



Artículo original

Diferencias en la experiencia subjetiva entre depresión unipolar y bipolar



Marco Fierro^{a,*}, Andrés Bustos^a y Carlos Molina^{a,b}

^a Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

^b Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de marzo de 2015

Aceptado el 25 de septiembre de 2015

On-line el 18 de noviembre de 2015

Palabras clave:

Trastorno bipolar

Depresión unipolar

Depresión bipolar

Fenomenología

Síntomas

EASE

R E S U M E N

Introducción: Es importante distinguir la depresión unipolar de la bipolar, pues hay diferencias en el tratamiento y el pronóstico. Dado que el diagnóstico de las dos condiciones es netamente clínico, encontrar diferencias sintomáticas puede ser de gran utilidad.

Objetivos: Buscar diferencias en la experiencia subjetiva (de primera persona) entre depresión unipolar y bipolar.

Métodos: Estudio exploratorio de tipo cualitativo, de orientación fenomenológica, con 12 pacientes (7 con depresión bipolar y 5 con depresión unipolar; 3 varones y 9 mujeres). Se utilizó una entrevista semiestructurada basada en el Examen de la Experiencia Anómala del Self (EASE).

Resultados: Estado de ánimo predominante: en la depresión bipolar es el apagamiento emocional; en la unipolar, la tristeza. Experiencia del cuerpo: en la bipolar, el cuerpo se siente pesado, francamente cansado y como un obstáculo para el movimiento. En la unipolar, la experiencia del cuerpo se parece a la pereza cotidiana. Cognición y flujo de conciencia: en la depresión bipolar, en comparación con la unipolar, el pensamiento se vive lentificado, como si tuviera que vencer obstáculos en su curso; hay mayor dificultad para comprender lo que se escucha o se lee. Perspectiva del futuro: en la depresión bipolar, la desesperanza es más intensa y de mayor alcance que en la unipolar, como si se perdiera la posibilidad misma de la esperanza.

Conclusiones: Se encontraron diferencias cualitativas en el estado de ánimo predominante, la experiencia corporal, la cognición y la perspectiva del futuro entre la depresión unipolar y la bipolar.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: Marcofierro2222@yahoo.com, marcofierro@gmail.com (M. Fierro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.09.006>

0034-7450/© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Differences in Subjective Experience Between Unipolar and Bipolar Depression

A B S T R A C T

Keywords:

Bipolar disorder
Unipolar depression
Bipolar depression
Phenomenology
Symptoms
EASE

Introduction: It is important to make distinction between bipolar and unipolar depression because treatment and prognosis are different. Since the diagnosis of the two conditions is purely clinical, find symptomatic differences is useful.

Objectives: Find differences in subjective experience (first person) between unipolar and bipolar depression.

Methods: Phenomenological-oriented qualitative exploratory study of 12 patients (7 with bipolar depression and 5 with unipolar depression, 3 men and 9 women). We used a semi-structured interview based on Examination of Anomalous Self-Experience (EASE).

Results: The predominant mood in bipolar depression is emotional dampening, in unipolar is sadness. The bodily experience in bipolar is of a heavy, tired body; an element that inserts between the desires of acting and performing actions and becomes an obstacle to the movement. In unipolar is of a body that feels more comfortable with the stillness than activity, like laziness of everyday life. Cognition and the stream of consciousness: in bipolar depression, compared with unipolar, thinking is slower, as if to overcome obstacles in their course. There are more difficult to understand what is heard or read. Future perspective: in bipolar depression, hopelessness is stronger and broader than in unipolar, as if the very possibility of hope was lost.

Conclusions: Qualitative differences in predominant mood, bodily experience, cognition and future perspective were found between bipolar and unipolar depression.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El episodio depresivo es el elemento fundamental para hacer el diagnóstico de trastorno de depresión mayor, pero puede presentarse igualmente en el trastorno bipolar. Cuando hace parte del trastorno depresivo mayor, se le llama también depresión unipolar, y cuando ocurre en el marco del trastorno bipolar, se denomina depresión bipolar¹⁻³.

En el DSM-5 no hay criterios que permitan distinguir el episodio depresivo unipolar del bipolar. Sin embargo, se ha vuelto cada vez más importante establecer esa diferencia pues, al hacerla de manera temprana y precisa, se puede disminuir el número de recurrencias y a la vez evitar los tratamientos farmacológicos inadecuados⁴⁻¹¹, la aparición de comorbilidades¹²⁻¹⁶ y las complicaciones propias de la enfermedad.

Tanto la depresión unipolar como la bipolar tienen complicaciones de importancia. Ambas siguen un curso con tendencia a la recurrencia y cronicidad, pero el trastorno bipolar es más incapacitante incluso con buena adherencia al tratamiento. Los episodios depresivos bipolares se han relacionado con mayor incidencia de suicidio (10-15%) que los unipolares¹⁷⁻²²; de hecho, entre un tercio y la mitad de quienes tienen trastorno bipolar hacen algún intento de suicidio en su vida²³. En cuanto a la comorbilidad, hay mayor asociación del trastorno bipolar con trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y problemas asociados al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas^{19,24,25}. También con disfunción social y familiar²⁶.

