

SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA

LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO EN WWW.1ARIA.COM



Coordinadora: María Jose Veleiro Tenreiro

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO:

Como trastornos del estado de ánimo (TEA) incluimos los trastornos que tienen como característica principal una alteración del estado del humor.

Son síndromes que deberán ser diagnosticados cuando cumplen una serie de criterios, una vez descartadas las causas de origen orgánico y las producidas por sustancias.

Hay que recordar que un trastorno de comportamiento con expresión clínica, cualquiera que sea su causa, es una expresión en la persona de una alteración psicológica o biológica. Esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en la homeostasis del organismo) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Los TEA se clasificarán según los síntomas que presente el paciente y la recurrencia de estos a lo largo de un periodo de tiempo.

El trastorno más frecuente y característico es el trastorno depresivo

NEUROBIOLOGÍA:

Los diferentes síntomas que aparecen en los trastornos depresión-ansiedad, son el resultado del mal funcionamiento de las regiones cerebrales: corteza prefrontal, tálamo, hipotálamo, hipocampo, amígdala, cerebelo; y de la alteración de los neurotransmisores, que producen una utilización errónea de la información por parte de las neuronas, que dará lugar a síntomas específicos, lo cual permite elegir el fármaco más apropiado en cada momento. Así:

La serotonina (5HT) y noradrenalina (NA), se relacionan con un ánimo depresivo, con la agitación o la inhibición psicomotriz; La influencia de estas monoaminas sobre tronco encefálico, hipotálamo, tálamo que producen hipoactivación se relaciona con alteraciones del sueño; un mal control de 5HT en dichas regiones, se relaciona con ideas autolíticas y en su acción en el hipotálamo regulan el peso y el apetito.

El efecto de la NA y la dopamina (DA) en el córtex prefrontal se relaciona con síntomas como la regulación emocional, el autocontrol, el establecimiento de metas, la planificación de prioridades; La alteración a nivel de córtex prefrontal, hipotálamo, se relacionan con la apatía, síntoma diferente de la depresión, que se asocia falta de placer, disminución de la libido y pérdida de motivación; En córtex prefrontal están relacionadas con la fatiga mental y fatiga física se origina por un deficiente funcionamiento de NA sobre la médula espinal; La culpa y sensación de inutilidad están regulados por la amígdala, se conocen como regiones “emocionales”.

La disfunción de NORADRENALINA y de DOPAMINA se traduce en:

- ✓ *tristeza,*
- ✓ *pérdida de la alegría,*
- ✓ *pérdida del interés y*
- ✓ *entusiasmo,*
- ✓ *incluye disminución de la alerta y la seguridad en uno mismo.*

Disfunción en el sistema NORADRENÉRGICO y SEROTONINERGICO, se manifiestan como:

- ✓ *bajo estado de ánimo,*
- ✓ *culpa,*
- ✓ *miedo,*
- ✓ *ansiedad,*
- ✓ *hostilidad,*
- ✓ *soledad,*
- ✓ *irritabilidad*

PREVALENCIA Y SCREENING DE TRASTORNOS AFECTIVOS:

La prevalencia de este tipo de trastornos es alta, determinados autores siguen refiriendo entre un 12-15%; sin embargo, determinados estudios como el estudio Rodin, realizado en el área de A Coruña dan como resultado un 25-30% de la población.

Los trastornos afectivos suponen una gran carga humana y económica y, siguen presentando un hándicap que, es que en general son infradiagnosticadas y tratadas, las más de las veces con dosis infraterapéuticas.

La diferencia que presentan las consultas de AP con respecto a otras especialidades es que son un “continuum” de tal forma que la realización de dos preguntas se puede realizar en cualquier consulta a la que acuda el paciente y, sobretodo en momentos vitales en que se espera un trastorno de este tipo:

- *en la adolescencia, la pérdida de un progenitor, ante la duda de consumo de drogas/alcohol,*
- *en la madurez: la pérdida de trabajo, una separación, una enfermedad crónica o maligna,*
- *en el anciano, ante una enfermedad crónica, múltiples cambios de domicilio, soledad, etc.*

La pregunta a realizar sería

Durante el pasado mes:

- ✓ ¿Ha estado con frecuencia preocupado por sentirse deprimido/a o desesperado/a?;
- ✓ ¿Ha estado preocupado por sentir poco interés o placer con sus actividades?

