

# TRASTORNOS INVERNALES DEL ANIMO

*Rodrigo Santis\*, Luis Risco\* y Fernando Lolas\*.*

*\* Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina Universidad de Chile, División Ciencias Médicas Norte.*

## RESUMEN

La existencia de Trastornos del ánimo de recurrencia estacional está plenamente demostrada en el mundo, siendo denominado Trastorno Afectivo Estacional (TAE). En Chile, el TAE no ha sido formalmente descrito. El presente trabajo tiene por objeto estudiar la concordancia clínica y terapéutica de una serie de pacientes con Depresiones de recurrencia invernal, con las características de series extranjeras de TAE. Se reclutaron 12 pacientes con depresión mayor actual, que cumplieron con los requisitos internacionales de recurrencia estacional y se estudió su perfil de síntomas y se evaluó su respuesta a 10 sesiones de Fototerapia de acuerdo a un protocolo estandarizado. Se observó una estrecha concordancia de los síntomas y la respuesta a fototerapia con las series extranjeras. Se trata de la primera serie nacional de TAE. Se discute su relevancia clínica.

Palabras Claves: Trastorno Afectivo Estacional; Fototerapia

## ABSTRACT

The existence of Mood Disorders of seasonal recurrence is completely demonstrated in the world, being named Seasonal Affective Disorders (SAD). In Chile, SAD has not been formally described. The present work has for object to study the agreement clinic and therapeutics of a series patient with depressions of winter recurrence, with the characteristics of foreign series of SAD. Twelve patients were recruited with current Major Depression that complied with the international requirements of seasonal recurrence. It was studied their symptoms profile and was evaluated their response to 10 phototherapy sessions according to a

standardized protocol. A narrow agreement of the symptoms and phototherapy response with the foreign series was observed. This is the first national series of SAD. Its clinic relevance is discussed.

Key words: Seasonal Affective Disorder; Phototherapy.

## INTRODUCCION

Las oscilaciones estacionales del estado de ánimo, tanto en sujetos sanos como en pacientes con trastornos afectivos han sido descritas por numerosos clínicos desde hace ya muchos años (1, 2). A mediados de la década de los 80, se logra identificar de manera consistente (3) un subgrupo de pacientes afectivos cuyas oscilaciones estacionales son particularmente intensas, predominando la recurrencia de depresiones mayores en otoño o invierno. Se denominó a este cuadro Trastorno Afectivo Estacional (T.A.E.) y a la fecha ha sido identificado en gran número de países a lo largo del mundo. Se ha descrito también, un patrón de recurrencia estival de los episodios depresivos, el cual, si bien menos estudiado, tendría distinto perfil clínico y menor prevalencia (4).

Los pacientes con Trastorno Afectivo Estacional muestran pobre respuesta a los esquemas antidepressivos tradicionales, siendo especialmente respondedores a tratamiento con fototerapia (5), el cual consiste en la aplicación regular de luz de alta intensidad por vía ocular (6).

En Chile, el T.A.E. no ha sido formalmente descrito. Nuestro grupo se ha dedicado en los últimos tres años a explorar la presencia del cuadro en la población nacional, y a evaluar su congruencia clínica y tera-

péutica con las series extranjeras. El objetivo del presente reporte es describir una serie de pacientes con recurrencia invernal de sus depresiones mayores y comparar su congruencia clínica y terapéutica con las series extranjeras de Trastorno Afectivo Estacional. El presente estudio fue efectuado en la Unidad de Fototerapia de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, de acuerdo a un protocolo de investigación (Fondecyt N° 1930976).

