

# 10

---

## Afectividad

Wendy M. Durón

### Resumen

Se describen los diferentes tipos de afectividad que dan una vista más clara y amplia de cómo se relaciona la afectividad con las emociones, los neurotransmisores que se ven involucrados en las emociones que en conjunto a las regiones anatómicas juegan un papel importante en el proceso de las emociones, así como sus procesos fisiológicos a través de los sistemas nerviosos central y periférico, con sus vías simpáticas y parasimpáticas. Todos experimentamos a lo largo del día, variaciones normales en nuestro humor, así como cambios fisiológicos y bioquímicos asociados a la afectividad. En la vida común un sujeto normal cursa con cambios en el humor cuando satisface una necesidad biológica o psíquica, ya sea consciente o no, pero en determinadas circunstancias estas oscilaciones del humor pueden llegar a ser muy intensas y persistentes clasificándose como patológicas porque son desadaptativas.

### Palabras clave:

Emoción; afectividad; sistema límbico; depresión.

Durón, W. M. (2024). Afectividad. En L. F. Medina Guillen y L. C. Milian (Eds). *Funciones corticales superiores: Neuroanatomía, neurofisiología y su relación disfuncional*. (pp. 226-240). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.140.c138>



**Objetivo:** establecer la definición de afectividad, los niveles que la componen y sus alteraciones clínicas más frecuentes.

**Definición:** constituye la base sensible de la experiencia, que se acompaña de una tonalidad placentera o desagradable. Existen sentimientos subjetivos y estados fisiológicos asociados, conocidos como emociones que son características esenciales de la experiencia normal humana (Reyes Ticas, 2011; Sadock & Sadock, 2009).

Se reconocen cuatro niveles de afectividad: sentimiento, emoción, afecto y humor. Estos se describen por separado para facilitar la comprensión, cuando lo cierto es que los límites entre ellos son imprecisos (Reyes Ticas, 2011; Purves et al., 2015).

- **Sentimiento:** reacción psíquica de tonalidad agradable o desagradable motivada interna o externamente y que no se acompaña de cambios fisiológicos evidentes. Ejemplos: sentimiento de vacío afectivo, sentimiento de insuficiencia, sentimiento de sobrestima.
- **Emoción:** posee dos significados: El primero como reacción fisiológica que acompaña a los afectos y el segundo, como las vivencias afectivas ligadas a las manifestaciones instintivas que preservan la vida del individuo y la especie, las cuales están filogenéticamente establecidas y comandadas por el sistema límbico. Ejemplos: amor, cólera y miedo, que se encuentran vinculadas a las actividades de alimentación, sexualidad, lucha y huida, se consideran emociones primarias.
- **Afecto:** se produce un afecto (*lt affectus*), cuando un sentimiento adquiere mayor intensidad lo que produce que la excitación y sus fenómenos somáticos concomitantes se hagan subjetivamente perceptibles. Ejemplos: alegría, tristeza, ansiedad, irritabilidad, miedo, etc.
- **Humor:** timia o estado de ánimo, es todo afecto sostenido, constante y de larga duración. Ejemplos: humor depresivo, humor eufórico, humor disfórico, humor aplanado.

## **Anatomía**

Todas las emociones se expresan a través de cambios en el sistema motor visceral y respuestas motoras somáticas estereotipadas, especialmente los movimientos de músculos faciales. Estas respuestas acompañan experiencias subjetivas que no son fáciles de describir, pero que son muy similares en todas las culturas humanas. La expresión emocional está estrechamente relacionada con el sistema motor visceral, esta implica la actividad de las

estructuras cerebrales centrales que gobiernan las neuronas autónomas preganglionares en el tallo encefálico y médula espinal. Históricamente, los centros neuronales de orden superior que coordinan las respuestas emocionales se han agrupado bajo la rúbrica del sistema límbico. Recientemente, varias regiones del cerebro, además del sistema límbico clásico han demostrado jugar papeles fundamentales en el procesamiento emocional; estos incluyen la amígdala, varias áreas corticales en los aspectos orbital y medial del lóbulo frontal y los circuitos subcorticales relacionados (Purves et al., 2015).

