

Universidad del sureste

Psiquiatría

Retroalimentación

Quinto Semestre

Maria Mercedes Marroquin

Hernández



Dr. Samuel Esaú Fonseca



Tuxtla gutierrez Chiapas a: 13-10-2021

Introducción

La depresión y los trastornos bipolares son de los trastornos mentales más frecuentes. Son dos entidades relacionadas entre sí, ya que el trastorno bipolar se compone de episodios de depresión y sufrir una depresión es un factor de riesgo de trastorno bipolar. La complicación más grave de ambas patologías es el suicidio, que suele precederse de ideas suicidas y es la causa más frecuente de muerte. o es infrecuente que las ideas suicidas que se diagnostican en la adolescencia hayan comenzado en la infancia y nadie lo haya detectado. Por otra parte, tanto las tasas de depresión como las de trastorno bipolar aumentan a partir de la pubertad, y es el pediatra la figura de referencia para que se haga un diagnóstico temprano.

Depresión

La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades

Los síntomas de la depresión pueden variar de una persona a otra. Los síntomas fundamentales son: ~ Ánimo bajo, tristeza o sentimientos de desesperanza

~ Pérdida de interés en las actividades con las que se disfrutaba o tener escaso placer al realizarlas la mayoría de los días durante las últimas semanas.

~ Otros posibles síntomas que se presentan con cierta frecuencia son:

~ Irritabilidad (enfadarse fácilmente).

~ Ganas de llorar sin motivo aparente.

~ Pérdida de energía o cansancio.

~ Problemas de sueño ~ Cambios en el apetito, que a veces conduce a variaciones en el peso.

~ Dificultad para concentrarse o problemas de memoria

A menudo las personas con depresión también experimentan preocupaciones constantes que les produce ansiedad. Esto puede ocasionar síntomas físicos como dolor, palpitaciones cardiacas o molestias abdominales. En algunas personas estos síntomas físicos son su principal queja y a veces llegan a sentirse tan mal que desearían estar muertas.

El cuadro clínico consiste sobre todo en tristeza, decaimiento, anhedonia, irritabilidad, aburrimiento, alteraciones del sueño y del apetito, dificultades de atención y concentración, e inquietud motriz o, por el contrario, lentitud. Estos síntomas persisten a lo largo del tiempo, repercuten en la vida diaria del niño o del adolescente y no mejoran con medidas o actividades que habitualmente les gustan y les hacen disfrutar. El cuadro depresivo nada tiene que ver con las variaciones del humor propias de cualquier niño normal, ni por la intensidad, ni por la duración, ni por la respuesta a las medidas ambientales, ni por la complejidad del cuadro clínico.

Las estructuras anatómicas que están más implicadas en la regulación del estado de ánimo son el sistema límbico, la corteza cerebral, los ganglios basales, la amígdala, el tálamo, el hipotálamo y algunas partes del tallo cerebral. En la depresión mayor tiene lugar una alteración de la corteza frontoorbitaria ventral y del sistema límbico, cuya función es regular los estados emocionales; esa alteración es mayor en el hemisferio izquierdo

Uno de los aspectos que despiertan mayor interés en la etiopatogenia de la depresión es el estrés experimentado a lo largo de la vida, comenzando por las circunstancias adversas durante el embarazo y los primeros años del niño. El estrés modifica el desarrollo del sistema nervioso, perturba el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, origina alteraciones inmunológicas, modifica la expresión de los genes, y da lugar a enfermedades médicas y psiquiátricas, muy especialmente depresión. Los pacientes con depresión tienen una mayor sensibilidad al estrés, con cifras más altas de cortisol y de glucocorticoides ante circunstancias adversas y un tiempo de recuperación de estas cifras más prolongado que los sujetos sanos. Los cambios en el sueño y el apetito también forman parte del cuadro depresivo. En cuanto a los primeros, unas veces se manifiestan en forma de insomnio: dificultad para conciliar el sueño, disminución del número de horas que se duerme, despertares nocturnos y sensación de que lo poco que se duerme no sirve para descansar. Otras veces el paciente tiene somnolencia y pasa mucho tiempo en el sofá o la cama y se niega a levantarse. Por su parte, el trastorno del apetito puede ser por exceso o por defecto, lo que se traduce en aumento o en pérdida de peso.

El diagnóstico de un episodio depresivo mayor requiere la presencia de 5 de 9 síntomas posibles. Además, existen varios subtipos de depresión mayor de acuerdo con la gravedad de la depresión, la naturaleza de los síntomas vegetativos, la duración de la alteración del ánimo y su relación con algún acontecimiento vital, como, por ejemplo, el cambio de estación o una experiencia estresante.

