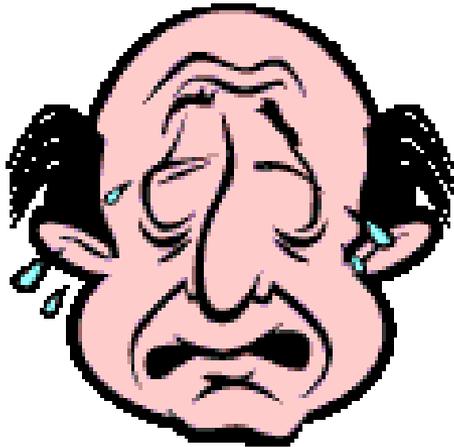


Juan Rojo Moreno  
Profesor Titular de Psiquiatría.  
Facultad de Medicina. Universidad de Valencia

# TRASTORNOS AFECTIVOS (Humor)



Este Tema se complementa y explica con el libro del autor "La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos" Editorial Albatros. Distribuyen para España: Morcillo y Moidhisa.

- **K. Schneider y Rojas concebían las alteraciones del fondo afectivo como oscilaciones de la vitalidad.**
- **Ortega y Gasset “la vitalidad es aquella raíz de nuestra persona en donde no solo se funde radicalmente lo somático y lo psíquico, sino que de ella manan y de ella se nutre”**
- **↑De la vitalidad → Psicosis Maniaca.**
- **↓De la vitalidad → Depresión.**

# PSICOSIS MANIACA

## CASO CLINICO

(\*)

(\*) Este Tema se complementa y explica con el libro del autor "La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos". Editorial Albatros. Distribuyen para España: Morcillo y Moidhisa.

# PSICOSIS MANIACA. (PSICOPATOGRAMA)

- **Sentimientos Somato-sensoriales.**
  - Se siente “muy bien”, fuerte, potente, ágil “como nunca” de bien (rechazo del tratamiento y muchas veces de las visitas → hospitalización contra su voluntad en ocasiones). A veces es traído por la familia a visita concertada o a urgencias
  - Alimentación irregular: se olvida de comer o bulimia .
  - Erosia: aumentada en hipertímicos. Puede desaparecer en maniacos.

# PSICOSIS MANIACA.(PSICOPATOGRAMA)

## ➤ Sentimientos Psicovitales

- La alegría no es normal. Se puede sentir alegre, pero al mismo tiempo, que merece todo y por lo tanto exigente (exigencia erética)
  - Con paratimias coléricas si alguien le contradice.
  - Hiperhedonia. No son de temple colérico. Disfruta de todo.
- Confianza: excesiva : va a un bar y se sirve solo.
- Simpatía: simpatizan con todos. Creen que todo el mundo simpatiza con ellos, bromas muy pesadas.
- Mucha vitalidad, autoexpansión, sentimientos de poder y sobreestimación, falta de respeto a los demás

# PSICOSIS MANIACA.(PSICOPATOGRAMA)

- Otros sentimientos.

- Neotimias, sentimientos de dicha especial, creerse elegidos por dios o ser elegidos o enviados por extraterrestres o por alguien divino.

- Percepción.

- No hay pseudopercepciones. Sí hiperestesia sensorial (oyen mejor, ven mejor, saborean más). También Entrañabilidad. En ocasiones “Dejà Vu”.

- Memoria.

- Gran facilidad de evocación.
- Allomnesia (hipomnesia selectiva) para recuerdos tristes (poco valor el estudio biográfico)

# PSICOSIS MANIACA.(PSICOPATOGRAMA)

- **Pensamiento**
  - Ideas Deliroides megalomaniacas que surgen secundarias a su trastorno de la vitalidad. (\*)
  - Pensamiento divagatorio o fuga de ideas (\*)
- **Inteligencia.**
  - Se le ocurren muchas ideas pero no las elaboran prácticamente (suspenden exámenes, no realizan proyectos ...).
- **Conciencia.**
  - Si el cuadro es muy grave pueden aparecer estados confusionales.
  - En relación con el sueño : insomnio

(\*)Este Tema se complementa y explica con el libro del autor "La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos". Editorial Albatros. Distribuyen para España: Morcillo y Maidhisa.