### **Neurotransmisores involucrados**

La noradrenalina y la serotonina son los dos neurotransmisores más implicados en la fisiopatología de trastornos del estado de ánimo (Sadock & Sadock, 2009):

- **Noradrenalina:** la correlación propuesta por los estudios básicos entre la regulación negativa, la disminución de la sensibilidad de los receptores beta-adrenérgicos y la respuesta clínica antidepresiva parecen ser la respuesta más convincente del rol directo del sistema adrenérgico en la depresión. También hay indicios de la implicación de los receptores presinápticos beta 2-adrenérgicos, porque su actividad disminuye la cantidad de noradrenalina liberada. Estos receptores también están localizados en las neuronas serotoninérgicas y regulan la cantidad de serotonina liberada.
- **Serotonina:** se ha convertido en el neurotransmisor más importante, de la familia de las aminas biógenas asociadas con mayor frecuencia a la depresión.
- **Dopamina:** se ha propuesto la participación de esta debido a que si su actividad se encuentra disminuida este es partícipe de la depresión y si se encuentra aumentada en la manía.
- **Otros trastornos de los neurotransmisores:** la acetilcolina se encuentra en las neuronas distribuidas difusamente por toda la corteza cerebral que mantienen relaciones recíprocas o interactivas con los tres sistemas monoaminérgicos. El GABA tiene un efecto inhibitor en las vías monoamino aminérgicas ascendentes particularmente en los sistemas mesocorticales y mesolímbicos.

### **Sistema reticular aminérgico**

Dentro de la formación reticular se encuentran grupos de neuronas aminérgicas (cuadro 1), que incluyen un grupo que produce serotonina (5-hidroxitriptamina) y tres que producen catecolaminas (Turlough Fitzgerald et al., 2012).

Neuronas serotoninérgicas: tienen la distribución territorial más amplia de cualquiera de los grupos de neuronas del sistema nervioso central . En términos generales, las del mesencéfalo se proyectan rostralmente hacia el interior de los hemisferios cerebrales; las del puente se ramifican en el tronco del encéfalo y el cerebelo, y las de la médula oblongada inervan la médula espinal. Toda la sustancia gris del SNC se encuentra atravesada por varicosidades axonales que secretan serotonina. A nivel clínico, la mejora de la actividad de la serotonina forma parte del tratamiento de una patología muy frecuente, conocida como depresión mayor (Turlough Fitzgerald et al., 2012).

Neuronas dopaminérgicas: del mesencéfalo entran en los dos grupos. En la unión del tegmento con el pie del pedúnculo cerebral se encuentran las de la sustancia negra. Medial a ellas, las neuronas dopaminérgicas en los núcleos tegmentales anteriores proyectan fibras mesocorticales hacia el lóbulo frontal y fibras mesolímbicas hacia el núcleo accumbens en particular (Turlough Fitzgerald et al., 2012).

Neuronas noradrenérgicas: sólo son algo menos abundantes que las serotoninérgicas. Alrededor del 90% de los somas están agrupados en el núcleo cerúleo (locus cerúleo), una «mancha violeta» en el suelo del cuarto ventrículo a la altura del extremo superior del puente. Las neuronas del núcleo cerúleo se proyectan en todas las direcciones (Turlough Fitzgerald et al., 2012).

Neuronas secretoras de adrenalina: son relativamente escasas y están confinadas a la médula oblongada. Algunas se proyectan rostralmente hacia el hipotálamo, otras se proyectan caudalmente para hacer sinapsis con neuronas simpáticas preganglionares en la médula espinal (para identificar las vías adrenérgicas) (Turlough Fitzgerald et al., 2012).

En la corteza cerebral, los efectos iónicos y eléctricos de la actividad neuronal aminérgica son bastante variables. Si bien nuestros conocimientos sobre la fisiología y la farmacología de las monoaminas todavía son incompletos, no hay duda alguna sobre su importancia en un amplio rango de funciones de la conducta (Turlough Fitzgerald et al., 2012).

Cuadro 1. Neuronas aminérgicas de la formación reticular.

