

TEMA 9.- TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO: ASPECTOS CLÍNICOS.

1.- HISTORIA CONCEPTUAL.

1.1.- 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.

1.2.- 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

- ☞ El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes de los seres humanos.
- ☞ La depresión es el diagnóstico clínico que se emplea con más frecuencia y el que potencialmente tiene más peligro de mortalidad debido a las conductas suicidas.
- ☞ Sentirse triste o deprimido no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión ya que 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 por lo que es necesario emplear otros criterios simultáneos, pues la depresión clínica ha de concebirse como un síndrome.
 - 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

3.1.- DICOTOMÍAS DESCRIPTIVAS

3.1.1.- 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 que 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 más 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".

3.1.2.- 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.

3.1.3.- 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.

3.1.4.- 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.

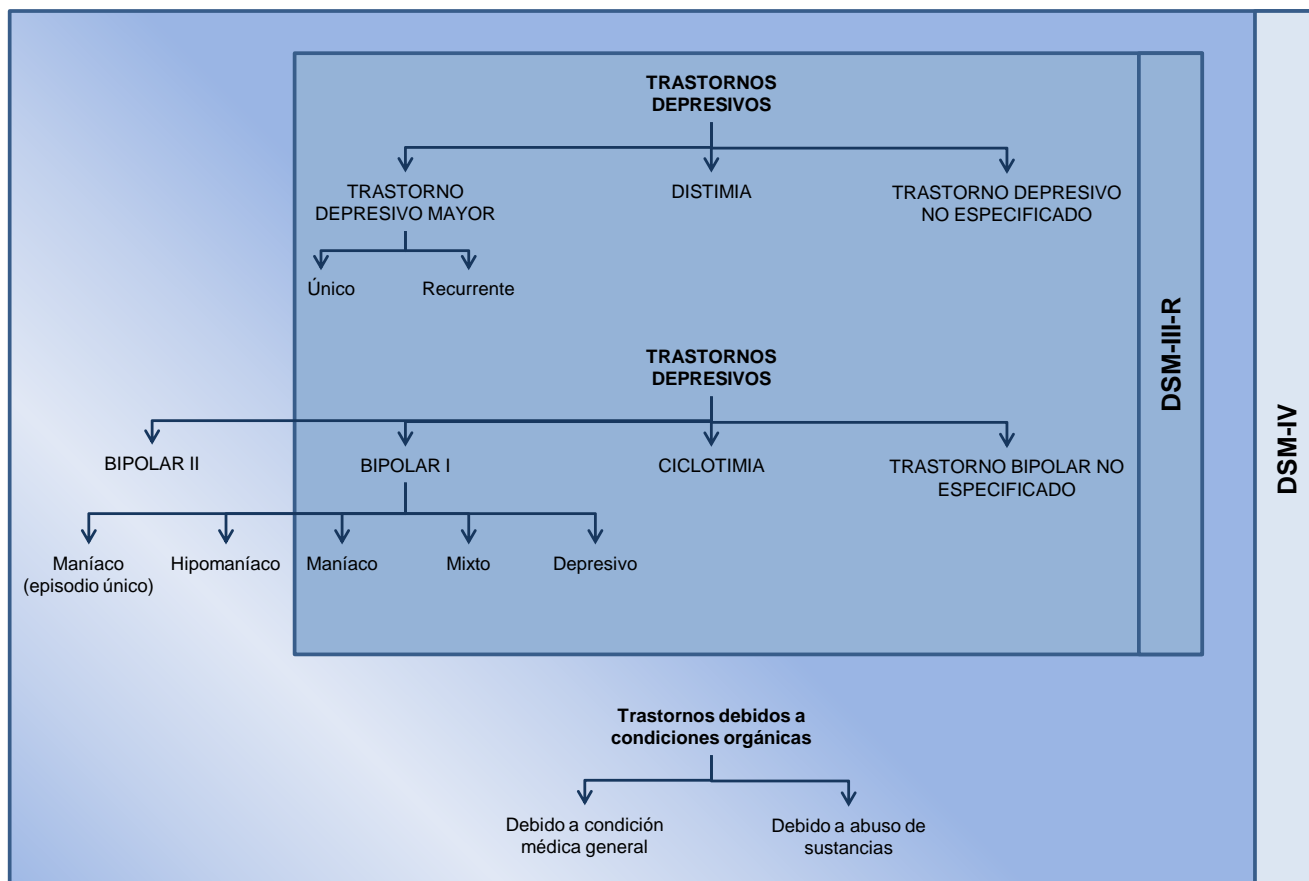
3.2.- CLASIFICACIONES EMPÍRICAMENTE BASADAS: HACIA EL DSM-IV.

