



Imagen portada:

Left ventriculography during systole showing apical ballooning akinesis with basal hyperkinesis in a characteristic takotsubo ventricle. Author: Tara C Gangadhar, Elisabeth Von der Lohe, Stephen G Sawada and Paul R Helft.

This file is licensed under the Creative Commons Attribution 2.0 Generic license

Comité asesor del presente número:

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| • José Fernando López | Medicina Física y Rehabilitación |
| • Rafael Alarcón Velandia | Psicogeriatría |
| • Luz Cristina López | Recreación |
| • Juan Farid Sánchez | Epidemiología Clínica |
| • Mauricio García Cardona | Actividad Física y Salud |
| • Luis Humberto Andrade | Neurología Clínica |
| • Johnny Gutiérrez Silva | Medicina Interna. Cardiología |
| • Alejandro López Cardona | Ortopedia y Traumatología |
| • Carlos Danilo Zapata | Actividad Física y Salud |
| • Germán Alberto Moreno | Epidemiología Clínica |

La revista Médica de Risaralda es una publicación de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira.

www.utp.edu.co

e-mail: revistamedica@utp.edu.co

La revista se encuentra admitida en el Índice de Publicaciones Serias Científicas y Tecnológicas (Publindex) en categoría C; en LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) de BIREME; y en EBSCO (Mexico).

© 2009 Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira. Derechos Reservados.

Edición 700 ejemplares

**ÓRGANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA**

Rector UTP
LUIS ENRIQUE ARANGO J.

Vicerrector Académico
JOSE GERMÁN LÓPEZ Q.

Vicerrector Administrativo
FERNANDO NOREÑA J.

Vicerrector de Investigaciones,
Innovación y Extensión
SAMUEL OSPINA MARÍN

Decano Facultad de Ciencias de la Salud
SAMUEL EDUARDO TRUJILLO

Director
JOSÉ CARLOS GIRALDO T, Mg

COMITÉ EDITORIAL

JUAN CARLOS ARANGO LASPRILLA, PhD
(Universidad de New Jersey)

ROBERT WILKINS, PhD
(Universidad de Oxford).

JORGE ENRIQUE GÓMEZ MARÍN, PhD
(Universidad del Quindío)

MARÍA ELENA SÁNCHEZ, PhD
(Universidad del Valle)

JULIO CÉSAR SÁNCHEZ NARANJO, PhD
(Universidad Tecnológica de Pereira).

COMITÉ CIENTÍFICO

JUAN CARLOS ARANGO LASPRILLA
PhD en Neurociología. Docente Investigador
Universidad New Jersey

ROBERT WILKINS
PhD en Fisiología. Docente Investigador
Universidad de Oxford

JUAN CARLOS SEPÚLVEDA
PhD en Inmunología. Docente Investigador Uni-
versidad Tecnológica de Pereira

PATRICIA GRANADA ECHEVERRY
PhD en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.
Docente Investigador Universidad Tecnológica
de Pereira

JOSÉ WILLIAM MARTÍNEZ
PhD en Epidemiología. Docente Investigador
Universidad Tecnológica de Pereira

Diseño, Diagramación:
Universidad Tecnológica de Pereira
Centro de Recursos Informáticos y Educativos
Sección diseño
diseño@utp.edu.co

Editorial

- Percepciones del impacto de la emergencia social en la educación médica 5
Samuel Eduardo Trujillo Henao

Trabajos originales

- Análisis biomecánico (antropométrico y cinemático) en niños con parálisis cerebral espástica.....7
José Armando Vidarte Claros, José Alcides Acero, Mónica Yamile Pinzón Bernal
- Representaciones sociales sobre responsabilidad civil médica en los estudiantes de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira, 2008..... 21
Manuel José Hurtado Medina

Artículos de Revisión y de Reflexión

- Diferenciación clínica entre la depresión mayor y la depresión en el trastorno afectivo mayor..... 29
John Jairo Castañeda Ramírez, Alexander Moreno Aguirre, Rafael Patrocinio Alarcón Velandia
- Fiebre por dengue: guías de manejo 41
Harold Miranda Rosero, Ricardo Martínez García, Juan José Ospina, Pablo Andrés Castaño
- Competencia: Variaciones y fuga.Hacia la noción de *ser competente*..... 53
Rodolfo A. Cabrales Vega

Reporte de caso

- Cardiomiopatía de Tako-tsubo: reporte de dos casos 63
Harold Miranda Rosero, Santiago Salazar, Pablo Andrés Castaño, Juan José Ospina Ramírez

Instrucciones para presentación de manuscritos..... 69

Instrucciones para presentación de bibliografías..... 70

Diferenciación clínica entre la depresión mayor y la depresión en el trastorno afectivo mayor

John Jairo Castañeda Ramírez. Médico General.