# PSICOSIS MANIACA.(PSICOPATOGRAMA)

- **Expresión.**
  - Se elevan las líneas de la cara, impresión de juventud. Aspecto brillante, de suficiencia, contento.
- **Motórica.**
  - Muy abundante, no se quedan quietos, se entrometen en muchas cosas, empiezan muchas cosas, aunque no las acaban.
  - Pueden llegar al estupor maniaco → agitación intensa
- **Letra:** grande
- **Pintura:** esbozos, desaparición de contrastes.
- **LENGUAJE:** VERBORREA

Este Tema se complementa y explica con el libro del autor "La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos". Distribuyen para España: Morcillo y Moidhisa.

# PSICOSIS MANIACA.

## DSM IV - CIE 10

1.	Humor elevado	+	+
2.	Humor irritable	+	+
3.	Autoestima incrementada o delirios de grandeza.	+	+
4.	Reducción de la necesidad de dormir.	+	+
5.	Aumento de la verborrea	+	+
6.	Fuga de ideas	+	+
7.	Distraibilidad	+	+
8.	Aumento de las actividades o contactos sociales	+	+
9.	Agitación psicomotora	+	+
10.	Comportamientos arriesgados	+	+
11.	Aumento de la actividad sexual	0	+

Este Tema se complementa y explica con el libro del autor "La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos". Distribuyen para España: Morcillo y Maidhisa.

# DEPRESIÓN

## CASO CLINICO

(\*)

(\*) Este Tema se complementa y explica con el libro del autor "La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos". Editorial Albatros. Distribuyen para España: Morcillo y Maidhisa.

# DEPRESIÓN

- En ocasiones aparecen sólo depresiones o sólo formas maníacas → PSICOSIS AFECTIVAS. (monopolares)
- El aumento de la frecuencia de las Psicosis Afectivas ha sido a costa del aumento de los cuadros depresivos
- Prevalencia OMS → 0.6 % Psicosis afectivas ( 30 millones mundial) ; 3-5% trastornos depresivos (100 millones mundial)
  - Prevalencia a lo largo de la vida TB: 0,5 % al 1,5 %.
  - Prevalencia – vida Depresión Mayor : tasa 10 - 20 %
- Teniendo en cuenta la medida de “años de vida ajustados por discapacidad” (mortalidad + discapacidad) (DALY : disability-adjusted life years), la DM. Unipolar es la 4ª causa de carga de enfermedad en el mundo (se espera en 2020 sea la 2ª). Si solo se tiene en cuenta la discapacidad, ya es la principal causa en el mundo desde 1990.
  - 11% Discapacidad Mundial se debe a la DM .Unipolar.
  - 20 % en mujeres de 15 a 44 años.

# DEPRESIÓN

- Srole
  - 20 % sanos
  - 20 % en tratamiento (psiquiátrico o M. general)
  - 60% no en tratamiento
- Watts : “Fenómeno del Iceberg” .
  - Población : 15% deprimidos/ 20% (con Dep. enmasc)/ 1.5% consultan al médico/ 0.2 % consultan al psiquiatra/ 0.1 % se internan
- Sexo: Preferencia en el sexo femenino 2/1 (DM) (otras publicaciones hasta 8/1) (Cromosoma 11, Cromosoma X, 4,5,12,21). En TB prevalencia similar en ambos sexos.
- Estudios gemelos: concordancia 50 % monocigóticos frente al 14 % en dicigóticos.
- Edad: La mayor incidencia 30-40 años. (17-27 años TB)
- Clase social: Relación de vulnerabilidad entre nivel socio-económico bajo y depresión. (hipótesis de la causalidad vs. hipótesis de la selección social)
- Estado civil: los varones casados presentan las tasas más bajas; los separados y divorciados las más altas

# DEPRESIÓN. (PSICOPATOGRAMA)

- **Sentimientos Somato-sensoriales.**
  - **Hipobiotonía.** “me falta la vida, me falta la fuerza” (no confundir con astenia ni adinamia).
  - **Apetito:** anorexia (pérdida de peso), en ocasiones pseudobulimia ansiosa.
  - **Sexualidad:** Disminución de la Libido. (valorar efectos 2ºs de los Ttos. Antidepresivos)

Este Tema se complementa y explica con el libro del autor "La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos". Distribuyen para España: Morcillo y Maidhisa.

