sin síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo grave (véase página __).
- No hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo actual.

6A71.4 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual, grave, con síntomas psicóticos

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo grave (véase página __).

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- Hay delirios o alucinaciones durante el episodio depresivo actual.

6A71.5 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual, gravedad sin especificar

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo (véase página __).
- No hay información suficiente para determinar la gravedad del episodio depresivo actual.

6A71.6 Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión parcial

- Ya no se cumplen por completo los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo, pero sigue habiendo algunos síntomas depresivos significativos.

6A71.7 Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión total

- Actualmente ya no hay síntomas depresivos significativos.

Especificadores de síntomas y presentación del curso para los trastornos depresivos de episodio único y recurrentes

Los especificadores adicionales pueden ser aplicados para describir la presentación y características de un episodio depresivo actual en el contexto del trastorno depresivo de episodio único o en el trastorno depresivo recurrente. Estos especificadores indican otras características importantes de la presentación clínica o del curso, inicio y patrón de los episodios depresivos. Estos especificadores no son mutuamente excluyentes y se pueden añadir todos los que correspondan. (Cabe señalar que estos mismos especificadores pueden utilizarse también para los episodios depresivos actuales en el contexto del trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II.

Los especificadores disponibles son los siguientes:

Con síntomas de ansiedad prominentes (6A80.0)

- Este especificador puede ser aplicado si, en el contexto de un episodio depresivo actual, han estado presentes la mayor parte del tiempo durante el episodio, síntomas de ansiedad prominentes (p.ej., sentirse nervioso, ansioso o al límite, no ser capaz de controlar los pensamientos preocupantes, miedo a que algo terrible vaya a suceder, tener problemas para relajarse, ataques de pánico, tensión motora, síntomas autonómicos). Si se han presentado ataques de pánico durante el episodio depresivo actual, éstos deben ser codificados de forma separada (ver abajo). Cuando se cumplen los requisitos diagnósticos, tanto para un episodio depresivo como para un trastorno de ansiedad y trastorno relacionado con el miedo, el trastorno de ansiedad y trastorno relacionado con el miedo también debe diagnosticarse.

Con ataques de pánico (6A80.1)

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- Este especificador puede utilizarse si, en el contexto del episodio actual, ha habido ataques de pánico durante el último mes que ocurren específicamente en respuesta a rumiaciones depresivas u otros pensamientos que provocan ansiedad. Si los ataques de pánico ocurren exclusivamente en respuesta a tales pensamientos, se debe usar el especificador "con ataques de pánico" en lugar de un diagnóstico comórbido adicional de trastorno de pánico. Si algunos ataques de pánico durante el transcurso del episodio depresivo han sido inesperados y no exclusivamente en respuesta a pensamientos depresivos o que provocan ansiedad y se cumplen todos los requisitos de diagnóstico del trastorno de pánico, se debe asignar un diagnóstico de trastorno de pánico por separado.

Episodio depresivo actual persistente (6A80.2)

- Este especificador puede utilizarse si se cumplen los requisitos diagnósticos para un episodio depresivo en el momento actual y se han cumplido de forma continua durante al menos los 2 últimos años.

Episodio depresivo actual con melancolía (6A80.3)

- Este especificador puede utilizarse si, en el contexto de un episodio depresivo actual, varios de los siguientes síntomas han estado presentes durante el peor período del episodio actual:
  - Pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades que habitualmente disfrutaba (es decir, la anhedonia generalizada).
  - Falta de reactividad emocional al entorno y eventos normalmente placenteros (es decir, el estado de ánimo no se eleva ni siquiera transitoriamente con la exposición).
  - Insomnio terminal (es decir, despertar por la mañana dos horas o más antes de la hora habitual).
  - Los síntomas depresivos empeoran por la mañana.
  - Marcado retardo psicomotor o agitación.
  - Marcada pérdida de apetito o pérdida de peso.

Con patrones estacionales (6A8.4)

- Este especificador puede utilizarse en el trastorno depresivo recurrente si ha habido un patrón estacional regular en el inicio y la remisión de al menos un tipo de episodio (p.ej., depresivo, maníaco, mixto o hipomaníaco). Los otros tipos de episodios de alteración del estado de ánimo pueden no seguir este patrón.
- Una mayoría sustancial de los episodios depresivos debe corresponder con el patrón estacional.
- El patrón estacional puede diferenciarse de un episodio que coincide con una estación en particular, pero se relaciona principalmente con un factor de estrés psicológico que ocurre regularmente en esa época del año (p.ej., el desempleo estacional).

En el contexto del trastorno depresivo de episodio único o el trastorno depresivo recurrente, los episodios depresivos que ocurren durante el embarazo o que comienzan dentro de las 6

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

semanas posteriores al parto (lo que se conoce como puerperio) se pueden identificar utilizando uno de los siguientes dos códigos de diagnóstico adicionales, dependiendo de si están presentes delirios, alucinaciones u otros síntomas psicóticos. Estos diagnósticos deben asignarse además del diagnóstico correspondiente de trastorno bipolar.