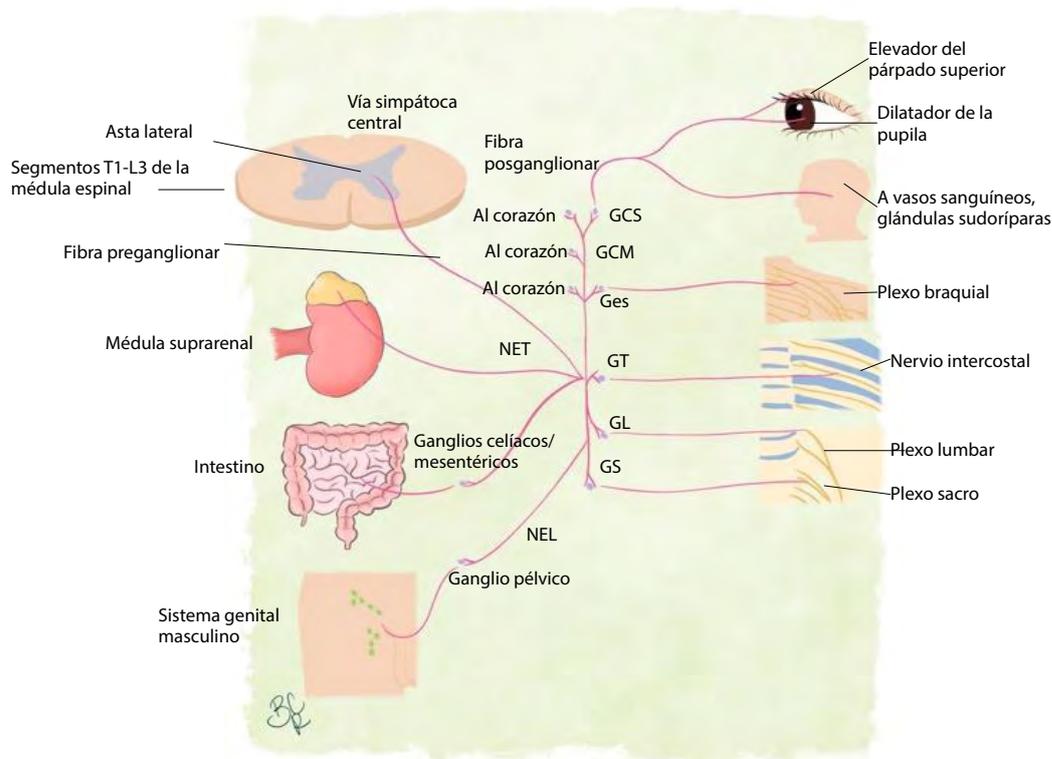
<b>Transmisor</b>	<b>Localización</b>
Serotonina	Núcleos del rafe del mesencéfalo, puente, médula oblongada
Dopamina	Tegmento del mesencéfalo
Noradrenalina	Mesencéfalo, puente, médula oblongada
Adrenalina	Médula oblongada

Fuente: Turlough Fitzgerald et al., 2012.

## Cambios fisiológicos asociados con la emoción

Los signos más obvios de activación emocional involucran cambios en la actividad del sistema motor visual. Estos pueden acompañar a varias emociones, produciendo que se aumente o disminuya la frecuencia cardíaca, el flujo sanguíneo cutáneo, produce piloerección, sudoración y cambios en la motilidad gastrointestinal. Respuestas que son provocadas por cambios en la activación de los componentes simpático (figura 1), parasimpático (figura 2) y entérico del sistema motor visceral (Purves et al., 2015).

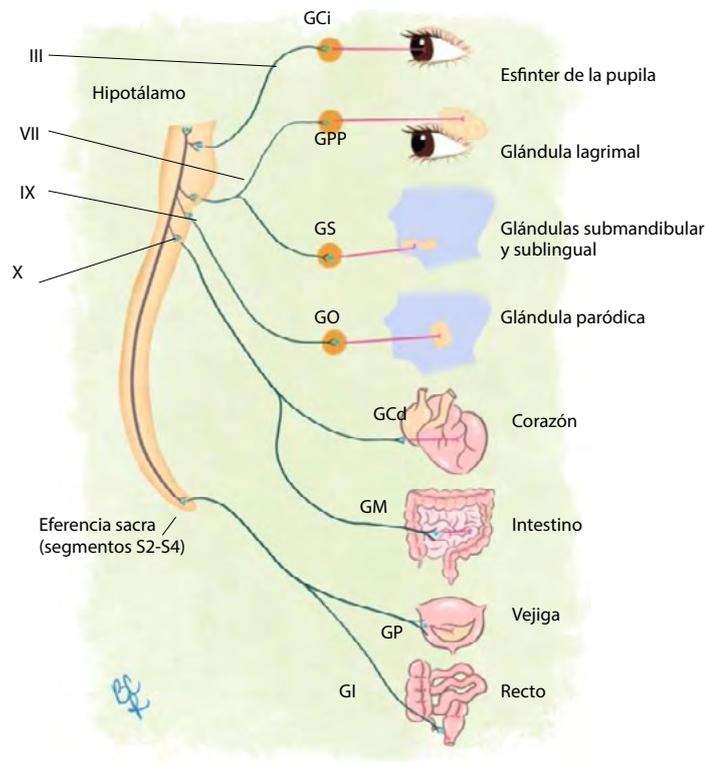
Figura 1. Esquema general del sistema nervioso simpático.



