

LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

*Alma Baena Zúñiga
Maurilia Araceli Sandoval Villegas
Celia C. Urbina Torres
Norma Helen Juárez
Sergio J. Villaseñor Bayardo*

LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

RESUMEN

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Cuando hay un trastorno del estado de ánimo, el paciente pierde la sensación de control sobre su ánimo y experimenta malestar general. Estos trastornos se dividen en bipolares y depresivos. La depresión es un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro, que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto. La distimia es un trastorno crónico que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes) que se mantiene la mayor parte del día y la mayoría de los días; no es lo suficientemente grave como para considerarse como episodio depresivo. El trastorno ciclotímico se caracteriza por oscilaciones bruscas de una fase a otra (hipomanía o depresión), en la que cada fase dura días, con ánimo normal poco frecuente.

MOOD DISORDERS

Palabras clave: estado de ánimo, depresión, distimia, ciclotimia, suicidio.

ABSTRACT

A person's mood can be normal, high or depressed. When there is a mood disorder, the patient loses the sense of control upon his/her mood and experiences a general bad state. These disorders are divided in bipolar and depressive. Depression implies a persistent feeling of unusefulness, loss of interest about the world and lack of hope on the future that modifies the person's functioning negatively. Disthymia is a chronic disease which is characterized by depressive mood (or irritable in children or adolescents) that persists during most of the day, and on most of the days; it doesn't meet all of the criteria to be considered a depressive episode. Cyclothymic disorder is characterized by abrupt oscillations from a phase to another (hipomaniac or depressive), in which each phase persists for days, with no frequent normal mood.

Key words: mood, depression, disthymia, cyclothymia, suicide.

INICIO

Los trastornos del estado de ánimo no son contemporáneos, por el contrario, numerosos textos antiguos los narran; tal es el caso de la historia del rey Saúl en el viejo testamento y la del suicidio de Ajax en la Iliada de Homero que describen síndromes depresivos. Aproximadamente en el 400 A.C. Hipócrates utilizó los términos de manía y de melancolía para describir los trastornos mentales. Cerca del año 30 D.C. el médico romano Aulus Cornelius Celsus en su texto *De re medicina*, describió el concepto de la melancolía utilizado por los griegos (Melan-negra y Cholé-bilis) como una depresión causada por la bilis negra. En 1686 Bonet describió una enfermedad mental a la que llamó maniaco-melancholicus. En 1854 Jules Falret llamó folie circulaire, a una patología en la que el paciente experimentaba de forma cíclica estados depresivos y maníacos.

¿Qué son los trastornos del estado de ánimo?

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Habitualmente las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas. La gente siente que tiene cierto control sobre su estado de ánimo. En los trastornos del estado de ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un malestar general.

El rasgo esencial de los trastornos de esta categoría es que todos ellos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental. Estos se dividen en dos grupos, trastornos bipolares y trastornos depresivos.

La depresión

Sentirse abatido y triste es una experiencia común en la mayoría de los seres humanos; sin embargo hay una diferencia significativa entre esta circunstancia y los síntomas que caracterizan a la depresión clínica. A pesar de que hay una relación entre la tristeza humana normal y los trastornos depresivos, no todas las personas que están tristes, tienen un trastorno depresivo.

Como el estado de ánimo deprimido se encuentra en varios trastornos, su presencia no significa que la persona padece un trastorno del estado de ánimo, ya que el término "depresión" se puede referir a un síntoma o a un trastorno.

DEFINICIÓN. La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto.

ETIOLOGÍA. La mayoría de los investigadores cree que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida.

Entre las perspectivas para tratar de comprender las causas de la depresión están:

Las teorías biológicas que suponen que la causa de la depresión se encuentra en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede tener o no una base en la herencia.

EL PAPEL DE LA HERENCIA. Algunas formas de la depresión son genéticas, lo que indica que alguna vulnerabilidad biológica puede heredarse. Los estudios de gemelos y de familias sugieren con claridad un componente genético tanto en la depresión grave como en los trastornos bipolares. Hay estudios que revelan que existe un riesgo mucho mayor de desarrollar una depresión grave si el gemelo idéntico de la persona padece este trastorno (54%) que si la padece el padre, el hermano o la hermana (16.6%). También mencionan que aquellas personas que tienen parientes con un diagnóstico bipolar, tienen de 1.5 a 3 veces más probabilidad para desarrollar una depresión grave, que aquellas que no tienen ningún familiar con este diagnóstico. Los estudios de las familias también demuestran que mientras más joven sea la persona cuando ocurre la primera depresión, más probable es que sus parientes también experimenten periodos de depresión.