Diferentes estudios han demostrado una sensibilidad del 96% y una especificidad del 57% para este cuestionario.

Existen 16 cuestionarios validados en AP para la detección de casos de depresión.

ESCALAS DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA:

Esto es cuestionarios, listas, evaluaciones de resultados y otros instrumentos diferentes que les permiten establecer un diagnóstico, identificar afecciones recurrentes y evaluar el grado de funcionamiento.

Pueden medir variables experimentadas internamente (estado de ánimo), y variables observables desde el exterior (comportamiento).

Las escalas integrales miden abstracciones amplias como la depresión y la ansiedad.

Los ítems que incluyen, trastornos del pensamiento, los trastornos del estado de ánimo y los comportamientos generales.

Escalas de evaluación usadas en el DSM-IV-TR:

- 1.- Escala de evaluación de Hamilton para la depresión y para la ansiedad (HAM-D y HAM-A): se usan para hacer un seguimiento de la gravedad de la depresión y de la ansiedad.

Otras escalas que se utilizan para la evaluación de los trastornos del estado de ánimo:

- 2.- Escala de Beck;
- 3.- Escala de autoevaluación para la depresión de Zung;
- 4.- Escala de Montgomery-Asberg.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO:

Depresión
Trastornos de ansiedad
Trastornos somatomorfos

En el DSM-IV-TR hay criterios para otros trastornos que, se han incorporado en un apéndice. Algunos de estos trastornos figuran con la designación de “no especificado”; como son el trastorno depresivo menor o el trastorno disfórico premenstrual.

DEPRESIÓN:

Trastorno del estado de ánimo caracterizado por su síntoma clínico más característico que es la *tristeza, junto a la anhedonia*, aunque puede haber cuadros sin ella, que se denominan depresiones enmascarada o inhibidas o cuadros más intensos con presencia de melancolía.

La tristeza suele ir acompañada de otros síntomas como:

- *La anhedonia,*
- *Pérdida de la vitalidad,*
- *Indecisión y dudas,*
- *Insomnio o somnolencia excesiva,*
- *Disminución de la libido,*
- *Irritabilidad,*
- *Aumento de la sensibilidad al dolor,*
- *y en ocasiones alucinaciones, y el estupor depresivo* (estos más en relación con síntomas psicóticos).

Subtipos

Trastorno depresivo mayor:

Trastorno distímico:

Trastorno bipolar I:

Trastorno bipolar II:

Trastorno ciclotímico:

Trastorno del estado de ánimo en relación con una enfermedad médica:

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias:

Los diferentes subtipos tienen sus características más específicas:

1.- Trastorno depresivo mayor:

Se caracteriza por *estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o de placer por las actividades habituales.*

Los síntomas han de estar presentes cada día, excepto ideas de suicidio o los pensamientos de muerte que, sólo han de ser recurrentes.

Se debe diferenciar de los síntomas derivados de un duelo o si hay síntomas psicóticos en ausencia de síntomas del estado de ánimo.

2.- Trastorno distímico:

Es una *forma crónica de depresión que dura por lo menos 2 años, durante los cuales la mayoría de los días el ánimo es deprimido la mayor parte del día y, por lo menos otros dos síntomas depresivos.*

3.- Trastorno bipolar I:

Se caracteriza por la presencia de un episodio maníaco o de un episodio mixto maníaco-depresivo.

Se puede subdividir:

- ✓ Según el tipo de episodio actual: maníaco, hipomaníaco, depresivo y mixto;
- ✓ Por la intensidad y grado de remisión: leve, moderado, grave sin psicosis, grave con rasgos psicóticos, remisión parcial o total;
- ✓ Según la evolución reciente: se caracteriza por una sucesión rápida de ciclos.

4.- Trastorno bipolar II:

Presenta episodios hipomaníacos y episodios de depresión mayor.

Los criterios sintomáticos par un episodio hipomaníaco son los mismos que los de un episodio maníaco, aunque en la *hipomanía* sólo se requiere una *duración mínima de 4 días*.