- ☞ El DSM-IV se basa en clasificar a las personas bajo una etiqueta diagnóstica en base a los síntomas.
- ☞ Uno de los problemas de los sistemas diagnósticos actuales es que debido a la vertebración en torno a similitudes de los síntomas permiten una comorbilidad excesiva (que coexistan con otros trastornos) e incluso que exista solapamiento (depresión mayor con ansiedad).
- ☞ Los sistemas empíricamente derivados normalmente se basan en medidas dimensionales de los síntomas lo que plantea una perspectiva inicial más próxima a la tradición psicológica que a la psiquiátrica, lo que ofrece algunas ventajas conceptuales pero también algunas dificultades prácticas:
 - No hay una diferencia cualitativa entre la depresión en nuestras clínicas y la depresión en la población general. Los modelos matemáticos parecen demostrar que hay un continuo de gravedad e síntomas.
 - La gravedad de la depresión parece una función relativamente lineal de los síntomas y no de agrupaciones particulares. De hecho, aunque el DSM-IV se requiere que el individuo tenga al menos cinco síntomas de una lista de nueve, esto parece ser bastante arbitrario pues hay un gradiente continuo de gravedad.

- Algunos trastornos de ansiedad, encajan mejor dentro del espectro de los problemas de los trastornos del estado de ánimo que de los trastornos de ansiedad.
 - Estos resultados son muy homogéneos transculturalmente.
- ☞ En el caso del TOC o trastornos bipolares, la ubicación no es muy clara ya que no hay muchos estudios dimensionales con estos trastornos.

3.3.- CLASIFICACIÓN DEL DSM-IV

- ☞ El DSM-IV distingue 3 tipos de episodios:
- Episodio depresivo mayor.
 - Episodio maníaco.
 - Episodio hipomaníaco.
- ☞ La combinación de uno u otro modo de estos episodios da lugar a la definición de los trastornos específicos del estado de ánimo, cuya distinción radica exclusivamente en la presencia o no de episodios de manía.
- Trastornos depresivos.
 - Trastornos bipolares.
- ☞ Novedades respecto al DSM-III y DSM-III-R:
- Incorporación de los trastornos en los que la sintomatología anímica es causada por una condición médica general o por ingesta de alcohol o sustancias.
 - 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).
 - 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

4.1.- SÍNTOMAS DEPRESIVOS

📖 El síndrome depresivo se reduce a 5 grandes núcleos:

- 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").

- 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).

- 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.

- Síntomas físicos:
 - La aparición de cambio 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.

- Síntomas interpersonales:
 - Deterioro de las relaciones interpersonales.
 - Normalmente, sufren rechazo de las personas que les rodean lo que provoca mayor aislamiento, que es un predictor de peor curso de la depresión.

4.2.- CLASIFICACIÓN

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

4.2.1.-Concepto de episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer (Anhedonia).

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej. hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

📄 Niveles de gravedad según el DSM-IV:

- Ligero: Existen pocos síntomas más que los mínimos requeridos, y el deterioro social existe pero es pequeño.
- Moderado: Deterioro sociolaboral moderado.
- Grave no psicótico: Bastantes más de los síntomas requeridos y existencia de un marcado deterioro ocupacional, social e interpersonal.
- Con características psicóticas: Existen delirios y alucinaciones. Señalar si son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.
- En remisión parcial: Estado intermedio entre ligero y remisión total.
- 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.