Residente Psiquiatría, Universidad Tecnológica de Pereira.

Alexander Moreno Aguirre.

Médico General. Residente Psiquiatría, Universidad Tecnológica de Pereira.

Rafael Patrocinio Alarcón Velandia.

*Médico Psiquiatra Pontificia Universidad Javeriana. MSP, Maestría Psicogeriatría. Docente Titular, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira.
E-mail: alarcon@utp.edu.co*

Resumen

La tristeza patológica, o la disminución del estado de ánimo es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los diferentes niveles de complejidad de los servicios hospitalarios colombianos, ya sea como parte del trastorno depresivo mayor o dentro del trastorno afectivo bipolar. A pesar de que se considera que la forma de presentación de los cuadros depresivos, es similar dentro de ambos trastornos, es posible encontrar algunas diferencias clínicas que pueden ayudar al médico a pensar en una de las dos posibilidades. El objetivo del presente artículo consiste en brindar herramientas útiles tanto para los médicos generales, como para los médicos especialistas no psiquiatras, al momento de evaluar un paciente con un cuadro depresivo, orientando el diagnóstico hacia uno de los dos trastornos. Al realizar un diagnóstico correcto de depresión bipolar, será posible definir las pautas de tratamiento más apropiadas, evitando posibles complicaciones inherentes al tratamiento antidepressivo.

Palabras clave: trastorno afectivo bipolar, depresión, diagnóstico.

Abstract

The pathological sadness, or the diminution of the mood is one of the more frequent reasons for consultation in the different levels from complexity of the Colombian hospital services, or like part of the greater depressive upheaval or within the bipolar affective upheaval. Although it is considered that the form of presentation of the depressive pictures, is similar within both upheavals, is possible to find some differences clinical that they can help the doctor to think about one of the two possibilities. The objective of the present article consists of as much offering useful tools for the general doctors, like for the specialist doctors nonpsychiatrists, at the time of evaluating a patient with a depressive picture, orienting the diagnosis towards one of both upheavals. When making a correct diagnosis of bipolar depression, will be possible to define the more appropriate guidelines of treatment, avoiding possible inherent complications to the antidepressing treatment.

Keywords: bipolar disorder, depression

Recibido para publicación: 21-11-2009

Aceptado para publicación: 21-02-2010

Introducción

El síntoma de disminución del estado de ánimo es la característica central tanto del trastorno depresivo mayor (depresión unipolar), como de la fase depresiva del trastorno afectivo bipolar (depresión bipolar), que constituyen uno de los principales motivos de consulta en los servicios de consulta externa y de urgencias, en todos los niveles de complejidad.

Estos trastornos generan alto costo económico y social y grandes repercusiones en la salud pública, por la disfuncionalidad que ocasionan en el individuo que los padece y en su entorno familiar, social y laboral (1).

Diferenciar sí síntomas como la tristeza, la irritabilidad y la pérdida del interés por el entorno corresponden a un trastorno depresivo unipolar o hacen parte de un trastorno afectivo bipolar, puede ser difícil en la práctica diaria del médico general e incluso para el especialista en psiquiatría (2).

Esta dificultad se presenta principalmente al momento de abordar pacientes con un primer episodio de enfermedad mental, o en aquellos pacientes que ya han presentado episodios afectivos en el pasado, quienes no cuentan con un diagnóstico correcto o éste no está del todo claro.

La importancia de diferenciar la depresión unipolar de la bipolar tiene implicaciones en dos aspectos fundamentales, que repercuten en la evolución y calidad de vida del paciente: establecer el diagnóstico correcto y definir el tratamiento adecuado.

La situación es especialmente delicada con el uso de medicamentos antidepressivos, los cuales se han relacionado con inducción de viraje a la manía, aceleración de los ciclos (3), aumento en la frecuencia de los episodios depresivos y resistencia al tratamiento farmacológico, en pacientes con trastorno afectivo bipolar. De forma similar, al iniciar un medicamento antidepressivo a un paciente bipolar, y retirarlo de forma abrupta, el paciente presenta un riesgo elevado de suicidio (4).