ASPECTOS BIOQUÍMICOS. Cada una de las miles de millones de neuronas en el cerebro interactúa con las demás por medios electroquímicos. Cuando la neurona es estimulada, libera neurotransmisores, sustancias químicas, de las vesículas o áreas de almacenamiento en la terminación nerviosa. Es probable que la depresión sea el resultado de una falta de ciertos neurotransmisores químicos en lugares particulares del cerebro. Una de las primeras hipótesis sobre el papel de los neurotransmisores en los trastornos del estado del ánimo fue:

- La Teoría de las catecolaminas. Esta teoría propone que la depresión puede ser el resultado de una deficiencia de catecolaminas, en especial norepinefrina en algunas sinapsis importantes en el cerebro y que la manía quizá se debe a un exceso de catecolamina en esas sinapsis.

- Hipótesis de la desensibilización. Esta supone que ciertos receptores de catecolamina son supersensibles en las personas deprimidas y que el papel de las drogas antidepresivas consiste en reducir esta sensibilidad a los niveles normales. Sin embargo, los estudios clínicos para demostrar la presencia de estos receptores supersensibles todavía no producen resultados que apoyen esta hipótesis.

ESTUDIOS HORMONALES. Las relaciones estrechas de los trastornos del estado de ánimo con el sistema endócrino apenas se empiezan a comprender. Los avances en la comprensión de la química cerebral, en especial la forma en que el cerebro libera hormonas de la glándula pituitaria y el hipotálamo en la depresión permite creer que un nivel elevado de cortisol, una hormona que se produce en la corteza suprarrenal, que se ha encontrado de forma consistente en los pacientes con depresión podría tener acción en el escenario clínico de este padecimiento. Sin embargo, hasta el momento estos esfuerzos sólo han contribuido al conocimiento general de dichos trastornos.

FACTORES PSICOSOCIALES. Existen factores adicionales como podría ser la tensión en el medio ambiente en que se mueven las personas, tal tensión puede llegar a ocasionar el principio de este mal. Los acontecimientos estresantes por ejemplo la pérdida del cónyuge, o de un progenitor preceden con frecuencia a los primeros episodios del trastorno depresivo mayor. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intra neuronales, variaciones que implican pérdidas neuronales y una disminución exagerada de conexiones sinápticas. Como consecuencia, la persona resulta más vulnerable para sufrir episodios posteriores de trastornos del estado de ánimo.

LA FAMILIA. Algunos trabajos indican que las malas relaciones en la familia, cuando un paciente diagnosticado es sometido a tratamiento, tienden a permanecer tras la recuperación del mismo; y además, este grado de psicopatología en la familia puede afectar a la tasa de mejoría, las recaídas y la adaptación tras la recuperación del paciente. Los datos clínicos recalcan la importancia de evaluar la vida familiar del enfermo e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar.

FACTORES DE PERSONALIDAD PREMÓRBIDOS. Todos los seres humanos, sea cual sea su perfil de personalidad, pueden deprimirse, y de hecho, lo hacen en determinadas circunstancias. No obstante, ciertos tipos de personalidad: oral, dependiente, obsesivo-compulsiva o histérica, presentan un mayor riesgo de depresión que las personalidades antisociales, paranoides u otros grupos que utilizan la proyección y otros mecanismos de defensa para protegerse de su ira interna. Las personas que tienen una pobre opinión de sí mismas, o que consistentemente se juzgan a ellas mismas o al mundo con pesimismo, o bien que se dejan embargar por las presiones están más propensas a la depresión.

EPIDEMIOLOGÍA. El trastorno depresivo mayor presenta una prevalencia estimada del 15%, y en las mujeres puede alcanzar el 25%. Una observación casi universal, independientemente del país o la cultura, es que este trastorno tiene una prevalencia dos veces mayor en las mujeres que en los hombres. Algunas hipótesis que se han planteado para explicar estas diferencias son los factores hormonales, los efectos del parto, y los diferentes factores de estrés psicosocial para las mujeres respecto a los hombres.

DIAGNÓSTICO. Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) un trastorno depresivo mayor se diagnostica por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, lapso en el que la persona experimenta al menos cuatro síntomas de una lista que incluye cambios en el apetito y peso, descenso en su estado de ánimo, cambios en el sueño y nivel de actividad, pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones e ideas recurrentes de suicidio o muerte así como dificultad para experimentar placer en cualquier situación de vida (trabajo, diversión o sexualidad). El episodio depresivo mayor se acompaña de síntomas biológicos como el retardo motor, la pérdida de peso y de estima de sí mismo, de ideas de culpabilidad, pecado y desastre inminente que pueden llegar a ser delirantes y acompañarse de alucinaciones en casos graves.

SÍNTOMAS. La aparición de síntomas depresivos suele ser lenta e insidiosa. A menudo estas manifestaciones no son consideradas importantes por el propio paciente o sus familiares, por lo que no acuden al médico y piensan que sólo pasan por una mala época, sin darle mayor importancia, estas se van gestando en días o semanas. Incluso en los meses anteriores puede presentar síntomas prodrómicos como ansiedad generalizada, crisis de angustia o fobias.