## MATERIAL Y METODO

Se reclutaron 12 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión: presencia de Depresión Mayor de acuerdo a criterios del D.S.M. III-R (7); puntaje mayor a 15 puntos en la escala de Hamilton para depresión al ingreso y criterios internacionales de T.A.E. (Rosenthal 1984); se excluyeron pacientes con patología médica u otro diagnóstico psiquiátrico. Se evaluó clínicamente por medio de una entrevista semiestructurada diseñada de acuerdo a los patrones identificados en las series más extensas de pacientes reportadas en la literatura (8-10), al ingreso y luego en la evolución, el tipo de sintomatología depresiva del episodio actual. Se les administró fototerapia (FT) por 10 días, por vía ocular, dos horas matinales con una cámara de 2.500 lux de intensidad y a una distancia de un metro de la fuente luminosa. El seguimiento se realizó por tres meses con entrevistas clínicas semanales y escala de Hamilton al 5°, 10°, 15° y 20° día. El criterio de respuesta, fue el utilizado internacionalmente: caída del puntaje de la escala de Hamilton en al menos un 50% y siempre bajo 15 puntos. En la tabla 1 se aprecian los criterios más frecuentemente empleados en el diagnóstico de T.A.E. El análisis estadístico se realizó con pruebas no paramétricas, mediante el software EPI-INFO 5.0.

## RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 12 pacientes, 10 mujeres (83,3%) y 2 hombres (16,7%). El promedio de edad fue de 43 años (rango de 31 a 58 años). La edad de inicio promedio fue de 31 años (rango de 19 a 47 años) con 3,6 recurrencias depresivas (D.E.= 2,3) en la evolución. La duración promedio de cada episodio depresivo fue de 4,6 meses (D.E.= 1,7).

En 4 pacientes (33%) se constataron antecedentes familiares de Trastornos Afectivos y en solo dos casos (16,7%), antecedentes familiares de T.A.E. En tres pacientes (25%) existió el antecedente familiar de alcoholismo.

En 10 de los 12 pacientes estudiados (84%) existió consulta previa ya sea médica y/o psicológica, utilizándose antidepresivos en 8 de ellos (80%) sin respuesta satisfactoria. La mayoría de los pacientes presentó en su evolución, somatizaciones tales como cefaleas, precordalgias, dolores abdominales, palpitations, parestesias, etc, que en un primer momento los llevó a consultar distintos especialistas y someterse a exámenes que finalmente resultaron negativos.

El tipo de evolución correspondió en 75% de los casos a Trastorno Unipolar (sólo depresiones) y en un 25% a Trastorno Bipolar (depresiones y manías). En la tabla 2 se compara las características clínicas de la muestra con tres series extranjeras (8-10).

En cuanto al tipo de sintomatología depresiva del episodio actual, la mayoría de los pacientes presentó el perfil de las depresiones atípicas con alteración inversa de los ritmos biológicos. En la tabla 3 se detallan los síntomas y sus frecuencias, y se compara la muestra con el perfil reportado en series extranjeras (8-10).

La tasa de respuesta a fototerapia fue de 83,3%; se observó diferencia estadísticamente significativa (Mann-Whitney;  $p < 0,05$ ) en la evaluación con escala de Hamilton al 10° día de iniciada la fototerapia, entre respondedores y no-respondedores. No existieron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de Hamilton de ingreso entre ambos grupos. De los 10 pacientes respondedores, 4 (40%) recayeron al 5° día de suspendida la fototerapia, por lo que se reinició en ellos un esquema de mantención de fototerapia con buena respuesta.

## DISCUSION

A la luz de los resultados expuestos y considerando las limitaciones de este diseño prospectivo abierto,

es posible concluir que los pacientes con depresiones de recurrencia invernal identificados en este estudio presentan un alto grado de concordancia tanto clínica como terapéutica con las series extranjeras de T.A.E. Dicha concordancia muy probablemente se debe a que se trata de la misma entidad nosológica, constituyéndose así esta muestra, en la primera serie nacional del Trastorno Afectivo Estacional.