6E20 Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el nacimiento de un bebé o el puerperio, sin síntomas psicóticos

- Este código diagnóstico adicional puede utilizarse para los episodios de alteración del estado de ánimo que surgen durante el embarazo o que comienzan dentro de las 6 semanas posteriores al parto que no incluyen delirios alucinaciones u otros síntomas psicóticos. Esta denominación no debe utilizarse para describir los síntomas depresivos leves y transitorios que no cumplen con los requisitos diagnósticos para un episodio depresivo que pueden ocurrir después del parto (la llamada tristeza puerperal, postparto o "baby-blues").

6E21 Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el nacimiento de un bebé o el puerperio, con síntomas psicóticos

- Este código diagnóstico adicional puede utilizarse para los episodios de alteración del estado de ánimo que surgen durante el embarazo o que comienzan dentro de las 6 semanas posteriores al parto que incluyen delirios alucinaciones u otros síntomas psicóticos. Esta denominación no debe utilizarse para describir los síntomas depresivos leves y transitorios que no cumplen con los requisitos diagnósticos para un episodio depresivo que pueden ocurrir después del parto (la llamada tristeza puerperal, postparto o "baby-blues").

***Nota*:** Para las siguientes secciones, véase también el material dentro de episodio depresivo (p. 3), episodio maníaco (p. 8), episodio mixto (p.10) y episodio hipomaníaco (p.11). En estas secciones se incluye material sobre características clínicas adicionales, límite con la normalidad (umbral), presentaciones del desarrollo y límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial) que se relacionan específicamente con los episodios del estado de ánimo, mientras que el material que se centra en el trastorno depresivo de episodio único y el trastorno depresivo recurrente de forma general se muestra a continuación.

Características clínicas adicionales para el trastorno depresivo de episodio único y el trastorno depresivo recurrente:

- El riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos diagnosticados con trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente que en la población general.
- Los ataques de pánico recurrentes en el trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente puede ser indicativo de mayor gravedad, peor respuesta al tratamiento y mayor riesgo de suicidio.
- La presencia de síndrome de demencia o trastorno del desarrollo intelectual no descarta el diagnóstico de trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente, pero las dificultades de comunicación pueden hacer que sea necesario depender más de lo habitual de las observaciones realizadas por los médicos o informantes conocidos cercanos para hacer el diagnóstico. Los síntomas observables incluyen retraso psicomotor, pérdida de apetito y de peso, y trastornos del sueño.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- Existe un mayor riesgo de trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente en individuos con antecedentes familiares de trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente.
- La aparición simultánea con otros trastornos mentales y del comportamiento es común, incluyendo los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo, trastornos de angustia corporal, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados, trastorno oposicionista y desafiante, trastornos debido al uso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad.

Características del curso para el trastorno depresivo de episodio único y el trastorno depresivo recurrente:

- La prevalencia de los trastornos depresivos aumenta significativamente en la pubertad y la edad promedio de aparición ocurre a mediados de los 20 años.
- En ausencia de intervención, los episodios depresivos suelen durar de 3 a 4 meses, casi la mitad de las personas afectadas experimentan una reducción de los síntomas en 3 meses y la mayoría experimenta una remisión en 1 año. Las tasas de remisión y recurrencia varían ampliamente. La mayoría de las personas experimentan un promedio de cuatro episodios depresivos a lo largo de su vida, y aproximadamente la mitad experimenta una recurrencia en los primeros 5 años. El riesgo de recaída aumenta con cada episodio depresivo subsiguiente.
- Es común que los síntomas depresivos persistan entre episodios discretos (es decir, remisión parcial), y algunas personas nunca experimentan una remisión completa de los síntomas. Esta presentación merece una mayor atención, porque la persistencia de los síntomas se ha asociado con un menor tiempo para presentar una recaída, así como con la comorbilidad de otros trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo, incluidos el trastorno de la personalidad, los trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo y los trastornos debidos al uso de sustancias.
- Las tasas más bajas de recuperación se asocian con una mayor duración y gravedad de los síntomas y la presencia de características psicóticas.
- Las personas con trastornos bipolares a menudo se presentan inicialmente con un episodio depresivo. Los factores de vulnerabilidad asociados con la transición de un trastorno depresivo a un trastorno bipolar incluyen una edad de inicio más temprana, antecedentes familiares de trastornos bipolares y la presencia de síntomas psicóticos.

