

TEMA 09

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO. ASPECTOS CLÍNICOS

1.- HISTORIA CONCEPTUAL

1.A.- DE LA "MELANCOLÍA" A LA "DEPRESIÓN"

- Los sentimientos de abatimiento o de depresión tienen funciones filogenéticas adaptativas. Sin embargo, por su duración, su frecuencia, o su intensidad, pueden interferir con la capacidad adaptativa y llegar a ser patológicos.
- Los intentos más remotos de comprender científicamente la depresión, se deben a **Hipócrates**, quien empleó el término genérico de "**melancolía**": **desequilibrios en la secreción de bilis negra**, o mala combustión de la misma dentro del organismo, dando lugar a restos tóxicos.
Esta concepción humoral, permanece intacta hasta el siglo XIX.
- Siglo XIX y principios del XX, se comienza a utilizar la palabra "**depresión**" y a emplear como un término diagnóstico.
- El cambio fundamental lo proporcionó **Kraepelin** (1896), quien diferenció entre demencia precoz y enfermedad maniaco-depresiva.
El término "maniaco-depresivo" incluía cuadros que hoy denominaríamos: depresión mayor, distimia, trastornos bipolar o ciclotimia: "Todos los casos de excesos en la afectividad".
Para Kraepelin, las causas de la enfermedad maniaco-depresiva eran innatas e independientes de causas sociales o psicológicas.

1.B.- DE LA "LOCURA MANIACO-DEPRESIVA" A LA "BIPOLARIDAD"

- Al proponer el término de "locura maniaco-depresiva", Kraepelin, recogía la tradición de autores que, casi al mismo tiempo, describieron formas cíclicas o "circulares" de locura: Alternarían estados de depresión y de manía.
- El psiquiatra alemán, **Karl Leonard**, fue el primero en separar los trastornos afectivos en "bipolar" (trastornos maniaco-depresivos o circulares) y "monopolar" (sólo depresión o sólo manía).

2.- CONCEPTOS GENERALES

Perris y Klerman: A la "era de la angustia" (años 50), le ha sucedido la "era de la depresión" (años 80).

- La depresión, entendida como síntoma (sentirse triste), está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos, sin que por ello constituya un síndrome depresivo.

Si empleásemos el estado de ánimo como único criterio, estableceríamos falsos diagnósticos positivos.

- No resulta fácil diferenciar la depresión clínica de los estados de ánimo depresivos más o menos transitorios. No hay acuerdo sobre las fronteras que delimitan una respuesta depresiva "normal" de una respuesta depresiva "patológica":
 - Para algunos, los cuadros depresivos, se diferenciarán sólo por la intensidad cuantitativa de los síntomas. Se basan en análisis estadísticos que muestran que existe una distribución unimodal, que sugiere la idea de un continuo.
 - Para otros, la depresión normal difiere cualitativamente de la patológica, y en ésta, pueden diferenciarse subtipos.

3.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS ANÍMICOS

3.A.- DICOTOMÍAS DESCRIPTIVAS

Endógena/reactiva

- Distinción apuntada por Moebius (siglo XIX).
- El debate se originó por la contraposición entre una visión freudiana (causas psicológicas), y una visión kraepeliniana (causas biológicas).
- El eje endógeno-reactivo, alude a una supuesta distinción entre depresiones biológicas (endógenas) y depresiones psicosociales (reactivas). Pero, esta distinción etiológica, no tiene ningún apoyo empírico (personas que reciben el diagnóstico de depresión endógena, han padecido factores estresantes en la misma intensidad que otras q las que se les diagnostica de depresión reactiva) ⇒ La existencia o no de precipitantes psicosociales es irrelevante para distinguir subtipos de depresión.
- Cuando los clínicos emplean ésta distinción, lo hacen para distinguir dos subtipos de depresión que difieren por sus síntomas, pero no por su etiología: Depresiones endógenas tienen mayor sintomatología vegetativa, más síntomas graves (suicidio), y mas recurrencia.

En el caso de "depresión reactiva" existe escaso apoyo empírico ⇒ En la mayor parte de los trabajos, se distingue entre "endógena" y "no endógena".

