

Trastornos del Ánimo

En la Infancia y Adolescencia

*Dra. Paola Oñate Z.
Psiquiatra Infantil y del Adolescente
Univ. De Chile*



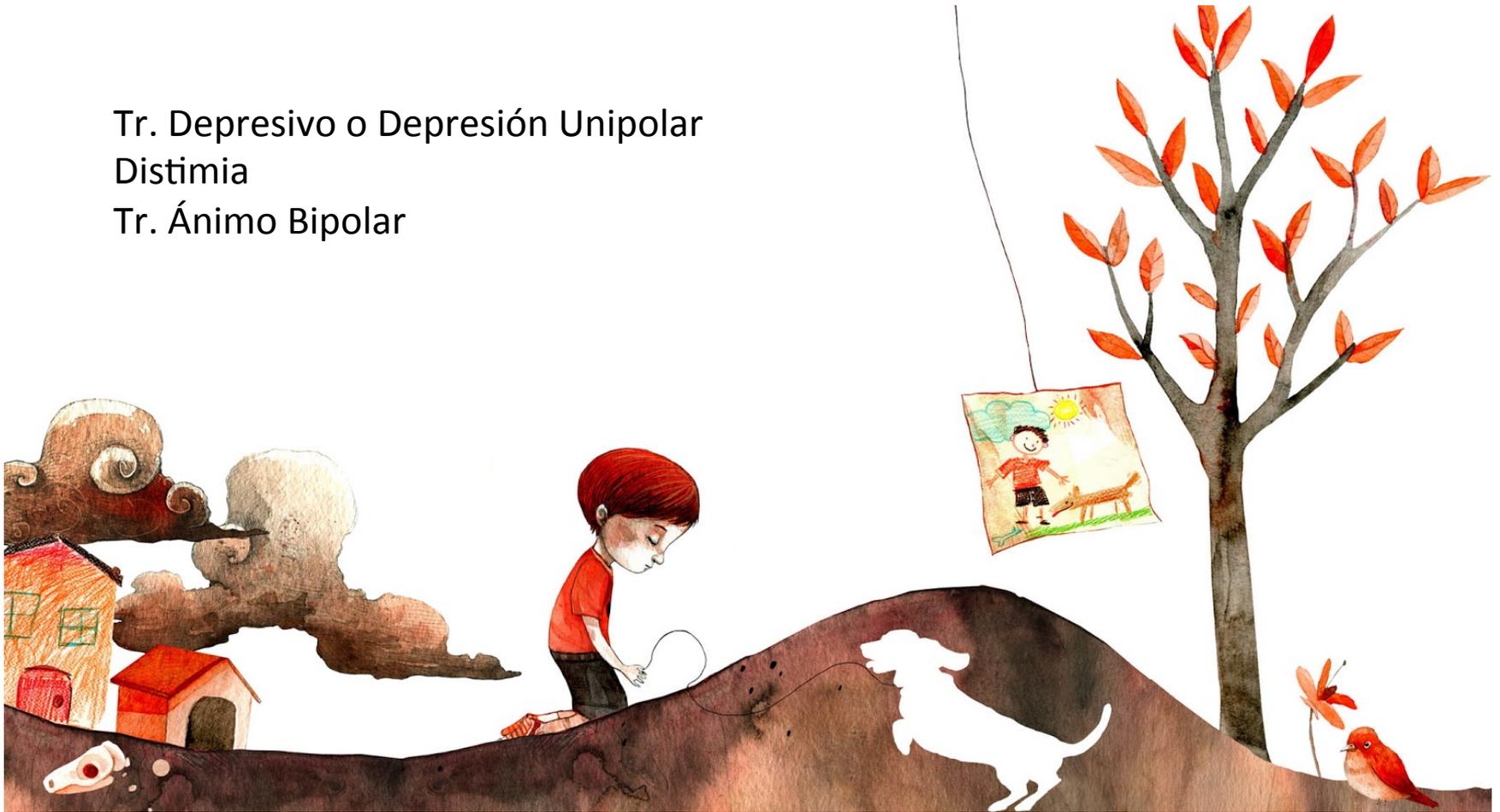
RESUMEN:

- Clasificación de los Tr. Ánimo
- Conceptos ánimo y depresión
- Diagnóstico DSM
- Depresión Infantil
- Teorías Etiológicas
- Neurobiología



Trastornos Ánimo

Tr. Depresivo o Depresión Unipolar
Distimia
Tr. Ánimo Bipolar



ánimo tiene la misma raíz griega de la palabra *ánima*: *Ánemos*= *viento*.
Ánima significa **soplo** o **respiración** y además es de donde proviene la palabra *alma*.
En la tradición hebrea Dios le da vida a Adán **soplado**
sobre él.