Características relacionadas con la cultura para el trastorno depresivo de episodio único y el trastorno depresivo recurrente:

- La relevancia cultural de los síntomas depresivos puede variar entre grupos sociales como resultado de los diferentes "guiones" culturales del trastorno. Por ejemplo, psicológico (p.ej., tristeza, entumecimiento emocional, cavilación), moral (p.ej., culpa, inutilidad), social/interpersonal (p.ej., falta de productividad, relaciones conflictivas), hedónico (p.ej., disminución del placer), espiritual (p.ej., sueños de familiares muertos), o los síntomas somáticos (p.ej., insomnio, dolor, fatiga, mareos) pueden predominar sistemáticamente.
- En algunos contextos culturales los cambios de humor se expresan más fácilmente en forma de síntomas corporales (p.ej., dolor, fatiga, debilidad) más que ser informados directamente como síntomas psicológicos.
- Algunos tipos de síntomas pueden considerarse más vergonzosos o graves de acuerdo con las normas culturales, lo que genera sesgos en los informes. Por ejemplo, algunos

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

grupos culturales pueden enfatizar la vergüenza más que la culpa, mientras que en otros el comportamiento y el pensamiento suicida pueden estar prohibidos o altamente estigmatizados, lo que lleva a sesgos en la información proporcionada. Además, en algunos grupos culturales, características como la tristeza y la falta de productividad pueden percibirse como signos de debilidad personal y no se informan adecuadamente.

- La anomalía percibida o la aceptabilidad de los síntomas depresivos pueden variar entre culturas, lo que afecta la detección de los síntomas y la aceptación del tratamiento. Por ejemplo, algunos grupos sociales o cohortes de edad pueden considerar que los síntomas depresivos son reacciones normales a la adversidad, dependiendo de su tolerancia a las emociones negativas o al aislamiento social.
- Los síntomas atribuidos a conceptos culturales de angustia pueden evocarse al preguntar sobre la sintomatología depresiva. Entre los chinos, por ejemplo, se pueden informar comúnmente síntomas de *shenjing shuairuo* o debilidad del sistema nervioso (p.ej., debilidad, dolor de cabeza, dolores corporales, fatiga, sentirse molesto, pérdida de la cara). Los síntomas y expresiones de angustia relacionados con la cultura pueden complicar la detección de los trastornos depresivos y la evaluación de la gravedad, incluida la presencia de síntomas psicóticos. Los ejemplos incluyen dolor en el corazón, pérdida del alma, dolor en el corazón, quejas relacionadas con los "nervios" y calor interno. En algunas otras culturas, lo que se informa puede estar centrado en un comportamiento particular observable (p.ej., "pensar demasiado").

Características relacionadas con el sexo y/o género para el trastorno depresivo de episodio único y el trastorno depresivo recurrente:

- La prevalencia de los trastornos depresivos a lo largo la vida es aproximadamente el doble para las mujeres. Las diferencias de sexo/género en la prevalencia coinciden con el inicio de la pubertad.
- Aunque las mujeres tienen más probabilidades de intentar suicidarse, los hombres tienen más probabilidades de morir por suicidio en virtud del uso de métodos más letales.
- Las mujeres con un diagnóstico de trastorno depresivo tienen más probabilidades de experimentar trastornos comórbidos de ansiedad o relacionados con el miedo, alteraciones del apetito y aumento de peso, mientras que es más común que los hombres experimenten comorbilidad con el uso de alcohol y otros trastornos debido al uso de sustancias, control deficiente de impulsos y mayor comportamiento de riesgo.

Límite con otros trastornos y la normalidad para el trastorno depresivo de episodio único y el trastorno depresivo recurrente:

- ***Límite con el trastorno distímico:*** El trastorno depresivo de episodio único y el trastorno depresivo recurrente se distinguen del trastorno distímico por la cantidad de síntomas y el curso del trastorno. El trastorno distímico es una condición crónica y persistente, y durante el período inicial de 2 años necesarios para establecer el diagnóstico, el número y la duración de los síntomas no son suficientes para cumplir con los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo como se requiere para un diagnóstico de trastorno depresivo de episodio único o un trastorno depresivo recurrente. Después de este período inicial, si el número y la gravedad de los síntomas alcanzan el umbral de diagnóstico de un episodio depresivo en el contexto de un trastorno distímico en curso, se pueden diagnosticar tanto el trastorno distímico como

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

el trastorno depresivo de episodio único o el trastorno depresivo recurrente. A diferencia del trastorno distímico, el trastorno depresivo recurrente es de naturaleza episódica. Sin embargo, los períodos prolongados de síntomas depresivos por debajo del umbral, que se presentan después de los episodios depresivos cuando no ha habido un período inicial de 2 años de síntomas por debajo del umbral, se diagnostican mejor como un trastorno depresivo de episodio único en remisión parcial o un trastorno depresivo recurrente en remisión parcial.