# DEPRESIÓN. (PSICOPATOGRAMA)

## • Sentimientos Psicovitales

- Apatía, tristeza. No mejora al llevarlos a ambientes alegres, sino que empeora.
- Miedo a que les pase algo a, familiares, o desvalimiento, inseguridad.
- Dispatía: se siente fuera de “ambiente”.
- Anhedonia. (no obligarles a “divertirse”) e incluso con “sentimiento de falta de sentimiento” (hacia los hijos, nietos ...). En casos extremos síndrome Nihilista (o de Cottard : sentirse muerto)
- Ansiedad, Angustia, Culpa

# DEPRESIÓN. (PSICOPATOGRAMA)

- Percepción.

En la percepción influye el interés y la atención:

- Hipoestésias (defectos sensoriales parecen aumentar)
- Despersonalización, desrealización.
- Hiperestesia timopática a ruidos y luces (si hay insomnio)

- Memoria.

- Dismnesias.
- Allomnesias para los recuerdos alegres (biografía triste)
- “Amnesia” Por falta de atención: “olvidos”

# DEPRESIÓN. (PSICOPATOGRAMA)

- **Pensamiento.**
  - **Contenido:** Ideas deliroides (fracaso, ruina, hipocondríacas)
  - **Curso:** Inhibición del pensamiento (no me viene nada a la cabeza) (comprar, hacer la comida ... imposible).
  - **Propiedad del Pensamiento:** mentismo (rumiaciones) “no sirvo para nada, he de morir...”
- **Inteligencia.** Oscilación de la creatividad.
- **Conciencia.** Insomnio de conciliación, entrecortado, despertar precoz. Hiperoniria frecuentemente desagradable.

# DEPRESIÓN. (PSICOPATOGRAMA)

- Vida Activa.

- **Psicomotricidad:** Inhibición. (incapaz de hacer nada) Puede ser tan grande → estupor depresivo (moriría si no se le da de comer).

- Si se acompaña de ansiedad: inquietud psicomotriz.

- **Intencionalidad:** Hipobulia; disminución de la voluntad, retraimiento por desgana.

- **Pintura:** colores lúgubres, tétricos, oscuros.

# DEPRESIÓN. (PSICOPATOGRAMA)

- **Síntomas somáticos. (1)**
  - **Mialgias, dolores erráticos, cefaleas** (por tensión,insomnio).
  - **Vértigos timopáticos.**
  - **Nauseas, vómitos** , por la angustia, y ansiedad.
  - **Taquicardia, hipertensión** , por la ansiedad “palpitaciones”
- **Síntomas somáticos. (2)** “Equivalentes depresivos”  
“Depresión enmascarada” “melancolía álgica” “depresión larvada”.
  - Algias, parestesias, dolor facial, prurito anal o rectal, molestias epigástricas. Presentación Fásica o suplencia de síntomas o al menos síntomas menores (Insomnio, anorexia, desánimo)

# DEPRESION MAYOR.

## DSM IV - CIE 10

1.	Estado deprimido la mayor parte de día y casi todo el día.	+	+
2.	Marcada disminución del interés o las sensaciones placenteras por todas o casi todas las actividades, <b>(anhedonia)</b>	+	+
3.	Pérdida de energía o cansancio <b>(inhibición)</b>	+	+
4.	Pérdida de confianza o autoestima.	0	+
5.	Sentimientos irracionales de autorreproche o culpa excesiva o inapropiada.	+	+
6.	Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier comportamiento suicida.	+	+
7.	Disminución de la capacidad de concentración o indecisión casi cada día.	+	+
8.	Agitación o retraso psicomotor	+	+
9.	Insomnio o hipersomnias casi cada día	+	+
10.	Cambios en el comportamiento alimentario	+	+

# FORMAS CLÍNICAS

## • CAAD

CUADRO  
ANSIOSO

INSOMNIO

CUADRO ASTENICO:  
- HIPERESTESIA.  
- IRRITABILIDAD.  
- CANSABILIDAD

CUADRO DEPRESIVO

Este Tema se complementa y explica con el libro del autor "La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos". Editorial Albatros. Distribuyen para España: Morcillo y Moidhisa.