Psicótica/Neurótica

- Se trata de una distinción de escasa fiabilidad, pues el término "neurótico" es extraordinariamente ambiguo ⇒ La diferencia diagnóstica entre cuadros psicóticos y neuróticos, ha desaparecido en las clasificaciones más modernas y fiables (DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV).
- El DSM-III y sus sucesores, conservan el término "psicótico", pero con un significado inequívoco: Para calificar a los trastornos afectivos en los que existen delirios o alucinaciones, acompañando al trastorno depresivo.

Unipolar/Bipolar

- Dicotomía clasificatoria de **Leonard** (años 50).
- La distinción es puramente descriptiva y sintomatológica (no etiológica).
- El trastorno bipolar (anterior maníaco-depresivo) se caracteriza por la aparición de episodios de manía, existan o no episodios depresivos.

Un paciente que manifieste un episodio de manía, sin que nunca haya tenido un episodio depresivo, también se diagnostica como bipolar ⇒ "Maníacos de episodio único" (es probable que a lo largo de su vida desarrollen episodios depresivos).

- Los trastornos depresivos unipolares, se caracterizan porque el sujeto tiene episodios de depresión, sin que nunca hayan padecido un episodio maníaco (10 veces más frecuentes que los bipolares).
- No hay diferencias entre el episodio depresivo de un paciente bipolar y el de un unipolar.

Primaria/Secundaria

- Distinción de la **Universidad de San Luis** (años 60).
- "Primario": Cuadros en los que el trastorno del estado de ánimo (depresivo o bipolar), existe aisladamente, sin presencia actual o pasada de otro cuadro distinto al afectivo.
- "Secundario": Pacientes con un trastorno médico o psiquiátrico preexistente, diferente a la depresión o a la manía.
- La distinción no alude a ningún vínculo causal, sino a un orden de presentación.
- La diferencia es importante para el curso y manejo clínico: Los "primarios" o "puros" están bien entre cada episodio, tienen mayor riesgo de suicidio que los secundarios (excepción del alcoholismo) ⇒ Las terapias son más directas.

3.B.- CLASIFICACIÓN DEL DSM-IV

- El DSM-IV distingue 3 tipos de episodios:
 1. Episodio depresivo mayor.
 2. Episodio maníaco.
 3. Episodio hipomaníaco.
- La combinación de uno u otro modo de éstos episodios da lugar a la definición de los trastornos específicos del estado de ánimo:
 - Trastornos depresivos.
 - Trastornos bipolares,cuya distinción radica exclusivamente en la presencia o no de episodios de manía.

- **Novedades respecto al DSM-III y DSM-III-R:**
 1. **Incorporación de** los trastornos en los que la sintomatología anímica es causada por una condición médica general o por ingesta de alcohol o sustancias.
 2. **Incorporación de la distinción entre bipolar I y bipolar II** (persona que habiendo tenido episodios depresivos, nunca ha llegado a tener episodios maníacos, pero sí hipomaníacos).
 3. **Incorporación de "Trastorno bipolar I con episodio maníaco único"**: Casos en los que haya sólo un episodio de manía, sin que nunca haya habido episodios de depresión.

4.- TRASTORNOS DEPRESIVOS

4.A.- SÍNTOMAS DEPRESIVOS

El **síndrome depresivo** se reduce a **5 grandes núcleos**:

1. **Síntomas anímicos**: La **tristeza** es el síntoma anímico por excelencia. A veces, el estado de ánimo predominante es la **irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo**. En algunos casos de depresiones graves, se puede llegar a negar sentimientos de tristeza ("*incapaz de tener ningún sentimiento*").
2. **Síntomas motivacionales y conductuales**: Estado general de inhibición: **apatía, indiferencia, anhedonia**.
En su forma más grave, la inhibición conductual se conoce como "**retardo psicomotor**" (enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, del habla, el gesto e inhibición motivacional casi absoluta).
En casos extremos puede llegar a "**estupor depresivo**" (mutismo y parálisis motora casi totales, similar al estupor catatónico).
3. **Síntomas cognitivos**: Alteración de la **memoria**, la **atención** y la **capacidad de concentración**. El contenido de las cogniciones está alterado: **autodepreciación, autoinculpación, pérdida de autoestima**.
Los modelos cognitivos de la depresión, plantean que éstas cogniciones negativas, tienen un **papel causal**, más que sintomatológico.
4. **Síntomas físicos**: La aparición de cambios físicos ocurre en un **70-80%**: Problemas con el sueño (sobre todo **insomnio**, pequeño porcentaje de hipersomnia), **fatiga, pérdida de apetito, disminución de actividad y deseo sexuales, molestias corporales difusas** (dolores de cabeza o espalda, vómitos, náuseas, estreñimiento, visión borrosa, etc).
El patrón de los que acuden al médico es diferente: *más sintomatología vegetativa y somática*.
5. **Síntomas interpersonales**: **Deterioro de las relaciones interpersonales**. Normalmente, sufren rechazo de las personas que les rodean ⇒ mayor **aislamiento** ⇒ predictor de peor curso de la depresión.