Fuente: Carranza, 2023.

La activación del sistema motor visceral, particularmente la división simpática, se consideró durante mucho tiempo como un proceso de todo o nada. Estudios más recientes han demostrado que las respuestas del sistema nervioso autónomo son bastante específicas y en su mayoría de tipo reflejo, con diferentes patrones de activación que caracterizan situaciones diferentes y sus estados emocionales asociados. De hecho, las expresiones específicas de la emoción producidas de forma involuntaria pueden provocar distintos patrones de actividad autónoma. Además, las respuestas autonómicas son más fuertes cuando se juzga que las expresiones faciales se asemejan más a la expresión emocional real y a menudo son acompañadas por la experiencia subjetiva de esa emoción (Purves et al., 2015; Uriarte Bonilla, 2013).

Figura 2. Esquema general del sistema nervioso parasimpático.



Fuente: Carranza, 2023

El tono del sistema nervioso autónomo está influenciado por diferentes regiones del cerebro, como la corteza, la amígdala y algunas partes de la sustancia reticular. La mayoría de estas regiones produce sus acciones en el sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo, el cual integra toda esta información en una respuesta coherente. El hipotálamo actúa en el sistema nervioso autónomo modulando los circuitos de respuesta a los reflejos viscerales, y modula el sistema endocrino por la secreción de productos neuroendocrinos (Uriarte Bonilla, 2013).

## Expresión facial

En el año de 1862, el neurólogo francés y fisiólogo G.-B. Duchenne de Boulogne publicó un tratado remarcable. Su trabajo fue el primero en sistemáticamente examinar las contribuciones de pequeños grupos de músculos craneales a la expresión facial que comunican la riqueza de la emoción humana. Al hacerlo, buscó entender cómo las contracciones coordinadas de grupos de músculos expresan estados emocionales culturales distintos. Él fue influenciado por fisonomía, una concepción de que el personalidad y emociones exteriorizan como características físicas, especialmente de la cara. Además, pensó en la cara como un mapa del sentimiento espiritual, que la divinidad tenía no

creó los músculos faciales solo para fines mecánicos. Su contribución fue la identificación de los músculos y grupos musculares, como el orbicular ocular, que no son controlados fácilmente por fuerza de la voluntad, pero son principalmente «poner en juego por las dulces emociones del alma». Duchenne concluyó que la contracción impulsada por la emoción de los grupos musculares que suponen los ojos, junto con el cigomático mayor, transmiten la experiencia genuina de la felicidad, alegría y risa (Purves et al., 2015; Vadanuta Plotogea et al., 2009).

## Integración del comportamiento emocional

Las actividades somáticas y viscerales asociadas con la conducta emocional unificada están mediadas por la actividad de las neuronas motoras somáticas y viscerales que integran las entradas paralelas y descendentes de una constelación de fuentes del cerebro anterior. (Purves et al., 2015). El desarrollo y expresión de la emoción tradicionalmente se considera integrado por varios componentes: el reconocimiento de un evento importante, seguido de una experiencia emocional consciente que produce las señales en estructuras como el corazón, los vasos sanguíneos, las adrenales y las glándulas sudoríparas (Uriarte Bonilla, 2013).

## Sistema límbico

Paul Broca utilizó el término lóbulo límbico (*le grand lobe limbique*) para referirse a la parte de la corteza cerebral que forma un borde (el limbo es latín para el borde) alrededor del corpus callosa y diencéfalo en la cara medial de los hemisferios. Dos componentes prominentes de esta región son la circunvolución cingulada, que se encuentra por encima del cuerpo calloso, y la circunvolución parahipocámpica, que se encuentra en el lóbulo temporal medial (Purves et al., 2015).

