



Dra. Teresa Pereira
27 de junio 2009

ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN: UNIPOLAR VS BIPOLAR

De que hablamos cuando hablamos de depresión?

Depresión

1) Síntoma

2) Síndrome

3) Enfermedad a)

Episodio

b)

Trastorno

Que es la depresión?

Definición

- Un "tipo" de trastorno del ánimo o del humor
- es el "humor en menos"
- La otra cara de la misma moneda: la manía
- El bipolo depresión -manía

- Diagnóstico "no preciso"
- Tratamiento no suficientemente establecido ni efectivo

Necesidad :

discriminar con variaciones
"normales"

discriminar unipolar de bipolar




Discriminar

- Ansiedad
- T de la alimentación
- Consumo de sustancias
- Eje II: T. Border
- TB: la mayor controversia es la depresión



*Cuantitativamente más importante
s/t TB II

*Tratamiento diferente

- 
- Existe la depresión fuera del Espectro Bipolar?
 - El TB II puede dar cuenta del 50% de las depresiones en la clínica. (Akiskal, 2000)
 - Cual depresión no forma parte de TB

- Controversia Conceptual
- Areteo de Capadocia (siglo I): enfoque unificador
- Falret (1854) Locura circular
- Baillarger (1854) Locura a doble forma
- Fines del siglo XIX: la Ma. y la Me. entidades distintas, crónicas y de curso deteriorante

Visión Unitaria

*Siglo XX: Kraepelin separó las
psicosis

1) Demencia Precoz

2) P. Maníaco-Depresiva
(visión unitaria) periódica, mejor
pronóstico, familiar.

*Luego: consolidó lo unitario:
melancolía

manía

Visión Dicotómica

*1953 Kleist: unipolar (m.
unipolar y d. unipolar)

bipolar (enf.
maníaco depresiva y psicosis
cicloides)

Visión Dicotómica

1957 Leonhard:

2 tipos de trastornos:

- T. Unipolar
(Ma. - Me. - Dep. - Euforia)
- T. Bipolar (Enf. Maníaco
Depresiva y Psicosis Cicloide)

'70: Angst, Perris y Winocur
separan d. unipolar de bipolar
(genética, género, evolución y
personalidad)

Visión Dicotómica

DSM IV y CIE 10 (APA, 1994; OMS, 1992)

- depresión unipolar y bipolar
- manía pura (sin depresión)

Visión Dicotómica

*Actualidad(1999)

Joffe y Young: la EB comprende 2 enfermedades:

1) Manía

2) Depresión

Depresión uni =
depresión bipolar

- '70 : modelo unicista: noción de espectro

*espectro bipolar suave

TBI

TBII

TBIII

TBIII-1/2

TBIV

TBV y VI

Concepto Fundamental:
Manía

Mayor Controversia:
Depresión



Cuantitativamente: s/t

DSM III: Ampliación del diagnóstico de T. Bipolar hasta incluir características psicóticas "incongruentes"

¿Más que una moda?

Implicaciones sobre la salud pública-pasaje del 1% al 5% de la población

Suicidio del 20% de los no

*Validez vs Utilidad Clínica

Jablensky-Kendell,

2003

"entidad nosológica"

*Pensamiento categorial vs dimensional

cuadro clínico característico,
evolución y pronóstico---sería
probable un etiopatogenia
propia (ej. carga genética)

DSM III: Ampliación del diagnóstico de T. Unimó hasta incluir características psicóticas "incongruentes"

¿Más que una moda?

Implicaciones sobre la salud pública-pasaje del 1% al 5% de la población

Suicidio del 20% de los no

*Confusión

si es un niño-ADHD

si es un adolescente-crisis
vital

si predomina inestabilidad-
TP s/t TLP

*Latencia en el diagnóstico: 10
años

*Fenotipo Depresivo es el más

*Validez vs Utilidad Clínica

Jablensky-Kendell,

2003

"entidad nosológica"

*Pensamiento categorial vs dimensional

cuadro clínico característico,
evolución y pronóstico---sería
probable un etiopatogenia
propia (ej. carga genética)