Algunos de los síntomas del trastorno depresivo mayor incluyen sensaciones de desesperanza, insatisfacción o ansiedad, disminución o aumento del apetito, dificultad para dormir y múltiples despertares durante la noche, durante los cuales recuerdan sus problemas, o pueden dormir más de lo habitual, tener cansancio exagerado, inquietud, irritabilidad, cambios en las funciones psicomotrices, pérdida del interés, de energía y de la capacidad para el placer (incluyendo el sexo), sentimientos de culpabilidad, pensamientos de muerte y disminución en la concentración, encuentran difícil finalizar algunas tareas, empeora su rendimiento escolar y laboral, y disminuye su motivación para emprender nuevos proyectos.

Pueden comentar que se sienten tristes, desesperanzados, sumidos en la melancolía o inútiles. Los pacientes describen el síntoma de la depresión como un dolor emocional muy agudo y a veces se quejan de ser incapaces de llorar; sin embargo, algunas veces parecen no ser conscientes de su estado de ánimo, aunque es notorio que se aíslan de la familia y de los amigos y abandonan actividades con las que antes disfrutaban. Sus pensamientos contienen tres elementos claves: se consideran insignificantes o que se merecen que se les culpe por lo que suceda, piensan que son incapaces de cambiar su situación y no creen que las cosas mejoren en el futuro.

Detección y diagnóstico de los estados depresivos según Alonso Fernández

Es común encontrar que muchos de los pacientes con depresión suelen acudir a consultorios generales o de atención primaria. Estos pacientes se clasifican en tres sectores con síntomas depresivos más comunes; por una parte, los pacientes con depresiones de escasa sintomatología de tipo somático; por otra el sector de las depresiones ligeras o subdepresiones las cuales se dividen en psicoformas y somatoformas; y por último el grupo mayoritario que es el de las depresiones asociadas a una patología médica y a menudo causadas por ella, como resultado de un inadecuado diagnóstico del enfermo depresivo por parte de los médicos generales o internistas. Mientras tanto el paciente con depresión es un continuo usuario de servicios médicos que no le ofrece beneficio alguno, debido a una carente detección de la enfermedad.

Comúnmente el psiquiatra es el último profesional que se consulta, pero es quien puede aclarar en su mayoría las dudas en torno a esta enfermedad, además de ser el indicado para la detección y tratamiento de la depresión. Lo cual se lleva a cabo a través de una entrevista con el paciente. En lo posible esta entrevista deberá de estar acompañada de los antecedentes personales, familiares y de los informes transmitidos por alguna persona de su confianza.

El diagnóstico y subdiagnóstico psiquiátrico será respaldado o complementado por pruebas clínicas psicométricas, que en muchos de los casos son imprescindibles. Estas pruebas se distribuyen en cuestionarios y escalas, basados en la evaluación cuantitativa de la sintomatología depresiva. Los cuestionarios son procedimientos utilizados para la detección y diagnóstico de la depresión, así como para la elaboración de un perfil clínico, mientras que en las escalas sirven para el seguimiento de la evolución y constatar la mejoría del enfermo durante el tratamiento. Ambas pruebas requieren para su aplicación de un personal con experiencia sanitaria, ya que la autoadministración de estas pruebas, puede ofrecer datos poco confiables.

Para la detección de la depresión el Dr. D. Francisco Alonso Fernández propone como base cuatro vías simultáneas, cada una de ellas indica un trastorno que es desglosado en sus síntomas más frecuentes y estos, a su vez, están encuadrados en la dimensión depresiva. Las 4 dimensiones y sus síntomas son:

Humor depresivo

1. Amargura o desesperanza, con tendencia al llanto, con lágrimas o sin ellas.
2. Incapacidad para expresar placer o alegría.
3. Desvalorización o subestimación propia en forma de ideas de indignidad o inferioridad; sensación de incapacidad somática, psíquica o sentimiento de culpa.
4. Disminución del apego a la vida o ideas suicidas.
5. Opresión precordial.
6. Dolores localizados en la cabeza, la espalda o en otro sector.

Anergia

1. Apatía o aburrimiento.
2. Cavilación sobre la misma idea o presencia de indecisiones.
3. Falta de concentración.
4. Disminución de la actividad habitual en el trabajo y/o en las distracciones.
5. Fatiga general o cansancio precoz.
6. Disfunción sexual o trastornos digestivos.

Discomunicación

1. Brotes de mal humor o enervamiento.
2. Tendencia a afligirse por todo.
3. Retraimiento social.
4. Abandono de las lecturas, la radio y la televisión.
5. Sensación de soledad o desconfianza.
6. Descuido en el arreglo corporal y en el vestuario.

Ritmopatía

1. Gran fluctuación de los síntomas a los largo del día notables diferencias entre la mañana y la tarde.
2. Pérdida de apetito y peso.
3. Crisis de hambre voraz.
4. Dificultad para conciliar el sueño.
5. Pesadillas nocturnas, sueños sombríos o despertar temprano.
6. Hipersomnias durante el día

La presencia de dos rasgos en la misma dimensión o a tres dispersos entre dos o más dimensiones, en un mínimo lapso de 14 días, es considerado suficiente para sospechar la existencia de un estado depresivo y un buen momento para buscar apoyo profesional, ya que se puede sospechar de la existencia de una depresión.