Clínicamente, los episodios depresivos de trastorno bipolar aparecen a una edad más temprana^{3,27-29}. Se han descrito como episodios recidivantes, de duración breve, con síntomas atípicos, hipersomnio, ansiedad, quejas somáticas, irritabilidad e incluso psicosis^{2,3,13,22,30-34}.

En cuanto a la historia familiar, se ha encontrado clara correspondencia de la depresión unipolar y bipolar con antecedentes de trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar respectivamente^{27,35,36}. Sin embargo, debido a la existencia de depresiones bipolares subdiagnosticadas o diagnosticadas como unipolares, se recomienda tomar los antecedentes de psicosis y/o suicidio como indicador de depresión bipolar aun cuando el diagnóstico de trastorno bipolar no se hubiese hecho³⁷.

En la búsqueda realizada por los autores (PubMed, LILACS), no se encontraron publicaciones en las que la exploración fenomenológica de la experiencia subjetiva (en primera persona) se hubiera utilizado para establecer diferencias entre la depresión unipolar y la bipolar, si bien tal método ha dado buenos resultados en el estudio de la esquizofrenia, especialmente de los pródromos³⁸⁻⁴¹. Algunos trabajos recientes de orientación fenomenológica han mostrado interesantes hallazgos acerca de los sentimientos de desesperanza y culpa^{42,43}, el papel de la corporalidad^{44,45} y la pérdida de los sentimientos durante los episodios depresivos⁴⁶.

Según las clasificaciones diagnósticas estándar (DSM-5 y CIE-10), no existen criterios sintomáticos que permitan distinguir entre depresión bipolar y unipolar. Este estudio tiene como objetivo explorar si hay diferencias en la experiencia

subjetiva durante los episodios depresivos que sean de utilidad para establecer un diagnóstico diferencial.

Material y métodos

Se realizó una investigación de tipo cualitativo exploratorio de las experiencias subjetivas (de primera persona) de un grupo de pacientes con depresión unipolar y bipolar. Se utilizaron entrevistas en profundidad de orientación fenomenológica, basadas en un guión y aplicadas a todos los participantes, seguidas de la interpretación comparativa de los hallazgos en términos fenomenológicos⁴⁷. En este punto se debe reiterar que el énfasis se estableció en la experiencia subjetiva y no solo en la sintomatología psiquiátrica estándar.

Se incluyó en el estudio a 12 pacientes, 3 varones y 9 mujeres mayores de 18 años, que además cumplían los siguientes criterios de inclusión. Los pacientes con depresión unipolar: cumplir en el momento de la entrevista los criterios diagnósticos de episodio depresivo moderado a grave sin síntomas psicóticos (clasificación DSM-IV-TR). Los pacientes con depresión bipolar: a) cumplir en el momento de la entrevista los criterios diagnósticos de episodio depresivo moderado a grave sin síntomas psicóticos, (clasificación DSM-IV-TR); b) cumplir criterios diagnósticos de trastorno bipolar; c) ausencia de un factor desencadenante del episodio actual; d) inicio súbito del episodio (no más de 1 semana desde el comienzo de los síntomas hasta su presencia claramente definida). Se consideró criterio de exclusión toda enfermedad neurológica concomitante o trastorno por consumo de sustancias.

Para los pacientes con depresión bipolar, se decidió utilizar los criterios de inclusión c) y d) con la finalidad de disminuir la probabilidad de que el episodio depresivo se hubiera desencadenado por eventos vitales como las pérdidas afectivas, económicas o laborales y de esa forma se constituyera en factor de confusión con la depresión unipolar.

En total, se entrevistó a 7 pacientes con depresión bipolar y 5 con depresión unipolar. Antes de la entrevista, se informaba a cada paciente sobre su objetivo y el sujeto aceptaba participar voluntariamente en la investigación.

La entrevista se realizó en un ambiente empático en el que se animaba al paciente a hablar de su experiencia sin ninguna restricción. Para tal fin, a cada participante se le explicó que la información relevante era el conjunto de experiencias vividas durante el episodio depresivo, y se le pidió que las describiera con la mayor claridad posible. El entrevistador debía evitar las reacciones verbales y preverbiales que pudieran dar lugar a que el entrevistado se sintiera juzgado, atemorizado o desconfiado. También se informó al paciente de que, en caso de que no comprendiera claramente una pregunta, pidiera aclaraciones hasta que lograra captar el sentido de lo que se indagaba. Las preguntas estaban escritas en un guión de entrevista, de manera que se siguiera siempre una secuencia y no se olvidara evaluar ninguno de los dominios o los ítems. Se dejó abierta la posibilidad de hacer variaciones en el orden de los dominios o ítems, dependiendo de que las respuestas previas hubieran cubierto ya algún aspecto de la exploración⁴⁸. La razón de tal adaptación tiene que ver con el interés de esta investigación en que la construcción del sentido de la respuesta fuera lo

más cercana posible a la experiencia del paciente, y no a la teorización del entrevistador.