4.2.2.- Trastorno depresivo mayor (TDM)

📄 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:

- Nunca ha tenido un episodio de manía o hipomanía.
- No se trata de un caso de esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

 Dos tipos:▪ De Episodio único.

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

▪ Recurrente o recidivante.

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.


Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.


C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

4.2.2.1- Curso del TDM

 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.
- ☞ Los episodios sucesivos parecen cada vez más autónomos o menos ligados a factores estresantes, lo que ha sido interpretado como un fenómeno de "kindling" o sensibilización: cantidades cada vez más pequeñas de estresores pueden provocar reapariciones de episodios depresivos en personas cognitivamente vulnerables.

4.2.2.2- Epidemiología del TDM

- ☞ 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 de 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).

4.2.3.- Distimia.

A. Estado de ánimo deprimido durante prácticamente todo el día, y más días presente que ausente, durante al menos DOS AÑOS.

B. Presencia de al menos TRES de los siguientes síntomas, que acompañan ese estado de ánimo:

1. Baja autoestima, baja autoconfianza o sentimientos de inadecuación.
2. Pesimismo, desesperación o desesperanza.
3. Pérdida generalizada de interés o placer.
4. Aislamiento social.
5. Fatiga o cansancio crónicos.
6. Sentimientos de culpa o de repaso del pasado.
7. Sensación de irritabilidad o ira excesivas.
8. Eficacia general disminuida.
9. Problemas de concentración, memoria o indecisión.

C. Durante esos dos años, no ha habido un período de más de 2 MESES libres de los síntomas A y o B.

D. En los dos primeros años del trastorno no hubo un episodio depresivo mayor, de modo que el trastorno no puede considerarse un trastorno depresivo mayor crónico o en remisión parcial.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

F. No ocurre exclusivamente en el curso de un trastorno psicótico como esquizofrenia o trastorno delirante.

G. No debido a medicamentos, drogas o a una condición médica general.

Especificar si es de inicio temprano (antes de los 21 años) o tardío (después de los 21).

- ☞ 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 lo que se conoce como "Depresión doble" (aunque 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)

4.2.3.1- Curso de la 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 lo que indica que en las depresiones dobles, los cambios son más rápidos pero las mejorías más transitorias.

4.2.3.2- Epidemiología de la 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).

4.2.4.- Trastornos depresivos no especificados.

☞ "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:

- 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.
- Depresión postpsicótica en la esquizofrenia: Aparición de un episodio depresivo mayor durante la fase residual de los episodios esquizofrénicos.
- Depresión menor: Se cumplen las 2 semanas requeridas se síntomas para el episodio depresivo mayor, pero se dan menos de los 5 síntomas requeridos.
- Trastorno depresivo breve recurrente: Cortos episodios depresivos (entre 2 días y 2 semanas), produciéndose al menos 1 vez al mes durante 12 meses.

4.2.4.1- Curso de los Trastornos depresivos no especificados:

☞ No puede hacerse un juicio global, dado que constituyen un grupo demasiado heterogéneo.

4.2.4.2- Epidemiología de los Trastornos depresivos no especificados:

☞ Los datos son muy escasos. Posiblemente la ratio sexual es muy parecido a la del TDM (unas dos veces más frecuente en las mujeres), pero no se tienen datos fiables de prevalencia en la población general.

4.3.- EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

☞ Desde un punto de vista de la intensidad de los síntomas, los instrumentos clínicos más empleados son las escalas autoaplicadas (inventario de depresión de Beck, escala de valoración psiquiátrica de Hamiltos, etc.).