Mitos y errores acerca de la depresión

Los familiares con el afán de "ayudar" al enfermo de depresión ocasionalmente comenten errores por desconocimiento de lo que es la enfermedad por lo que con frecuencia se le escucha decir:

"DEBES PONER DE TU PARTE", en alusión a las quejas y lamentos suscitados por el dolor moral anímico.

"ERES UN VAGO QUE NO ORDENAS LAS COSAS NI HACES LA CAMA" comentario dedicado a condenar la inactividad del depresivo.

"ERES TAN DESCONSIDERADO QUE APENAS HABLAS", con lo que se le propina un ataque insultante a su aislamiento.

"TE HAS VUELTO UN LUNÁTICO" comentario irritante dedicado a su abandono de los ritmos habituales.

El enfermo recibe estos comentarios y otros semejantes como muestras de un trato poco cariñoso o de una actitud de incompreensión hacia su estado y se pregunta: ¿COMO ME RECLAMAN QUE PONGA DE MI PARTE SI PRECISAMENTE LO QUE ME PASA ES QUE NO PUEDO HACERLO ?

EVOLUCIÓN. En el 50% de los pacientes dicho trastorno inicia entre los 20 y los 50 años por lo que la media de edad de inicio se sitúa alrededor de los 40 años. Actualmente, la cantidad de personas deprimidas en cualquier momento (frecuencia) y la cantidad de casos nuevos durante un periodo determinado (incidencia) parecen aumentar entre los jóvenes y disminuir entre las personas mayores. Por otra parte, es observable más frecuentemente en personas que no tienen relaciones interpersonales íntimas, o que están separadas o divorciadas; y parece ser más frecuente en áreas rurales que en las urbanas. Cerca del 50% de los pacientes que sufren un primer episodio depresivo mayor presentaban síntomas depresivos significativos antes de que pudiese identificarse el primer episodio. De ello se desprende que la identificación precoz y el tratamiento de estos síntomas iniciales pueden prevenir el desarrollo de un episodio depresivo completo.

En cuanto a recurrencia internacionalmente se ha observado que hay posibilidad del 50% después del primer episodio, 70% después del segundo y 90% después del tercer episodio.

Tratamiento con base en las teorías biológicas

Medicamentos antidepressivos: Los medicamentos que más frecuentemente se usan para trastornos depresivos son: los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, (ISRS), como la fluoxetina, la paroxetina, los inhibidores de la MAO (monoaminooxidasa), y a veces los medicamentos tricíclicos como la imipramina.

Los antidepressivos son sustancias que actúan a nivel del sistema nervioso, gracias a una formulación química, cuya función es controlar la ansiedad, la depresión, la agresividad y la impulsividad, dependiendo de la sustancia que predomine en el antidepressivo. Cuyo efecto será observado por el propio paciente después de 2 a 3 semanas aproximadamente de iniciado el tratamiento por lo que se explicara esto al paciente y su familia, además de hacer hincapié en el hecho de que se tomara por varios meses que pueden ser de 6 meses hasta 2 años y que el efecto de estos se verán gracias a la constancia en la toma, también se hace de su conocimiento los efectos secundarios que pueden provocar, que por lo general son menos molestos que la enfermedad en si.

Terapia electroconvulsiva (TEC) Una de las molestias al dar tratamiento con medicamentos, es el tiempo que pasa entre el inicio de su uso y los primeros signos de mejoría en el estado de ánimo del paciente, en ocasiones pueden pasar varias semanas antes de que se note un avance. En caso de que los medicamentos no sean efectivos, la terapia electroconvulsiva (TEC) puede ser el tratamiento adecuado porque produce un efecto más rápido, con lo que disminuye el tiempo de hospitalización y, por lo tanto, los costos médicos. La TEC generalmente es un tratamiento muy seguro, comprende el paso de una corriente eléctrica de entre 70 y 130 voltios por la cabeza del paciente. De todas las modalidades de tratamiento antidepressivo la TEC es la intervención que provoca mayor tasa de respuesta. Primero, se administran un anestésico y un relajante muscular. (El relajante muscular se utiliza para prevenir el daño por la convulsión que provoca la descarga eléctrica). Después, se administra una corriente eléctrica controlada a través de electrodos que se colocan en un lado de la cabeza o en ambos.

La TEC se emplea en la depresión severa en la cual existen muchos pensamientos delirantes; depresiones que no responden al tratamiento farmacológico, o que tienen alto riesgo suicida.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO. A pesar de que cada teoría psicológica (psicodinámica, conductual, cognitiva, humanista-existencial), difieren en su planteamiento de la depresión, no presentan gran diferencia en su efectividad. Algunos investigadores sugieren que la combinación de tratamiento antidepressivo y la terapia que emplea elementos cognoscitivos y conductuales pueden producir mejores efectos.