Entonces la palabra *ánimo* viene a ser como dar **aliento**, dar **alma**, dar **vida**.



Estado de ánimo:

- Emoción de duración prolongada que afecta la totalidad de la vida psíquica.
- Forma de estar o de encontrarse frente al mundo y a sí mismo.
- Oscila normalmente alrededor de un equilibrio basal y afecta a todas las
- funciones superiores.

*De acuerdo con su etimología la palabra "Depresión" deriva del vocablo latín "**depressio**" cuya traducción literal es **hundimiento**, sensación bastante cercana a la que tiene los deprimidos de estar en el fondo de un pozo negro.*

CONCEPTO DE DEPRESIÓN:

Es una alteración en el estado de Ánimo (tristeza o irritabilidad) casi todos los días y durante la mayor parte del día que afecta a sus sentimientos o a su conducta, o debe haber una pérdida de interés o placer por todas (o casi todas) las actividades, casi todos los días y durante la mayor parte del día.



CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN DSM5

- 1.- Tr. Desregulación Destructiva ánimo
- 2.- Tr. Depresivo persistente (DISTIMIA)
- 3.- Depresión Mayor



Epidemiología

- Correlación entre depresión y mal funcionamiento familiar.
- Correlación entre depresión de los padres y la de sus hijos.
- Sin diferencias nivel S-E.
- Cada generación tiene mayor riesgo de presentar TD leves a moderados y a edades más tempranas
- Los trastornos más severos tendrían mayor influencia genética

Episodio depresivo mayor DSM V

A. 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representa cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) o (2).

1) E. de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día (se siente triste, vacío, sin esperanza, en niños y adolescentes puede ser irritabilidad)

1) ↓ del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.(se desprende de a inf Subjetiva o de la observación)

3) ↓ o ↑ de peso, pérdida sin hacer dieta o ↑ del apetito. En niños el Fracaso para lograr el peso esperado)

4) Insomnio o hipersomnia casi todo los días

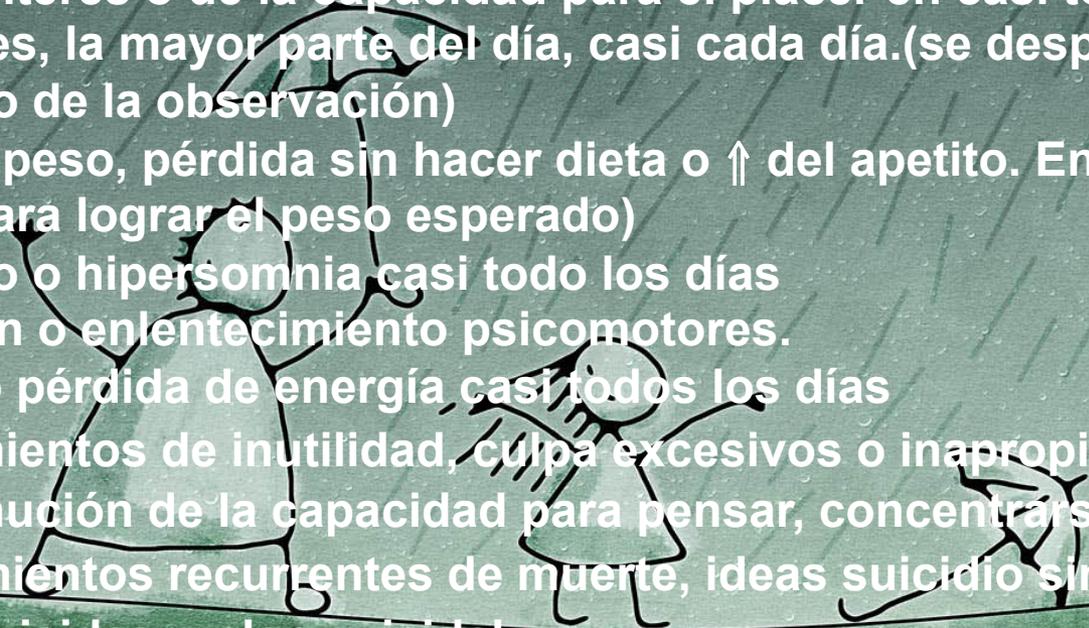
5) Agitación o enlentecimiento psicomotores.

6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días

7) Sentimientos de inutilidad, culpa excesivos o inapropiados.

8) Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse, indecisión.

9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidio sin plan, Intentos suicidas o plan suicidal



- B Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - C El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
-
- Los criterios A y C constituyen un episodio depresivo



- Los síntomas no deben ser atribuibles a abuso de sustancias, uso de medicamentos, otras enfermedades psiquiátricas, duelo, o enfermedades médicas

Prevalencia

- Prevalencia: 2% en niños; 4% a 8% en adolescentes
- Relación:
 - hombre:mujer
 - 1:1 en la niñez
 - 1:2 en la adolescencia
- Incidencia acumulada a los 18 años: 20%

Episodio depresivo mayor DSM V



Especificar:

Con ansiedad (págs. 119)

Con características mixtas (págs. 120)

Con características melancólicas (págs. 121–122)

Con características atípicas (págs. 122–123)

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 123)

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo (pág. 123)

Con catatonía (pág. 123). **Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1).