### *Circuito de Papez*

Papez, especuló sobre la función del lóbulo límbico podría estar más asociado a las emociones y que el hipotálamo influye en la expresión de las emociones, además que éstas alcanzan la conciencia y que las funciones cognitivas superiores afectan el comportamiento emocional. Así mismo mostró que la corteza cingulada y el hipotálamo están interconectados a través de proyecciones de los cuerpos mamilares a la parte anterior núcleo del tálamo, que se proyecta hacia el cíngulo y este se proyecta al hipocampo. Finalmente, mostró que el hipocampo se proyecta mediante del fornix de vuelta al hipotálamo. Por lo que sugirió que estas vías, que se conocen como el «Circuito de Papez» proporcionar las conexiones necesarias para el control cortical de la expresión emocional (Purves et al., 2015).

## *Amígdala*

La amígdala es una masa compleja de gris materia enterrada en la parte medial anterior porción del lóbulo temporal, solo rostral al hipocampo. La amígdala puede ser mejor pensada en términos de tres principales subdivisiones funcionales y anatómicas, cada uno de los cuales tiene un conjunto único de conexiones con otras partes del cerebro. Resultados empíricos y observaciones clínicas tanto en animales de experimentación como en humanos, muestran que la amígdala media procesos neuronales que invierten la experiencia sensorial con significado emocional, estos demostraron que el núcleo geniculado medial es necesario para el desarrollo de la respuesta de miedo condicionado. La entrada sensorial neutral puede ser estímulos en el entorno externo, los estímulos se comunican centralmente a través de los sistemas aferentes sensoriales especiales, o estímulos internos derivados de la activación de los receptores sensoriales viscerales (Sadock & Sadock, 2009).

Sistemas de comandos de emociones básicas (Leira Permuy, 2011).

- Sistema de búsqueda: a través de la curiosidad, interés y expectativa, motiva la búsqueda de placer, activa nuestro interés en el mundo. Los circuitos involucrados en este sistema son modulados por la dopamina. Forma parte del sistema mesolímbico/mesocortical, los cuales operan en paralelo, y se afectan recíprocamente, formando lo que se conoce como «amígdala extendida». Los estímulos placenteros naturales y las drogas adictivas estimulan la liberación de dopamina de las neuronas del área ventral tegmental, que proyectan al núcleo accumbens y esto se traduce en euforia y refuerzo de la conducta. Este sistema hace que cuando está muy estimulado, se intente mantener los estímulos que producen las sensaciones placenteras.
- Sistema de ira: se origina por la frustración que se dirige a un objeto, y sus manifestaciones corporales comprenden programas motores de lucha como apretar los dientes, gritar, postura corporal pronta para el ataque. Estos cambios se acompañan de una actividad de la amígdala hacia la estría terminalis y al hipotálamo.
- Sistema de miedo: la activación de este sistema genera miedo, ansiedad y una respuesta de «huida». Se cree que las respuestas de «lucha» y «huida» están relacionadas con los núcleos lateral y central de la amígdala, la cual proyecta al hipotálamo medial y anterior respectivamente.
- Sistema de pánico: asociado a los sentimientos de pérdida y tristeza. Este sistema parece tener que ver con los lazos sociales y con las conductas de apego. Los opioides endógenos están implicados en este sistema, de tal forma que la separación

o pérdida de un objeto amado implica una disminución de la concentración de estos, determinando una experiencia dolorosa. La base biológica de este sistema es el giro cingulado anterior y sus proyecciones talámica e hipotalámicas hacia el área ventral tegmental.

### **Correlación clínica**

Como sucede con el resto de las emociones, los estados afectivos oscilan durante el acontecer cotidiano de una persona normal y de esa forma constituyen modalidades de reacción frente al mundo. Todos experimentamos a lo largo del día variaciones normales en nuestro humor, cambios fisiológicos y bioquímicos por los que pasa nuestro cuerpo. En la vida común un sujeto normal se pone contento cuando satisface una necesidad biológica o psíquica, ya sea consciente o inconsciente. Sin embargo, en determinadas circunstancias estas oscilaciones del humor pueden llegar a ser muy intensas y persistentes, lo cual les otorga el calificativo de patológicas, porque son desadaptativas (Leira Permy, 2011).

Los trastornos del estado de ánimo son un grupo de afecciones clínicas que se caracterizan por la pérdida de ese sentido del control y por el sufrimiento subjetivo de un gran malestar. Resulta tentador considerar los trastornos del estado de ánimo como un continuo de las variaciones normales del estado de ánimo (Sadock & Sadock, 2009).