PRONÓSTICO. El trastorno depresivo mayor tiende a cronificarse y los pacientes suelen recaer. Los pacientes que han sido hospitalizados por un primer episodio depresivo tienen un 50% de posibilidades de recuperarse durante el primer año. El porcentaje de individuos que se recuperan tras la hospitalización disminuye con el paso del tiempo y, a los 5 años de esta hospitalización un 10 o 15% de los pacientes no se han recuperado. La recurrencia de los episodios depresivos mayores es frecuente; aproximadamente un 25% de los pacientes la experimentan en los primeros 6 meses siguientes a la alta hospitalaria, de un 30 a un 50% en los primeros dos años, y entre un 50 y un 75% antes de cinco años. En general, a medida que el paciente sufre más episodios depresivos, el tiempo entre estos se reduce y la levedad se incrementa. La depresión mayor se vuelve crónica en un 30% de los pacientes.

La depresión y el suicidio en la historia

Lincoln, Abraham. (1809-1865), 16° presidente de Estados Unidos (1861-1865), que condujo a la Unión a la victoria en la Guerra Civil estadounidense y abolió la esclavitud. Lincoln no sólo experimentó problemas que se relacionaban con la guerra, también su vida personal estaba llena de sucesos cotidianos negativos. Creció en extrema pobreza, su madre murió cuando era joven y su padre lo trataba con dureza; a pesar de ello, Lincoln se las arregló para educarse por sí mismo, se convirtió en un exitoso abogado y político, hasta ser electo para el congreso y por último para la presidencia. Su matrimonio con Mary Todd fue infeliz, con escenas explosivas frecuentes; la sociedad de Washington criticaba a su esposa y dos de sus hijos murieron durante la niñez. A pesar de los periodos de depresión que invadieron gran parte de su vida en los que prácticamente estaba inmóvil Lincoln se convirtió en uno de los presidentes más admirados de Estados Unidos.

Ernest Hemingway: Uno de los escritores más importantes entre las dos guerras mundiales, Hemingway describe en sus primeros libros la vida de dos tipos de personas. Por un lado, hombres y mujeres despojados por la II Guerra Mundial de su fe en los valores morales en los que antes creían, y que viven despreciando todo de forma cínica, excepto sus propias necesidades afectivas. Y por otro, hombres de carácter simple y emociones primitivas, como los boxeadores profesionales y los toreros, de los que describe sus valientes y a menudo inútiles batallas contra las circunstancias.

En 1952 publicó *El viejo y el mar*, una novela corta, convincente y heroica sobre un viejo pescador cubano, por la que ganó el Premio Pulitzer de Literatura en 1953. En 1954 le fue concedido el Premio Nobel de Literatura. Su última obra publicada en vida fue *Poemas completos* (1960).

Su vida aventurera le llevó varias veces a las puertas de la muerte: en la Guerra Civil española cuando estallaron bombas en la habitación de su hotel, en la II Guerra Mundial al chocar con un taxi durante los apagones de guerra, y en 1954 cuando su avión se estrelló en África. Murió en Ketchum el 2 de julio de 1961, disparándose un tiro con una escopeta.

TRASTORNOS

Trastorno distímico

El término distimia que proviene del griego "distimia" significa estado de ánimo defectuoso o enfermo y fue introducido en 1980.

DEFINICIÓN. Es un trastorno crónico caracterizado por un estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes) que se mantiene durante la mayor parte del día y la mayoría de los días que no es lo suficientemente grave como para cumplir los criterios de otros episodios depresivos. Según el DSM-IV las características principales del trastorno son los sentimientos de inadecuación, culpa, irritabilidad e ira, aislamiento social, pérdida de interés y descenso de la actividad y productividad.

EPIDEMIOLOGÍA. Es frecuente en la población en general, oscila entre un 3 y un 5% de la misma. Se diagnostica en un tercio a la mitad de los pacientes de clínicas psiquiátricas. Es más común entre mujeres de menos de 64 años que entre los hombres de cualquier edad y se observa con más frecuencia entre personas solteras, jóvenes y con ingresos bajos. Además coexiste comúnmente con otros trastornos mentales, especialmente el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias y, probablemente el trastorno límite de la personalidad.

DIAGNÓSTICO. Para diagnosticar este trastorno debe existir la presencia de un ánimo deprimido la mayoría del tiempo al menos durante dos años en adultos, y uno en niños y adolescentes. El paciente no debe presentar síntomas que permitan diagnosticar un trastorno depresivo mayor y no haber sufrido ningún episodio maníaco o hipomaníaco.

SÍNTOMAS. Los síntomas de este trastorno son estables aunque pueden experimentar variaciones temporales en la gravedad de los mismos. Los pacientes con trastorno distímico pueden ser a menudo sarcásticos, nihilistas, sórdidos, exigentes y quejarse constantemente; pueden mostrarse tensos, rígidos e incluso resistirse a la intervención terapéutica aunque acudan regularmente a las consultas; pueden quejarse del mundo y de que son maltratados por sus familiares, hijos, padres, amigos, y por el sistema. Existen síntomas de un ánimo deprimido caracterizado por sentimientos de tristeza y una disminución por el interés ante las actividades cotidianas, sólo que estos síntomas son menores a los del trastorno depresivo mayor. Se producen cambios en el apetito o en los patrones de sueño, presentan baja autoestima, pérdida de energía, sensación de cansancio constante, lentitud psicomotora, disminución del impulso sexual y preocupación obsesiva por asuntos de salud.