El presente artículo busca delimitar los criterios de diferenciación de la depresión unipolar y la depresión bipolar, basándose en la evidencia científica disponible en la literatura médica actual, con el objetivo de brindar algunas pautas al respecto del diagnóstico y el tratamiento farmacológico de la depresión bipolar, que sean útiles a médicos generales y especialistas no psiquiatras al momento de evaluar un paciente con un primer episodio depresivo.

Características de la depresión en el Trastorno Afectivo Bipolar

La distinción entre las formas de depresión unipolar y bipolar fue descrita por primera vez en 1957 por Leonhard, y ha sido ampliada y validada por otros autores en años posteriores (5).

Los trastornos unipolares se caracterizan por la recurrencia de episodios depresivos mayores; mientras tanto, el trastorno afectivo bipolar (TAB) consta de episodios maníacos o hipomaníacos, alternados con episodios depresivos, a lo largo de la enfermedad.

La dificultad para realizar el diagnóstico de TAB se debe principalmente a que la forma de inicio más frecuente en esta patología es un episodio depresivo en lugar de un episodio maníaco o hipomaniaco (6), y a que hasta la mitad de los pacientes que presentan episodios maníacos o hipomaniacos carecen de conciencia de enfermedad (3).

En la actualidad, la evidencia disponible al respecto del uso de antidepresivos como tratamiento en la depresión bipolar, sugiere que cuando se utilizan como monoterapia, pueden inducir episodios de manía o hipomanía o causar aceleración de los ciclos (ciclaje rápido) (3).

Se estima que hasta un 40% de los pacientes con TAB, que debutan con un primer episodio de características depresivas, son diagnosticados de forma errónea, como si se tratara de una depresión unipolar (7). Debido a este error, puede existir un retraso de hasta 5 años para realizar el diagnóstico apropiado en el caso del TAB tipo I, y de más de 10 años en el caso del TAB tipo II (8).

Los episodios depresivos corresponden a la presentación más frecuente de las formas del TAB. De hecho, se ha determinado que la frecuencia de los episodios depresivos es tres veces superior a la de los episodios maníacos o hipomaniacos (8, 9). Además, se ha encontrado que los pacientes que padecen TAB tipo I presentan síntomas depresivos hasta en un tercio de sus vidas, mientras que quienes padecen TAB tipo II, los tienen hasta en la mitad de su existencia (10).

Al momento de evaluar un paciente que cursa con sintomatología de características depresivas, es importante considerar tanto la posibilidad de que el episodio corresponda a un TAB, como a un episodio depresivo mayor o unipolar.

Para diferenciar estos trastornos se hace indispensable conocer los criterios diagnósticos de los distintos síndromes clínicos, definir las características específicas del cuadro depresivo y establecer el antecedente familiar de episodios depresivos o de TAB, entrevistando tanto al paciente como a los familiares, puesto que los síntomas maníacos o hipomaniacos podrían ser subestimados

por él y, por ende, no reportar su presencia en el pasado. Igualmente, se hace necesario considerar algunas posibilidades de diagnósticos diferenciales, de acuerdo a los datos obtenidos dentro de la investigación de la historia clínica, tales como el trastorno límite de la personalidad o el trastorno deficitario de la atención con hiperactividad.

A continuación se desarrollará cada uno de los puntos mencionados, con el objetivo de diferenciar si el episodio depresivo que se está evaluando en el paciente, corresponde a una depresión unipolar o bipolar.

Definición de síndromes clínicos (episodios afectivos)

Depresión Mayor: Es un trastorno caracterizado por una agrupación de síntomas afectivos donde predominan el ánimo deprimido y la anhedonia (tabla 1), también pueden estar presentes síntomas de tipo cognitivo y algunos somáticos, por lo que podría considerarse que existe un compromiso general de la psiquis. La clave para diferenciar estas alteraciones afectivas del estado de ánimo basal de un individuo, se daría por la persistencia y la severidad de los síntomas depresivos, y la alteración producida por ellos en las esferas social, laboral y personal del funcionamiento del individuo. Para realizar el diagnóstico de Depresión Mayor, según los criterios diagnósticos del DSM IV TR (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión española de la cuarta edición revisada de la obra original en habla inglesa publicada por la American Psychiatric Association, 2003), debe observarse un cambio frente a la actividad previa del paciente y al menos uno de los síntomas presentados debe corresponder al estado de ánimo depresivo, o a la pérdida del interés o de la capacidad para el placer.