- Los pacientes TB II no buscan asistencia durante la hipomanía.
- La duración de los síntomas de 4 días en el DSM IV sería demasiado larga.
- La intensidad del episodio: sería suficiente la hiperactividad




- Cuadros depresivos

— 2 tipos

cuantitativamente

diferentes y no
intercambiables (uni y bipolar-
propuesta categorial)

□ □ todos los
estados depresivos tienen un
origen común con una diferencia
cuantitativa (dimensional)

- 
- Prevalencia de Depresión Mayor:
16.2% con altas tasas de
comorbilidad y discapacidad
(Kessler, 2003)
 - 1/3 tendrán episodios de
duración mayor a 2 a
 - 75% tendrán Recurrencias

Controversias fundamentales:

Controversia Conceptual

Controversia Diagnóstica

Controversia Terapéutica



Resumen de la Historia

Areteo de Capadoccia: siglo I

Falret y Baillarger: siglo XIX

“folie circulaire”

“folie a double forme”

Kraepelin: siglo XX

Kleist: 1953- unipolar vs bipolar

Leonhard: 1957-Trastorno Uni y Bipolar

Angst y Perris: década '60

Winokur

APA y OMS (1994 y 1992)



Resumen Historia

Joffe y Young: Enfermedad Bipolar(1999)-2 enfermedades dif.

Bowden y Dunner: evidencia cuestionable (1999)

Akiskal (1970): Espectro Bipolar suave

Cassano y col.(2004): continuidad

Swann y Ghaemi: continuidad

Tomba (2001): prodromos, sintomatología residual y fluctuaciones.



Espectro Bipolar:

Kraepelin y Krestchmer:

continuum entre formas graves y atenuadas, entre formas psicóticas y disposiciones temperamentales.

Estudios genéticos:

Expresión fenotípica más común es la depresión.

Angst (1998):

Alta prevalencia de episodios hipomaníacos breves(menos de 4 días)



Ghaemi (2002)

Criterios para ESPECTRO BIPOLAR:

A- Por lo menos 1 episodio depresivo

B-Sin episodios hipomaníacos/maníacos espontáneos.

C-Cualquiera de los siguientes, más de 2 items del criterio D o los 2 juntos

más 1 item del criterio D:

1-historia familiar de 1er grado de TB

2-inducción de hipomanía/manía por ATD



Ghaemi

D-Si no hay ningún item del criterio C, 6 de los 9 item siguientes:

- 1-Personalidad Hipertímica
- 2-Episodios Depresivos Recurrentes(más de 3)
- 3-Episodios Depresivos Breves(menos de 3)
- 4-Síntomas Depresivos Atípicos(según DSMIV)
- 5-Episodios Depresivos Psicóticos
- 6-Inicio temprano de los Episodios Depresivos(menos de 25)
- 7-Depresión Postparto
- 8-Agotamiento de respuesta a ATD
- 9-Falta de respuesta a 3 ó más ATD



Esencia del concepto de Bipolaridad

- *más de 3 episodios depresivos

- *fenómeno de cambio y oscilación

- *desplazar la atención hacia la falta de

estabilidad del sistema como la característica central

- *necesidad de estabilizar al paciente aunque

el episodio sea sólo “depresivo”



Estudios Genéticos

Heredabilidad de la Manía

Modelo clásico: TB y TDM comparten la misma vulnerabilidad genética

Mc. Guffin(2003): estudio con 67 gemelos----conjunto de genes específicos para la manía en el TB

Kelsoe(2003)----fenotipos de alta superposición(DU, TB, Esquizofrenia)



½ de todas las Depresiones pertenecen a un TB (Akiskal)

¿Cómo discriminar una depresión Unipolar de una Bipolar?

“Entre pericia y ciencia, no existe ninguna frontera definitiva, más bien se mueve la frontera de la ciencia cada vez más allá en la pericia. Pero la pericia no es relegada nunca por eso, sino que adquiere nuevos dominios. Allí donde la ciencia es posible, la preferimos siempre a la pericia” (K. Jaspers)



TBII: descrito en 1976 en pacientes internados por depresión

Manía en 1% de la población: Depresión 5 veces más frecuente
(Akiskal,2005)

TBII: fenotipo más frecuente del TB

TBII: 50% de las depresiones observadas en clínica.