- ***Límite con trastorno mixto de depresión y ansiedad:*** Los individuos que presentan la mayoría de los días síntomas tanto depresivos como de ansiedad en un período de dos semanas o más, sin ninguno de los perfiles de síntomas considerados por separado, como lo suficientemente graves, numerosos o duraderos para justificar el diagnóstico de trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente o de un trastorno de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo, pueden ser diagnosticados con el trastorno mixto de depresión y ansiedad.
- ***Límite con el trastorno ciclotímico:*** Aunque en general, los períodos depresivos en el trastorno ciclotímico no son suficientes para cumplir con los requisitos de diagnóstico de un episodio depresivo, puede haber casos en los que los síntomas sean lo suficientemente graves como para constituir un episodio depresivo. En tales casos, si no hay antecedentes de episodios hipomaníacos, se puede diagnosticar un trastorno depresivo de episodio único o un trastorno depresivo recurrente, según corresponda, junto con el trastorno ciclotímico**.**
- ***Límite con la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios:*** La presentación no se explica mejor por un diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psicótico primario. Los individuos con un trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente pueden presentar síntomas psicóticos, pero únicamente durante los episodios depresivos. Por el contrario, los individuos con un diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psicótico primario pueden experimentar síntomas depresivos significativos durante los episodios psicóticos. En estos casos, si los síntomas depresivos no cumplen con los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo, el especificador "con síntomas depresivos prominentes" puede utilizarse para el diagnóstico de trastorno psicótico. Si se cumplen al mismo tiempo o con pocos días de diferencia todos los requisitos de diagnóstico, tanto para un episodio depresivo como para la esquizofrenia, debe asignarse el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo en lugar de trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente. Sin embargo, un diagnóstico de trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente pueden aparecer junto con un diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios, y ambos diagnósticos pueden ser asignados si se cumplen todos los requisitos diagnósticos para ambos trastornos y se presentan síntomas psicóticos fuera de los episodios depresivos.
- ***Límite con trastorno de ansiedad generalizada:*** El trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente pueden compartir diversas características, tales como los síntomas somáticos de ansiedad, dificultad para concentrarse, interrupción del sueño y sentimientos de temor asociados con pensamientos pesimistas. El trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente se distinguen por la presencia de bajo estado de ánimo o pérdida de placer en actividades que previamente disfrutaba y otros síntomas característicos de un episodio depresivo (p.ej. cambios en el apetito, sentimientos de inutilidad, pensamientos recurrentes de muerte). En el trastorno de ansiedad generalizada, los individuos se centran en las consecuencias potencialmente negativas que pueden ocurrir en una variedad de aspectos cotidianos (p.ej. familia, finanzas, trabajo), más

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

que en pensamientos de inutilidad o desesperanza. Las rumiaciones suelen ocurrir en el contexto del trastorno depresivo de episodio único o el trastorno depresivo recurrente, pero a diferencia del trastorno de ansiedad generalizada, no están acompañados por preocupación persistente y aprensión acerca de varios aspectos cotidianos. El trastorno de ansiedad generalizada puede ocurrir a la par con un trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente, pero deben ser diagnosticados únicamente si los requisitos diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada se cumplen previamente al inicio de o después de la remisión completa de un episodio depresivo.

- ***Límite con trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo:*** Los síntomas de ansiedad, incluyendo los ataques de pánico, son comunes en el trastorno depresivo de episodio único y trastorno depresivo recurrente, y en algunos individuos puede ser un aspecto prominente de la presentación clínica. En algunos casos, el especificador "con síntomas de ansiedad prominente" debe utilizarse para el diagnóstico de los sistemas de ansiedad sin pánico. Si los síntomas de ansiedad cumplen con los requisitos de diagnóstico para un trastorno de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo, también debe asignarse el diagnóstico perteneciente al grupo de trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo. Si los ataques de pánico ocurren en su totalidad en el contexto de la ansiedad asociada con episodios depresivos en el trastorno depresivo de episodio único o el trastorno depresivo recurrente, deben ser designados adecuadamente utilizando el especificador "con síntomas de ansiedad prominentes". Sin embargo, si los ataques de pánico ocurren también fuera de los episodios depresivos, debe considerarse un diagnóstico por separado de trastorno de pánico. Ambos especificadores pueden asignarse si es necesario.
- ***Límite con trastorno de adaptación:*** El trastorno de adaptación se caracteriza por una reacción desadaptativa de un factor de estrés psicosocial identificable y puede incluir síntomas depresivos (p.ej., rumiaciones) pero no incluye los suficientes síntomas ni la gravedad para cumplir los requisitos de un episodio depresivo. Si la reacción desadaptativa cumple con los requisitos de la definición del trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente, incluso bajo la presencia de un factor de estrés psicosocial identificable, se debe diagnosticar el trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente en lugar de trastorno de adaptación.
  Límite con el trastorno oposicionista y desafiante: Manifestaciones de desobediencia y síntomas de irritabilidad/ira que surgen como parte de un trastorno del estado de ánimo son comunes, particularmente en niños y adolescentes. En concreto, la desobediencia puede ser el resultado de una serie de síntomas depresivos (p.ej., disminución del interés o placer en actividades, dificultad de concentración, desesperanza, retardo psicomotor, disminución de energía). El trastorno oposicionista y desafiante es a menudo comórbido con los trastornos del estado de ánimo, y la irritabilidad/ira puede ser un síntoma común en estos trastornos. Cuando los problemas de conducta tienen lugar principalmente en el contexto de un episodio depresivo, no debe asignarse un diagnóstico independiente de trastorno oposicionista y desafiante. Sin embargo, ambos diagnósticos pueden darse si se cumplen los requisitos completos para ambos trastornos y se observan problemas de conducta asociados con el trastorno oposicionista y desafiante al margen de la aparición de episodios depresivos.
- ***Límite con el insomnio:*** Los individuos que experimentan insomnio pueden también indicar estado de ánimo depresivo y quizá desarrollar otros síntomas depresivos. Sin embargo, la amplitud y la gravedad de los síntomas generalmente no son suficientes

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

para cumplir con los requisitos diagnósticos del trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente.