# FORMAS CLÍNICAS

## 1.- MONOPOLAR MANIACA

- Manía simple .
  - Verborrea, autoexpansión, hiperactividad, temple colérico (a veces hiperhedónica)
- Forma Maniaca Hipocondriaca.
  - Una o varias enfermedades, pero no está apesadumbrado por ello.
- Forma Confabulatoria Expansiva.
  - Confabula mucho, recuerda cosas que no han existido, ideas deliroides autoexpansivas (más fuerte, más inteligente, más capaz de todo).
  - Inventa historias fantásticas centradas sobre sí mismo.
  - Realiza proyectos descabellados (irrigar el Sahara)
- Forma Extática o Psicosis de Felicidad.
  - Sentimientos maravillosos de dicha o éxtasis.
  - Tienen un papel místico o religioso que realizar, son elegidos ...
- Estupor Maniaco.
  - Tantas ideas y tan de prisa que son imposibles de realizar → se queda quieto. (se agita al mejorar. “aparente empeoramiento”)

# FORMAS CLÍNICAS

## 2.- MONOPOLAR DEPRESIVA

- Depresión “Fría” (Rojas ) o Anestésica (Schäfer).
  - Predomina la anhedonia, anestesia afectiva, pero no hay tristeza.
- Depresión Angustiosa .
  - Con fuertes Crisis de Ansiedad-angustia. (diferenciar de los Trastornos de ansiedad)
- Depresión autorreferente.
  - Depresiones Psicóticas.
- Depresión Despersonalizada.
  - Se acompaña de sensación de irrealidad respecto al propio cuerpo. Riesgo de suicidio.



## 2.- MONOPOLAR DEPRESIVA

- **Estupor Depresivo.**
  - Llegaba a morir de inanición. Ante el hecho de sondarlo no se resiste, ni colabora.
- **Depresión Involutiva (depresión senil).**
  - Discutido el diagnóstico propio.
  - Se acompaña generalmente de mucha angustia, y predomina sobre la inhibición.
  - Delirio de ruina, minusvalía.
  - Peor pronóstico, al tratamiento psicofarmacológico.

Este Tema se complementa y explica con el libro del autor "La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos". Editorial Albatros. Distribuyen para España: Morcillo y Maidhisa.

## FORMAS BIPOLARES

## FORMAS CLÍNICAS

- Forma Maniaco-Depresiva (típica)  
(Trastorno Bipolar Tipo I, en el DSM-IV)
  - Sólo un 10% de los que tienen Manía la presentan de forma monopolar
- Trastorno Bipolar Tipo II (DSM-IV; no en la CIE -10) Depresión Mayor- Hipomanía (hipertímia)
- Forma Circular.
- Trastorno con ciclos Rápidos
  - Peor pronóstico al principio
- CRONICIDAD
  - Más de dos años (T. Depresivo)
  - Valorar la recuperación sindrómica (rápida), sintomatológica (más lenta) y funcional (más lenta)

# ESPECTRO DE LAS DEPRESIONES

## POLO REACTIVO

- Depresión Reactiva.
- Depresión de Trasfondo (K.Schneider) (SITUATIVA).
- DISTIMIA (Depresión Neurótica. Kielholz).
- Depresión de desarraigo (M.Rojo) (emigrantes, asilados políticos).
- Depresión de Mudanza (Lange).
- Depresión Existencial (Haffner)

## GRUPO ENDORREACTIVO

- Depresión de Subfondo (K. Schneider)  
(D. Cristalizada . L-Ibor)
- Depresión de Claudicación (Kielholz)
- Depresión de Descarga (Schulte)

## POLO ENDÓGENO:

Depresión endógena o Melancolía

Este Tema se complementa y explica con el libro del autor "La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos". Editorial Albatros. Distribuyen para España: Morcillo y Maidhisa.

# OTROS TERMINOS

- **TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL**

- Recurrencia en las estaciones. Fundamentalmente en Primavera u Otoño. La más frecuente la depresión invernal (hipersomnias, abuso de hidratos de carbono, sobrealimentación, cansancio) y la hipomanía primavera – verano.

- **DEPRESIÓN DOBLE**

- Trastorno afectivo mayor, enmarcado en una Distimia.