Síntomas depresivos son la forma más frecuente de presentación

Pacientes con TB: pasan más tiempo sufriendo síntomas depresivos que maníacos o hipomaníacos.



40% de pacientes con TB---diagnóstico de DU

Retardo en el diagnóstico: 7,5 años

Estudio Epidemiológico Francés: 452 pacientes

256 DU

196 TBII

exclusión de TBI

diagnóstico de TB pasó del 22% al 40% con
entrevistas estructuradas



¿Cual es la importancia de discriminar DU de DB?

Diferencias en el tratamiento

Posibilidad de suicidio: entre 25% y 50% de TB tendrán al menos un IAE

Estudio de ANGST (2002): 406 pacientes seguidos entre 1959 y 1997

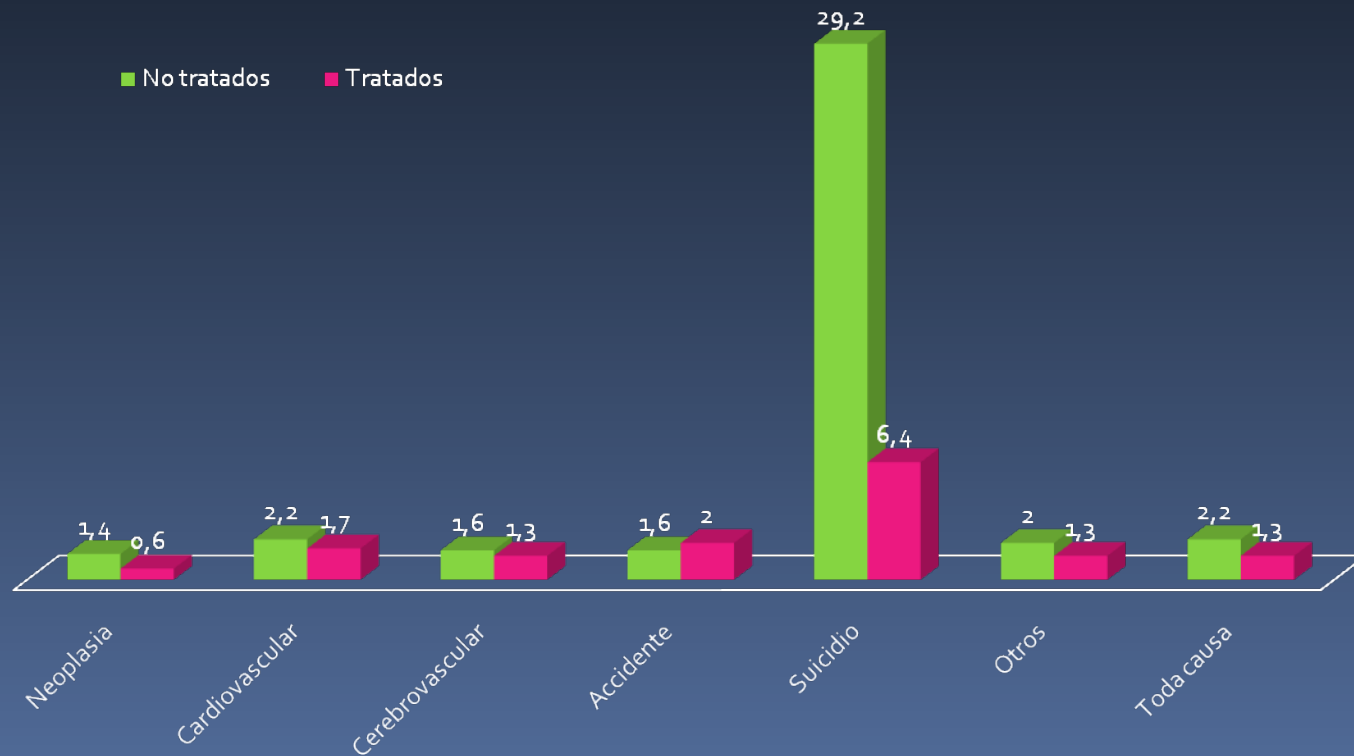
Causa de muerte mayor: suicidio

Sobretudo entre los no tratados: 29,2% contra 6,4



Trastorno Bipolar

Pacientes sin tratamiento farmacológico frente a
pacientes con tratamiento. (Angst y col., 2002)