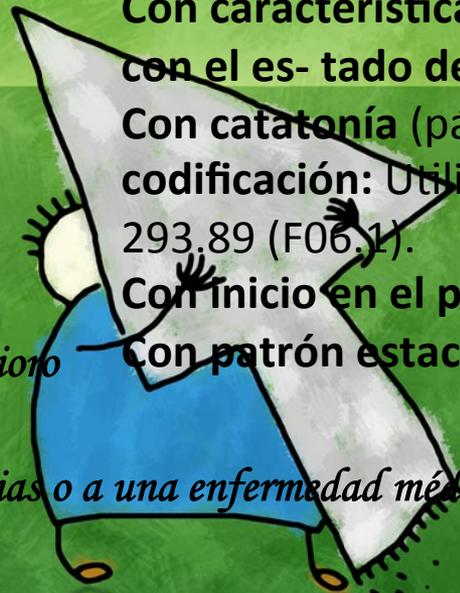
Con inicio en el periparto (págs. 123–125)

Con patrón estacional

B. Los síntomas no cumplen criterios para episodio mixto.

B. Malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas.

B. Los síntomas no se deben al uso de sustancias o a una enfermedad médica.



Episodio depresivo mayor

DSM V



Estado de ánimo depresivo:

Desde ligero abatimiento hasta profundo desaliento y desesperanza.

Expresión facial rígida y sufriente.

Postura corporal decaída.

Lenguaje monocorde, lento, poco modulado.

Culpa, nihilismo, autodescalificación.

Melancolía.

Inhibición del pensar.

Inhibición psicomotora.



Episodio depresivo mayor
DSM IV

- ↓ de la atención, concentración y capacidad de memorización.
- Productividad del lenguaje reducida.
- Rumiación (culpa, temores).
- Mayor intensidad en las mañanas.
- Intranquilidad interna, angustia.
- Reducción de la capacidad de decidir y actuar

Enfermedades Asociadas

- Presente en el 40% a 90% de los casos clínicos las más frecuentes son:
 - Distimia
 - Trastornos ansiosos
 - Trastornos disruptivos
 - Abuso de alcohol y drogas

Tr. Depresivo persistente (Distimia)

- **300.4 (F34.1)**
- En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.
- Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

- Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
 - Poco apetito o sobrealimentación.
 - Insomnio o hipersomnias.
 - Poca energía o fatiga.
 - Baja autoestima.
 - Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 - Sentimientos de desesperanza.
- Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

- Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

- Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

HISTORIA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Durante largo tiempo la comunidad científica negó la existencia de Depresión infantil

Primeros estudios (Akerson 1942) (Spitz 1945)
(Bowlby 1951)

Harlow (1961) observa en monos separados de sus madres el mismo tipo de conductas depresivas que la que habían descrito Spitz y Bowlby.

En 1975 fue aceptada por el National Institute of Mental Health como concepto y entidad psicopatológica



Factores que contribuyen a la dificultad diagnóstica:

- a) Variables del desarrollo cognitivo
- b) Limitaciones del niño para expresar estados afectivos
- c) variables del desarrollo emocional

Evolutividad de los síntomas



- a) *Variables del desarrollo cognitivo*
 - Ocurre en etapas de complejidad creciente, pej la capacidad de generar hipótesis de eventos futuros no es posible hasta alcanzar la etapa de operaciones formales de piaget (11ª)
 - Esto es lo permite tener sentimientos de desesperanza
 - Algo similar ocurre con autoestima y autoconcepcto, la que no podría ocurrir antes de 6 – 7 años edad o ideas de muerte que varía mucho entre 4 – 9 años

Manifestaciones Depresivas según Etapas del Desarrollo

EDAD años	Animo Disfórico (debe estar presente)	Conducta Disfuncional (al menos 4 deben estar presentes)
0 - 3	<p>Cara triste o inexpresiva</p> <p>Evitación de la mirada</p> <p>Mirada lejana</p> <p>Afectividad pobre o apática</p> <p>Irritabilidad (único mec. Egodistonía)</p>	<p>Retraso pondoestatural de causa no orgánica</p> <p>Falta de juego social</p> <p>Incapacidad de separarse o separación sin reacción</p> <p>RDSM</p> <p>Dificultades sueño y/o alimentación</p>



EDAD años	ANIMO DISFÓRICO	
3 - 5	Cara triste o mirada de aflicción Irritabilidad Afectividad sombría o lábil	Encopresis o enuresis, asma, eccema, menor progreso PE Aislamiento social Exceso de actividad o letargo Problemas de separación incluyendo fobia escolar Hetero o autoagresividad Dificultades del sueño y/o alimen.