La entrevista utilizada en este estudio se basó también en el modelo desarrollado por Parnas et al³⁴ en la Universidad de Copenhague (Dinamarca), denominado «Examen de la experiencia anómala del self» (EASE). Se trata de una herramienta de exploración fenomenológica que en su caso funciona como una lista de chequeo de síntomas (tal como se viven en primera persona), y se aplica como una entrevista semiestructurada. Consiste en cinco dominios, cada uno de ellos compuesto por un número de preguntas diferente, las cuales buscan establecer la presencia de las experiencias anómalas y su intensidad. Cada dominio y subdominio se explican en un documento anexo, de tal manera que el clínico pueda reconocer las características propias de cada experiencia y ubicarla en alguno de los subdominios después de escuchar las respuestas del paciente.

Se tomó el EASE como modelo, obviando los dominios y subdominios específicos orientados a indagar por psicosis, y se adaptó para aplicarla a pacientes con un episodio depresivo sin síntomas psicóticos. Teniendo en cuenta que la depresión se manifiesta en experiencias no solo mentales, sino también corporales, y en la manera de ser y estar en el mundo, se seleccionaron cuatro dominios con sus respectivos subdominios:

1. La experiencia emocional.
2. La experiencia con el propio cuerpo.
3. La cognición y el flujo de conciencia.
4. La proyección en el tiempo o perspectiva de futuro.

Cada dominio explora la experiencia subjetiva del paciente, la cual tiene aspectos homogéneos y heterogéneos, y tiene como finalidad lograr la saturación de los aspectos homogéneos, es decir de aquellos que, además de ser frecuentes, contribuyen a dotar de sentido a las experiencias. Por este motivo, para el método, más que el número de participantes y la representatividad estadística, lo buscado es la representatividad teórica o la consistencia de sentido.

Cada dominio y subdominio se describe y se ejemplifica en un documento que organiza la entrevista, que el entrevistador conoció bien antes de aplicarlo. Para la realización de este tipo de entrevistas en profundidad, se requiere un entrenamiento básico en la comprensión de los dominios que se va a abordar, pero no una estandarización de la entrevista, como sucede en las entrevistas estructuradas que están acompañadas de un cuerpo teórico y categorías preestablecidas que verificar. Realizaron las entrevistas dos de los médicos psiquiatras investigadores.

Cada entrevista se registró en formato audiovisual; para ello el paciente estuvo de acuerdo y firmó un consentimiento informado. Después de una primera aproximación a campo y puesta a prueba, se efectuaron los ajustes necesarios a la entrevista con el fin de acercarla a la experiencia en primera persona —no solo a la enumeración de posibles síntomas— y hacerla más entendible a los indagados.

Se realizó una verificación *in situ* de los relatos y la construcción de sentido en el curso de las entrevistas recapitulando dichos relatos con los entrevistados. De esta manera se pudo objetivar la experiencia del paciente y las apreciaciones del entrevistador sobre ella. Tal ejercicio resulta fundamental en

este tipo de aproximación metodológica con el fin de evitar los sesgos provenientes del entrevistador.

El ejercicio de análisis de los resultados tuvo cuatro momentos. El primero se basó en tomar la narrativa en primera persona tal como el paciente la relata. Dicha narrativa entra (o no) en contacto o relación con las narraciones de los otros pacientes del estudio, y se encuentran similitudes en los relatos.

El segundo, tomando la narrativa del paciente y los dominios sintomáticos seleccionados, se orientó a conocer los aspectos antepredicativos (no verbales) de tipo afectivo, perceptivo y corporal subyacentes y que dan lugar a la emergencia de lo común y singular de la narrativa.

El tercero consiste en que el investigador integre la narrativa del paciente y de los aspectos antepredicativos encontrados en la exploración con el fin de describir y definir las características específicas de la experiencia subjetiva de la depresión unipolar y bipolar centrándose en las diferencias entre ellas.

El cuarto es que el paciente valide las características de la experiencia subjetiva identificadas por el investigador. Para ello, se realiza una recapitulación de los hallazgos que a su vez se presenta al paciente con el fin de que la confirme y encuentre sentido a la luz de su experiencia.

Resultados

Experiencia afectiva predominante

Con respecto a la experiencia afectiva, hay diferencias de importancia. En la depresión bipolar, la tristeza no es el estado de ánimo predominante; en su lugar, se instala uno que se puede describir mejor con el término apagamiento emocional. Los pacientes se refieren a él con expresiones como una gran dificultad para sentir y estar vacío de sentimientos. El apagamiento se instala en el primer plano de la conciencia y afecta significativamente a toda la vida mental:

PL: «Todo el tiempo apagada emocionalmente. Es que no hay nada que lo emocione a uno. [...] Era imposible para mí decir si estoy emocionada o estoy triste o estoy feliz, es que no había emoción, es plano. No es tristeza, es un sentimiento plano. Por ejemplo: se muere mi tío, qué embarrada, pero bueno; se enferma mi perro, qué embarrada, pero bueno. Vámonos de rumba a pasarla cheverísimo; no, ¿para qué?; qué mamera, me da igual [...] Antes de apagar me estoy más irritable y ya sé que me viene la crisis».

IN: «Apagada emocionalmente, como sin vida todo el tiempo».

YE: «Es un vacío de sentimientos que duele. En este caso (estando con depresión bipolar), la emoción no llega con nada, ni siquiera la tristeza. Es como estar muerto».