- ***Límite con el síndrome del estado de ánimo secundario:*** Un síndrome depresivo que es una manifestación de otra condición de salud puede ser diagnosticado como síndrome del estado de ánimo secundario en lugar de trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente.
- ***Límite con trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias:*** Un síndrome depresivo debido a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (p.ej., benzodiacepinas), incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia (p.ej., abstinencia de estimulantes) puede ser diagnosticado como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias en lugar de trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente.

6A72 Trastorno distímico

Características esenciales (requeridas):

- Estado de ánimo deprimido persistente (es decir, con una duración de 2 años o más), durante la mayor parte del día, la mayoría de los días, informado por el individuo (es decir, sentirse deprimido o triste) u observado (es decir, lloroso o con aspecto abatido).
- El estado de ánimo deprimido se acompaña de síntomas característicos adicionales como:
    - Una notable disminución del interés o placer en las actividades
    - Reducción de la capacidad para concentrarse o indecisión
    - Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada
    - Desesperanza acerca del futuro
    - Alteración del sueño o sueño excesivo
    - Disminución o aumento del apetito
    - Energía reducida o fatiga
- Durante los primeros 2 años del trastorno, el número y la duración de los síntomas no son suficientes para cumplir con los requisitos de la definición de un episodio depresivo.
- Aunque los intervalos breves libres de síntomas durante el período del estado de ánimo persistentemente deprimido son consistentes con el diagnóstico, nunca ha habido ningún periodo libre de síntomas prolongado (p.ej., que dura varios meses) desde el inicio del trastorno.
- No hay antecedentes de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, lo cual, indicarían la presencia de un trastorno bipolar o trastorno relacionado.
- Los síntomas no son una manifestación de otra condición médica (p.ej., hipertiroidismo) y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso central (p.ej., benzodiacepinas), incluidos los efectos de abstinencia (p.ej., de estimulantes).
- Los síntomas provocan un malestar subjetivo considerable o deterioro significativo en las áreas de la vida personal, familiar, social, educativa, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Si el funcionamiento se mantiene es debido a un esfuerzo adicional significativo.

Características clínicas adicionales:

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- En los niños, puede ser apropiado asignar el diagnóstico de trastorno distímico después de un período inicial de síntomas relativamente más breve (p.ej., 1 año).
- El riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos diagnosticados con trastorno distímico que en la población general.
- Existe un mayor riesgo de trastorno distímico en individuos con antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo.
- La aparición simultánea con otros trastornos mentales y del comportamiento es común, incluyendo los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo, trastornos de angustia corporal, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, trastorno oposicionista y desafiante, trastornos debido al uso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad.

Límites con la normalidad (umbral):

- En algunas ocasiones, el estado de ánimo deprimido es una reacción normal a diversos problemas y eventos vitales adversos, y suele ser común en la comunidad. El trastorno distímico se distingue de estas experiencias comunes por la gravedad, el rango y duración de los síntomas. La evaluación de la presencia o ausencia de signos o síntomas debe hacerse en relación con el funcionamiento habitual de la persona.

Características del curso:

- El trastorno distímico suele tener un inicio gradual a partir de la niñez, la adolescencia o la edad adulta temprana.
- El curso del trastorno distímico puede fluctuar entre la distimia y los síntomas del trastorno depresivo de episodio único o del trastorno depresivo recurrente.
- El inicio temprano del trastorno distímico se asocia con una mayor probabilidad de comorbilidad con trastornos de ansiedad o trastornos relacionados con el miedo, trastornos de la personalidad y trastornos debido al uso de sustancias.
- A diferencia de las altas tasas de comorbilidad de trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo en los jóvenes adultos, el trastorno distímico en los adultos mayores generalmente aparece sin comorbilidades.
- La mayor gravedad de los síntomas, los niveles más altos de afectividad negativa, el funcionamiento global más deficiente y la presencia de trastornos relacionados con la ansiedad o el miedo o trastornos de la conducta disocial se han asociado con peor pronóstico a largo plazo.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- En los niños pequeños, el trastorno distímico puede presentarse como quejas somáticas (p.ej., dolores de cabeza, dolores de estómago), lloriqueos, aumento de la ansiedad o el miedo, o llanto excesivo.
- Los adolescentes con trastorno distímico pueden presentar una baja autoestima y pueden ser más reactivos a los comentarios negativos (o percibidos como negativos) de los demás.
- Los niños y adolescentes pueden presentar una irritabilidad generalizada en lugar de un estado de ánimo deprimido. Sin embargo, la presencia de irritabilidad no es en sí misma indicativa del trastorno distímico y puede indicar la presencia de otro trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo o ser una reacción normal a la

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

frustración.
- En los niños y adolescentes, la capacidad reducida para concentrarse o mantener la atención puede manifestarse como una disminución en el rendimiento académico, un mayor tiempo necesario para completar las tareas escolares o una incapacidad para completar los deberes.