- ☞ Pero el análisis de la gravedad o frecuencia de los síntomas nunca puede sustituir un examen para determinar si una persona cumple o no los criterios diagnósticos de un trastorno anímico.
- ☞ En la exploración psicopatológica de los síntomas depresivos hay que tener en cuenta varios parámetros:
 - Cronología: en los síntomas y los problemas de la persona. Es el elemento más importante en el diagnóstico diferencial y sobre todo para determinar si un factor médico o un consumo de sustancias pueden ser el factor causal de los síntomas.
 - Duración del trastorno: Es crucial para diferenciar, por ejemplo, una distimia de un TDM.
 - Existencia o no de episodio maníaco: puesto que esta distinción permite diferenciar entre trastornos depresivos y bipolares
 - Determinar si el episodio depresivo es de tipo melancólico y la exploración de síntomas psicóticos

4.3.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- ☞ Sentirse “deprimido” es un elemento extraordinariamente frecuente en las reacciones de personas normales ante sucesos negativos, en estados psicopatológicos y también en muchas enfermedades o condiciones médicas.
- ☞ La primera medida diagnóstica a considerar consistirá en si la persona con síntomas de depresión tiene o no un “trastorno depresivo”:
 - Trastornos anímicos debidos a condiciones médicas: juzgar la existencia de una clara etiología orgánica relacionada con el cuadro (enfermedades del SNC, trastornos hormonales, uso de drogas o fármacos diversos, enfermedades metabólicas, etc.)

Se requiere que se cumplan unos criterios básicos:

- Simultaneidad en la aparición de la sintomatología afectiva y la enfermedad orgánica.
- Correspondencia entre una mejoría/empeoramiento del cuadro orgánico y una mejoría/empeoramiento del estado de ánimo.
- Posibilidad, al menos teórica, de que el trastorno orgánico influya en las estructuras o sistemas de neurotransmisión supuestamente implicados en la patogenia de los trastornos afectivos.

- Trastorno bipolar: Es necesario explorar si ha habido episodios de manía o hipomanía para poder descartar la existencia de bipolaridad.
- Trastornos de ansiedad (fobias, pánico, agorafobias, obsesiones): La ansiedad subjetiva o la inquietud es un síntoma emocional que suele coexistir con la depresión en un 70-80% de los casos.

La ansiedad suele comenzar en etapas más tempranas de la vida que la depresión.

En la ansiedad no suele haber tanta anhedonia ni falta de ganas de vivir como en la depresión.

- Reacciones normales de duelo: Considerar un trastorno depresivo si persiste la reacción depresiva 2 meses después de la pérdida.
- Trastornos de adaptación con estado de ánimo deprimido: Diagnosticar si se considera evidente que está directamente causada por un estresor identificable (ej. Ser despedido del trabajo) y su finalización está también asociada a la desaparición de este mismo estresor.

Los trastornos adaptativos suelen infradiagnosticarse cuando en realidad deberían tener un mayor papel diagnóstico.

- Trastornos del sueño: Aunque la fatiga diurna es un síntoma común, los pacientes depresivos no suelen sentirse somnolientos durante el día ni padecen irresistibles ataques de sueño diurnos.
- Trastornos esquizofrénicos (en especial esquizoafectivos de tipo depresivo): En las depresiones psicóticas la presencia de síntomas delirantes y alucinatorios suelen ser de tipo congruente con el estado de ánimo.

Los trastornos formales del pensamiento suelen ser menos frecuentes en las depresiones.

- Quejas somáticas vagas, hipocondría: Normalmente en la hipocondría la atención se centra en la propia preocupación somática en un órgano o en una enfermedad particular y es grande el recelo hacia la eficacia diagnóstica del clínico.
- Demencia y pseudodemencia: Ante la duda demorar el diagnóstico y efectuar exploraciones adicionales. En la pseudodemencia, pero no en las demencias, el rendimiento puede fluctuar mucho dependiendo del estado de ánimo. En casos dudosos, es muy importante efectuar observaciones longitudinales confirmatorias del diagnóstico.