A pesar de que se considera que el episodio depresivo mayor se presenta de la misma forma tanto en los casos de depresión unipolar como en los de depresión bipolar, algunos autores sugieren que existen algunas diferencias en cuanto a la forma de presentación, que podrían ayudar a diferenciar ambas formas de depresión. Dentro del grupo de manifestaciones diferentes entre ambos cuadros, se destaca la presencia de síntomas atípicos (hipersomnia,

hiperfagia y falta de hiperreactividad al medio) con mayor frecuencia en las depresiones bipolares que en las unipolares (3, 11). Otras publicaciones reportan que también es más frecuente encontrar manifestaciones psicóticas en los pacientes con depresión bipolar, donde es probable observar agitación o retardo psicomotor asociados a ideas de culpa exagerada (12).

En otras ocasiones es probable encontrar con mayor frecuencia en el grupo de pacientes con depresión bipolar, la presencia de síntomas maníacos concomitantes a los síntomas depresivos (estado depresivo mixto); dentro de este grupo de síntomas los más frecuentes son: aumento de la actividad psicomotora, pensamientos acelerados o con fuga de ideas y períodos de menor necesidad de dormir (13). Al momento de evaluar al paciente que cursa con un episodio depresivo, es importante aclarar dentro del grupo de manifestaciones clínicas, la presencia de síntomas atípicos, agitación psicomotora, o síntomas maníacos concomitantes, puesto que como ya se describió, este grupo de síntomas es de presentación más frecuente dentro del grupo de pacientes con depresión bipolar que unipolar.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del Episodio Depresivo Mayor*

<p>A. Presencia de por lo menos 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de por lo menos 2 semanas.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día.2. Disminución del interés, o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.3. Pérdida o aumento de peso o del apetito.4. Presencia de insomnio o hipersomnia cada día.5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.6. Fatiga o pérdida de energía.7. Sentimientos de inutilidad o de culpa inapropiados.8. Disminución en la capacidad para pensar o concentrarse.9. Pensamientos recurrentes de muerte. <p>B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</p> <p>C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo, o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.</p> <p>E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo.</p>

*Adaptado del DSM IV TR, 2003

TAB tipo II (TAB II): Es un trastorno del estado de ánimo definido por la alternancia de episodios depresivos mayores y cuadros hipomaniacos. La Hipomanía se caracteriza principalmente por la presencia de afecto elevado o irritable por un periodo de por lo menos cuatro días (tabla 2). Para la tipificación del TAB II, es necesario que el paciente haya presentado como mínimo un episodio depresivo mayor y uno hipomaniaco en el curso de la enfermedad.

Debe preguntarse al paciente por la presencia de síntomas compatibles con un cuadro hipomaniaco en el pasado, teniendo en cuenta que a menudo los subestiman, por considerarlos rasgos de su personalidad o reacciones normales ante eventos satisfactorios; por este motivo, se hace indispensable entrevistar también a los familiares, pues con mucha frecuencia ellos identifican con mayor claridad los estados hipertímicos que el propio paciente (14).

TAB tipo I (TAB I): Esta patología se caracteriza por la presencia de uno o más episodios maniacos o mixtos, con o sin el antecedente de episodios depresivos. Las manifestaciones de los episodios maniacos son más intensas que los cuadros hipomaniacos, y el tiempo de evolución es más corto, además puede presentarse síntomas psicóticos y se produce disfunción social y ocupacional importante.

El cuadro Maníaco no debe cumplir los criterios de un episodio mixto; la alteración del estado de ánimo debe ser lo suficientemente grave como para requerir hospitalización con el objetivo de evitar lesiones hacia el mismo sujeto o hacia los demás. Al igual que lo mencionado para el episodio hipomaniaco,

es necesario al momento de evaluar a un paciente que cursa con un episodio depresivo, la presencia de síntomas compatibles con un episodio maniaco en el pasado, teniendo la precaución de entrevistar a la familia del paciente, pues con cierta regularidad subestiman el grado de disfunción interpersonal que presentan durante un episodio maniaco. La familia del paciente puede observar con una frecuencia dos veces mayor a la del paciente, la presencia de episodios maniacos (14).

Los estados mixtos son casi tan frecuentes como los episodios maniacos puros (6), por lo tanto, corresponden a una forma frecuente de presentación del TAB tipo I. Para diagnosticar un episodio mixto es necesario que el cuadro del paciente cumpla los tanto los criterios del episodio depresivo mayor (tabla 1), como los del episodio maniaco (tabla 2), con una duración de una semana de evolución (DSM IV TR); la alteración producida en el estado de ánimo debe ser suficientemente grave, como para provocar un importante deterioro en los ámbitos social, laboral e interpersonal, o requerir hospitalización, y adicionalmente pueden haber síntomas psicóticos.