EDAD años	Animo Disfórico	Conductas Disfuncionales
6 - 8	Infelicidad prolongada Irritabilidad Afectividad sombría	Dolores de guatita, eccema, asma, enuresis, encopresis Disminución sociabilidad Exceso o disminución de actividad Conductas fóbicas o problemas de separación Conductas agresivas, mentiras, robos Cambios en apetito o peso Tr. Sueño Disminución capacidad concentración Excesiva culpa o autodepresiación



9 - 12

Apariencia triste, apatía
Sentimiento de incompetencia
Afectividad sombría

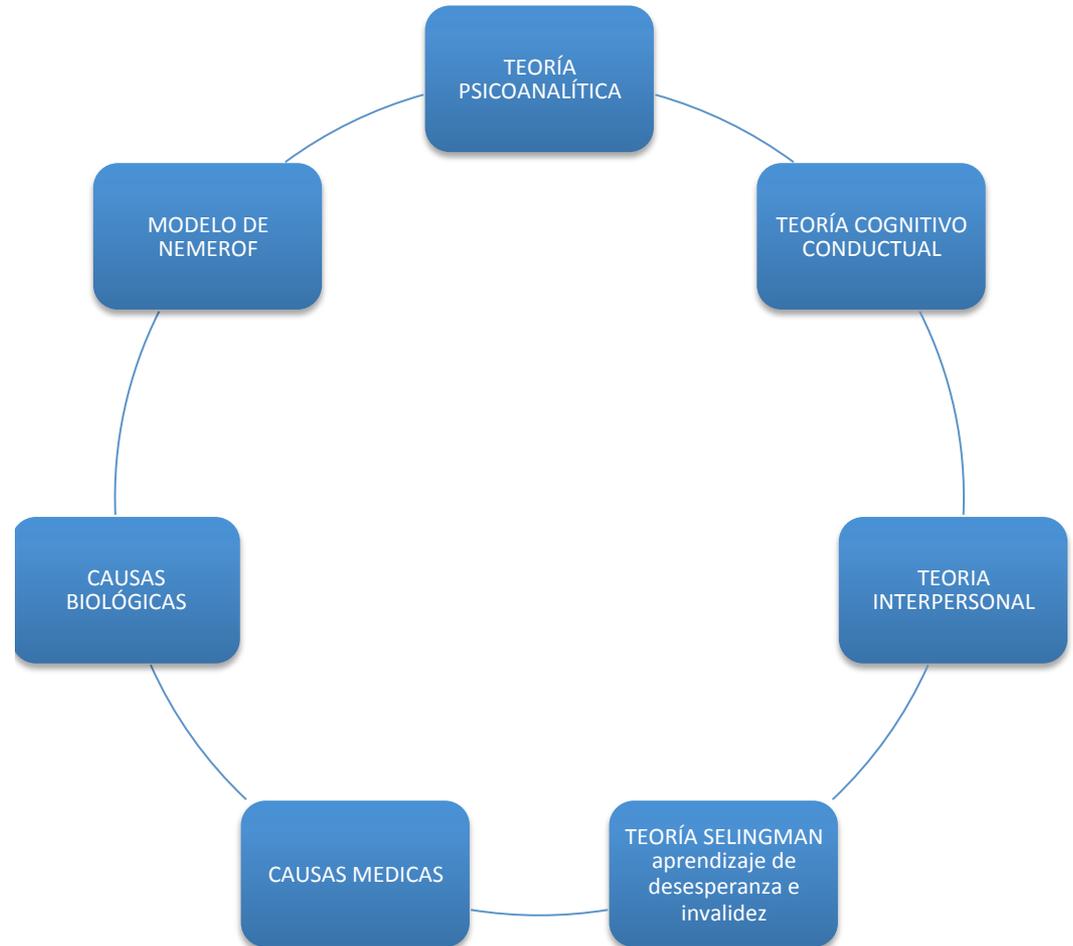
Tr. Somáticos
Falta de placer en actividades
Exceso o disminución de actividad
Conductas antisociales (rabia y angustia)
Cambios en apetito o peso
Tr. Sueño
Disminución capacidad concentración
Excesiva culpa o autodepreciación



EDAD	ANIMO DISFÓRICO	COND. DISFUNCIONAL
13 - 18	Apariencia triste, apatía Sentimiento de incompetencia Afectividad sombría	Tr. Somáticos Falta de placer en actividades Exceso o disminución de actividad Conductas antisociales (rabia y angustia) Cambios en apetito o peso Tr. Sueño Disminución capacidad concentración Excesiva culpa o autodepreciación PENSAMIENTOS DE MUERTE O SUICIDIO