LU: «Es como si no pudiera sentir, como si no sintiese nada, como si hubiese perdido la capacidad de sentir, todo da igual».

Conviene aclarar que la experiencia afectiva de la depresión bipolar no es ausencia de sentimientos. Hay un sentimiento claro y doloroso de apagamiento. El paciente se

percata, se da cuenta de ello y lo sufre. El mundo que aparece ante él no es plano, sino con menos vitalidad, menos atractivo, poco interesante.

En la depresión unipolar, el estado de ánimo se asemeja a la tristeza cotidiana o la que se observa en un duelo. Ese estado de ánimo es menos invasivo que el apagamiento emocional, pues permite al afectado interesarse un poco más en realizar ciertas actividades, y se dan momentos en que la tristeza pasa a un segundo plano. De hecho, la mayoría de los pacientes entrevistados negaron experimentar un sentimiento diferente o más notorio que la tristeza.

TL: «Me siento mal. Me falta todo, estoy cansada, me he sentido triste, mucho, lloro todos los días». Con respecto al apagamiento emocional dice «no sentir nada, dura muy poquito tiempo, es pasajero».

ES: «Es una tristeza muy fuerte. Soy capaz de trabajar y seguir con las cosas del día a día, pero la tristeza está siempre detrás».

Por otra parte, en la depresión bipolar, cuando la persona se percata del apagamiento emocional suele experimentar ansiedad y rabia, junto con pensamientos reiterados de auto-reproche y culpa por no poder retornar a su estado habitual.

PL: «Me doy cuenta de mi estado y siento rabia por lo que me sucede y no poder cambiarlo».

Si bien los pacientes son quienes experimentan el tinte cualitativo característico de su estado de ánimo, no es fácil para ellos describirlo espontáneamente, expresarlo en palabras y hacerlo entendible a los demás. En cambio, cuando se les pregunta explícitamente si es similar o distinto de la tristeza, no tienen dificultad en reconocer la diferencia. Una paciente pudo identificarla claramente, pues al final del episodio de depresión bipolar, cuando ya había mejorado, afrontó una situación vital que le generó gran tristeza. Comprendía que la tristeza era ocasionada por circunstancias que en algún momento finalizarían o que la paciente se adaptaría a ellas. No sucedía así con la experiencia de la depresión bipolar, cuyo comienzo no lograba relacionar ni entender en el contexto de su vida, y al pensar sobre la finalización de la depresión, temía que su estado se prolongara indefinidamente.

PL, cuando estaba triste: «Estoy triste porque me voy en una semana y tengo que dejar a mi hijo por tres meses. Me voy a ir, voy a dejarlo, es más como esa ansiedad de separación que me pone triste, que me pone a llorar, pero no es algo que uno diga “no lo voy a superar”, sino que en el momento uno no puede pensar bien. Es más la circunstancia».

PL, cuando tenía depresión bipolar: «Uno ve cómo la gente se ríe, canta, baila, y uno está ahí, como inerte. Nada resuena, nada resalta. Es indiferencia ante lo que pasa en el mundo».

El llanto figura con más frecuencia en la depresión unipolar que en la bipolar. En esta está relacionado con la desesperación ante una situación que parece no tener fin.

PL: «No es una llorada de desahogo, sino de desespero».

Con frecuencia, los familiares y amigos de los pacientes observan cambios significativos y duraderos en la expresión facial de los pacientes con depresión bipolar.

CC: «La familia nota cuando estoy enferma, me dicen que cambia mi cara, que me veo decaída y casi no se me observan muestras de emociones».

JF: «La gente que me conoce me dice que cambia mi cara, la rapidez con que me muevo y hasta la voz. Cuando estoy deprimido hablo como si no tuviera fuerza en la voz, no subo ni bajo, como una voz casi plana».

PL: «Mi hermana reconoce que estoy apagada emocionalmente cuando me nota monosilábica y con tendencia al mutismo. Otros, como el jefe o los compañeros de trabajo, dicen que me ven rara. Antes de apagarme, las cosas me molestan más, como la voz de la gente».

Experiencia del cuerpo

En la vida cotidiana, el cuerpo es fenomenológicamente silencioso. Por ejemplo, al caminar, uno no se da cuenta de los movimientos de las piernas; es más, puede ir concentrado en los pensamientos sin percatarse de que ha recorrido una gran distancia. Al trabajar en un computador, los movimientos de los dedos al oprimir las teclas se trasladan al trasfondo, y la pantalla pasa a ocupar el primer plano de la conciencia. En los dos casos, el movimiento de las piernas y los dedos se vuelve transparente; está allí, pero pasa inadvertido.

Cuando hay dolor, la situación cambia radicalmente. Los movimientos del cuello, al girar, habitualmente pasan inadvertidos, pero si se sufre tortícolis, el dolor y la rigidez de los músculos hacen que el movimiento se perciba con claridad: se siente la resistencia y se hace necesario un esfuerzo cuidadoso para mitigar las molestias. Se pone atención a unos movimientos que en otras circunstancias no la requieren.