5.- Trastorno ciclotímico:

Equivalente bipolar del trastorno distímico, *es un cuadro crónico y leve del estado de ánimo con numerosos episodios depresivos e hipomaníacos durante un mínimo de 2 años.*

6.- Trastorno del estado de ánimo en relación con una enfermedad médica:

Son los trastornos en que hay una *alteración del estado de ánimo como consecuencia de una enfermedad médica.*

7.- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias:

Se trata de una *alteración del estado de ánimo en relación con la intoxicación por una sustancia, la abstinencia de ésta o un fármaco.*

TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

La ansiedad consecuencia de un estado de activación del sistema nervioso producida por estímulos externos.

Los síntomas derivados de la estimulación del sistema nervioso vegetativo, produce *síntomas somáticos de la ansiedad*, y los síntomas derivados de la estimulación del sistema límbico y del córtex que se traduce en *síntomas psíquicos de la ansiedad*.

Así pueden presentar:

- *Taquicardia,*
- *Sensación de ahogo/ opresión torácica*
- *Sensación de presión gástrica*
- *Nauseas,*
- *Micción frecuente,*
- *Tensión muscular,*
- *Sequedad de boca,*
- *Sudoración,*
- *Mareos.*
- *También aparece irritabilidad, desasosiego, agobio, deseo de escapar, dificultad para la concentración, desrealización y despersonalización, movimientos repetitivos, insomnio.*

Subtipos

Trastorno de angustia:

Agorafobia:

Fobia específica:

Fobia social:

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):

Trastorno por estrés postraumático (TEPT):

Trastorno por estrés agudo:

Trastorno de ansiedad generalizada:

Trastorno de ansiedad por una enfermedad médica.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:

Los subtipos tienen sus características específicas:

1.- Trastorno de angustia:

Una crisis de angustia o de pánico, *se caracteriza por sentimiento de miedo o de terror intenso que aparecen de repente, sin motivo aparente, en situaciones en las que no hay nada que temer y, se traduce en palpitaciones, dolor torácico, disnea o ahogo, mareo, temblor o agitación, sudoración y sensación de desfallecimiento.*

Este trastorno se subdivide según la presencia de agorafobia o no.

2.- Agorafobia:

Presenta miedo a lugares donde el paciente cree que no puede escapar o recibir ayuda. Suele ser consecuencia del trastorno de angustia aunque puede aparecer en ausencia del mismo.

Las personas que sufren de agorafobia evitan o lo procuran, situaciones que creen que les podría desencadenar una crisis de angustia.

3.- Fobia específica:

Se trata de un *miedo excesivo e irracional a objetos o situaciones concretas* que, casi siempre son producidas por el estímulo temido. El estímulo fóbico se evita.

4.- Fobia social:

Se caracteriza por el *miedo a ser avergonzado o humillado por otros;* se parece al cuadro anteriormente reseñado, los estímulos fóbicos se evitan y, si no se pueden evitar la persona siente mucha ansiedad.

Sí los estímulos fóbicos incluyen la mayoría de las situaciones sociales se habla de fobia social generalizada.

5.- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):

Lo definen la *existencia de pensamientos o imágenes repetidos que resultan inoportunos (obsesiones), comportamientos repetitivos que la persona se siente obligada a llevar a cabo (compulsiones) o ambas.*

La mayoría de las veces, las compulsiones se realizan para reducir la ansiedad asociada con el pensamiento obsesivo.

6.- Trastorno por estrés postraumático (TEPT):

Aparece tras un suceso traumático en el que la persona cree que está en peligro físico o que su vida está en peligro; puede ser secundario a estar presente en una situación violenta o que amenaza la vida de otra persona.

Los síntomas suelen producirse después del suceso traumático, aunque hay casos en los que los síntomas pueden aparecer meses o incluso años después.

Se diagnostica cuando una persona reacciona al suceso con miedo y sufre por lo menos un síntoma por volver a experimentarlo, tres o más síntomas de evitación y dos o más síntomas de hiperexcitación que deben persistir al menos durante un mes y ser un impedimento para su actividad normal.