EVOLUCIÓN. Generalmente comienza al inicio de la vida adulta y evoluciona a lo largo de varios años, y puede llegar a ser de duración indefinida.

TRATAMIENTO. La combinación de terapia cognoscitiva o conductual y farmacoterapia puede ser el tratamiento más efectivo para este trastorno.

PRONÓSTICO. Es variable. Los antidepresivos y/o determinados tipos de psicoterapia tienen efectos positivos sobre el curso y pronóstico de este trastorno. Los datos sobre tratamientos anteriores indican que únicamente del 10 al 15% de estos pacientes han remitido al año del diagnóstico inicial, y un 25% de los pacientes nunca consigue una remisión completa.

Trastorno ciclotímico

DEFINICIÓN. Trastorno bifásico caracterizado por oscilaciones bruscas de una fase a otra (hipomanía o depresión), donde cada fase dura días, con ánimo normal poco frecuente.

ETIOLOGÍA. Algunos investigadores han postulado que el trastorno ciclotímico está más relacionado con el trastorno límite de la personalidad que con los trastornos del estado de ánimo.

FACTORES BIOLÓGICOS. De acuerdo con los datos genéticos aproximadamente un 30% de los pacientes con este trastorno presentan historia familiar de trastorno bipolar I. La prevalencia del trastorno ciclotímico es frecuente en pacientes con un trastorno bipolar I. Un tercio de los pacientes con trastorno ciclotímico evolucionan hacia trastornos afectivos mayores, y son particularmente sensibles a la hipomanía inducida por los antidepresivos.

EPIDEMIOLOGÍA. Entre un 3 y un 10% de los pacientes psiquiátricos tratados ambulatoriamente pueden presentar un trastorno ciclotímico. En la población general, la prevalencia en la vida del trastorno se ha estimado en un 1%, igual que con el trastorno bipolar I, los pacientes pueden tener conciencia de un problema psiquiátrico. El trastorno psicológico coexiste con frecuencia con el trastorno límite de la personalidad. Se ha estimado que un 10% de pacientes ambulatorios y un 10% de pacientes ingresados por un trastorno límite de la personalidad presentan a la vez un trastorno ciclotímico. La proporción hombre-mujer en el trastorno ciclotímico es aproximadamente 3 a 2 y de un 50 a un 75% de los pacientes han iniciado el trastorno entre los 15 y 25 años.

DIAGNÓSTICO. Los problemas matrimoniales y la inestabilidad en las relaciones son quejas comunes por las que los pacientes con este trastorno son con frecuencia promiscuos e irritables. Cuando pasan por estados hipomaniacos o mixtos existen casos de incremento de la productividad y la creatividad cuando los pacientes están hipomaniacos, pero la mayoría de los clínicos observan que sus pacientes se convierten en desorganizados e ineficaces en el trabajo y en la escuela cuando atraviesan estos periodos. Los criterios establecen la presencia más o menos constante de los síntomas durante 2 años o 1 año para niños y adolescentes.

SÍNTOMAS. Los síntomas del trastorno ciclotímico son similares a los del trastorno bipolar I, excepto en que generalmente resultan menos graves y menos disfuncionales. En ocasiones, no obstante, los síntomas pueden presentar la misma gravedad, pero menor duración, que la observada en el trastorno bipolar I. Aproximadamente la mitad de los pacientes con trastorno ciclotímico exhiben depresión como síntoma principal y es más probable que busquen tratamiento cuando están deprimidos. Los pacientes en quienes predominan los síntomas hipomaniacos es menos probable que consulten a un psiquiatra que quienes se muestran deprimidos. Casi todos los pacientes con un trastorno ciclotímico presentan periodos con síntomas mixtos con marcada irritabilidad. La sintomatología se caracteriza por aumento del deseo por dormir alternando con reducción de la necesidad de dormir, aislamiento social alternado con búsqueda social desinhibida, hablar poco o hablar de más, llanto inexplicable alternado con bromas excesivas, poca actividad o aumento incluso agitación, malestar físico o sensación de plenitud, sentidos alterados o percepciones agudas, confusión mental alternado de pensamiento creativo, baja autoestima o confianza excesiva, pesimismo alternado de optimismo incluso despreocupación.

EVOLUCIÓN. El trastorno ciclotímico suele empezar en la adolescencia o el inicio de la edad adulta, con un inicio insidioso y un curso crónico. Hay un riesgo del entre el 15 y el 50% de que la persona llegue a presentar posteriormente un trastorno bipolar tipo I y II.