Características relacionadas con la cultura:

- Hay poca información disponible sobre las influencias culturales en el trastorno distímico. La información sobre las características relacionadas con la cultura para el trastorno depresivo de episodio único y el trastorno depresivo recurrente (p. 37) puede ser relevante.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- Aunque el trastorno distímico es más común entre mujeres de edad temprana, no hay diferencias de sexo/género notables entre los adultos mayores con trastorno distímico de inicio tardío.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con el trastorno depresivo de episodio único y trastorno depresivo recurrente:*** El trastorno distímico se distingue del trastorno depresivo de episodio único y del trastorno depresivo recurrente por la cantidad de síntomas y el curso del trastorno. El trastorno distímico es una condición crónica y persistente y durante el periodo inicial de dos años necesario para establecer el diagnóstico, el número y la duración de los síntomas no son suficientes para cumplir con los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo, como se requiere para un diagnóstico de trastorno depresivo de episodio único o de trastorno depresivo recurrente. Después del periodo inicial, si el número y la gravedad de los síntomas alcanza el umbral diagnóstico para un episodio depresivo, en el contexto de un trastorno distímico en curso, pueden ser diagnosticados tanto un trastorno distímico como un trastorno depresivo, ya sea episodio único o recurrente. A diferencia del trastorno distímico, el trastorno depresivo recurrente es de naturaleza episódica. Sin embargo, los largos períodos de síntomas depresivos subclínicos, que aparecen después de los episodios depresivos, cuando no ha habido un período inicial de 2 años de síntomas subclínicos, se diagnostican mejor como un trastorno depresivo de episodio único en remisión parcial o un trastorno depresivo recurrente en remisión parcial.
- ***Límite con trastorno bipolar o relacionados:*** Los individuos con un patrón de síntomas depresivos que se asemejan al trastorno distímico, que tienen antecedentes de episodios maníacos o mixtos pueden diagnosticarse como trastorno bipolar tipo I. Un patrón de inestabilidad del estado de ánimo crónica que se caracteriza por períodos de sintomatología depresiva que no es suficientemente grave o prolongada para cumplir con los requisitos de la definición de un episodio depresivo, así como períodos de sintomatología hipomaníaca, pueden ser diagnosticados como trastorno ciclotímico.
- ***Límite con la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios:*** Los síntomas no se explican mejor por la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo u otro trastorno psicótico primario. Los síntomas depresivos son comunes en los trastornos psicóticos y únicamente deben diagnosticarse como trastorno distímico si persisten por varios años después de un episodio psicótico activo.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- ***Límite con el trastorno de ansiedad generalizada***: El trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno distímico pueden compartir diversas características, tales como síntomas somáticos de ansiedad, dificultad de concentración, alteración del sueño y sentimientos de miedo asociados con pensamientos pesimistas. El trastorno distímico se distingue por la presencia de bajo estado de ánimo o pérdida de placer en actividades que previamente disfrutaba y otros síntomas característicos de un trastorno distímico (p.ej., cambios en el apetito, sentimientos de inutilidad, pensamientos recurrentes de muerte). En el trastorno de ansiedad generalizada, los individuos se centran en consecuencias potencialmente negativas que pueden ocurrir en una variedad de aspectos cotidianos (p.ej., familia, finanzas, trabajo), más que en pensamientos de inutilidad o desesperanza. Las rumiaciones suelen ocurrir en el contexto de un trastorno distímico, pero a diferencia del trastorno de ansiedad generalizada, no están acompañados por preocupación persistente y aprensión acerca de varios aspectos cotidianos. El trastorno de ansiedad generalizada puede ocurrir a la par con el trastorno distímico, pero deben ser diagnosticados únicamente si los requisitos diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada se cumplen previamente al inicio del trastorno distímico.
- ***Límite con el trastorno oposicionista y desafiante***: Es común que surjan patrones de desobediencia y síntomas de irritabilidad/ira como parte de la alteración del estado de ánimo, particularmente en niños y adolescentes. En específico, la desobediencia puede ser la consecuencia de una serie de síntomas depresivos (p.ej., disminución del interés o placer en las actividades, dificultad para concentrarse, desesperanza, retraso psicomotor, reducción de energía). Cuando los problemas de conducta ocurren principalmente en el contexto de un trastorno del estado de ánimo, no se debe asignar un diagnóstico separado de trastorno oposicionista y desafiante.
- ***Límite con el síndrome del estado de ánimo secundario:*** Un síndrome depresivo crónico que es una manifestación de otra condición de salud puede ser diagnosticado como síndrome del estado de ánimo secundario en lugar de trastorno distímico.
- ***Límite con trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias:*** Un síndrome depresivo crónico debido a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (p.ej., benzodiacepinas), incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia (p.ej., de estimulantes) puede ser diagnosticado como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias en lugar de trastorno distímico.