- **Trastornos sexuales:** La inhibición del deseo sexual e síntoma de la depresión. Si se acompaña de anergia, anhedonia, etc. es probable que se trate de un trastorno depresivo más que de un trastorno sexual.

4.4.- COMPLICACIONES.

☞ **Alteración del funcionamiento social y laboral:** En algunos casos el estado depresivo puede llegar a ser incapacitantes. Estas consecuencias son mucho más fuertes en casos de depresiones mayores recurrentes que en las de episodio único.

☞ **Suicidio:** (el más grave), entre el 50-70% personas que cometen suicidio tienen una historia previa de síntomas depresivos.

El riesgo de suicidio no está relacionado con la gravedad de los síntomas, sino más bien con otras variables (ser varón, mayor de cuarenta años y con deseos comunicados a otros de quitarse a vida)

El consumo abusivo de alcohol incrementa mucho la probabilidad de riesgo de suicidio.

El riesgo mayor de suicidio sucede unos 8-9 meses después de la remisión sintomática.

☞ **Abuso de alcohol y drogas:** El abuso de alcohol es en muchos casos la causa de trastornos anímicos, esto es lo que se denomina “trastornos anímicos inducidos por sustancias”

En otros casos el alcohol o las drogas son una complicación adicional a un Trastorno anímico primario en la que es frecuente que los pacientes deprimidos hayan comenzado a utilizar patrones excesivos de consumo como estrategia de afrontamiento de su problema anímico.

☞ **Toma de decisiones precipitadas:** Abandonar los estudios, el trabajo, la familia, etc.

5.- TRASTORNOS BIPOLARES

5.1.- SINTOMAS 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).

5.1.1.- Síntomas y signos más frecuentes (3 para diagnóstico).

- ☞ 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).

- ☞ 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 (prodigalidad o inversiones riesgosas).

Tienden a prestar poca atención a su aspecto físico (descuidado y poco aseado).

- ☞ 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.

- ☞ Síntomas físicos: Hiperactivación general: Insomnio, aumento del apetito, incremento del umbral de la fatiga física.

- ☞ 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.

5.2.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES

- ☞ Trastornos bipolar I.
- ☞ Trastorno bipolar II.
- ☞ Trastorno ciclotímico.
- ☞ 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).

5.2.1.- Trastorno bipolar I y II

- ☞ Trastorno bipolar I: Personan que presentan o han presentado alguna vez en su vida algún episodio maníaco.

Puede ser: Maníaco, hipomaníaco, depresivo o mixto.

Episodio maníaco DSM-IV-TR

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. Excesiva autoestima o grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad de dormir.
3. Locuacidad.
4. Sensación de pensamientos rápidos o "vuelo de ideas".
5. Distrabilidad.
6. Actividad excesiva dirigida a metas (sexual, laboral, etc.).
7. Actividad de alto riesgo potencial. (negocios absurdos, etc.)

C. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

(Especificar gravedad).

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

Episodio Hipomaniaco DSM-IV-TR

- A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, a lo largo de 4 DÍAS.
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable):
1. Excesiva autoestima o grandiosidad.
 2. Disminución de la necesidad de dormir.
 3. Locuacidad.
 4. Sensación de pensamientos rápidos o "vuelo de ideas".
 5. Distraibilidad.
 6. Actividad excesiva dirigida a metas (sexual, laboral, etc.).
 7. Actividad de alto riesgo potencial. (negocios absurdos, etc.)
- C. Cambio inequívoco, durante el episodio, del funcionamiento habitual de esa persona
- E. Cambios anímicos o comportamentales apreciables por otros.
- F. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).

Episodio mixto DSM-IV-TR

- A.** Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.
- B.** La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- C.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
- Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

- 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"

☞ Trastorno Bipolar II: Personas que, habiendo padecido episodios depresivos hipomaniacos, nunca han padecido un episodio completo de manía.