### **Etiología**

Se han descrito alteraciones biológicas en pacientes con trastornos del estado de ánimo. Los neurotransmisores monoaminérgicos eran los principales centros de atención e investigación con respecto a la etiología de estos trastornos (Sadock & Sadock, 2009).

### **Depresión**

Se trata de una condición emocional se caracteriza por un complejo de sentimientos o estado de ánimo abatido, lúgubre, pena, desesperación, sensación de inutilidad, deseos de autolesión, acompañado de disminución de la energía y la libido, pérdida del interés por los sucesos de la vida, trastornos de la concentración, diversas anomalías de la conducta y quejas físicas destacadas, las más importantes de las cuales son insomnio, anorexia o bulimia, cefalea y varios tipos de dolor regional (Uriarte Bonilla, 2013; Vallejo Ruiloba, 2011).

El término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar a otros trastornos psíquicos, como los trastornos de angustia; como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, y como enfermedad, desde la óptica del modelo médico, se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico (Association, 2014).

## Factores de riesgo

### 1. Biológicos (Association, 2014):

- Genéticos: la historia familiar no sólo diferencia tipos de depresiones unipolares, sino que predice endogeneidad en depresiones aparentemente neuróticas.
- Marcadores biológicos: todavía en fase de estudio. La persistencia de MHPG urinario y 5-HIAA en LCR, disminuidos tras la recuperación clínica, indican riesgo de recidivas. La latencia REM acortada, junto a otros datos (hipersomnias), caracteriza un grupo de depresiones aparentemente caracterizadas, pero que son de base biológica.

### 2. Variables sociodemográficas (Association, 2014):

- Sexo: predominancia en mujeres de trastornos afectivos no bipolares. Aunque se discute la causa, posiblemente se debe a factores psicológicos y sociales.
- Edad: los trastornos bipolares comienzan más pronto que los no bipolares.
- Estado civil: aunque los trabajos de Kaplan sugieren un alto riesgo para las mujeres casadas. Separación y divorcio están ligados a la sintomatología depresiva.
- Otras variables: existe una relación inversa entre clase social y trastornos no bipolares, en tanto que los bipolares prevalecen en clases altas. La depresión se produce en todas las culturas, aunque en las primitivas adquiere una expresión produce en todas las culturas, aunque en las primitivas adquiere una expresión sintomática peculiar (más somatizaciones, hipocondría y vivencias paranoides, y menor sentimiento de culpa).

### 3. Aspectos psicosociales (Association, 2014):

- Personalidad y estilo cognitivo: («personalidad depresiva»).
- Pérdidas parentales: las clásicas teorías de Freud y Abraham sobre pérdidas parentales infantiles tomaron consistencia con los estudios de Brown y Harris (1978), en Camberwell. Sin embargo, la cuestión es controvertida, ya que no todos los trabajos confirman estos datos.
- Soporte social: la escasa relación interpersonal, especialmente con la pareja, constituye un factor de vulnerabilidad y mal pronóstico para la depresión.
- Acontecimientos de vida: varios autores han constatado la alta frecuencia de eventos significativos, acaecidos meses antes del inicio de un cuadro depresivo. Los acontecimientos vitales son numerosos tanto en trastornos bipolares como unipolares.
- Se han descrito, asimismo, otros factores, radicados en la infancia: abusos sexuales infantiles, abusos físicos.

## Etiologías

Origen orgánico: son por enfermedades cerebrales o extracerebrales, por uso de drogas; en proporción menor son producto de experiencias mentales traumáticas puras, por eso el diagnóstico diferencial es muy importante. Dentro de Estas causas encontramos (Uriarte Bonilla, 2013; Vallejo Ruiloba, 2011):

- Enfermedades físicas: casi todas las enfermedades pueden provocar depresión.
- Alteraciones hormonales: enfermedad de Cushing y Addison, hipotiroidismo e hipertiroidismo, posparto, hipoaldosteronismo, periodo premenstrual y lupus eritematoso.
- Hipovitaminosis: disminución por cualquier causa de ácido fólico, vitamina B12, nicotinamida y vitamina C.
- Farmacodependencia: en especial estimulantes y alcohol.
- Farmacoterapia: quimioterapia, tratamiento con reserpina, alfametildopa, propranolol y otros antihipertensivos, antipsicóticos, barbitúricos, benzodiacepinas, estimulantes, hiporéxicos y antiparasitarios como el metronidazol.