## PREDICTORES DEL VIRAJE A HIPOMANÍA/MANIA

- Inicio antes de los 25 años de edad.
- Historia familiar bipolar.
- Presencia de la enfermedad en tres generaciones sucesivas.
- Inicio rápido de los síntomas y finalización brusca.
- Hipomanía farmacógena previa.
- Recurrencia.

# NEUROBIOLOGÍA (1)

- Neuroimagen , Pet, Spect (fotón único).

- No han dado resultados concluyentes.
- Demuestran la participación de la corteza frontal y del sistema límbico en los pacientes deprimidos.

**Depresión :** el hallazgo más replicado tanto en la depresión unipolar como en la bipolar es una **hipoperfusión prefrontal dorsolateral de predominio izquierdo**, que se normaliza tras el tratamiento , farmacológico o electroconvulsivo.

- Tests de Provocación Neuroendocrina.

- La administración IV de triptófano (precursor de la serotonina) produce secreción de prolactina y de la h. del crecimiento. **En depresivos estas respuestas están aplanadas y se recuperan tras el tratamiento.**
- Respuestas disminuidas en las pruebas de provocación adrenérgica (clonidina) y dopaminérgica (apomorfina)

## NEUROBIOLOGÍA (2)

- El 50% de los pacientes deprimidos → secreción de cortisol aumentada que se recupera al curarse la depresión (sobre todo en las depresiones endógenas)
  - En la DM hay una hipertrofia periférica de las glándulas suprarrenales (medible en RM). La hipercortisolemia revierte en la curación (RM)
- Supresión de la secreción del cortisol al dar 1mg de dexametasona. En Deprimidos no se producía esa supresión (no supresores)
- **Tests** → especificidad 96% y sensibilidad 67% Para el diagnóstico de la melancolía. (pero esta especificidad frente a controles era menor frente a otros pacientes)

# NEUROBIOLOGÍA (3)

- La respuesta de la tirotropina (TSH) a la TRH está aplanada en un número significativo de pacientes deprimidos. (Test estimulación TRH)
- Sueño: en la melancolía grave, reducción de la duración global del sueño de ondas lentas y latencia acortada en la aparición del sueño REM (debido al aumento del tono colinérgico y disminución del tono serotoninérgico/adrenérgico). **Se recupera con el tratamiento.**
  - La alteración del sueño es un buen predictor precoz de recaída

# NEUROBIOLOGÍA (4)

- **MHPG (en orina, plasma y LCR).**
  - Es el más importante metabolito de la noradrenalina.
  - Existe poca correlación entre los niveles y los síntomas depresivos.
  - Sin embargo, los pacientes con niveles bajos en orina responden mejor a los tratamientos con tricíclicos.
  - Se ha podido medir la regulación a la baja de receptores  $\beta$ -2 ADRENERGICOS en cuadros depresivos.
  
- **5HiAA (5-hidroxi-indol-acético).**
  - Es el más importante metabolito de la serotonina
  - Aparecen niveles disminuidos en núcleos del Rafe en cerebros de suicidas.
  - Se mide en LCR y se detectan niveles bajos en un 50% de los pacientes deprimidos. Se recuperan los niveles tras la depresión.

# TRATAMIENTOS

# ASPECTOS GENERALES-1

- Aliviar los síntomas agudos.
- Restablecer el funcionamiento psicosocial.
- Evitar Recaídas y recurrencias.
- La mayoría de los cuadros depresivos se tratan en A. Primaria. Se remiten:
  - **Los más graves, los crónicos, los resistentes, cuando hay trastornos personalidad, o situaciones psicológicas graves o abuso de alcohol ...**
- Cuando hay Riesgo de suicidio grave → Hospital. Si no es grave y hay apoyo familiar muchas veces a nivel ambulatorio o en centros de día.