ETIOLOGÍA



Teoría Psicoanalítica

- Pérdida de objeto amado

Hoy en día nadie duda de que las pérdidas afectivas pueden generar depresión en niños y adultos

Otra línea dice q sería por discrepancia entre el yo ideal y el propio yo

Pérdidas objetales dejen una vulnerabilidad para enfrentar futuras pérdidas



Teoría Interpersonal

- 1.- duelos no resueltos
- 2.- conflicto entre parejas o familiares sobre los roles y responsabilidades en la relación
- 3.- Transiciones a nuevos roles
- 4.- Déficit en habilidades sociales para sustentar una relación



Teoría Cognitiva Conductual Beck

- Origen en el pensamiento negativo
- Estilos cognitivos del todo o nada
- Procesamiento catastrófico de la realidad (negativizando las expectativas del yo, del ambiente y del futuro)
- Estaría a la base de la desesperanza aprendida



MODELO DE NEMEROF

El maltrato, abandono y abuso infantil producirían una hipersensibilidad del sistema regulador del estrés (CRF), gatillando depresión.



Evidencia genética

- Fuerte contribución genética
 - Gemelos: Concordancia de desórdenes afectivos:
 - el 76% de monocigotos criados juntos.
 - del 67% de monocigotos criados aparte.
 - 19% de dicigotos.
- En los hijos de padres depresivos, hay un incremento en la ocurrencia de trastornos afectivos, comparados con otros desórdenes psiquiátricos.
- No sigue simples leyes mendelianas.
- Se plantea modelo poligénico de herencia de la vulnerabilidad.

Factores ambientales

- Eventos vitales: pérdidas, abuso, negligencia
- Características psicológicas: características atribucionales, interpretación y manejo del estrés, resolución de problemas, habilidades sociales
- Comorbilidad: trastornos ansiosos, abuso de sustancias, trastorno por déficit atencional, trastornos de la alimentación
- Enfermedades médicas crónicas, factores sociales y culturales

Diagnóstico diferencial

En preescolares:

- Abuso
- Maltrato
- Ansiedad de separación
- Trastorno Adaptativo con síntomas depresivos
- SDAH

En escolares:

- Trastorno Adaptativo con síntomas depresivos
- Ansiedad de separación
- EZQ incipiente
- T. de aprendizaje
- TDAH

En adolescentes:

- Abuso de alcohol y drogas
- Trastorno ansioso
- Esquizofrenia incipiente
- SDAH
- Anorexia
- Tr. disfórico premenstrual
- Tr de personalidad

- * Duelo
- *T. de conducta

Dignóstico diferencial

Causas medicas

- **Infecciosas:** encefalitis, endocarditis, TBC, SIDA, sífilis terciaria
- **Neurológicas:** Epilepsia, TEC, AVE
- **Endocrinas:** Hipo e hipertiroidismo, DM, sd. Cushing, Addison
- **Otras:** LES, anemia, sd de fatiga crónica, cáncer, alteraciones ELP, enfermedad de Wilson, uremia
- **Medicamentos:** psicoestimulantes, neurolepticos, corticoides, BDZ, ACO

- *Un inicio en edades tempranas generalmente es confundido con trastornos de personalidad de dependencia o evitación ya que presentan un déficit en el funcionamiento social.*
- *Los niños también pueden presentar alteraciones conductuales y déficit en las funciones ejecutivas por lo que pueden confundirse con déficit atencional o Tr. Aprendizaje.*



Un diagnóstico temprano mejora notablemente el pronóstico

- *Los niños, en particular cuando aún no tienen la capacidad cognitiva de diferenciar sus síntomas entre preocupaciones y rumiaciones negativas de sí mismos pueden confundirse con Tr. Ansiedad generalizada que también sigue un curso crónico.*



Perspectiva interaccional

- La depresión en el niño puede ser una respuesta emocional a una depresión parental
- Ana Freud postula que la depresión materna en los primeros años crea una tendencia a la depresión que puede manifestarse varios años después
- Los niños se adaptan a la depresión materna comportándose de tal forma que cumplen con la necesidades maternas





MODELO BIOLÓGICO

1. Disfunción del sistema endocrino TSH
2. Hipersecreción de Cortisol
3. Factores genéticos (los trastornos del estado de animo en niños, adolescentes y adultos tienden a agruparse en las mismas familias.
4. Disminución de la actividad de Neurotransmisores cerebrales. IRSS y Norad)