- Posterior a una enfermedad física: cirugía mutilante, en particular en enfermedades terminales.
- Enfermedades mentales: una gran parte de las enfermedades mentales se asocian con depresión, como esquizofrenia, trastorno adaptativo, fobias, trastornos obsesivos compulsivos y trastornos de la personalidad.
- Alteraciones orgánicas–cerebrales: evento cerebro vascular, síndrome orgánico cerebral, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington y otras demencias; narcolepsia, parálisis supranuclear y parálisis pseudobulbar, entre otras.

### Clínica y diagnóstico

El eje nuclear afectivo de la depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal. Para realizar el diagnóstico definitivo de esta condición, existen criterios diagnósticos plasmados en DSM- 5 (Uriarte Bonilla, 2013; Vallejo Ruiloba, 2011). En el cuadro 2 se presentan algunos signos y síntomas sugestivos:

Cuadro 2. Clínica de la depresión.

Afectividad	Pensamiento-cognición	Conducta	Ritmos biológicos (melancolías)	Trastornos Somáticos
Tristeza. Apatía	Enlentecimiento Monotemático.			
Indiferencia Ansiedad. Irritabilidad	Negativo Pérdida de auto-estima	Abandono personal Hipotonía general	Inicio en primavera/ otoño	Anorexia. Pérdida de peso Insomnio/hipersomnia
Anhedonia total (melancolías) o parcial (distimias)	Desesperanza. Ideas de suicidio Ideas de culpa, ruina e hipocondría	Inhibición/agitación (melancolías) Aislamiento. Llanto Intentos de suicidio	Mejoría vespertina Despertar precoz	Trastornos digestivos. Estreñimiento Algias Astenia Disfunciones sexuales
Anestesia afectiva (15%)	Déficit de concentración y atención			

Fuente: Vallejo Ruiloba, 2011.

## Trastorno bipolar

Es una anomalía del estado de ánimo que consiste en episodios prolongados de depresión, manía o ambas. Además, es una enfermedad psiquiátrica crónica con inicio típico en la adolescencia o temprana edad adulta. Un concepto tradicional de este padecimiento señalaba que se trataba de un cuadro periódico o cíclico en el que después de un cambio notorio del ánimo aparecía otra oscilación igual, pero en sentido contrario; empero, rara vez así ocurre el trastorno. El episodio índice puede manifestarse como una depresión melancólica, pueden ocurrir exacerbaciones hipomaníacas o maníacas en el curso de la enfermedad y son la condición sine qua non de la diátesis. Es una condición prevalente e innumerables personas están afligidos a nivel mundial, independientemente del sexo, raza y ubicación. Un gran número de pacientes sigue un curso, con secuelas adversas en el ámbito biopsicosocial (Vallejo Ruiloba, 2011; Muneer, 2017).

### Etiologías

- Reloj molecular: se aloja en el núcleo suprasquiasmático (SCN) en el hipotálamo, y está formado por un circuito de transcripción-traducción que oscila sobre la duración de aproximadamente 24 horas, sin la contribución de señales ambientales externas. Significativamente, los factores de transcripción circadianos están implicados en la regulación y el funcionamiento de muchos otros genes controlados por reloj que participan en toda la gama de acciones homeostáticas en cada sistema del cuerpo. En esencia, ahora se cree que aproximadamente el 50% de los genes humanos se expresan rítmicamente, que participan en una amplia gama de funciones biológicas y de comportamiento (Muneer, 2017).
- Neurotransmisores bases del trastorno bipolar: la hipótesis plantea un desequilibrio catecolaminérgico/colinérgico como central para la patogénesis de estados mixtos. Los niveles sinápticos de norepinefrina o dopamina a través de la inhibición de la reabsorción provocan el cambio de la depresión a la hipomanía o la manía, así como los resultados en la inducción de estados mixtos, incluso cuando los estabilizadores del estado de ánimo se emplean de forma adjunta. Alternativamente, mejorar directamente los niveles de norepinefrina/dopamina también da como consecuencia comportamiento de manía (Muneer, 2017).

### Clínica y diagnóstico

La alteración incluye períodos maníacos, depresivos y de equilibrio emocional normal (eutimia). El sujeto puede tener sólo episodios depresivos o maníacos y se llama trastorno

monopolar; cuando tiene tanto de uno como del otro se denomina bipolar. La intensidad de cada uno de los polos puede ser diferente, un ataque muy grave de manía y uno muy ligero de depresión, o dos ataques importantes de depresión por uno ligero de manía. En lo que se refiere al curso pueden ser cicladores rápidos o lentos; esto quiere decir que varía en el curso de un día de la depresión a la manía, intercalando periodos de eutimia (Uriarte Bonilla, 2013).