Tabla 2. Criterios diagnósticos del episodio Hipomaniaco (Maníaco)*

- | |
|--|
| <p>A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo e irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.</p> <p>B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido 3 o más de los siguientes síntomas (o 4 si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autoestima exagerada. 2. Disminución de la necesidad de dormir. 3. Hablar más de lo habitual. 4. Presencia de fuga de ideas o experimentar de forma subjetiva el pensamiento acelerado. 5. Distractibilidad. 6. Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora. 7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen alto potencial de consecuencias graves. <p>C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.</p> <p>D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.</p> <p>E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.</p> <p>F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.</p> |
|--|

*Adaptado del DSM IV TR, 2003

Al igual que con los otros estados afectivos descritos, es importante indagar dentro de los antecedentes del paciente por la presencia de episodios mixtos en el pasado, de la misma forma, también es importante considerar que el cuadro depresivo presentado por el paciente en la actualidad, pueda corresponder en realidad a un episodio mixto, pues en ocasiones puede ser difícil realizar el diagnóstico, llevando a clasificar estados mixtos como episodios depresivos puros. En algunas ocasiones puede presentarse el caso de enfrentarse ante un paciente que cursa con sintomatología depresiva y maníaca, que se encuentra por debajo del umbral definido en el DSM IV TR para conformar un episodio mixto, este cuadro ha sido definido por algunos autores como estado depresivo mixto, y para realizar su diagnóstico se requiere la presencia de dos o tres síntomas maníacos junto con el episodio depresivo mayor (13). Los síntomas maníacos que con mayor frecuencia se reportan dentro de este estado son: incremento de la actividad psicomotora, pensamiento acelerado o con fuga de ideas y disminución en la necesidad de dormir. Se ha demostrado que los estados depresivos mixtos son bastante frecuentes, en especial en los casos de depresión bipolar dentro del trastorno afectivo bipolar tipo II, y también más frecuente en la enfermedad bipolar, que en la depresión unipolar (13).

Claves para la diferenciación diagnóstica

Existen múltiples datos en los antecedentes del paciente, en los signos y en los síntomas depresivos, que pueden ayudar al médico a la diferenciación y correcto diagnóstico de estos dos tipos de entidades patológicas:

- 1) **Antecedentes familiares:** Desde hace algunas décadas se ha sugerido que es factible encontrar antecedentes de historia familiar de TAB en los pacientes bipolares; de la misma forma, en los casos de depresión unipolar existen antecedentes en la familia de miembros con el mismo diagnóstico, pero no de TAB (5). De hecho, el antecedente de historia familiar de TAB en un paciente con una depresión aparentemente unipolar, se ha asociado con un riesgo de hasta un 17% de desarrollar

episodios maníacos en el futuro (15); de la misma forma, este grupo de pacientes sería más propenso a desarrollar estados maníacos inducidos por el uso de antidepresivos. Así, la presencia de antecedentes de TAB o de depresión unipolar en la familia, ayudaría a orientar el diagnóstico hacia alguno de los dos trastornos.

- 2) **Historia de Manía/Hipomanía:** El diagnóstico de la depresión unipolar siempre se debe hacer por descarte, explorando en la historia personal del paciente los síntomas que puedan estar relacionados con la presencia de cuadros de manía o hipomanía, para buscar inicialmente la probabilidad diagnóstica de depresión bipolar.

La utilización de la mnemotecnia "DIGFAST" (destruibilidad, insomnio, grandiosidad, fuga de ideas, actividad aumentada, speech-hablador e thoughtlessness-impulsividad) sirve para recordar los principales criterios en el diagnóstico de la manía, en el momento de entrevistar al paciente (Adaptado de Ghaemi, 2006) (2, 6).

El uso de la Escala de Young para la Manía, se ha utilizado ampliamente para ayudar al clínico a encontrar evidencias de sintomatología que puedan corresponder a los criterios que se buscan para el diagnóstico del TAB (tabla 3). Dicha escala está constituida por 11 ítems que evalúan los síntomas de manía; los ítems son puntuados por el clínico basándose en el relato del paciente y en su propia observación, y se suma la calificación de cada ítem seleccionado. El valor de 0 hace referencia a la ausencia de síntomas, y el valor más alto a gravedad extrema así: menor o igual de 6, eutimia; de 7 a 20, episodio mixto; y mayor de 20 episodio maniaco.

Tabla 3. Escala de Young para la Evaluación de la Manía (Young Manía Rating Scale, YMRS).