En cuanto a la concordancia clínica, es destacable la presencia en la mayoría de los pacientes, de síntomas de «depresión atípica», la cual ha sido reportada como el patrón clínico de depresión más frecuentemente observado en la mayoría de las series extranjeras de Trastorno Afectivo Estacional (8-11). La depresión atípica se caracteriza por un síndrome depresivo en que destaca, el gran retraimiento social de los pacientes, irritabilidad marcada, compromiso del funcionamiento familiar y laboral importante, acentuación vespéral de los síntomas y trastornos vegetativos inversos, tales como hipersomnia, aumento del apetito y en particular por carbohidratos, con aumento de peso. La presencia de este patrón es importante ya que se ha podido determinar que a mayor precocidad de aparición de síntomas atípicos en la vida de los pacientes, mayor es la estabilidad de las recurrencias estacionales futuras (12); así mismo las características atípicas del episodio depresivo constituyen uno de los factores predictores de favorable respuesta del T.A.E. a fototerapia (13).

Al analizar el efecto de la fototerapia en los pacientes, observamos que tanto la tasa de respuesta (83,3%) como la tasa de recaída (40%) es concordante con las cifras previamente reportadas (14). Es notable en este cuadro la estabilidad de sus características clínicas y terapéuticas a lo largo del mundo independientemente de factores culturales. Se ha observado una mayor prevalencia en países de mayores latitudes (15) y una estrecha relación con el acortamiento del fotoperíodo en invierno (15). La etiología es desconocida, pero se ha observado que el factor clave en el desencadenamiento del T.A.E. sería la disminución de la luminosidad solar, así como se ha constatado diversas alteraciones en las amplitudes y relaciones entre las fases de los ritmos biológicos (16).

Como se pudo observar en esta serie, gran número de los pacientes tuvo consultas con diversos especialistas, así como con psiquiatras no familiarizados en el tema, que pudieron constatar la pobre respuesta a los esquemas antidepressivos clásicos. La dificultad en el diagnóstico estriba en la gran cantidad de síntomas somáticos que presentaron estos pacientes tales como cefalea, palpitaciones, precordialgias, síntomas gastrointestinales, dorsalgias, astenia, aumento de peso, insomnio, etc, que en un primer momento guiaron el diagnóstico a distintos cuadros somáticos. Es importante señalar que al igual que la mayoría de los pacientes con patología psiquiátrica, los portadores del T.A.E. con alta probabilidad consultarán en primera instancia a médicos generales, internistas, neurólogos, etc., quienes con la investigación del patrón de recurrencia estacional de los síntomas, pueden beneficiar a un grupo de pacientes que sometidos a fototerapia cambiarán radicalmente su calidad de vida.

Finalmente destacamos que en nuestro país, el estudio y tratamiento del Trastorno Afectivo Estacional está implementado y disponible en la Unidad de Fototerapia de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.

## REFERENCIAS

- 1.- Kasper S. , Wehr T. et al. Epidemiological findings of seasonal changes in mood and behavior. Arch. Gen. Psychiat. 46: 823-833. 1989.
- 2.- Eastwood R. , Whitton J. et al. Infradian rhythms: a comparison of affective disorders and normal persons. Arch. Gen. Psychiat. 42: 295-299. 1985.
- 3.- Rosenthal N., Sack D., Gillin J. et al.: Seasonal Affective Disorder: a description of the syndrome and preliminary finding with light therapy. Arch. Gen. Psychiat. 41: 72-80. 1984.
- 4.- Wehr T. , Sack D. , Rosenthal N. Seasonal affective disorder with summer depression and