Neurobiología de la Depresión

- *El núcleo estriado, en especial el estriado ventral o núcleo accumbens, que durante años se había involucrado en los mecanismos de recompensa del consumo de tóxicos, se ha visto que tiene un papel importante en la regulación del humor. En él se encuentran neuronas dopaminérgicas del sistema dopaminérgico mesolímbico y se ha objetivado un aumento de la transcripción mediada por CREB (cAMP response element binding protein o proteína ligada a la respuesta AMPcíclica), en respuesta al estrés agudo o crónico, que como más adelante veremos es un factor de transcripción que se ha involucrado en los mecanismos moleculares de la depresión.*
- *La amígdala condiciona de forma fundamental la respuesta a estímulos temerosos y a estímulos agradables, es decir elabora la memoria emocional.*

- Aspectos neuroendocrinológicos:

Eje H-H-A:

- *Es el sistema endocrino fundamental en la respuesta al estrés.*
- *incremento de la actividad del eje HHA, un aumento del número de pulsos secretores de hormona adrenocortico-trópica y un aumento de la magnitud de los pulsos de cortisol.*
- *el efecto de los glucocorticoides consiste en la regulación del metabolismo general y del comportamiento afectivo por medio de su acción directa en numerosas regiones cerebrales.*
- *La actividad del eje HHA está controlada por determinados circuitos cerebrales, que incluyen el hipocampo (que ejerce una influencia inhibitoria sobre la síntesis de CRF, el factor estimulador corticoideo, en el núcleo paraventricular del hipotálamo) y la amígdala.*

- Aspectos genéticos:
 - Tasas de morbilidad mayores en parientes de primer grado de pacientes con TDM.
 - Concordancia en gemelos monocigotos: 76%.
 - Concordancia en gemelos dicigotos: 19%.
 - Se han relacionado a una alteración genética en el cromosoma X, 5, 9 y 11.
- los familiares de individuos afectados tendrían por término medio una susceptibilidad mayor para padecer la enfermedad que la de la población general.
- Dentro de esta idea del umbral de susceptibilidad es, básicamente, el modelo poligénico-multifactorial (acción aditiva combinada de muchos genes y factores ambientales), el más aceptado en la actualidad.