<p>1. <i>Euforia</i></p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta</p> <p>2. Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo/a, alegre</p> <p>3. Elevada e inapropiada</p> <p>4. Claramente eufórico/a, risa inadecuada, canta durante la entrevista, etc.</p>
<p>2. <i>Hiperactividad</i></p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Subjetivamente aumentada</p> <p>2. Vigoroso/a, hipergestual</p> <p>3. Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud (puede ser calmado/a)</p> <p>4. Agitación o hiperactividad constante (no puede ser calmado/a)</p>
<p>3. <i>Impulso sexual</i></p> <p>0. Normal, no aumentado</p> <p>1. Posible o moderadamente aumentado</p> <p>2. Claro aumento al preguntar</p> <p>3. Referido como elevado de forma espontánea, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales</p> <p>4. Actos o incitaciones sexuales evidentes (hacia pacientes, personal o entrevistador)</p>
<p>4. <i>Sueño</i></p> <p>0. No reducido</p> <p>1. Disminución en menos de 1 hora</p> <p>2. Disminución en más de 1 hora</p> <p>3. Refiere disminución de la necesidad de dormir</p> <p>4. Niega necesidad de dormir</p>
<p>5. <i>Irritabilidad</i></p> <p>0. Ausente</p> <p>2. Subjetivamente aumentada</p> <p>4. Irritabilidad fluctuante durante la entrevista, episodios recientes de rabia o enfado</p> <p>6. Predominantemente irritable durante la entrevista, brusco y cortante</p> <p>8. Hostil, no colaborador/a, entrevista imposible</p>
<p>6. <i>Expresión verbal</i></p> <p>0. No aumentada</p> <p>2. Sensación de locuacidad</p> <p>4. Aumentada de forma fluctuante, verborrea ocasional</p> <p>6. Claramente aumentada en ritmo y cantidad, difícil de interrumpir, intrusiva</p> <p>8. Verborrea ininterrumpible y continua</p>
<p>7. <i>Trastornos del curso del pensamiento y el lenguaje</i></p> <p>0. Ausentes</p> <p>1. Circunstancialidad, distraibilidad moderada, aceleración del pensamiento</p> <p>2. Distraibilidad clara, descarrilamiento, taquipsiquia</p> <p>3. Fuga de ideas, tangencialidad, discurso difícil de seguir, rimas, ecolalia</p> <p>4. Incoherencia, ininteligibilidad, comunicación imposible</p>
<p>8. <i>Trastornos del contenido del pensamiento</i></p> <p>0. Ausentes</p> <p>2. Planes discutibles, nuevos intereses</p> <p>4. Proyectos especiales, misticismo</p> <p>6. Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia</p> <p>8. Delirios, alucinaciones</p>

<p>9. <i>Agresividad</i></p> <p>0. Ausente, colaborador/a</p> <p>2. Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a</p> <p>4. Querulante, pone en guardia</p> <p>6. Amenaza al entrevistador, habla a gritos, entrevista difícil</p> <p>8. Claramente agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible</p>
<p>10. <i>Apariencia</i></p> <p>0. Higiene e indumentaria apropiada</p> <p>1. Ligeramente descuidada</p> <p>2. Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada</p> <p>3. Despeinado/a, semidesnudo/a, maquillaje llamativo</p> <p>4. Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria extravagante</p>
<p>11. <i>Conciencia de enfermedad</i></p> <p>0. Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento</p> <p>1. Según él/ella, posiblemente enfermo/a</p> <p>2. Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad</p> <p>3. Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad</p> <p>4. Niega cualquier cambio de conducta</p>

R.C. Young, J.T. Biggs, V.E. Ziegler, D.A. Meyer. A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatr 1978; 133: 429 - 435

- 3) **Respuesta a tratamientos en el pasado:** Otro dato que puede dar luces sobre la diferenciación es la respuesta previa a medicación antidepressiva. Generalmente los pacientes con TAB que han recibido antidepressivos muestran una respuesta errática, rápida, repentina y breve de los síntomas depresivos (entre dos días y dos semanas), así como resistencia posterior al efecto antidepressivo del tratamiento (2, 3, 6). Además se debe indagar sobre la producción de viraje a la manía o ciclado rápido con la administración de dichos medicamentos, efectos que se producen en el 25 - 48% de los pacientes con TAB (3).
- 4) **Forma de presentación:** El TAB presenta una edad de inicio temprana, comenzando hasta en el 46% de los casos antes de los 30 años (15) mientras que en el caso de la depresión unipolar, la edad de aparición generalmente está por encima de los 40 años (16). Según diversas investigaciones, la presencia de un trastorno depresivo en la niñez, lleva consigo un riesgo del 50% de desarrollar un TAB antes de los 21 años (15). Las recidivas también son más frecuentes en el caso del TAB, pues casi todos los pacientes experimentan recaídas en cuatro años de seguimiento (17), en tanto que en la depresión unipolar, hasta un 25% de los pacientes pueden encontrarse libres de recidivas por más de 10 años (6).