Desafío diagnóstico

Inconsistencia en el diagnóstico de TBI: desregulación ciclotímica subyacente con una presentación clínica de naturaleza lábil-variable

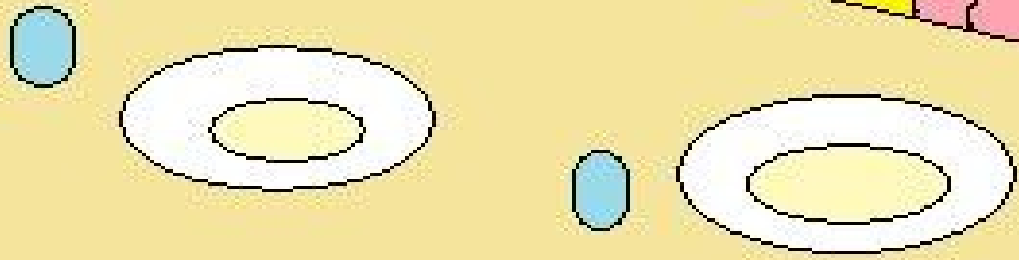
Presentación: Depresión Atípica, bulimia, abuso de sustancias o TLP



	<i>Depresión Bipolar</i>	<i>Depresión Unipolar</i>
Historia de manía o hipomanía (requerimiento diagnóstico)	Si	No
Temperamento	Ciclotímico	Distímico
Diferencia por sexo	Igual	Mujeres > hombres
Edad de inicio	Adolescencia, 20s, 30s	30s, 40s, 50s
Inicio del episodio	Brusco	Insidioso
Número de episodios	Numerosos	Pocos
Duración de los episodios	3 a 6 meses	3 a 12 meses
Episodios posparto	Más común	Menos común
Episodios psicóticos	Más común	Menos común
Actividad psicomotora	Retardo > agitación	Agitación > retardo
Sueño	hipersomnía > insomnio	insomnio > hipersomnía
Historia familiar de trastorno bipolar	Alta	Baja
Historia familiar de depresión unipolar	Alta	Alta



No deberias dejar los antidepresivos?



MAYOR VALIDACIÓN DB: AF

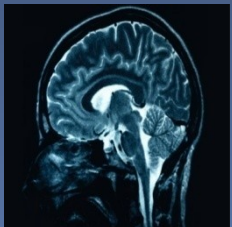
Temperamento Ciclotímico
Viraje con Antidepresivos

Pero también:

Edad de inicio temprano
Aparición postparto
Cuadro mixto
Alto índice de recurrencias
Ciclicidad
Estacionalidad

Y la comorbilidad con:

Alcohol y abuso de sustancias
Trastornos de Ansiedad: fobia social, pánico y TOC



Índice mujer/varón: 2,6 mujeres por cada varón en la DU
1,2 en la DB del TBII

Edad de inicio: menor en la DB que en la DU
18,1 años en la DB vs 25,6 en la DU

Abuso de sustancias: 60% de TB(la mayor del eje I)
s/t alcohol



ESTUDIO EPIDEP francés: Características de la DB II

Pensamientos suicidas

Sentimientos de culpabilidad

Despersonalización y desrealización

Aumento de peso e hipersomnias

Diferente evolución con edad de inicio más joven,
mayor índice de recurrencias, IAE y hospitalizaciones

Mayor dificultad en el diagnóstico

Desregulaciones temperamentales

Historia Familiar de TB

Activación psicomotora (cuadro depresivo mixto)

Discrepancia entre el sentir del paciente y la evaluación
clínica del médico (aparecen como “menos
objetivamente deprimidos”)



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DU:

Ansiedad psíquica

Insomnio inicial

Pensamiento lento

Anergia

Evitación de riesgos

Pérdida de interés, embotamiento vital y
aburrimiento

Mayor retardo psicomotor que en la DBII



Tanto en DB como en DU:

=intensidad de la depresión

Menor concordancia entre médico/paciente en DB
s/t item tristeza

El estudio EPIDEP →

1-validó la diferenciación entre DB y DU

2-mostró que para los médicos es más fácil TBI



Retardo Psicomotor

Lo clásico es característico de la DB, es “patognomónico”

Estudios actuales → Fenomenología diferente

Ansiedad, agitación, impulsividad,
labilidad del estado de ánimo, irritabilidad y carácter mixto en DB

“Lo opuesto al retardo es la aceleración, no la agitación” Akiskal, 2005



¿La DB se manifiesta como retardo o agitación o aceleración?

TBI: DB con retardo psicomotor e hipersomnolia

DU: agitación, insomnio y pérdida de peso

Quizás en pacientes hospitalizados si se vea mayor retardo e hipersomnolia.

Coexistencia

EPIDEP: DB II → activación



Antecedente de Hipomanía

Falta la comunicación espontánea del paciente

Los síntomas no son evaluados como patológicos

Durante el episodio depresivo es difícil recordar síntomas de hipomanía

Importancia de la entrevista a la familia

EPIDEP demostró el frecuente error diagnóstico en una 1ª entrevista
Incremento del 16% del diagnóstico de TBII si se consideran m.

conductuales

(extravagancia, activación)

Carácter restrictivo del DSMIV: 4 días por lo menos

Akiskal: 1 a 3 días



ATIPICIDAD

“La presencia de síntomas clave de atipicidad como aumento del apetito, aumento de peso e hipersomnía deben orientar al médico a considerar DB”
(Hantouche, 1998; Mitchell, 2001)

Depresión Atípica: progresa a trastornos del espectro bipolar
72% son la fase depresiva del TB II (Perugi, 1998)

Atipicidad: Marcador importante de TB II (Benazzi, 2000)

Hipersomnía: la mayor especificidad (81 %) aunque con menor sensibilidad



Los estados mixtos depresivos

“La irritabilidad, el aumento de la distracción y los pensamientos acelerados, son las características hipomaníacas más comunes durante el episodio depresivo” (Benazzi, 2000)

*Buscar signos intraepisódicos de activación submaníaca, fuga de ideas, irritabilidad, hostilidad y agitación.

*Pensamientos acelerados y grandiosos, hipersexualidad y aceleración psicomotora

*Benazzi, 2000: irritabilidad, distraibilidad y pensamiento acelerado, s/t en TB II



Labilidad del estado de ánimo

(cambios rápidos del estado de ánimo)

Desde una polaridad depresiva...es el predictor más específico de depresiones que prospectivamente fueron TB II.

Marca del “unipolar” que se convertirá en “bipolar”



El temperamento

“...Inestabilidad biográfica, derivada de una intensa desregulación temperamental” (Akiskal,2005)

DU que vira es más “sanguíneo”

DU más distímico

Estudio de NIMH de depresión con pacientes “unipolares” cuyo diagnóstico viró a TB II en un período de 11 años presentaban:

- Inicio temprano del 1er episodio depresivo
- Depresión recurrente
- Alto índice de divorcios
- Alto índice de desajustes laborales
- Actos antisociales aislados
- Abuso de sustancias



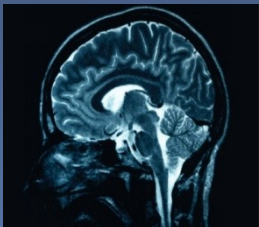
Historia vital y afectiva tempestuosa

Durante el E. Depresivo:

- ansiedad fóbica
- sensibilidad interpersonal
- síntomas obsesivos
- impulsividad
- somatizaciones
- empeoramiento vespertino
- excesiva demanda interpersonal
- celos, suspicacia e ideas de referencia

Complicada mezcla de síntomas depresivos “atípicos” con características “limítrofes”.