- 
- winter hypomania. *Am. J. Psychiat.* 144; 12: 1602-1603. 1987.
- 5.- Lam R. Seasonal Affective Disorders. *Curr. Op. in Psych.* 7: 9-13. 1994.
- 6.- Wehr T. , Skwerer R. et al: Eye versus skin phototherapy of seasonal affective disorder. *Am. J. Psychiat.* 144; 6: 753-757. 1987.
- 7.- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorder.* 3rd ed., revised. Washington DC: A.P.A., 1987.
- 8.- Thompson C. , Isaacs I. Seasonal affective disorder, a british sample. *J. Affect. Dis.* 14: 1-11. 1988.
- 9.- Wirz-Justice A. , Bucheli C. , Graw P. et al.: Light treatment of seasonal affective disorder in Switzerland. *Acta Psych. Scand.* 74: 193-204. 1986.
- 10.- Oren D.A. , Rosenthal N.E.: Seasonal Affective Disorder. En: Paykel E.S. Ed. *Handbook of Affective Disorders.* Second edition. Churchill Livingstone: 553-4.1992.
- 11.- Garvey M. , Wesner R. , Godes M. : Comparison of seasonal and nonseasonal affective disorders. *Am. J. Psychiat.* 145; 1: 100-102. 1988.
- 12.- Sakamoto K., Nakadaira S., Kamo K., et al. A Longitudinal Follow-Up Study of Seasonal Affective Disorder. *Am J Psychiatry* 152(6): 862-868. 1995.
- 13.- Lam R.W. : Morning light therapy for winter depression: predictors of response. *Acta Psychiatr. Scand.* 89: 97-101. 1994.
- 14.- Terman M. , Terman J. , Quitkin F. , et al.: Light therapy for seasonal affective disorder: a review of efficacy. *Neuropsychopharmacology* 2: 1-22. 1989.
- 15.- Rosen L.N. , Targum S.D. , Terman M. et al.: Prevalence of seasonal affective disorder at four latitudes. *Psychiatry Research* 31: 131-144. 1990.
- 16.- Risco L. , Sciolla A. , Rees R. , Lolas F. Aspectos cronobiológicos de los Trastornos Afectivos: hipótesis recientes. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 28; 1: 21-32. 1990.
- 17.- Spitzer R. , Endicott J. , Robins E.: Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch. Gen. Psychiat.* 35: 773-782. 1978.
- 18.- American Psychiatric association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.* Washington, DC, American Psychiatric association, 1994.

**Tabla 1.**  
**Criterios para Trastorno Afectivo Estacional según Rosenthal (3) y Trastorno del Animo con patrón estacional, según D.S.M. III-R (7) y D.S.M. IV (18).**

Rosenthal 1984.	D.S.M. III-R 1987.	D.S.M. IV 1994.
1) Historia de Trastorno Afectivo Mayor, según criterios de investigación (17).	1) Historia de Trastorno Afectivo, de acuerdo a D.S.M.III-R.	1) Ha existido una relación temporal entre el inicio de episodios depresivos mayores en Trastorno Bipolar I o Bipolar II o Trastorno Depresivo Mayor Recurrente y un período particular del año (aparición regular en otoño o invierno). Se excluye efecto evidente estresores psicosociales de perfil estacional.
2) Al menos dos años consecutivos previos, en los cuales la depresión se desarrolla en otoño o invierno y remite en primavera o verano.	2) Al menos tres episodios depresivos invernales, dos de los cuales son consecutivos.	2) Remisión completa (o viraje a manía o hipomanía) también ocurre en un período característico del año (ej. depresión desaparece en primavera).
3) Ausencia de cualquier otro trastorno psiquiátrico en el eje I del D.S.M.III (A.P.A. 1980).	3) El inicio y remisión completa del episodio ocurren dentro de un período específico de 60 días en cada año.	3) En los últimos dos años han ocurrido dos depresiones mayores que demuestran la relación de los criterios 1 y 2, y no han ocurrido depresiones mayores no estacionales en el mismo período.
4) Ausencia de cualquier variable psicosocial que pudiera dar cuenta de la variabilidad del ánimo y la conducta.	4) El número de episodios estacionales es mayor que los no estacionales, en una proporción igual o superior a tres es a uno.	4) Los episodios depresivos estacionales son sustancialmente más numerosos que los no estacionales que pudieran haber ocurrido a lo largo de la vida del individuo.
	5) Ausencia de cualquier variable psicosocial que pudiera dar cuenta de la variabilidad del ánimo y la conducta.	