El cuerpo se percibe de manera diferente en la depresión bipolar y la unipolar. En la bipolar, los pacientes describen su cuerpo como un obstáculo para el movimiento y la realización de las acciones, que dificulta incluso las actividades cotidianas y el desplazamiento. El cuerpo se siente pesado, como un lastre, un elemento que se interpone entre los deseos de actuar y la realización de las acciones. Es un cuerpo que está cansado todo el tiempo, prácticamente enfermo. Es también un cuerpo más torpe, con menos soltura y ductilidad. Se parece a la experiencia de cansancio después de realizar ejercicio intenso y prolongado, pero sin el bienestar generado por el ejercicio. Esta experiencia del cuerpo da lugar a que la persona pueda permanecer todo el día en cama sin que aparentemente esté enferma ni tenga un dolor específico.

CQ: «Siento el cuerpo pesado, con movimientos lentos. En todo me demoro más y lo hago con más dificultad. Hasta soy más torpe con lo que hago, como que no coordino bien. Me cuesta mucho terminar lo que empiezo».

IN: «Me duele por todos lados; un peso aquí (señala el cuello). Se me dificulta mucho hacer actividades cotidianas, subir y bajar de los buses».

CC: «Es difícil hasta caminar. Veo las distancias muy lejos. Antes caminaba varias cuadras sin problema, ni lo sentía.

Ahora, me cuesta mucho, me canso. El cuerpo no responde igual».

En la depresión unipolar, el cuerpo no se percibe de manera tan notoria como en la bipolar. Más bien, el cuerpo se sintoniza con la tristeza, casi se podría decir que es un cuerpo triste. La experiencia del cuerpo es parecida a la que se tiene en la pereza. Es un cuerpo que se siente más cómodo con la quietud que con la actividad. No representa un obstáculo para el movimiento como en el caso de la depresión bipolar, pero se cansa una vez entra en acción. El resultado en ambos tipos de depresión es el empleo de mayor tiempo en realizar las actividades.

QM: «Voy a trabajar y hago muy poco. Comienzo una cosa y me aburre, me canso y la dejo. Sé que tengo que hacer muchas cosas, pero es difícil comenzar alguna. Veo varias páginas de internet, leo un poco de cada una, veo si tengo llamadas; así se pasa el tiempo, y lo que es del trabajo, casi nada».

OG: «Me levanto, no me animo a bañarme; digo, más tarde. A veces no me cepillo los dientes. Uno está dejado, como dice la gente. Es un desánimo, como pereza, pero no es exactamente pereza. Es como si fuera mejor quedarse viendo televisión sin hacer nada, sin hacer ningún esfuerzo».

Cognición y flujo de la conciencia

En la depresión bipolar el pensamiento se enlentece, fluye a trompicones, como si tuviera que superar resistencias. Hay dificultad para organizar las ideas, comprender lo que se escucha o se lee y seguir la lógica al asociar los pensamientos dirigidos a un propósito (por ejemplo, resolver un problema). El paciente experimenta un menoscabo en su funcionamiento cognitivo al contrastarlo con el estado previo.

La atención y la memoria a corto plazo se afectan en mayor medida que en la unipolar. Es más difícil centrar la atención y recordar lo aprendido recientemente. El pensamiento tematiza el estado que se padece y los síntomas del momento. Además, se vive mayor culpa que en la unipolar.

En la depresión unipolar los problemas cognitivos son menos intensos, y el principal es la dificultad para concentrarse.

A continuación se muestran dos extractos narrativos de pacientes con depresión bipolar:

PL: «Los pensamientos no fluyen. Si este que está aquí me está mirando, es porque yo no he podido terminar lo que tengo que hacer. Siempre es denigrándome a mí misma, es como un autosabotaje. [...] Siento culpa por no poder organizar el trabajo ni rendir en él. Todo es una cadena, no puedo pensar positivo. [...] Me imagino haciendo las cosas mal. Termino no haciendo las cosas por eso. Todo el tiempo pienso que me va ir mal, que está mal».

CQ: «Siento como un bloqueo, no tengo las mismas ideas que tenía antes. Me cuesta dejar de pensar en cómo me siento y concentrarme en otras cosas o tener pensamientos de cosas que no sean mi depresión».

Tabla 1 – Diferencias en la experiencia subjetiva entre depresión unipolar y bipolar

Dominio experiencial	Depresión bipolar	Depresión unipolar
Experiencia afectiva predominante	Apagamiento emocional. Es un sentimiento claro y doloroso vivido como intensa dificultad para sentir o estar vacío de sentimientos	Tristeza similar a la que se vive en la cotidianidad posterior a las pérdidas
Experiencia del cuerpo	Cuerpo pesado, cansado, como un obstáculo para el movimiento y la realización de las acciones. Es torpe y menos dúctil. Se dificulta la realización de las actividades cotidianas y el desplazamiento	El cuerpo puede moverse sin mayor dificultad. El problema es ponerlo en marcha. Parecido a la vivencia del cuerpo en la pereza de la vida cotidiana
Cognición y flujo de conciencia	El pensamiento se enlentece y fluye a trompicones. Dificultad para: <ul style="list-style-type: none"> • Organizar las ideas • Comprender lo que se escucha o se lee • Seguir la lógica al asociar los pensamientos dirigidos a un propósito 	En general, menor compromiso que la bipolar en los ítems anotados. Dificultad para concentrarse
Perspectiva de futuro	La desesperanza es más intensa y de mayor alcance, y llega a perderse por completo	La desesperanza está disminuida y limitada a algunos temas