# ASPECTOS GENERALES-2

- **Si se utilizan criterios como Trastorno Depresivo Mayor... los meta-análisis no encuentran diferencias entre los distintos tratamientos.**
- **Pero si se discriminan los tipos de depresión (clínica, curso, tratamientos previos ...) aparecen ciertas especificidades terapéuticas.**
- **Eficacia antidepresivos 60-70 %. Eficacia TEC superior 80-90% (Depresiones endógenas y delirantes)**
- **El 60-70% son tratados durante un tiempo inadecuado.**
- **Frecuente uso de dosis subterapéuticas (menos con ISRS)**

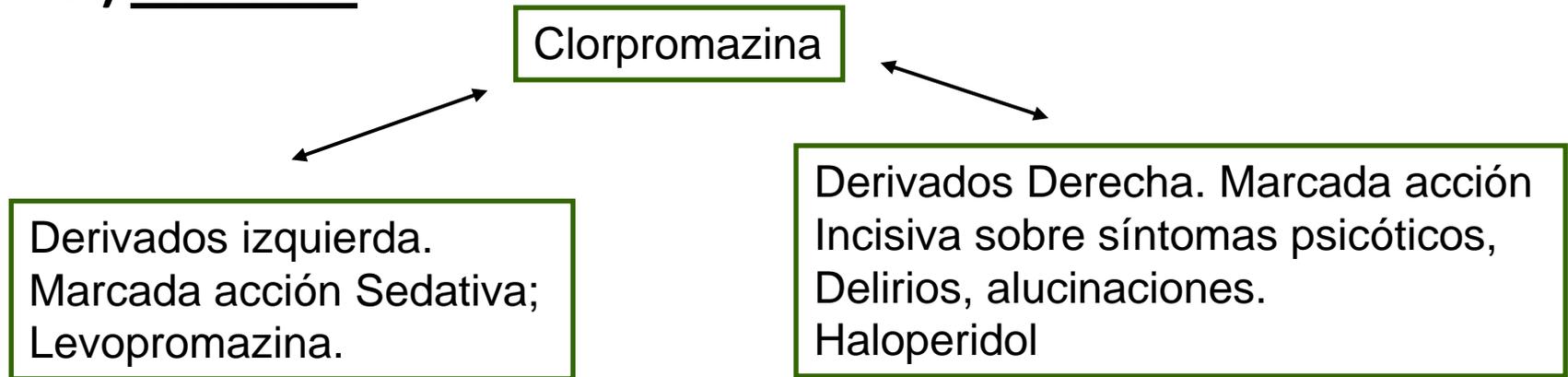
Este Tema se complementa y explica con el libro del autor "La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos". Editorial Albatros. Distribuyen para España: Morcillo y Maidhisa.

## ASPECTOS GENERALES-3

- El 50 % de los pacientes que se recuperan de un primer episodio depresivo, tiene uno nuevo en los dos años siguientes. Ha tenido 2º → 80% posibilidad que aparezca en los tres años siguientes.
- Conceptos:
  - **Respuesta**. Mejoría, pero no hay recuperación total.
  - **Remisión**, recuperación completa sintomatológica
  - **Tto de Continuación**. Para evitar **recaídas** (solo compensada, pero no recuperada la función neurobiológica)
  - **y de Mantenimiento**, para evitar **recidivas** o recurrencias (nuevos episodios)

# TRATAMIENTO DE LA MANIA AGUDA

- Básicamente farmacológico con Neurolepticos.
- A) CLÁSICOS



- Síntomas extrapiramidales (temblor, crisis oculogiras, espasmos de torsión, rigidez, amimia ...) (Impregnación parkinsonoide neuroleptica extrapiramidal. Desaparece con corrector Biperideno

# TRATAMIENTO DE LA MANIA AGUDA

- **B) ATÍPICOS.**
  - Olanzapina, Risperidona, Quetiapina
- **Tratamiento con Eutimizantes.**
  - Acido Valproico (60% resp) y Litio (40 %)
  - Preferencia del Ac. Valproico si hay ciclos rápidos.
- **A veces combinación de dos psicofármacos (o más)**

# TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

- Triciclicos: (inh. Rec. Serot y noradren)
  - Clorimipramina (Anafranil), Aminotriptilina (Tryptizol), Nortriptilina, Trimeprimina (Surmontil)
- ISRS (Inh, selec, Rec, Serotonina)
  - Fluoxetina, fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram (y Escitalopram)
- Inhibidor de Recaptación Noradrenalina
  - Reboxetina
- Inhib. Recaptación Serotonina+ Noradrenalina
  - Venlafaxina, Duloxetina.
- Otros: Mianserina, Mirtazapina, Trazodona
- Inhibidor Reversible IMAO. Moclobemida.
- Bupropion y Agomelatina (agonista melatoninérgico)

# TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

- Tratamiento Psicológico
  - Terapia cognitiva, terapia conductual. Menos efectivo aisladamente que los psicofármacos. Indicado si hay psicogenia importante.
- Elección del antidepresivo.
  - No hay pruebas concluyentes de que sean mucho más eficaces unos sobre otros, (Estudios con clasificación DSM-CIE) pero:
  - Los Tricíclicos y duales ( Venlafaxina, Duloxetina) son más eficaces que los ISRS (recomendándose los primeros en depresiones muy graves).
  - El Medico General usa ISRS y Duales por los efectos secundarios de los Tricíclicos y dosificación más fácil

# TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

- Si hay un TOC concomitante o personalidad muy “obsesiva” de fondo, más indicado Clorimipramina o ISRS que los noradrenérgicos.
- SITUACIONES ESPECIALES
  - Problemas cardiacos de conducción: Uso limitado de tricíclicos.
  - Vejez: Uso preferente de ISRS (citalopram, escitalopram) o “duales”, preferibles por los efectos secundarios más tolerables
  - Problemas sexuales: bupropion
  - Embarazo. Sí tricíclicos (tb ISRS más antiguos) (un 10% de las mujeres presentan síntomas depresivos durante el embarazo)

# TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

- Depresión y ansiedad

- Solo un 10% de las depresiones no tiene ansiedad.
- Se usan antidepresivos sedativos: Mitazapina, Trimeprimina (Surmontil), Paroxetina, Fluvoxamina (ISRS), Trazodona (Deprax)

- Depresión Psicótica

- Tricíclicos, ISRS dosis altas, Duales, unir un neuroléptico (aumenta la tasa de respuesta), TEC  
→ Tasa Respuesta 80%

- Existe periodo de Latencia 1-3 semanas

Este Tema se complementa y explica con el libro del autor "La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos". Distribuyen para España: Morcillo y Maidhisa.

# TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

- No respuesta, depresión resistente.
  - ¿Baja dosificación?
  - ¿Factores de personalidad o ambientales)
  - ¿Hay un hipotiroidismo?
  - Dosis máximas al menos 6 semanas de un Antidepresivo
  - Que hacer:
    - Usar dos (o tres) antidepresivos,
    - Potenciación con Litio, Hormona tiroidea (triyodotironina).
    - TEC

## TRATAMIENTO DE CONTINUACIÓN (para evitar recaídas) y Mantenimiento (evitar recidivas)

- En La Manía.
  - Mantener Neuroléptico/s y añadir eutimizante.
- En La Depresión.
  - Antidepresivo un año si es el primer episodio.
- Trastorno recurrente, bipolar o unipolar.
  - **Antidepresivos o eutimizantes**, reducen un 40% recurrencias a los 3 años
  - **Dos episodios**, se necesita 3-5 años de eutimia.
  - **Tres o más episodios**, indefinido (“Toda la vida”) tto preventivo.
  - El Acido Valproico muy buenos resultados junto al litio.
  - **Si no responden las recidivas**, unir 2 (o 3) eutimizantes. “Son necesarias combinaciones farmacológicas múltiples en el TB recurrente”

Este Tema se complementa y explica con el libro del autor "La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos". Editorial Albatros. Distribuyen para España: Morcillo y Maidhisa.

## Tratamiento de CONTINUACIÓN (para evitar recaídas) y de MANTENIMIENTO (evitar recidivas)

- Otros medicamentos eutimizantes:
  - Lamotrigina (síndrome de Stevens Jhonson).
  - Neurolépticos en dosis bajas de mantenimiento en la manía monopolar y también en el trastorno bipolar.
  - Antidepresivos como tratamiento de mantenimiento.
- Psicoeducación. Proporcionar información sobre el trastorno. Aumentar conciencia de enfermedad y la desestigmatización, aumentar cumplimiento, evitar abuso de sustancias, identificar síntomas de recaída, aumentar manejo de estrés. Prevenir recurrencias, incrementar la calidad de vida, mejorar funcionamiento interepisódicos.

Este Tema se complementa y explica con el libro del autor "La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos". Editorial Albatros. Distribuyen para España: Morcillo y Maidhisa.