4.B. - CLASIFICACIÓN Y CUADRO CLÍNICO

1.- CONCEPTO DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

- Presencia simultánea de síntomas durante un periodo continuado de 2 semanas.
- Se requiere que uno de esos síntomas sea:
 - Estado de ánimo triste.
 - Pérdida de placer (anhedonia).
- Que esos síntomas conlleven una marcada interferencia con la vida cotidiana.
- Dos criterios de exclusión:
 1. Que los síntomas no sean causados por una enfermedad o ingesta de sustancias.
 2. Que los síntomas no se deban a una reacción de duelo normal por la muerte de un ser querido.
- Niveles de gravedad según el **DSM-IV**:
 1. Ligero ⇒ Existen pocos síntomas más que los mínimos requeridos, y el deterioro social existe pero es pequeño.
 2. Moderado ⇒ Deterioro sociolaboral moderado.
 3. Grave no psicótico ⇒ Bastantes más de los síntomas requeridos y existencia de un marcado deterioro ocupacional, social e interpersonal.
 4. Con características psicóticas ⇒ Existen delirios y alucinaciones. Señalar si son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.
 5. En remisión parcial ⇒ Estado *intermedio entre ligero y remisión total*.
 6. En remisión total ⇒ No ha habido signos o síntomas significativos en los pasados 6 meses.

La gravedad viene determinada más por el ajuste psicosocial que por la intensidad de los síntomas.

El DSM-IV propone que un episodio puede tener características de "melancolía" cuando concurren una serie de síntomas ("Episodio depresivo mayor melancólico"). Dudas sobre la validez de ésta categoría. Mayor componente de síntomas vegetativos y anhedonia.

TRASTORNOS DEPRESIVOS:

1. Trastorno depresivo mayor (Episodio único).
2. Trastorno depresivo mayor (Recurrente).
3. Trastorno distímico.
4. Trastorno depresivo no especificado en otro lugar (NE).

2.- TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

- Aparece por primera vez en el **DSM-III**, lo que antes se definía como "*depresión neurótica grave*", *depresión involutiva* o *depresión psicótica*.

- Se emplea para describir a una persona que presenta un Episodio depresivo mayor y, además cumple:
 1. Nunca ha tenido un episodio de manía o hipomanía.
 2. No se trata de un caso de esquizofrenia u otro trastorno psicótico.
- **Dos tipos:**
 1. De Episodio único.
 2. Recurrente.

3.- DISTIMIA

- El DSM-III empleó "trastorno distímico", lo que antes se definía como "Neurosis depresiva" o "Personalidad depresiva" (es más un trastorno afectivo de naturaleza subsindrómica que un trastorno de personalidad).
- Se trata de **estados depresivos prolongados** (crónicos), que, sin llegar a cumplir los criterios del "Episodio depresivo mayor", se caracterizan por presencia de bastantes síntomas depresivos.

Hay periodos en los que la distimia se agrava y llega a satisfacer los criterios de episodio depresivo mayor ⇒ "Depresión doble" (no se ha incluido en ningún sistema diagnóstico, pero suscita investigación clínica y terapéutica).

- **Diferencias con el trastorno depresivo mayor:** Los distímicos presentan una sintomatología semejante pero menos grave, más sostenido en el tiempo y, rara vez requieren hospitalización.

El DSM-III-R, suprime de la lista los síntomas que indican mayor gravedad (retardo o agitación psicomotora, o ideas de suicidio)

Presencia, durante un periodo mayor de 2 años, de un **estado de ánimo triste** prácticamente a diario. Además, presencia de **otros 3 síntomas**.