*PRAGMATEN es una propanolamina sustituida que bloquea selectivamente la recaptación de serotonina a nivel sináptico. El efecto sobre la recaptación de 5HT con fluoxetina es 10 veces más potente que el efecto sobre n-adrenalina o dopamina. Se caracteriza por su potente efecto antidepresivo y por no provocar síntomas anticolinérgicos ni cardiotóxicos. A diferencia de los antidepresivos clásicos no provoca aumento del apetito ni del peso.*

# PRAGMATEN®

## Cambió el rostro a la depresión



### INDICACIONES

Estados depresivos endógenos y reactivos. Depresión sintomática a enfermedades generales. Estados depresivos asociados a obesidad. Síndromes fóbicos y obsesivos.



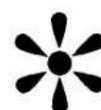
### POSOLOGIA

La dosis inicial es una cápsula, 1 vez al día. La dosis terapéutica debe ajustarse individualmente y oscila entre 20 y 80 mg al día, administrados en una o dos dosis diarias.



### CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad a la Fluoxetina.



### EFFECTOS LATERALES

Los efectos laterales más frecuentes son: Náuseas, inquietud e insomnio, cefalea y temblor.



### FORMULA Y PRESENTACION

Cada cápsula contiene Fluoxetina 20 mg.  
Envases con 20, 30 o 60 cápsulas.  
Envases con 10 o 30 comprimidos.

---

 **LABORATORIOS  
RECALCINE  
INTERNACIONAL**

---

**Tabla 2.**

**Comparación clínica de una muestra nacional de Depresiones Invernales con tres series extranjeras de T.A.E. (8-10).**

	<b>C. P. U. de Chile n= 12%</b>	<b>Thompson &amp; Isaacs n= 51 (%)</b>	<b>Wirz-Justice n= 81 (%)</b>	<b>Rosenthal n= 366 (%)</b>
<b>Sexo</b>				
Femenino	83	90	80	78
Masculino	17	10	20	22
<b>Promedio edad (años)</b>	43	42	44	38
<b>Promedio edad inicio (años)</b>	31	24	32	23
<b>Duración episodios (meses)</b>	4,6	4	5	5
<b>Diagnóstico</b>				
Unipolar	75	29	94	33
Bipolar I	8	51	4	59
Bipolar II	17	20	1	8
<b>Hist. familiar</b>				
Tr. Af. Mayor	33	25	57	52
Abuso Alcohol	25	8	25	37
<b>Tratam. previo</b>				
Ninguno	16	0	23	23
Psicoterapia	25	0	0	73
Antidepresivos	80	49	45	43
Hospitalización	33	18	12	11
Litio	17	16	6	9
T.Electroconvulsiva.	0	8	0	2

**Tabla 3.**  
**Comparación de la frecuencia de síntomas entre una muestra nacional y tres series  
 extranjeras de T.A.E.**

	<b>C.P. U. de Chile N= 12(%)</b>	<b>Thompson &amp; Isaacs N= 51(%)</b>	<b>Wirz-Justice et al. N= 81(%)</b>	<b>Rosenthal et al. N= 366(%)</b>
<b>Cambios en afecto</b>	100		95	96
tristeza	100	96	68	86
irritabilidad	100	77	84	86
ansiedad		86		
<b>Disminución de actividad</b>	100	100	80	95
<b>Dificultades interpersonales</b>	92	98	90	92
<b>Cambio en apetito</b>				
aumentado	83	74	48	67
disminuído	17	16	26	16
sin cambio	0	10	26	17
ap.carbohidratos	100	82	-	71
<b>Cambio en peso</b>				
aumento	75	84	54	75
disminución	0	6	20	9
sin cambio	25	10	25	17
<b>Cambio en sueño</b>				
inicio adelantado	33	-	-	65
aumento duración	50	78	61	79
cambio calidad	75	71	79	75
somnol. diurna	75	-	-	81
<b>Disminución líbido</b>	100	-	38	65
<b>Dificul. laborales</b>	100	100	96	86
<b>Atenuación cerca Ecuador</b>	17	-	-	87
<b>Exacerbación menstrual</b>	0	-	-	59