La CIE-10 (1992) y el DSM proponen los mismos criterios para el diagnóstico de depresión en niños y en adultos, excepto en el caso de la distimia, en que la duración de los síntomas es de 1 año. Ambos sistemas de clasificación se proponen minimizar la variabilidad en la interpretación de los síntomas, aportar una terminología común y contribuir a que el proceso diagnóstico tenga un carácter

estándar y generalizado. Los criterios de la CIE-10 comprenden una lista de 10 síntomas depresivos y clasifican el cuadro depresivo en leve, moderado o grave

El DSM-5 mantiene los mismos criterios diagnósticos de depresión que el DSM-IV, con pequeños cambios de distribución del contenido de los apartados. Consta de una lista de 9 síntomas depresivos, de los que deben estar presentes al menos cinco y uno de ellos tiene que ser o bien un estado de ánimo depresivo o bien la pérdida de interés o de capacidad para disfrutar.

Trastorno bipolar

El trastorno bipolar es el nombre moderno de la enfermedad antes llamada maniacodepresiva. La enfermedad fluctúa entre periodos de hiperactividad y de estado de ánimo intensivo y de periodos de disminución de vitalidad y depresión.

Síntomas comunes de la fase maníaca: hiperactividad, disminución del sueño, pensamientos acelerados y desordenados, irritabilidad, conducta desorganizada. En casos graves se desarrollan agresividad, delirio o alucinaciones. Los periodos de manía varían y pueden durar entre unos días hasta varios meses. Síntomas comunes de la fase depresiva: tristeza, pérdida de interés por las cosas placenteras, falta de energía, incapacidad para disfrutar, dificultad para concentrarse, desesperación, problemas de sueño, pérdida del apetito. En casos avanzados de la enfermedad se presentan pensamientos suicidas, incongruencia y dificultad para llevar a cabo una vida social normal. Los periodos de depresión varían normalmente entre unas semanas hasta varios meses, pero es también normal que duren años. Manía y depresión son los síntomas más comunes de la enfermedad. La fluctuación entre estos dos extremos le han dado el nombre de bipolar. Pero este trastorno puede manifestarse también de otras maneras. Si los síntomas de manía son leves – se le llama hipomanía. Es también común que el estado maníaco y depresivo se presenten mezclados – a esto se le llama "estado mixto". Cuando los cambios entre el estado maníaco y depresivo ocurren frecuentemente se le denomina "estado con ciclos rápidos". Muchas veces es difícil determinar los síntomas de la enfermedad.

-El trastorno bipolar I se define por episodios maníacos que duran al menos siete días (la mayor parte del día, casi todos los días) o cuando los síntomas maníacos son tan graves que se necesita atención hospitalaria. Por lo general, también se producen episodios depresivos separados, que suelen durar al menos dos semanas. También es posible que ocurran episodios de alteraciones en el estado de ánimo con características mixtas (que tienen síntomas depresivos y maníacos al mismo tiempo).

-El trastorno bipolar II se define por un patrón de episodios depresivos y episodios hipomaníacos, pero no por los episodios maníacos extremos descritos anteriormente.

-El trastorno ciclotímico (también denominado ciclotimia) se define por síntomas hipomaníacos y depresivos persistentes que no son tan intensos ni no duran lo suficiente como para calificarlos como episodios hipomaníacos o depresivos. Por lo general, los síntomas ocurren durante al menos dos años en los adultos y un año en los niños y los adolescentes.

-Otros trastornos bipolares especificados y especificados afines. Esta es una categoría que se refiere a aquellos síntomas del trastorno bipolar que no coinciden con ninguna de las categorías reconocidas.

Se desconoce la causa exacta del trastorno bipolar. Sin embargo, diversas investigaciones sugieren que no hay una sola causa, sino que es posible que haya una combinación de factores que contribuyen al trastorno bipolar.

Para diagnosticar el trastorno bipolar, un médico u otro proveedor de atención médica puede:

- hacer un examen físico completo
- ordenar pruebas médicas para descartar otras enfermedades,
- remitir a la persona para una evaluación psiquiátrica.

Los estabilizadores del estado de ánimo como el litio pueden ayudar a evitar episodios anímicos o reducir su gravedad si ocurren. El litio también disminuye el riesgo de suicidio. A veces, además de los estabilizadores del estado de ánimo, se agregan otros medicamentos al plan de tratamiento para ayudar a controlar los problemas del sueño o la ansiedad. La psicoterapia puede ofrecer apoyo, educación, habilidades y estrategias a las personas con trastorno bipolar y sus familias. A menudo, se recurre a la psicoterapia en combinación con medicamentos. Algunos tipos de psicoterapia (por ejemplo, la terapia interpersonal y de ritmo social) pueden ser un tratamiento eficaz para el trastorno bipolar cuando se usan con medicamentos.