- Importante, efectuar una **adecuada exclusión de otras posibilidades diagnósticas:**
 1. La distimia no es un estado de depresión subsindrómica, tras experimentar un trastorno depresivo mayor (caso de trastorno depresivo mayor en remisión parcial).
 2. El paciente nunca ha debido tener un episodio de manía o hipomanía.
 3. Que el cuadro no sea debido a trastornos psicóticos, uso de medicamentos o drogas, condición médica.
- El DSM-III-R y el DSM-IV, distinguen **2 tipos:**
 1. **De inicio temprano:** Antes de los **21 años**.
 2. **De inicio tardío:** Después de los **21 años**.

4.- TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

- "Cajón de sastre" para trastornos depresivos que no se adecuan bien al concepto de trastorno depresivo mayor ni al de distimia.

- El **DSM-IV** incluye:
 1. **Trastorno disfórico premenstrual**: Síntomas depresivos casi sistemáticos que se dan durante la última semana del ciclo menstrual y que remiten en los primeros días de la menstruación.
 2. **Depresión postpsicótica en la esquizofrenia**: Aparición de un episodio depresivo mayor durante la fase residual de los episodios esquizofrénicos.
 3. **Depresión menor**: Se cumplen las 2 semanas requeridas se síntomas para el episodio depresivo mayor, pero se dan **menos de los 5 síntomas** requeridos.
 4. **Trastorno depresivo breve recurrente**: Cortos episodios depresivos (entre 2 días y 2 semanas), produciéndose al menos 1 vez al mes durante 12 meses.

4.C. - CURSO

1. - DEPRESIÓN MAYOR

- La **mayor parte se recupera** en 1 ó 2 años.
- Un **15%** va a tener un **curso crónico**.
- **Riesgo de recaída**:
 - Las personas que tienden a la cronificación son las que han tardado mucho en buscar tratamiento.
 - **Edad avanzada** al inicio del episodio. La duración de los ciclos de depresión/no depresión se va acortando, *cuantos más episodios tiene el paciente y cuanto más tardía es la edad de aparición del primer episodio.*
 - **Nivel socioeconómico bajo**.
 - **Entre un 50-85%** de las personas que buscan tratamiento en clínicas universitarias, presentarán al menos otro episodio depresivo en el curso de su vida.
 - El mayor riesgo de recaídas está en los primeros meses después de recuperarse. El **primer año** es un periodo de alto riesgo.
 - La **existencia de varios episodios previos**, aumenta el riesgo de recaída.
- Las **depresiones secundarias** tienen un **peor pronóstico** que las primarias.
- Los **casos en los que hay síntomas psicóticos**, especialmente si son **incongruentes** con el estado de ánimo, **se recuperan más lentamente**.
- La **duración media de un episodio depresivo mayor** es de unos **4-5 meses**, bajo control en clínicas universitarias. Con tratamientos médicos o psiquiátricos, se aproxima a **1 año**.

2. - DISTIMIA

- Los **distímicos se recuperan peor que los depresivos**.

- Los pacientes con **depresión doble**, se recuperan antes del episodio depresivo que los pacientes que solo presentan episodios depresivos mayores, pero las recaídas son más rápidas ⇒ **Los cambios son más rápidas pero las mejorías más transitorias.**

4.D.- EPIDEMIOLOGÍA

1.- TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

- **Estudio ECA** (EEUU, años 80), mostró que, con criterio **DSM-III** y empleando la entrevista **DIS**, los trastornos anímicos son el trastorno más común, después del abuso de sustancias y los trastornos de ansiedad.
- Un 5% del conjunto de la población adulta, ha presentado o presentará, un episodio de depresión mayor, en el transcurso de su vida.
- **Prevalencia: Doble en mujeres** que en hombres.
Esta diferencia pudiera ser indicio de la existencia de **factores genéticos** o, reflejar la existencia de **tempranas diferencias educativas** entre los niños y niñas (mujeres tienden más a "rumiar" sobre su estado de ánimo).
- Es posible que las **tasas depresión** estén **en ascenso**.
Estudios longitudinales:
 - Tasas de depresión en jóvenes entre 20 y 39 años evaluados entre 1957-72, era 10 veces mayor que entre 1947-57.
 - Aumento de problemas como el abuso de sustancias y suicidio en los grupos más jóvenes, especialmente varones.
 - Las diferencias entre hombres y mujeres se van acortando a expensas de un aumento de la depresión masculina.
- **Nivel socioeconómico: No tiene efecto relevante** en las tasas de depresión clínica, pero, **las tasas se triplican en personas en paro laboral** o que están cobrando el subsidio de desempleo.
Dos veces más frecuente en el **medio urbano** que en el rural.
- Riesgo mayor en los **jóvenes adultos: 25-44 años**.
- Riesgo del doble en **solteros**.
- **Otros factores:** Situaciones de pérdida familiar, historia de depresiones en los progenitores.
Improbable que el estrés por sí solo cause depresión, pero sí con **otros factores (ideas negativas, falta de apoyo social y afectivo, pérdida de padres en la infancia, padres con historia previa de depresión)**.