Temperamento ciclotímico de Krestchmer? Ausencia en el DSM



La regla de 3 de Akiskal

“Mientras que el temperamento hipertímico per se no representa patología alguna, el desarrollo de una depresión clínica en individuos con este temperamento, debería sugerir un trastorno del espectro bipolar”

(Akiskal y Pinto, 1999)

Compilación de “tríadas” de signos y características con baja sensibilidad pero alta especificidad para TB II

Rara vez se ven en DU(5%)

2 grupos de indicadores

- características sociales del paciente
- del episodio que llevó a la consulta



REGLA DE 3

- 3 episodios de depresión mayor
- 3 matrimonios fallidos
- 3 fallas con ATD
- 3 familiares de 1er grado con trastorno afectivo
- 3 campos de notoriedad en la flia
- 3 idiomas
- 3 profesiones
- 3 trastornos de ansiedad
- 3 diagnósticos anteriores(histriónico, psicopático,TLP)
- 3 síntomas: labilidad del ánimo, actividad enérgica, sueños diurnos
- 3 colores brillantes en el vestir
- 3 trastornos del control de impulsos
- 3 parejas sexuales simultáneas
- 3 sustancias de abuso



Sospechar el diagnóstico de DB

Bulimia

Depresión Atípica

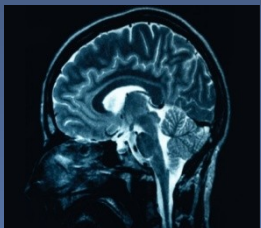
Patrón Estacional

Depresión de inicio rápido, corta duración y mejoría rápida

Importancia de la Activación

Íntima relación entre temperamento, biografía y la forma de depresión.

“La psiquiatría sin una perspectiva biográfica no es psiquiatría” (Akiskal)



Diferenciar DU de DB

DIGFAST

DISTRACTIBILIDAD

INSOMNIO

GRANDIOSIDAD

ACTIVIDAD AUMENTADA

SPEECH (logorrea)

THOUGHTLESNESS (conductas riesgosas)



Visión crítica de la noción de Espectro(H. Casarotti)

Espectro Semiológico: Estructura Psicopatológica con núcleo estructural y bandas espectrales
ej. Psicosis Agudas---"espectro de descomposición del campo de la conciencia" Ey

Espectro de procesos de enfermedad: diversidad semiológica pero de un mismo trastorno fundamental.

Ej: Espectro Bipolar II

Akiskal incluye desde pacientes con depresiones menores a los tradicionalmente considerados “trastornos de personalidad”, creando un espectro “ampliado”, no sólo subumbral sino heterogéneo, unificado por una supuesta etiología. Sustrato unificador: labilidad del humor. Lo mental reducido a hipotéticas propiedades simples.

Visión crítica de García Austt:

¿Puede asimilarse la Hipomanía a la Manía?

La consideración cantidad en detrimento de calidad.

Argumentación

- * A favor de limitar la Unipolaridad y expandir la Bipolaridad
- * Tratamiento
- * Riesgos
- * El psiquiatra como “regulador del ánimo” interpersonal

Controversia Terapéutica

Depresión Unipolar:

Tratamiento Biológico

Tratamiento Psicológico

Depresión Bipolar: ??????

“ Hoy no es posible señalar desde la evidencia médica disponible, cual es el mejor tratamiento farmacológico”

Sachs, 2005.

Controversia Terapéutica

*ECT

*Farmacológico: lo
polémico

Antidepresivos

Riesgo -viraje
-ciclado (peoría)

Pero el riesgo de suicidio
es 30% mayor.

15-25% muere por suicidio

Riesgos

Riesgo S vs Riesgo V

Estabilizadores 1-
recurso bien establecido
2-c/agente farm.
evidencia diferente

Antidepresivos

Ghaemi: Manía → riesgo bajo

Hipomanía → 25%

Peor con adictos

Riesgo menor si E*

¿viran por el ATD o por la propia enf?

Antidepresivos

guías → retirada 6 meses

Altshuser: a < tiempo de
tratamiento antes recaen.

Antidepressivos

¿Cuáles pacientes viran con ATD?

*alelo corto para gen que codifica para SET

*adictos

*múltiples pruebas con ATD

*ciclado rápido

Estabilizador del ánimo

*Molécula que sea eficaz:

- Episodio Maníaco
- Episodio Depresivo
- Profilaxis de
Recurrencia