Se trata de pacientes con menor gravedad y sin un deterioro significativo en su funcionamiento (aunque su estado de expansividad pueda ser apreciado por observadores externos).

La mayoría de los trastornos bipolares II (TBII) se mantienen con ese diagnóstico y no evolucionan hacia un trastorno bipolar I (TBI), sólo ocurre en un 10% de los casos de TBII.

- ☞ 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.

5.2.1.1- Curso del Trastorno bipolar.

- ☞ 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 maníaco (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 maníacos.

	TRASTORNOS DEPRESIVOS	TRASTORNOS BIPOLARES
<u>Características personales y familiares</u>		
Historia de manía o hipomanía	NO	SÍ
Historia familiar	Unipolar	Unipolar y bipolar
Riesgo de trastornos anímicos en familiares	Más bajo	Más alto
Existencia de 2 o 3 generaciones familiares con historia de trastornos anímicos	Infrecuente	Frecuente
Personalidad premórbida especial	NO	¿ciclotímica? ¿Obsesiva?
<u>Epidemiología</u>		
Porcentaje sobre el total de trastornos del estado de ánimo	90%	10%
Edad media de comienzo	35 años	20 años
Mujeres/hombres	2/1	1/1
Prevalencia vital total (España)	14%	2-4%
mujeres	18%	---
hombres	9%	---
Prevalencia 12 meses (España)	4%	---
mujeres	6%	---
hombres	3%	---
Incidencia anual (casos nuevos)	175/100.000 hab.	30/100.000 hab.
mujeres	250/100.000 hab.	30/100.000 hab.
hombres	100/100.000 hab.	30/100.000 hab.
<u>Historia natural</u>		
Nº medio de episodios vitales	4-5	8-9
Duración media del episodio (meses)	8	4
Porcentaje de recaídas a lo largo de la vida	75%	90%
Recaídas en el primer año	30%	?
Cronicidad media	10-15%	25%
Fracaso matrimonial	Menos frecuente	Más frecuente
Episodios posparto	Menos común	Más común
Riesgo de suicidio	Menor	Mayor
<u>Respuesta terapéutica</u>		
Terapia cognitivo-conductual	Buena	Buena
Tricíclicos	Buena	Menos buena, puede cambiar a hipomanía.
Litio	Sin efecto agudo, aunque de efecto profiláctico en casos especiales.	Efecto antidepresivo moderado, pero intenso efecto antimaniaco; buen efecto profiláctico.

5.2.1.1- Diagnóstico diferencial del Trastorno bipolar.

☞ La distinción más difícil consiste en diferenciar un episodio maníaco de un trastorno esquizofrénico o un trastorno esquizoafectivo:

▪ Trastorno esquizofrénico:

- En la manía pueden observarse con cierta frecuencia ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada y otros síntomas positivos muy parecidos a los que pueden observarse en la esquizofrenia.
- Una historia previa de trastornos episódicos con remisión, o de presencia de euforia, hiperactividad o fuga de ideas, indicaría que el diagnóstico más probable sería del de manía; en las esquizofrenias raramente se observan estados de euforia, esta hipótesis se fortalece si existe historia familiar de trastornos afectivos.
- En la esquizofrenia el habla suele ser menos coherente, hay conductas más extravagantes, se observa un afecto más plano, y cuando existen alucinaciones son más persistentes y complejas.
- Si no se puede hacer el diagnóstico con seguridad es mejor proporcionar un diagnóstico de "psicosis no especificada" esperando que el cuadro diagnóstico se clarifique con el paso del tiempo.

▪ Trastornos esquizoafectivos:

- El diagnóstico es más complicado ya que estos pacientes son más parecidos a los afectivos que a los esquizofrénicos.
- Para efectuar el diagnóstico hay que tener en cuenta si los síntomas psicóticos aparecen o han aparecido en el contexto de un episodio anímico, en cuyo caso es más probable de que se trate de un trastorno anímico con características de gravedad psicótica.