2.- DISTIMIA

- Estudio ECA: Un **3%** ha presentado alguna vez en su vida un episodio distímico.
- Ratio mujer a hombre es de **2:1**.
- El nivel socioeconómico no afecta.
- Riesgo casi del doble en **solteros**, especialmente en el grupo de adultos (45-65).
- Casi el doble en el **ámbito urbano**.
- Edad media de inicio en etapas anteriores, incluso en la **infancia o adolescencia** (en depresiones mayores suele comenzar alrededor de los 35 años).

5.- TRASTORNOS BIPOLARES

5.A.- SÍNTOMAS DE LA MANÍA

- En sus manifestaciones más leves (hipomanía) es, en cierta medida, **lo contrario de la depresión**.
- **Característica fundamental:** **Expansión anímica y cognitiva**.
- En la manía aparecen síntomas opuestos a la depresión, pero también **comparten algunos síntomas característicos de los estados depresivos** (problemas de sueño, trastornos del apetito o de la ingesta).

Síntomas y signos más frecuentes (se requieren 3 para el diagnóstico):

1. **Síntomas anímicos:** Los estados de felicidad y bienestar normales, casi nunca están presentes en los episodios maníacos.
Predomina un **estado anímico elevado, eufórico, irritable, y, en definitiva, expansivo**.
Es uno de los pocos cuadros psicopatológicos **egosintónicos** (el paciente no sufre por los síntomas presentes).
2. **Síntomas motivacionales y conductuales:** Estado de energía aparentemente inagotable y desbordante para los demás: Hablan sin parar (**logorrea**), sensación de que sus pensamientos se agolpan sin tiempo para expresarlos (**fuga de ideas**), **actividad hipersexual, imprudencias temerarias** (prodigabilidad o inversiones riesgosas).
Tienden a prestar **poca atención a su aspecto físico** (descuidado y poco aseado).
3. **Síntomas cognitivos:** Extraordinaria **aceleración**: habla rápida, entrecortada, salta de un tema a otro, le es **difícil mantener la atención**. A veces al habla puede llegar a ser incoherente. **La autoestima está tan hipertrofiada** que pueden aparecer **ideas delirantes o fantasías**.
4. **Síntomas físicos:** **Hiperactivación general:** *Insomnio, aumento del apetito, incremento del umbral de la fatiga física.*

5. **Síntomas interpersonales** (no se les confiere valor diagnóstico pero son importantes para el manejo clínico): Las relaciones son muy difíciles: suelen ser *entrometidos, polemistas y controladores*. Pueden producirse agresiones cuando intentan limitar su conducta.

En la manía se desborda energía y actividad mental, por lo que, especialmente en la hipomanía, es frecuente que las personas sean *seductoras*.

El contacto clínico con éstos pacientes produce una sensación agradable ⇒ indicio de diagnóstico de manía o hipomanía.

5.B.- CLASIFICACIÓN Y CUADRO CLÍNICO

TRASTORNOS BIPOLARES

1. Trastornos bipolar I.
2. Trastorno bipolar II.
3. Trastorno ciclotímico.
4. Trastorno bipolar NE.

- El **DSM-IV** ha realizado un gran esfuerzo por **definir la hipomanía**.
- El **DSM-III y DSM-III-R**, utilizaban como clave diferenciadora si el estado requería hospitalización (manía) o no (hipomanía).

Gravedad:

1. **Ligero** ⇒ *Pocos síntomas más de los requeridos* para el diagnóstico.
2. **Moderado** ⇒ Gran *incremento en la actividad y juicio deteriorado*.
3. **Grave no psicótico** ⇒ *Requiere supervisión continua* para evitar daños.
4. **Grave psicótico** ⇒ *Delirios y alucinaciones* (señalar si son congruentes o incongruentes).
5. **En remisión parcial** ⇒ Ahora *solo permanecen algunos síntomas*.
6. **En remisión total** ⇒ No síntomas en los *últimos 6 meses*.