La presentación de depresión en el período del postparto es más frecuente para el tipo bipolar, al igual que la presencia de cuatro o más episodios en un año (ciclación rápida), la cual es casi inexistente en el trastorno unipolar (6).

- 5) **Desorganización de la vida:** Una historia de múltiples eventos caóticos psicosociales, múltiples trabajos, múltiples matrimonios, constantes reubicaciones geográficas, historia de problemas económicos frecuentes y comportamiento impredecible, son sugestivos del diagnóstico de la depresión bipolar (2).
- 6) **Presencia de psicosis:** Se puede encontrar síntomas de psicosis como las alucinaciones y los delirios en aproximadamente el 30 % de pacientes con TAB, contra un 10 % en la depresión unipolar (4).
- 7) **Hipersomnias:** Se ha encontrado el aumento de la necesidad del dormir en el 43% de los pacientes con depresión bipolar, contra un 21% de los pacientes con depresión unipolar (4).

- 8) **Duración de los episodios depresivos:** La duración en semanas de un episodio depresivo de la depresión unipolar es más prolongada que en la depresión bipolar. Se encontró una duración promedio en semanas de 60 contra 29 respectivamente (4).
- 9) **Síntomas prodrómicos:** Aproximadamente el 82% de los pacientes con depresión bipolar reportan síntomas prodrómicos como cambios en el humor, alteraciones psicomotoras, cambios en el apetito, ansiedad, alteración en el patrón del sueño e ideación suicida. Se han encontrado síntomas prodrómicos como la ansiedad en el 87% y la irritabilidad en el 60% de los pacientes con diagnóstico de depresión unipolar (2).
- 10) **Disminución de la libido:** Existe una prevalencia de disminución en la libido en el 63% de los pacientes con depresión unipolar, contra un 34% en la depresión bipolar (4).

también lo hacen para TDAH, lo que no ocurre en el caso contrario, por lo cual es factible que muchos de los niños diagnosticados con un TDAH, en realidad padezcan un TAB (18). Se hace necesario considerar los antecedentes familiares al igual que indagar por la presencia de otros síntomas maníacos, con el objetivo de diferenciar ambos trastornos, aunque como ya se mencionó en ocasiones esto puede ser complicado.

Para la diferenciación diagnóstica entre la depresión unipolar y bipolar sugerimos considerar las características clínicas encontradas en mayor o menor frecuencia para cada uno de los trastornos, tal como se describen en la tabla 4.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de personalidad límite (TPL): con frecuencia se encuentran personas que presentan estados de ánimo inestable y anormal, por lo cual son catalogados de padecer un TPL, pero estos rasgos de personalidad pueden desaparecer con el uso de antidepresivos o eutimizantes, corroborando en realidad, la presencia de un TAB. Es cierto que la labilidad emocional está presente en ambos trastornos, por lo cual, al enfrentarse a este síntoma, se hace indispensable indagar por la presencia de otros que ayuden a diferenciar ambos trastornos; por ejemplo, la presencia de impulsividad en el TPL, o de la disminución en la necesidad de dormir, el hecho de ser más hablador de lo habitual, o de presentar fuga de ideas en el caso de la manía o la hipomanía (6).

Trastorno deficitario de la atención con hiperactividad (TDAH): en ocasiones puede ser difícil diferenciarlo del TAB, en especial en los niños, pues existe con frecuencia superposición de síntomas entre los dos trastornos, tales como la distractibilidad o la misma hiperactividad. Algunos estudios sugieren que los niños que cumplen los criterios para el TAB,

Tabla 4. Principales diferencias entre la Depresión Unipolar y la Depresión Bipolar.