TRATAMIENTO BIOLÓGICO. Los fármacos antimaníacos son la primera elección para el tratamiento para este trastorno. Los datos experimentales son limitados en estudios con litio aunque otras sustancias antimaníacas, por ejemplo carbamazepina también son eficaces. Las dosis y las concentraciones plasmáticas de estos fármacos deben ser las mismas que para el trastorno bipolar. El trastorno con antidepresivos con estos pacientes debe realizarse con precaución por su mayor susceptibilidad a los episodios maniacos o hipomaniacos precipitados por estos fármacos. Entre un 40 y 50% de los pacientes con un trastorno ciclotímicos tratados con antidepresivos experimentan estos episodios.

TRATAMIENTO PSICOSOCIAL. La psicoterapia se dirige a incrementar la conciencia de enfermedad de los pacientes y ayudarles a desarrollar estrategias de afrontamiento ante sus cambios de humor. Los terapeutas suelen ayudar también al paciente a reparar los perjuicios laborales y familiares producidos durante los episodios de hipomanía debido a la larga duración del trastorno ciclotímico, los pacientes pueden necesitar tratamiento durante toda la vida. Las terapias familiares y de grupo pueden proporcionar apoyo, educación y recursos terapéuticos a los pacientes y a las personas que le rodean.

Suicidio

HISTORIA. En la antigüedad el suicidio era valorado en función de los sistemas religiosos y filosóficos, aunque también dependía de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de cada país. En Oriente el Suicidio era visto como un acto indiferente o elogiado, ya que la muerte solo era un cambio de forma. En China durante el gobierno del emperador Chi Koang - Ti, 500 filósofos de la escuela de Confucio se precipitaron al mar para no sobrevivir a la quema de los libros sagrados. En Japón se describe el suicidio-martirio, practicado por los devotos de la Divinidad Amidas, que se tiraban al mar o se enterraban vivos, posteriormente el Seppuku y el Hara Kiri fueron formas de Suicidio tradicional.

El Suicidio entre los Judíos (a.C.) se daba por causas de honor o bien como sinónimo de derrota política o militar. Tanto el pueblo Griego como el Romano tenían lugares públicos como Leucade, Ceos y Marsella destinados para consumir la muerte, el Suicidio representaba una forma de evitar la captura, mantener el honor, así como evitar la humillación y la muerte infame. Con la llegada del Cristianismo, el suicidio fue aceptado durante los primeros siglos, era admisible en algunas circunstancias, siendo elegido como una forma de martirio voluntario, como vergüenza para sus opresores y para expiar sus culpas. San Agustín (354 - 430 d.C.) lo atacó tajantemente ya que violaba el 6o. mandamiento de La Ley de Dios.

En el Concilio de Arles, celebrado en 452 d.C. declararon que el suicidio estaba inspirado por el demonio y en el 533 d.C., en el concilio de Orleans, se determinaron penas eclesiásticas para prevenirlo y castigarlo. En el 562 d.C. en el Concilio de Braga se ampliaron los castigos, pero es hasta el 693 d.C. en el de Toledo en donde se impone la ex-comunión a quién lo realice. En la Edad Media se imponían tres castigos al cuerpo del suicida: 1. - arrastrar su cuerpo cabeza abajo por la ciudad, 2.- La inhumación del cuerpo se realizaba en tierra no consagrada y 3. - se clavaba una estaca en el corazón y una piedra en la cabeza a fin de que su alma no resucitara.

En el Renacimiento aunque persistían las condenas al suicida aparecen observaciones de tipo filosófico que disientan del suicidio como crimen y argumentaban determinadas situaciones como medio para mitigar el dolor y el sufrimiento. En 1838 Esquirol ofrece una teoría global del suicidio con una concepción clínica y patológica, según él todo suicidio es un síntoma de un trastorno mental, se refirió a este como una crisis de afección moral desencadenada por múltiples incidencias de la vida: ambición, orgullo, ira, temor, remordimiento, amores contrariados, problemas familiares y dificultades económicas. Por esta época se investigaron anomalías morfológicas y funcionales en las personas que intentaban suicidarse y se buscó en los suicidas las lesiones que podían condicionar el suicidio, la escuela frenológica buscaba la causa del suicidio en localizaciones cerebrales.

Emil Kraepelin argumentó que las ideas del suicidio son un trastorno mental o una enfermedad en donde existen correlaciones neuroanatomopatológicas y da mayor interés médico psiquiátrico a los factores individuales que a los de tipo psicosocial. El suicidio es un fenómeno que ha evolucionado rápidamente, no sólo en este país sino en el mundo entero; razón por la cual se ha convertido en un serio problema en el área de la Salud Pública, que está afectando de manera directa y muy en particular a la población juvenil de esta sociedad; independientemente del estrato socioeconómico en que ésta se desenvuelva.

DEFINICIÓN. Es un acto biológico, psicológico y social que da como resultado la muerte autoinflingida intencionalmente en cualquiera de sus formas.