Suicidio

El espectro suicida comprende el suicidio consumado, los intentos de suicidio, las amenazas suicidas y la ideación suicida. El suicidio consumado se define como aquellos actos lesivos que el sujeto se inflige a sí mismo con resultado de muerte. El intento de suicidio, o tentativa autolítica, se define como aquel acto por el que un individuo, de forma deliberada, se inflige un daño a sí mismo sin resultado de muerte

en el suicidio el método es de alta letalidad, se produce en circunstancias en que no es posible el rescate, se hace de forma premeditada, no siempre es fácil detectar un desencadenante claro, y suele haber patología psiquiátrica comórbida, especialmente depresión y consumo de drogas. En el intento de suicidio el método es de baja letalidad, se lleva a cabo en público o en circunstancias en que el rescate

es fácil, no tiene un carácter premeditado, suele existir un desencadenante concreto, la comorbilidad es menor, y existen rasgos de hiperreactividad al ambiente, ansiedad e intolerancia a la frustración.

En la etiopatogenia del suicidio intervienen factores individuales, familiares y sociales. Unos predisponen al suicidio, otros desencadenan el cuadro clínico y otros contribuyen a que el riesgo suicida persista. Son de carácter genético, neuroquímico, neuroanatómico, temperamental y ambiental. La hipótesis neuroquímica de la depresión y del suicidio considera que existen alteraciones en los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico, glutamatérgico, GABA-érgico y cannabinoide, con un papel destacado de los mecanismos de interacción genes-ambiente¹⁵. La hipótesis bioquímica tradicional del suicidio postula la existencia de un déficit funcional y metabólico del sistema serotoninérgico, sistema que, casualmente, también regula el estado de ánimo y el control de los impulsos.

El maltrato y el abuso sexual son dos circunstancias ambientales que elevan el riesgo de suicidio: el 10-40% de las personas que tienen comportamientos suicidas han sufrido esas situaciones. Se producen cambios en la expresión de los genes y se altera la respuesta al estrés. Otros factores de riesgo son los conflictos en la familia, la falta de comunicación de los padres con el hijo, la falta de atención y cuidados, el desinterés por los problemas del hijo, las críticas persistentes por su comportamiento, la frialdad afectiva, la falta de amor, los castigos como método educativo preferente y el aislamiento social de la familia.

Los síntomas cardinales de la conducta suicida son las ideas de suicidio, las amenazas, los planes para suicidarse, y los actos que se traducen en un intento de suicidio o en un suicidio consumado. La comorbilidad es muy frecuente, especialmente la depresión, el consumo de drogas y los trastornos de personalidad. Es habitual que el paciente acuda a urgencias con síntomas de una intoxicación medicamentosa, o porque ha ingerido alcohol o se ha cortado las venas. El motivo desencadenante puede ser una discusión con los padres o la pareja, la ruptura con un amigo, una situación que causa frustración, o bien una situación familiar intolerable que lleva al individuo a pensar que su vida no tiene sentido. Las ideas de suicidio pueden ser recientes o de larga duración

El tratamiento de las conductas suicidas se basa en la psicoterapia, el tratamiento farmacológico de la comorbilidad, y el apoyo y asesoramiento a la familia. Las medidas terapéuticas se deciden en función del cuadro clínico, la evolución, los antecedentes personales y familiares, las características temperamentales, la interacción familiar y la comorbilidad. Es muy importante el tratamiento de las características personales que contribuyen a la conducta suicida, como los sentimientos de desesperanza e inutilidad, la dificultad de comunicación, el escaso control de los impulsos y la intolerancia a la frustración. Se emplean las terapias psicodinámica, cognitivo-conductual, interpersonal, familiar, dialéctica y de apoyo. El tratamiento farmacológico no mejora de modo directo las conductas suicidas,

pero sí es eficaz para tratar la depresión, el insomnio, la ansiedad, la agresividad, las obsesiones y otros cuadros clínicos que pueda presentar el paciente y que están contribuyendo a las ideas de suicidio

Conclusión

La depresión y el trastorno bipolar pertenecen al grupo de los trastornos del ánimo. Son dos entidades relacionadas entre sí, pues el trastorno bipolar se compone de episodios de depresión y sufrir una depresión es un factor de riesgo de trastorno bipolar. La complicación más grave de ambas patologías es el suicidio, que suele precederse de ideas suicidas y es la causa más frecuente de muerte. Son trastornos psiquiátricos poco habituales en la infancia, pero las tasas aumentan a partir de la pubertad. La depresión afecta al 11% de los adolescentes, y el 10-26% de los jóvenes presentan sintomatología depresiva leve o moderada, especialmente los que tienen enfermedades crónicas. El suicidio es la tercera causa de muerte en la adolescencia. La depresión y el trastorno bipolar ocasionan un gran sufrimiento en los niños y ensombrecen su futuro, con un mayor riesgo de fracaso escolar, dificultades interpersonales, comorbilidad psiquiátrica y suicidio. Es fundamental que el pediatra sepa detectar estos trastornos, dada la gravedad que implican y su tendencia a evolucionar de forma crónica, y dada también la mejoría que pueden experimentar con el tratamiento.