Hallazgos en la historia clínica	Depresión Unipolar	Depresión Bipolar
Antecedente familiar de TAB	Menos frecuente	Más frecuente
Antecedente familiar de Trastorno Depresivo Mayor	Más frecuente	Menos frecuente
Historia de manía o hipomanía	Menos frecuente	Más frecuente
Antecedente de viraje a la manía o aceleración de los ciclos con el uso de antidepresivos	Menos frecuente	Más frecuente
Edad de inicio	Generalmente por encima de los 40 años.	Generalmente por debajo de los 30 años.
Historia de desorganización en la vida personal	Menos frecuente	Más frecuente
Presencia de síntomas psicóticos	Menos frecuente	Más frecuente
Duración en semanas del cuadro sin tratamiento	60	29
Disminución de la libido	Más frecuente	Menos frecuente
Hipersomnia	Menos frecuente	Más frecuente

*Diseñado por Castañeda, Moreno y Alarcón 2009.

Discusión y conclusiones

El Trastorno Depresivo Unipolar y la Depresión Bipolar corresponden a una importante causa de disfuncionalidad personal, social y laboral de un número significativo de pacientes, por lo que se constituyen en un motivo de consulta frecuente en los diferentes niveles de atención.

Al momento de realizar el diagnóstico a un paciente que cursa con sintomatología depresiva, el médico se enfrenta al reto de diferenciar si su origen corresponde a la instauración de un Trastorno Afectivo Bipolar, en el que la depresión se intercala con episodios de manía o hipomanía, o en su defecto, corresponde a un cuadro de depresión unipolar donde solo se presentan depresiones mayores.

Cuando se instaure el tratamiento con medicamentos antidepresivos, como monoterapia en un paciente con depresión bipolar, se corre el riesgo de producir un cuadro de manía o la aceleración del ciclo, con el riesgo adicional de resistencia de los síntomas depresivos al tratamiento con estos fármacos

en el futuro. Es recomendable coadyuvar con un medicamento estabilizador del humor.

La realización de una historia clínica completa y adecuada al paciente que cursa con síntomas depresivos, donde se exploren los antecedentes psiquiátricos familiares, la presencia de episodios de aumento del estado del ánimo compatibles con periodos de manía o hipomanía, la respuesta en el pasado a medicamentos antidepresivos, los antecedentes de una vida caótica, las características específicas de la sintomatología depresiva, duración de estos síntomas, presentación concomitante de disminución de la libido, hipersomnia, delirios y alucinaciones, permite la correcta diferenciación entre una Depresión Unipolar y una Depresión Bipolar.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. Cali: C&C Gráficas; 2005.
2. Vázquez G, Strejilevich S, García G, Cetkovich-Bakmas M, Akiskal HS, y cols. Trastornos Bipolares: conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. 1 Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.
3. Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY, Baldassano CF, Kontos NJ, Baldessarini RJ. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(1): 163-5.
4. Sharma V, Khan M, Smith A. A closer look at treatment resistant depression: is it due to a bipolar diathesis?. *J Affect Disord*. 2005; 84(2-3): 251-7.
5. Hirschfeld RM. Are depression and bipolar disorder the same illness? *Am J Psychiatry*. 2005; 162(7):1241-2.
6. El-Mallakh RS, Ghaemi SN. Bipolar depression: a comprehensive guide. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2006.
7. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64(2): 161-74.
8. Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61(10): 804-8; quiz 9.
9. Ghaemi SN, Hsu DJ, Soldani F, Goodwin FK. Antidepressants in bipolar disorder: the case for caution. *Bipolar Disord*. 2003; 5(6): 421-33.
10. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, et al. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60(3): 261-9.
11. Ghaemi SN, KO JY, Goodwin FK. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry*. 2002; 47(2): 125-34.
12. Mitchell PB, Wilhelm K, Parker G, Austin MP, Rutgers P, Malhi GS. The clinical features of bipolar depression: a comparison with matched major depressive disorder patients. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62(3): 212-6; quiz 7.
13. Benazzi F. Depressive mixed state: a feature of the natural course of bipolar II (and major depressive) disorder?. *Psychopathology*. 2004; 37(5): 207-12.
14. Keitner GI, Solomon DA, Ryan CE, Miller IW, Mallinger A, Kupfer DJ, et al. Prodromal and residual symptoms in bipolar I disorder. *Compr Psychiatry*. 1996; 37(5): 362-7.
15. Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(8): 1265-70.
16. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, Keller M, et al. Switching from 'unipolar' to bipolar II. An 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52(2): 114-23.
17. Tohen M, Waternaux CM, Tsuang MT. Outcome in Mania. A 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1990; 47(12): 1106-11.
18. Wozniak J, Biederman J, Kiely K, Ablon JS, Faraone SV, Mundy E, et al. Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34(7): 867-76.

Diseño:



Centro de Recursos
Informáticos y Educativos
"Tecnología al Servicio de sus ideas"