5.2.2.- Trastorno ciclotímico.

☞ 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 hipomaníacos, aunque en algunos pacientes predominan más unos sobre otros.

Trastorno ciclotímico DSM-IV-TR

- A.** Numerosos períodos con síntomas hipomaníacos y numerosos períodos con estado de ánimo deprimido o pérdida de placer (pero sin llegar nunca a satisfacer los criterios de episodio depresivo mayor) durante al menos 2 AÑOS.
- B.** Durante esos dos años no ha habido un periodo de más de 2 MESES libre de síntomas de A.
- C.** Nunca se han cumplido criterios de episodio depresivo mayor.
- D.** En los dos primeros años del trastorno no ha existido un episodio maníaco.
- E.** Los síntomas de A no son explicables por un trastorno psicótico como esquizofrenia o trastorno delirante.
- F.** No debido a medicamentos, drogas o a una condición médica general.

5.2.2.1- Curso del Trastorno ciclotímico.

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

i

5.2.2.2- Diagnóstico diferencial del Trastorno ciclotímico.

- ☞ La ciclotimia se puede confundir con algunos trastornos de personalidad, en especial aquellos en los que también hay cambios de humor bruscos o frecuentes (personalidad histriónica, límite y antisocial)
- ☞ Un elemento diferenciador es la presencia de factores bifásicos (oscilaciones depresión-hipomanía).

5.3.- 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, maníaco). 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 las poblaciones más jóvenes.

☞ No diferencias en función de nivel socioeconómico.

☞ Mayores tasas en solteros y divorciados que en casados.

5.4.- EVALUACIÓN DE LA MANÍA.

☞ La valoración de la manía es prácticamente imposible efectuarla mediante técnicas de autoregistro; se requiere la evaluación por parte del observador de conductas tales como la agitación, fuga de ideas, lenguaje tangencial, etc., que son poco accesibles para el propio paciente.

☞ Hay escalas de evaluación de la manía, entre las que cabe destacar la de Bech-Rafaelsen. Esta escala consta de 11 ítems valorados en intensidad por el propio clínico a través de una entrevista de unos 45 minutos. Escala consistente y fiable.

- ☞ Con el fin de medir los cambios y fluctuaciones que pueden darse en los trastornos bipolares, también se ha propuesto un método (evaluación continua) para que tanto el paciente como los familiares evalúen diariamente el estado de ánimo, sueño, actividad diurna, etc.
- ☞ Esta estrategia de evaluación continua puede ser de gran importancia no sólo para recabar más datos sobre el curso de estos trastornos, sino por la importancia que las propias fluctuaciones pueden tener para optimizar la medicación y establecer el pronóstico.

5.5.- COMPLICACIONES.

- ☞ Los trastornos bipolares (especialmente en los casos en los que hay manía) interfieren en la vida de la persona (complicaciones laborales, familiares sociales).
- ☞ Los bipolares pueden tener muchos problemas debido a su capacidad de juicio disminuida en etapas maníacas. Esto les puede llevar a tomar decisiones impulsivas o nada realistas y a llevar acciones de alto riesgo para ellos o su familia.
- ☞ El problema más importante es la alta tasa de mortalidad. El riesgo de suicidio es del 10% en los casos graves, y esta tendencia era aún mayor antes de la incorporación de los tratamientos modernos con litio.
- ☞ Las tasas de suicidio en los pacientes con trastorno bipolar superan 15 veces las encontradas en la población general y en 4 veces a las de los pacientes con TDM recurrente. Prácticamente el 50% de los pacientes con trastorno bipolar han tenido al menos un intento de suicidio en su vida.
- ☞ Las personas con TB suelen presentar altas tasas de comorbilidad con otros trastornos, lo cual complica su situación clínica y los resultados del tratamiento. Los problemas de ansiedad, así como el abuso de alcohol y drogas, son muy frecuentes en estos individuos, lo que complica aún más su funcionamiento psicosocial.