ETIOLOGÍA. Dado que es un acto en parte biológico, se cree que es influenciado por factores genéticos ya que se ha notado la reincidencia entre familiares de quienes lo llevaron a cabo. Por otra parte puede existir deficiencia de la serotonina, ya que dicho neurotransmisor está presente en la conducta impulsiva que sería la que le lleve a consumir el acto. Hay muchas razones posibles para la ocurrencia de la conducta suicida, por ejemplo: desesperación e impotencia al hacer frente a los problemas de la vida, un final "razonado" al sufrimiento físico o emocional o el padecimiento de algún trastorno mental.

EPIDEMIOLOGÍA. En los pacientes psíquicamente perturbados el riesgo de suicidio es mayor. Un 80% de pacientes que padecen trastornos depresivos tienen probabilidad de consumir el suicidio; mientras que de los pacientes con esquizofrenia un 50% lo intentan y entre un 10 y un 15% logran suicidarse; un 5% de pacientes con demencia, con trastorno bipolar o con trastorno de ansiedad intentan suicidarse.

Entre la población, el suicidio es una de las principales causas de muerte para las personas entre 15 y 44 años. Las personas con carácter impulsivo, rígido, aislado, no sociable, con dificultad de expresión, son individuos con mayor riesgo suicida, mientras que cuando son sociables y adaptados, es decir, cuando tienen facilidad de palabra y de expresión de sus emociones tienen un riesgo menor.

Por otra parte si las personas que quieren atentar contra su vida cuentan con el apoyo de amigos o familiares serán menos propensos a llevar a cabo el acto suicida. Cabe mencionar que las mujeres son más propensas que los hombres a intentarlo, mientras que los hombres son dos veces más propensos a consumir el suicidio.

SÍNTOMAS Y EVOLUCIÓN. La mayoría de la gente que se suicida no lo hace de manera impulsiva e inmediata, es más bien un proceso que ofrece advertencias o indicios de sus intenciones antes de consumir el acto. Entre las manifestaciones que puede presentar son: verbalizaciones constantes acerca del suicidio o la muerte, o de la próxima realización de un viaje largo; cambios en la conducta, suelen verse alterados, desesperanzados, deprimidos, confundidos respecto a qué hacer con su vida, retraídos, y en muchas ocasiones se preparan para su muerte por ejemplo: hacen testamento, regalan las cosas queridas, pagan su funeral, se despiden de las personas más significativas para ellos, etc. Hay que estar atentos cuando una persona que padece depresión refiere que no quiere seguir viviendo, cuando una persona alcohólica manifiesta que está perdido y que así no puede seguir viviendo, y cuando un individuo con trastorno bipolar dice que a pesar de las cosas lindas que tiene (como hijos, amigos, profesión, etc.), nada le causa placer.

TRATAMIENTO. El tratamiento ante el suicidio está principalmente enfocado a la prevención, pretendiendo evitarlo en la medida de lo posible se busca evitar la planeación del suicidio y el brindar un tratamiento óptimo de los trastornos mentales que lo subyacen. En ocasiones se presenta la necesidad de hospitalizar a una persona que tuvo intentos de suicidio o que, por algún motivo, el psiquiatra considera que presenta riesgos de suicidarse. Hay 3 tareas importantes que el profesional de la salud mental debe realizar para prevenir el suicidio:

1. Reducir la angustia del paciente.
2. Crear una fuente de apoyo real.
3. Ofrecerle alternativas al suicidio para resolver los problemas.

Mitos del suicidio: Las personas que manifiestan suicidarse no lo hacen nunca. El suicidio se produce sin un aviso previo. Todos los que se suicidan son enfermos mentales. El suicidio se hereda. Las personas suicidas están decididas a morir. La persona mejora luego de que intenta suicidarse.

Bibliografía

Alonso-Fernández F. *Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE)*. 4a Edición. Editorial Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid, España. 1998.

Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. *"Sinopsis de Psiquiatría"*. Baltimore, Maryland, William Wilkins; Argentina, Editorial Panamericana. 1997.

Suárez Richards M. *"Introducción a la psiquiatría"*. Editorial Salerno. Argentina. 1995.

American Psychiatric Association, *"Guía clínica para el tratamiento del trastorno bipolar"* Segunda edición. Ars Medica, Psiquiatría editores. Barcelona, 2002.

Consenso (Díaz Martínez A. director) *"Guía práctica para el manejo del espectro depresión-ansiedad"*. México, UNAM . 2002.

Sarason S. *"Psicología Anormal"*, Editorial Prentice Hall.

Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV-TR, *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Ed. Masson, Barcelona, 2003.

Stahl S. M. *Essential Psychopharmacology, Neuroscientific Basis and Practical Applications*. Second Edition, Cambridge. 2002.

Vieta E. *Trastornos Bipolares. Avances clínicos y terapéuticos*, Editorial Panamericana. Madrid, España. 2001.

Alonso-Fernández F. *Claves de la Depresión*. Editorial Ars Vivendi, Madrid. 2001.

Asociación Psiquiátrica Americana. *Guía clínica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor*. 2da. Edición. Ars Médica. Barcelona, 2002.