La adhesión a los criterios contenidos en el DSM-5 facilita el diagnóstico, pero no es raro que uno de los síntomas domine tanto el cuadro clínico que sugiera el diagnóstico de otro estado patológico y tenga la capacidad de ocultar la presencia de depresión subyacente (Ropper et al., 2017).

## Referencias

- Association A. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. American Psychiatric Publishing.
- Guillaume, B., Plotogea, A.V., Keresztes, A., & Moarcas, M. (2009). Amand Duchenne Between Medicine and Art. *Bulletin of the Transilvania University of Braşov*, (6), 187. <https://pdfs.semanticscholar.org/ea1f/63e4eb63e804028af7f482694ad3977e18ec.pdf>
- Leira Permuy, M. (2011). *Manual de bases biológicas del comportamiento humano*. Universidad de la República.
- Melo Florián, A. (2014). *Cerebro, mente y conciencia*. iMedPub.
- Muncer, A. (2017). Mixed States. *Bipolar Disorder: Etiology, Pathogenesis and Treatment* [Internet]. <https://acortar.link/dWDw0y>
- Purves, D., Augustine, G.J., Fitzpatrick, D., & Hall, W.C. (2015). *Neuroscience* (5ta. ed.). Médica panamericana.
- Reyes Ticas, A. (2011). *Manual de Exploración Psiquiátrica y Marcha Diagnóstica*. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
- Ropper, A., Adams, R., Araiza Martínez, M., Blengio Pinto, J., Klein, J., Samuels, M. (2017). *Adams y Victor. Principios de neurología* (9th. ed.). McGraw-Hill Education.
- Sadock, B., & Sadock V. (2009). *Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría* (10th. ed.). Wolters Kluwer/Lippincott Williams&Wilkins.
- Turlough Fitzgerald, M.J., Gruener, G., & Mtui, E. (2012). *Neuroanatomía clínica y neurociencia* (6ta. ed.). Elsevier Saunders.
- Uriarte Bonilla, V. (2013). *Funciones cerebrales y psicopatología*. Editorial Alfil.
- Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría* (7ma. ed.). Elsevier Masson.

## Affectivity Afetividade

**Wendy M. Durón**

<http://orcid.org/0000-0002-9298-6887>

Universidad Nacional Autónoma de Honduras | Facultad de Ciencias Médicas | Tegucigalpa |  
Francisco Morazán | Honduras  
wduron@unah.hn

Doctora en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

### Abstract

The different types of affectivities are described to give a clearer and broader view of how affectivity is related to emotions, the neurotransmitters involved in emotions that together with the anatomical regions play an important role in the process of emotions, as well as their physiological processes through the central and peripheral nervous systems, with their sympathetic and parasympathetic pathways. We all experience, throughout the day, normal variations in our mood, as well as physiological and biochemical changes associated with affectivity. In ordinary life, a normal subject experiences mood swings when he/she satisfies a biological or psychic need, whether conscious or unconscious, but in certain circumstances these mood swings can become very intense and persistent, qualifying as pathological because they are maladaptive.

Keywords: Emotion; affectivity; limbic system; depression.

### Resumo

Os diferentes tipos de afetividade são descritos para dar uma visão mais clara e ampla de como a afetividade está relacionada às emoções, aos neurotransmissores envolvidos nas emoções que, juntamente com as regiões anatômicas, desempenham um papel importante no processo das emoções, bem como aos seus processos fisiológicos por meio dos sistemas nervosos central e periférico, com suas vias simpáticas e parassimpáticas. Todos nós experimentamos, ao longo do dia, variações normais em nosso humor, bem como alterações fisiológicas e bioquímicas associadas à afetividade. Na vida cotidiana, um indivíduo normal experimenta mudanças de humor quando satisfaz uma necessidade biológica ou psíquica, seja ela consciente ou inconsciente, mas, em determinadas circunstâncias, essas mudanças de humor podem se tornar muito intensas e persistentes, qualificando-se como patológicas por serem desadaptativas.

Palavras-chave: Emoção; afetividade; sistema límbico; depressão.