1.- TRASTORNOS BIPOLARES I y II

- **Bipolares I**: Personas que presentan o han presentado alguna vez en su vida algún episodio maníaco.
Puede ser: Maníaco, hipomaniaco, depresivo o mixto.
- Si la persona tiene en la actualidad un episodio maníaco y nunca ha tenido anteriormente un episodio depresivo se denomina "**Bipolar I con episodio maníaco único**".
- **Bipolares II**: Personas que, habiendo padecido episodios depresivos hipomaniacos, nunca han padecido un episodio completo de manía.
- Los pacientes **bipolares** presentan más episodios afectivos en su vida que los pacientes unipolares: Aunque los bipolares son más recurrentes, tienen una duración media menor (unos 4 meses).
La duración del episodio maníaco o depresivo no depende de la gravedad de los síntomas.
- Riesgo vital del **1%** en la población general.

2.-CICLOTIMIA

- Es una variante de los trastornos bipolares (no un trastorno de la personalidad): Presenta un patrón semejante a los trastornos bipolares, pero con una **sintomatología menos grave, y más continuada a lo largo del tiempo.**
- Presenta periodos breves (entre 2-6 días) con depresión y euforia alternantes. Normalmente existe un "equilibrio" entre síntomas depresivos e hipomaniacos, aunque en algunos pacientes predominan más unos sobre otros.

5.C.- CURSO

1.- TRASTORNOS BIPOLARES

- Tienen un **curso más recurrente** que los trastornos depresivos (8 ó 9 episodios de manía o depresión a lo largo de su vida).
- La **velocidad de recuperación** a corto plazo es más rápida cuando el episodio es maniaco (Md=5 semanas), que cuando el episodio es depresivo (Md=9 semanas), y que cuando es mixto (Md=14 semanas).
- Tasas medias de **recaída** se sitúan entre **60-90%**.
- El **riesgo de recaída**: **Aumenta con la edad** (probablemente debido a que los periodos asintomáticos son cada vez más cortos), cuanto más larga es la **historia previa de episodios**, y **mayor el número de episodios previos**. El riesgo mayor se produce poco después de salir de un episodio.
- **Cronicidad**: Entre un **15-53%**.
- **Inicio**: Puede darse a cualquier edad pero lo más frecuente es que se de entre los **20-25 años**. En niños y adolescentes el comienzo es menos claro
- Normalmente el episodio aparece de forma aguda, en cuestión de días o semanas, y la duración de los episodios es muy variables (De días a meses). Sin embargo, la duración de los episodios depresivos suele ser mayor que la de los episodios maniacos.

2.- CICLOTIMIA

- La **edad normal de comienzo** es en la **adolescencia** o el principio de la vida adulta.
- El **curso** es **crónico**.

5.D.- EPIDEMIOLOGÍA

- **Prevalencia vital**: Entre **1%** en la población general (no se engloban ni casos de ciclotimia ni casos de bipolares II).
- **Incidencia**: Pocos estudios. Alrededor de 3 casos nuevos anuales por cada 10000 habitantes.
- **Padecidos por hombres y mujeres en la misma proporción** (es posible que el número de mujeres se esté infravalorando pues su **primer episodio suele ser depresivo**, mientras que en los hombres, **maniaco**). No diferencias en sexo en la edad de inicio de los episodios depresivos.

- **Factores de riesgo asociados:**

- Personas con tendencias ciclotímicas, tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos bipolares (no hay apoyo empírico).
- En el caso de mujeres, aproximadamente un 30%, el primer episodio maníaco o depresivo se da durante el embarazo o el postparto.
- Antecedentes familiares (1 de cada 3 hijos). Aparece en el 50% de los familiares de primera línea.

- **Tendencia secular:**

- Actualmente se diagnostica un 25% más de trastornos bipolares, aunque es posible que se deba a que la definición moderna, incluye también a pacientes depresivos con sintomatología psicótica, que antes se consideraban en el grupo de los esquizofrénicos.
 - El riesgo está creciendo en la poblaciones más jóvenes.
- No diferencias en función de nivel socioeconómico.
- Mayores tasas en **solteros y divorciados** que en casados.