6A73 Trastorno mixto de depresión y ansiedad

Características esenciales (requeridas):

- La presencia de síntomas tanto de depresión como de ansiedad durante la mayor parte del tiempo, durante un período de dos semanas o más.
    - Los síntomas depresivos incluyen estado de ánimo deprimido o notable disminución del interés o placer en actividades.
    - Hay múltiples síntomas de ansiedad, que pueden incluir sentirse nervioso, ansioso o al límite, no ser capaz de controlar los pensamientos de preocupación, miedo a que algo terrible vaya a suceder, tener problemas para relajarse, ataques de pánico, tensión motora, síntomas autonómicos simpáticos.
- Ni los síntomas depresivos ni los síntomas de ansiedad, considerados por separado, son lo suficientemente graves, numerosos o duraderos para justificar el diagnóstico de otro trastorno depresivo o un trastorno de ansiedad o relacionado con el miedo. No

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

hay antecedentes de episodios maníacos o mixtos, lo cual, podría indicar la presencia de un trastorno bipolar.
- Los síntomas no son una manifestación de otra condición médica (p.ej., hipotiroidismo, hipertiroidismo) y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de abstinencia (p.ej., de alcohol, de benzodiazepinas).
- Los síntomas provocan un malestar subjetivo considerable o deterioro significativo en el ámbito personal, familiar, social, educativo, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Si el funcionamiento se mantiene es debido a un esfuerzo adicional significativo.

Características clínicas adicionales:

- Los individuos con esta mezcla de síntomas comparativamente leves de depresión y ansiedad son vistos con frecuencia en servicios de atención primaria, pero existen muchos más casos entre la población general que no llegan nunca a la atención clínica.

Límite con la normalidad (umbral):

- Si la preocupación es el único síntoma de ansiedad (es decir, no están presentes síntomas autonómicos simpáticos u otros síntomas de ansiedad), un diagnóstico de trastorno mixto de depresión y ansiedad no es adecuado.

Características del curso:

- Los estudios epidemiológicos han mostrado resultados variables con respecto al curso y la aparición del trastorno mixto de depresión y ansiedad.
- Si bien existe alguna evidencia que sugiere que aproximadamente la mitad de las personas con trastorno mixto de depresión y ansiedad experimentarán la remisión de los síntomas en el transcurso de 1 año después del inicio, aquellos que no remiten tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno mental, del comportamiento y del neurodesarrollo que cumpla por completo con los requisitos diagnósticos, generalmente para un trastorno depresivo o un trastorno de ansiedad o relacionado con el miedo.

Características relacionadas con la cultura:

- Existe poca información disponible sobre las influencias culturales en el trastorno mixto de depresión y ansiedad. La información de características relacionadas con la cultura para el trastorno depresivos de episodio único y trastorno depresivo recurrente (p. 37) y para el trastorno de ansiedad generalizada (p. 5) pueden ser relevantes.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- Se desconoce si existen diferencias de sexo/género en las tasas de prevalencia del trastorno mixto de depresión y ansiedad.

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- ***Límite con trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo:*** Si los síntomas de depresión y/o ansiedad cumplen con los requisitos de la definición para un episodio depresivo o un trastorno de ansiedad o trastorno relacionado con el miedo, entonces, el trastorno depresivo o el trastorno de ansiedad y trastorno relacionado con el miedo deben ser diagnosticados en lugar del trastorno mixto de depresión y ansiedad. Si es adecuado, el especificador de síntomas de ansiedad prominentes puede aplicarse para los diagnósticos de trastornos depresivos.
- ***Límite con el trastorno bipolar o relacionados:*** Los trastornos mixtos de depresión y ansiedad no deben diagnosticarse si hay presencia actual o previa de episodios maníacos o mixtos, lo que indicaría la presencia de un trastorno bipolar.
- ***Límite con trastorno de adaptación:*** Si el inicio de los síntomas sucede en estrecha relación con cambios vitales significativos o eventos vitales estresantes, generalmente es más adecuado el diagnóstico de trastorno de adaptación que de trastorno mixto de depresión y ansiedad.

GA34.41 Trastorno disfórico premenstrual

Características esenciales (requeridas):

- Durante la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año, se presenta un patrón de síntomas de alteración del estado de ánimo, somáticos o cognitivos que comienza varios días antes del inicio de la menstruación, comienza a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y luego se vuelve mínima o ausente dentro de aproximadamente 1 semana después del inicio de la menstruación. La relación temporal de los síntomas y las fases lútea y menstrual del ciclo idealmente debe confirmarse mediante un diario de síntomas prospectivo durante al menos dos ciclos menstruales sintomáticos.
- Los síntomas incluyen:
  - Al menos un síntoma afectivo como labilidad del estado de ánimo, irritabilidad, estado de ánimo deprimido o ansiedad; y
  - Síntomas somáticos o cognitivos adicionales como letargo, dolor en las articulaciones, comer en exceso, hipersomnia, sensibilidad en los senos, hinchazón de las extremidades, dificultades de concentración u olvido.
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental (p.ej., un trastorno del estado de ánimo, un trastorno relacionado de ansiedad o relacionado con el miedo).
- Los síntomas no son una manifestación de otra afección médica (p.ej., endometriosis, enfermedad de ovario poliquístico, trastornos del sistema suprarrenal e hiperprolactinemia) y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (p.ej., tratamiento hormonal, alcohol), incluidos los efectos de abstinencia (p.ej., de estimulantes).
- Los síntomas provocan un malestar considerable o deterioro significativo en las áreas personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Límite con la normalidad (umbral):