AREAS CEREBRALES AFECTADAS

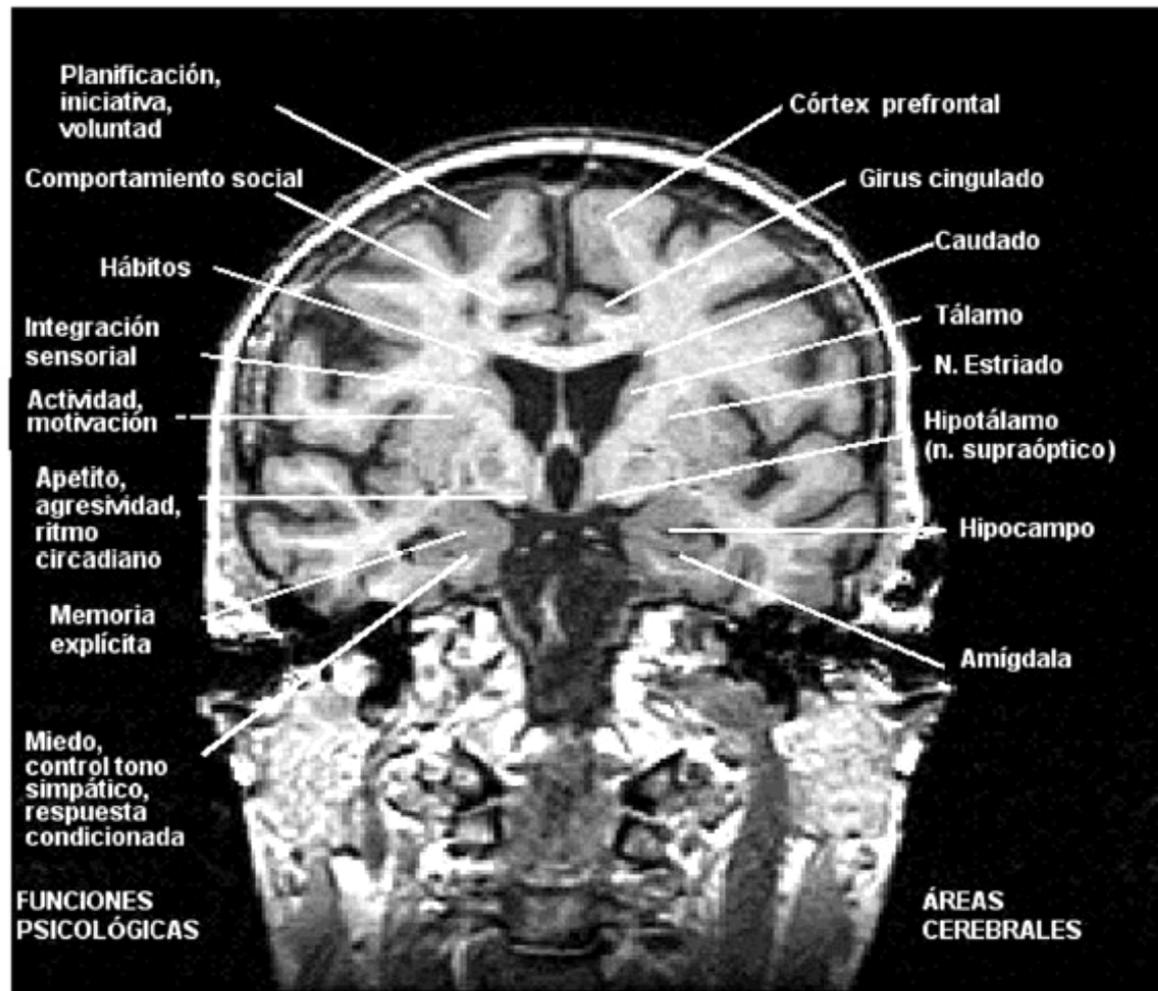
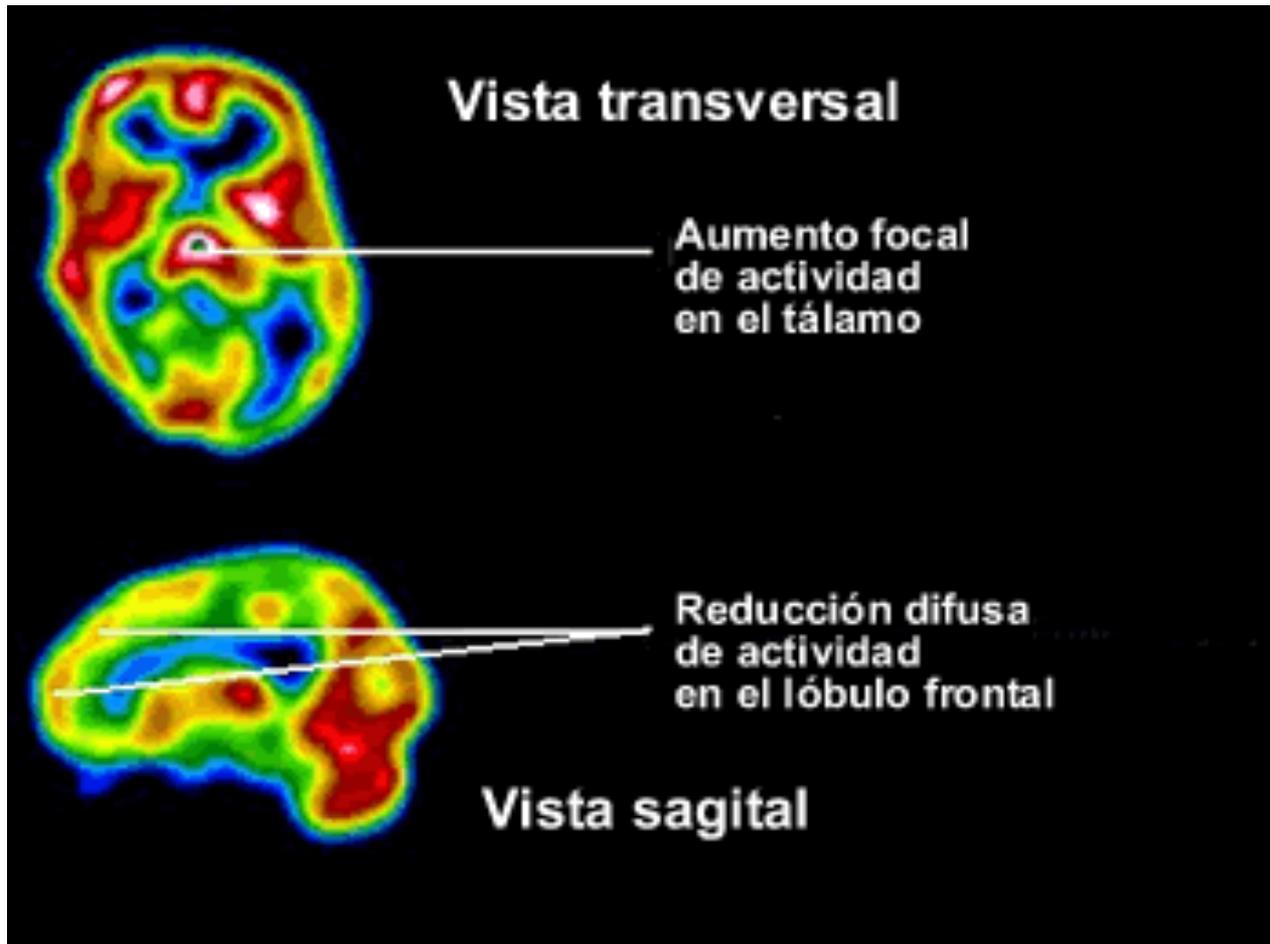


Figura 2. Neuroanatomía de la afectividad.