Perspectiva del futuro

La desesperanza es más intensa y de un alcance muchísimo más amplio en la depresión bipolar que en la unipolar. En la unipolar, la pérdida de la esperanza se limita a algunos temas, mientras que en la bipolar se extiende a casi todos, es como si se perdiera la posibilidad misma de la esperanza y el futuro no ofreciera ninguna opción de cambios positivos. Las personas sienten que no serán capaces de continuar con la vida como la llevaban, pues han perdido su vitalidad y sus capacidades de manera casi irreversible, vislumbran sus caminos cerrados y sin opciones. A continuación, dos ejemplos de depresión bipolar:

CC: «Hay un momento que uno piensa que hasta ahí llegó. Que lo que uno viva de ahí en adelante es porque mi Dios lo deja y tiene que aceptarlo».

JF, varón de 47 años, sin problemas laborales, económicos ni familiares, habitualmente tranquilo y optimista, en medio de la depresión bipolar, anotaba: «Creo que no voy a poder seguir en el trabajo, hay mucha gente joven que sí tiene energía y puede hacerlo bien; en cambio, yo ya no puedo. Veo que no podré darles educación a mis hijos ni tendré más oportunidades de trabajar».

Los resultados se resumen en la [tabla 1](#).

Discusión

En el DSM-5 no hay diferencias en cuanto a los criterios sintomáticos entre el episodio depresivo del trastorno bipolar (depresión bipolar) y el episodio depresivo del trastorno de depresión mayor (depresión unipolar).

En el presente estudio, al explorar la experiencia subjetiva de los pacientes con depresión unipolar y bipolar, se encontraron diferencias que pueden ser de utilidad en el ámbito clínico, pues hasta ahora los criterios diagnósticos basados en síntomas establecen una identidad entre la depresión unipolar y la bipolar.

El estado de ánimo es un elemento clave en el diagnóstico de depresión en el DSM, pero está definido de forma circular, pues figura como «estado de ánimo depresivo», ejemplificado

con las frases «se siente triste, vacío, sin esperanza» o «se le ve lloroso». En este estudio se encontró que en la depresión unipolar predomina la tristeza, similar a la experimentada en la vida cotidiana frente a las pérdidas, mientras que en la bipolar se da un estado de ánimo que se puede describir como apagamiento emocional. El paciente tiene un sentimiento doloroso de no experimentar emociones y no reaccionar emocionalmente a los eventos, y sufre por ello, lo que da lugar a que el mundo aparezca menos interesante, con pocos atractivos.

En cuanto a la experiencia del cuerpo, en el DSM figuran dos criterios relacionados con el tema. El primero menciona la fatiga y la falta de energía. El segundo se refiere al retardo psicomotor observable por terceros; es más, se aclara que la sensación subjetiva de enlentecimiento no es suficiente para que se cumpla el criterio. En este estudio el punto crucial es la experiencia subjetiva: en la depresión unipolar el cuerpo puede moverse sin mayor dificultad, pero el problema es ponerlo en marcha, parecido a la vivencia del cuerpo en la pereza de la vida cotidiana. En la depresión bipolar, se trata de un cuerpo cansado, adolorido, al que le cuesta moverse o que se mueve con lentitud.

En el ámbito cognitivo, en el DSM aparece como criterio la disminución en la capacidad de pensar y concentrarse. En este estudio, se destaca que en la depresión bipolar el paciente experimenta que su pensamiento fluye con dificultad, a trompicones. Además, no logra comprender la información con la rapidez y la facilidad previas. En la depresión unipolar, en cambio, la dificultad es para concentrarse y mantener la atención en una actividad.

La desesperanza aparece en el DSM como una forma en que el estado de ánimo deprimido se manifiesta. En este estudio la desesperanza se experimenta con más intensidad en la depresión bipolar, tanto que puede llegar a perderse por completo, momento en que el futuro desaparece de la perspectiva del tiempo.

Al tomar por separado cada uno de los cuatro dominios de la experiencia subjetiva, las diferencias entre los dos tipos de depresión no son absolutas, pero cuando se integran y se ven en conjunto, la distinción resalta mucho más. Parece que se trata de dos formas de depresión. De un lado, la unipolar, semejante a lo que se vive tras las pérdidas significativas en

la vida cotidiana; de otro, la bipolar, un estado de disminución general de la vitalidad emocional y corporal.

No fue posible comparar estos hallazgos con los de otros estudios que hayan empleado una metodología cualitativa de orientación fenomenológica, debido a que en la revisión bibliográfica realizada no se encontraron.

En cuanto a las implicaciones prácticas, teniendo en cuenta que el diagnóstico en psiquiatría sigue siendo eminentemente clínico y no existen hasta ahora otros elementos, como marcadores biológicos, suficientemente específicos para diferenciar la depresión bipolar de la unipolar, disponer de síntomas adicionales a los existentes que establezcan esa distinción es de gran utilidad en la práctica cotidiana.