- Los cambios de humor leves (p.ej., aumento de la labilidad emocional, irritabilidad, tensión subjetiva) que para muchas mujeres aparecen durante la fase lútea tardía o menstrual del ciclo no deben etiquetarse como trastorno disfórico premenstrual. A

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

diferencia del trastorno disfórico premenstrual, estos síntomas son menos intensos y, por lo general, no provocan malestar o deterioro significativo.

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- **Límite con el síndrome de tensión premenstrual**: Muchas mujeres pueden experimentar síntomas cíclicos emocionales, físicos o conductuales que interfieren con su estilo de vida durante la fase lútea del ciclo menstrual, que se diagnostican y tratan adecuadamente como síndrome de tensión premenstrual. En contraste, en el trastorno disfórico premenstrual, los síntomas son considerablemente más graves y causan malestar o deterioro significativo en las áreas personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.
- **Límite con otros trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo, incluidos los trastornos del estado de ánimo que se exacerban premenstrualmente**: Los síntomas del estado de ánimo característicos del trastorno disfórico premenstrual, como el estado de ánimo depresivo, la irritabilidad y la ansiedad, pueden estar presentes en otros trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo (p.ej., trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastorno de ansiedad generalizada). Trastorno de ansiedad). Aunque los síntomas de estos trastornos pueden exacerbarse durante las fases lútea y menstrual tardía, el trastorno disfórico premenstrual se distingue por la ausencia de síntomas una semana después de la menstruación. Debido a la dificultad de recordar con precisión la relación entre el ciclo menstrual y el curso de los síntomas, se deben considerar las puntuaciones prospectivas del estado de ánimo para dos ciclos consecutivos.
- **Límite con la dismenorrea**: La dismenorrea se caracteriza por dolor pélvico cíclico o dolor abdominal inferior, umbilical o suprapúbico que precede o acompaña a la menstruación y que interfiere con las actividades diarias. A diferencia del trastorno disfórico premenstrual, el inicio de la dismenorrea coincide con el inicio de la menstruación y no es previa. Además, los síntomas del estado de ánimo no suelen estar asociados con esta condición.
- **Límite con los efectos de las hormonas y sus sustitutos sintéticos y antagonistas**: El uso de tratamientos hormonales, incluidos los que se utilizan con fines anticonceptivos, puede provocar efectos secundarios no deseados que incluyen síntomas del estado de ánimo, somáticos y cognitivos. Si los síntomas no persisten después de suspender estos medicamentos más allá del período en el que sus efectos fisiológicos deberían haber disminuido, no se debe asignar un diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual.

6A7Y Otros trastornos depresivos especificados

Características esenciales (requeridas):

- La presentación se caracteriza por síntomas depresivos que comparten características clínicas primarias con otros trastornos depresivos (p.ej., estado de ánimo deprimido, menor participación en actividades placenteras, disminución de los niveles de energía, trastornos del sueño o de la alimentación).
- Los síntomas no cumplen los requisitos diagnósticos de ningún otro trastorno depresivo.
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo (p.ej., esquizofrenia u otro trastorno psicótico primario, un trastorno de ansiedad o trastorno relacionado con el miedo, o un trastorno relacionado específicamente con el estrés).

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento (p.ej., alcohol, benzodiacepinas) en el sistema nervioso central, incluyendo los efectos de abstinencia (p.ej., de cocaína).
- Los síntomas causan un malestar considerable o deterioro significativo en el área personal, familiar, social, educativa, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Si el funcionamiento se mantiene es debido a un esfuerzo adicional significativo.

6A8Y Otros trastornos del estado de ánimo especificados

Características esenciales (requeridas):

- La presentación se caracteriza por síntomas del estado de ánimo que no pueden describirse claramente como de naturaleza bipolar o depresiva (por ejemplo, irritabilidad marcada y persistente en ausencia de otros síntomas maníacos o depresivos claros).
- Los síntomas no cumplen los requisitos diagnósticos de ningún otro trastorno del estado de ánimo.
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo (p. ej., esquizofrenia u otro trastorno psicótico primario, trastorno de ansiedad o relacionado con el miedo, trastorno específicamente relacionado con el estrés, trastorno oposicionista desafiante con irritabilidad-ira crónica, trastorno de personalidad).
- Los síntomas y comportamientos no son una manifestación de otra condición médica y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (por ejemplo, alcohol, benzodiazepina), incluidos los efectos de abstinencia (por ejemplo, de la cocaína).
- Los síntomas ocasionan malestar o un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes. Si se mantiene el funcionamiento es solo mediante un esfuerzo adicional significativo.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021