SPECT Efectos en el cerebro

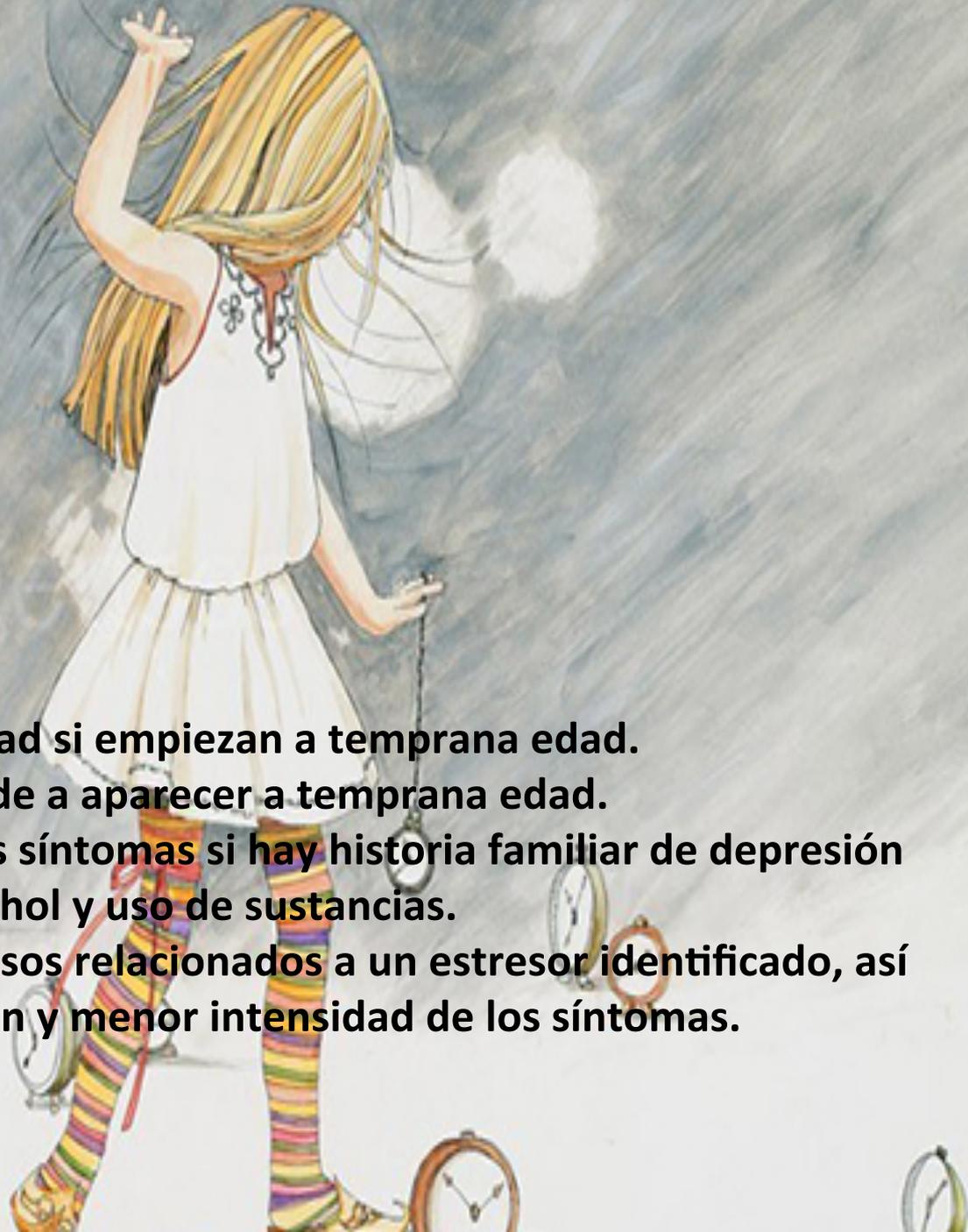


Tratamiento

- Terapia Farmacológica
- Terapia psicológica
 - Individual
 - Familiar o Sistemica
- Terapias Complementarias
 - Arteterapia
 - Flores de Bach
 - Musicoterapia
 - Etc.

EVOLUCIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Tendencia a la cronicidad si empiezan a temprana edad.
Peor pronóstico si tiende a aparecer a temprana edad.
Mayor Severidad de los síntomas si hay historia familiar de depresión infantil y abuso de alcohol y uso de sustancias.
Mejor pronóstico en casos relacionados a un estresor identificado, así como, a menor duración y menor intensidad de los síntomas.





FIN.