En lo relacionado con el alcance, se trata de un estudio exploratorio que indaga en la experiencia subjetiva del paciente mismo, lo que se constituye a la vez en su fortaleza, pues no se encontraron trabajos similares en la búsqueda bibliográfica realizada. Si otros estudios con similar metodología confirman los hallazgos, el psiquiatra puede tener a su alcance una herramienta relativamente sencilla y rápida para establecer el diagnóstico diferencial entre los dos tipos de depresión.

Entre las limitaciones, se destaca el reducido tamaño de la muestra, lo que además impide encontrar variaciones sintomáticas por sexo o edad. Desde luego, vale la pena aclarar que con el número de pacientes incluidos se alcanzó la saturación buscada, acorde con la metodología empleada.

Hay una pregunta para explorar en otros estudios. Si a partir de la experiencia subjetiva es posible identificar dos tipos de depresión y la unipolar se parece a lo vivido tras las pérdidas significativas, ¿los episodios de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar son siempre de tipo bipolar o algunos son unipolares?

Conclusiones

Mediante entrevistas en profundidad guiadas fenomenológicamente, se identificaron algunas diferencias en la experiencia subjetiva entre la depresión bipolar y la unipolar de los pacientes que participaron en el estudio.

1. Estado de ánimo predominante: en la depresión bipolar, es el apagamiento emocional; en la unipolar, la tristeza.
2. Experiencia del cuerpo: en la bipolar, el cuerpo se siente pesado, francamente cansado y como un obstáculo para el movimiento. En la unipolar, la experiencia del cuerpo se parece a la pereza cotidiana.
3. Cognición y flujo de conciencia: en la depresión bipolar, respecto a la unipolar, el pensamiento se experimenta lentificado, como si tuviera que vencer obstáculos en su curso. Hay mayor dificultad para comprender lo que se escucha o se lee.
4. Perspectiva del futuro: en la depresión bipolar, la desesperanza es más intensa y de mayor alcance que en la unipolar, como si se perdiera la posibilidad misma de la esperanza.

Estos hallazgos de tipo fenomenológico se suman a toda una serie de datos epidemiológicos y clínicos y sirven al propósito de establecer diferencias entre los dos tipos de

depresión desde el momento mismo que el paciente acude a la consulta.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuellar A, Johnson S, Winters R. Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clin Psychol Rev*. 2005;25:307-39.
2. Ohmae S. The difference between depression and melancholia: two distinct conditions that were combined into a single category in DSM-III. *Seishin Shinkeigaku Zasshi (Psychiatr Neurol)*. 2012;114:886-905.
3. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Möller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2000;59 Suppl 1:5-30.
4. Henry C. Severe Depression: specific features of bipolar disorder. *Encephale*. 2009;35 Suppl 7:261-3.
5. Li CT, Bai YM, Huang YL, Chen YS, Chen TJ, Cheng JY, et al. Association between antidepressant resistance in unipolar depression and subsequent bipolar disorder: cohort study. *Br J Psychiatr*. 2012;200:45-51.
6. Nivoli A, Colom F, Murru A, Pacchiarotti I, Castro-Loli P, González-Pinto A, et al. New treatment guidelines for acute bipolar depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2011;129:14-26.
7. Fountoulakis KN, Vieta E. Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *Int J Neuropsychop*. 2008;11:999-1029.
8. Saatcioglu O, Erim R, Tomruk N, Oral T, Alpay N. Antidepressant-associated mania or hypomania: A comparison with personality and bipolarity features of bipolar I disorder. *J Affect Disord*. 2011;134:85-90.
9. Scott E, Hermens D, Naismith S, Guastella A, Regt T, White D, et al. Distinguishing young people with emerging bipolar disorders from those with unipolar depression. *J Affect Disord*. 2013;144:208-15.
10. Soares-Weiser K, Bravo VY, Beynon S, Dunn G, Barbieri M, Duffy S, et al. A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. *Health Technol Assess*. 2007;11.
11. Correa R, Akiskal H, Gilmer W, Nierenberg AA, Trivedi M, Zisook S. Is unrecognized bipolar disorder a frequent