7.- Trastorno por estrés agudo:

Se produce como *consecuencia de un factor estresante, no se diagnostica si los síntomas duran más de un mes.*

8.- Trastorno de ansiedad generalizada:

Se trata de una *preocupación excesiva y crónica que se produce la mayor parte de los días y que resulta difícil de controlar.* Se suele traducir a nivel clínico por problemas de concentración, insomnio, tensión muscular, irritabilidad e inquietud física y causa angustia o alteración clínicamente significativas.

9.- Trastorno de ansiedad por una enfermedad médica.

10.- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:

Sí la *causa de la ansiedad es la intoxicación por una sustancia, la abstinencia de ella o un fármaco.*

TRASTORNOS SOMATOMORFOS:

Se caracterizan porque el cuadro clínico son los síntomas físicos compatibles con una enfermedad médica pero, no se justifican por ella.

Subtipos:

Trastorno por somatización:

Trastorno somatomorfo indiferenciado:

Trastorno de conversión:

Trastorno por dolor:

Hipocondría:

Trastorno dismórfico corporal:

1.- Trastorno por somatización:

Se expresa por múltiples síntomas médicos sin explicación en diversos sistemas orgánicos que se producen durante varios años y, no los pueden explicar enfermedades médicas.

Habitualmente los síntomas son:

- ✓ *dolorosos,*
- ✓ *gastrointestinales,*
- ✓ *sexuales y*
- ✓ *seudoneurológicos.*

Deben estar presentes síntomas de cada uno de los grupos, que produzcan dificultades funcionales o requieran tratamiento.

Suele iniciarse antes de los 30 años de edad.

2.- Trastorno somatomorfo indiferenciado:

Se caracteriza por síntomas médicos sin explicación que no son tan generalizados ni duraderos como los trastornos por somatización.

3.- Trastorno de conversión:

Lo definen deficiencias de la musculatura estriada o deficiencias sensitivas sin explicación que sugieran la presencia de una enfermedad neurológica u otra enfermedad médica.

Se acepta que un conflicto psicológico es el responsable de los síntomas.

4.- Trastorno por dolor:

Su característica principal es *un dolor incapacitante o angustioso que es el centro de atención principal*.

Los factores psicológicos tienen una función importante en el inicio, el grado y el mantenimiento del dolor.

5.- Hipocondría:

Es una *preocupación angustiosa e incapacitante debida a la creencia de padecer una enfermedad importante, en base a una falsa interpretación de unos síntomas físicos*.

Tras diferentes estudios y ser descartada la enfermedad, la preocupación continúa.

6.- Trastorno dismórfico corporal:

Se trata de una *preocupación angustiosa e incapacitante por un defecto imaginario o leve de la apariencia física*, si este defecto se mantiene con intensidad delirante, también se podría tratar de trastorno delirante somático.

TRATAMIENTO:

Los fármacos utilizados para tratar los trastornos psiquiátricos se llaman *psicofármacos*. Sin embargo, hay varios criterios para denominarlos:

- ✓ *Por su estructura por ej., tricíclicos;*
- ✓ *Por su mecanismo: inhibidores de la monoaminoxidasa;*
- ✓ *Por el momento en que se desarrollaron: 1ª generación, etc.;*
- ✓ *Por su indicación: antidepresivos.*

Además hay fármacos utilizados para enfermedades neurológicas u orgánicas que también se utilizan como psicofármacos.

El fármaco con el que se debe tratar a un paciente debe ser elegido individualmente y de acuerdo con la experiencia de cada médico; influyen a la hora de la elección las características del fármaco y del trastorno que presenta el paciente.

La respuesta a un fármaco, incluidas las reacciones adversas, son el resultado de la interacción entre el fármaco y la predisposición del paciente a sus efectos.

El mecanismo de los diferentes fármacos no es conocido del todo en la actualidad y, las explicaciones de los efectos se centran en el modo en que los fármacos alteran las concentraciones sinápticas de dopamina, serotonina, noradrenalina, histamina, ácido gamma-aminobutírico, o acetilcolina.

MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRNS).

Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina (ISRND).

Inhibidores selectivos de la recaptación de la noradrenalina (ISRN).

Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos. Inhibidores de la recaptación de aminas.

Antagonista de los receptores serotoninérgicos (SARI).

Agonistas de la melatonina.

Antagonistas de los receptores alfa-2 presinápticos (NaSSA).

Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO).

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS):

Aparecen en 1987, el primero es la fluoxetina, mejor tolerados que los Antidepresivos tricíclicos (ATC) y los IMAO.

Desde 1990 han aumentado el número de indicaciones.

Son:

- ✓ *Fluoxetina,*
- ✓ *Fluvoxamina,*
- ✓ *Paroxetina,*
- ✓ *Sertralina ,*
- ✓ *Citalopram y*
- ✓ *Escitalopram (isómero del citalopram)*

La estructura molecular es diferente en cada uno, de aquí las diferencias que, existen, en tolerabilidad y en la respuesta de estos fármacos.

La principal diferencia hace referencia a su semivida, la fluoxetina es la que tiene una vida media más prolongada, hasta 4-6 días.

La administración de fluoxetina o paroxetina con un opioide interfiere sus efectos analgésicos.

Los que presentan menos interacciones son: Sertralina, citalopram y escitalopram.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NORADRENALINA (ISRSN):

Venlafaxina es inhibidor potente de la recaptación de serotonina y noradrenalina e un inhibidor débil de la recaptación de dopamina.

Duloxetina, se presenta en cápsulas de liberación retardada así, se reduce el riesgo de náuseas intenso.

INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE DOPAMINA Y NORADRENALINA (ISRN):

Bupropión: por la forma que tiene de actuar, tiene un riesgo bajo de producir sedación o disfunción sexual o, aumentos de peso que, siempre serán moderados.

Es el único autorizado por la FDA para la prevención de trastornos depresivos estacionales.

No produce síndrome de abstinencia.

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS Y TETRACÍCLICOS (Inhibidores de la recaptación de aminas):

Desarrollados en los años 50. Se utilizan como antidepresivos, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y los síndrome dolorosos.

Conforman este grupo:

Antidepresivos tricíclicos:

- ✓ *Imipramina,*
- ✓ *Amitriptilina,*
- ✓ *Nortriptilina,*
- ✓ *Desipramina.*

y:

- ✓ *Amoxapina,*
- ✓ *Mianserina y*
- ✓ *Trazodona.*

Son metabolizados en el hígado por el citocromo P450.

AGONISTAS DE LA MELATONINA:

Agomelatina es agonista de los receptores MT₁ y MT₂ y antagonista de los receptores serotoninérgicos (5HT), a través de ambas acciones puede tener su efecto antidepresivo, es un inductor del sueño.

ANTAGONISTAS DE ALFA2 COMO DESINHIBIDORES DE SEROTONINA Y NORADRENALINA (DISNs) Y ANTAGONISTAS E INHIBIDORES DE LA RECAPATACIÓN DE SEROTONINA (ASIRs):

Mirtazapina es un ISNDs y *Trazodona* y *Nefazodona* son IRSAs,

No producen los efectos secundarios gastrointestinales y los efectos más frecuentes son su acción sedante y aumento de peso.

Asociados a otros antidepresivos disminuye los efectos secundarios de estos fármacos, así mismo, en pacientes sometidos a quimioterapia por cáncer puede ser útil por sus dos efectos.

La Mirtazapina es eficaz para la depresión y, tiene una acción muy sedante, también produce aumento de peso. Asociado a otro antidepresivo disminuye los efectos secundarios gastrointestinales como las náuseas, vómitos.



Se puede utilizar en pacientes sometidos a quimioterapia ya que, además de disminuir náuseas y vómitos, su efecto sedante y el de aumento de peso, en este caso se consideran favorables.

Bibliografía:

Kaplan & Sadock; Sadock B y Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría Clínica. Ed. Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins (10ª edición). 2009.

Cryan JF y Leonard BE; Depression From Psychopathology to Pharmacotherapy. Ed. S Krager AG. Basilea Suiza. 2010

Alfonso Chinchilla Moreno, Tratado de terapéutica psiquiátrica. 2010.

Stahl's Illustrated. Stahl SM. Antidepressants. Ed Cambridge University Press. New York. 2009.

Evidencia Científica en Ansiedad y depresión, 2º edición. Editado por el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. 2011

Guía de Buena Práctica Clínica en Algoritmos de decisión en Depresión. Editado por el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. 2011.