- contributor to apparent treatment resistant depression. *J Affect Disord.* 2010;127:10-8.
12. Moreno C, Hasin DS, Arango C, Oquendo MA, Vieta E, Liu S, et al. Depression in bipolar disorder versus major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Bipolar Disord.* 2012;14:271-82.
 13. Gan Z, Diao F, Wei Q, Wu X, Cheng M, Guan N, et al. A predictive model for diagnosing bipolar disorder based on the clinical characteristics of major depressive episodes in Chinese population. *J Affect Disord.* 2011;134:119-25.
 14. Xu G, Lin K, Rao D, Dang Y, Ouyang H, Guo Y, et al. Neuropsychological performance in bipolar I, bipolar II and unipolar depression patients: A longitudinal, naturalistic study. *J Affect Disord.* 2012;136:328-39.
 15. Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, et al., BRIDGE Study Group. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68:791-8.
 16. Van der Werf-Eldering MJ, Schouws S, Arts B, Jabben N. Cognitive dysfunction in bipolar disorder: determinants and functional outcome. *Tijdschr Psychiatr.* 2012;54:709-18.
 17. McIntyre RS, Muzina DJ, Kemp DE, Blank D, Woldeyohannes HO, Lofchy J, et al. Bipolar disorder and suicide: research synthesis and clinical translation. *Curr Psychiatry Rep.* 2008;10:66-72.
 18. Bottlender R, Jäger M, Strauss A, Möller HJ. Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed in patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000;5:257-61.
 19. Goldberg JF, Garno JL, Portera L, León AC, Kocsis JH, Whiteside JE. Correlates of suicidal ideation in dysphoric mania. *J Affect Disord.* 1999;56:75-81.
 20. Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F, Campi S, Dome P, et al. Suicidal behavior in bipolar disorder: Epidemiology, characteristics and major risk factors. *J Affect Disord.* 2012;143:16-26.
 21. Tsai SY, Kuo CJ, Chen CC, Lee HC. Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. *J Clin Psychiatr.* 2002;63:469-76.
 22. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. Agitated unipolar depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord.* 2005;85:245-58.
 23. López P, Mosquera F, De León J, Gutiérrez M, Ezcurra J, Ramírez F, et al. Suicide attempts in bipolar patients. *J Clin Psychiatry.* 2001;62:963-6.
 24. Bousño M, Baca Baldomero E, Alvarez E, Eguiluz I, Martín M, Roca M, et al. Manejo de la depresión a largo plazo: la depresión bipolar. *Acta Esp Psiquiatr.* 2008;36 Supl 2:53-61.
 25. Carney CP, Jones LE. Medical comorbidity in women and men with bipolar disorders: a population-based controlled study. *Psychosom Med.* 2006;68:684-91.
 26. Grant BR, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:1205-15.
 27. Bowden C. A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *J Affect Disord.* 2005;84:117-25.
 28. Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF, Hirschfeld RM. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar Disord.* 2008;10:144-52.
 29. Sánchez PR, Rodríguez LJ, Jaramillo L. Edad de inicio como marcador de subtipos de enfermedad manícodepresiva. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012;41:576-87.
 30. El-Mallakh R, Ghaemi N. Depresión bipolar: guía completa. Washington: American Psychiatric Publishing; 2006.
 31. Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Bartol L. Agitated depression in bipolar I disorder: prevalence, phenomenology, and outcome. *Am J Psychiatry.* 2003;160:2134-40.
 32. Perlis RH, Brown E, Baker RW, Nierenberg AA. Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials. *Am J Psychiatry.* 2006;163:225-31.
 33. Lövdahl H, Andersson S, Hynnekleiv T, Malt U. The phenomenology of recurrent brief depression with and without hypomanic features. *J Affect Disord.* 2009;112:151-64.
 34. Judd L, Schettler P, Akiskal H, Coryell W, Fawcett J, Fiedorowicz J, et al. Prevalence and clinical significance of subsyndromal manic symptoms, including irritability and psychomotor agitation, during bipolar major depressive episodes. *J Affect Disord.* 2012;138:440-8.
 35. Ghaemi S, Saggese J, Goodwin F. Diagnosis of bipolar depression. En: Mallakh R, Ghaemi S, editores. *Bipolar depression: a comprehensive guide.* Washington: American Psychiatric Publishing; 2006. p. 3-36.
 36. Craddock N, Forty L. Genetics of affective (mood) disorders. *Eur J Hum Genet.* 2006;14:660-8.
 37. Leyton F, Barrera Á. El diagnóstico diferencial entre la depresión bipolar y la depresión monopolar en la práctica clínica. *Rev Med Chile.* 2010;138:773-9.
 38. Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology.* 2005;38:236-58.
 39. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of perception.* London: Routledge and Kegan; 1962.
 40. García E. Fenomenología del cuerpo vivido y filosofía del viviente: M. Merleau-Ponty y G. Canguilhem. *Acta Fenomenológica Latinoamericana.* 2009; 3:523-38.
 41. Gallagher S, Zahavi D. *The phenomenological mind: an introduction to philosophy of mind and cognitive science.* London, New York: Routledge, Taylor & Francis Groupe-Library; 2008.
 42. Ratcliffe M. Depression, guilt and emotional depth. *Inquiry.* 2010;53:602-26.
 43. Ratcliffe M. What is it to lose hope. *Phenomenol Cogn Sci.* 2013;12:597-614.
 44. Fuchs T. The phenomenology of body, space, and time in depression. *Comprendre.* 2005;15:108-21.
 45. Fuchs T. Corporalized and disembodied minds: A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philos Psychiatry Psychol.* 2005;12:95-107.
 46. Stanghellini G, Rosfort R. *Emotions and personhood. Exploring fragility — making sense of vulnerability.* Oxford: Oxford University Press; 2013.
 47. Botero J. Fenomenología. En: Hoyos LE, editor. *Lecciones de filosofía.* Bogotá: Universidad Externado de Colombia/Universidad Nacional; 2003. p. 311-32.
 48. Valles M. *Técnicas cualitativas de investigación social.* Madrid: Síntesis; 2003.