

Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo o del humor son muy frecuentes en nuestra sociedad en general. La depresión, que es el trastorno del estado de ánimo diagnosticado con más frecuencia, afecta a alrededor del 9,5% de adultos en Estados Unidos por año, y alrededor del 20% en algún momento de sus vidas (Yapko, 1997). No debe sorprender que estos trastornos sean también frecuentes en los adultos con síndrome de Down. De hecho, la depresión es la enfermedad mental diagnosticada con más frecuencia en nuestro centro de adultos. En los 13 años de existencia de este centro, aproximadamente el 18% de nuestros pacientes ha sido diagnosticado de depresión. Conforme vamos siguiendo la trayectoria de sus vidas, no nos sorprendería que la prevalencia final superara ese 20% de la población general. Dada la frecuencia de esta enfermedad, este capítulo va a analizar con detalle las diversas causas y manifestaciones de la depresión en las personas con síndrome de Down.

El trastorno bipolar y la manía son otros dos tipos de trastornos del estado de ánimo que aparecen con mucha menos frecuencia en las persona con síndrome de Down. El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de períodos de depresión que alternan con los de manía. El capítulo los analizará con cierta extensión porque sus síntomas pueden ser graves y debilitadores. También se considerará la manía, que también puede ser grave, pero que es mucho más rara en la población con síndrome de Down.

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

La depresión es un trastorno primario del estado de ánimo que se caracteriza por mostrar un estado de tristeza y/o una reducción en el interés por las cosas con las que la persona antes disfrutaba. Estos síntomas, así como la naturaleza persistente del problema, son los que diferencian a la depresión de un sentirse simplemente desanimado o triste. Un episodio de depresión mayor dura como mínimo dos semanas. Hay un diagnóstico que está relacionado: la distimia (trastorno distímico), que se caracteriza por que, durante al menos dos años, son más

los días en que uno está deprimido que aquellos en los que no lo está, pero el cambio en el estado de ánimo y el efecto sobre el individuo son menos marcados que con la depresión.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN?

En Estados Unidos se diagnostica generalmente la depresión comparando los síntomas del paciente con los criterios de diagnósticos de depresión establecidos en la cuarta edición revisada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association. Es un manual que establece los criterios «oficiales» para diagnosticar todos los «trastornos mentales». El DSM-IV-TR incluye las enfermedades consideradas tradicionalmente como mentales, como son la depresión, los trastornos obsesivo-compulsivos, la esquizofrenia y otros. Pero incluye también criterios para otras situaciones o enfermedades como son el retraso mental (discapacidad intelectual), trastornos del aprendizaje, el abuso de drogas, la demencia, los trastornos con tic y otros.

Los criterios diagnósticos señalados en el DSM-IV-TR se apoyan fuertemente en la información que da el paciente sobre sus sentimientos subjetivos. Por ejemplo, el sentirse triste o inútil (y el paciente expresa articuladamente estos sentimientos) es considerado como un síntoma importante de depresión según el DSM-IV-TR. Sin embargo es raro que oigamos estas quejas en los adultos con síndrome de Down que *están* realmente deprimidos.

Los síntomas más frecuentes recogidos en 98 personas adultas con síndrome de Down diagnosticadas de depresión mayor en nuestro centro de adultos están señalados en la tabla (a continuación). La muestra incluyó a personas de edades comprendidas entre los 20 y los 60 años.

Si estos síntomas duran más de unas pocas semanas, se recomienda hacer una ulterior evaluación.

Síntomas de depresión mayor en adultos con síndrome de Down

Síntomas de depresión (DSM-IV-TR)	%
Tristeza o infelicidad (descritas también como falta de vitalidad, humor o espontaneidad)	100
Apatía, pérdida de interés en actividades o dejar de participar en ellas, incluido el retraerse de la familia y amigos	100
Retraso psicomotor (lentitud en las actividades)	83
Pérdida de energía, sensación de fatiga intensa	78
Aumento de la irritabilidad o mal humor	78
Pérdida de concentración o de la capacidad para terminar las tareas	74
Peor cuidado de sí mismo (aseo, etc.) y deterioro de habilidades independientes	71
Cambios visibles en los hábitos de sueño (por más o por menos)	71
Cambios visibles en los hábitos de alimentación (por más o por menos)	65
Agitación psicomotora (p. ej., conducta agresiva o dificultad para estar calmado)	63
Absorto en sí mismo, sin atención, sin dar respuestas (a las personas y a las cosas)	63
Rasgos psicóticos (intenso retraimiento, soliloquios alucinatorios, etc.)	57
Temores infundados, evitación de las personas o de ciertos objetos	47

Además, pueden aparecer otros trastornos junto con la depresión, trastornos que se denominan «comórbidos». Por ejemplo, puede haber ansiedad o trastornos obsesivo-compulsivos junto con la depresión. Diversos problemas médicos pueden ser también considerados comórbidos (v. su descripción en el cap. 2 y más adelante). Igualmente pueden acompañar a la depresión trastornos de conducta (cap. 19) y rasgos psicóticos (cap. 17).

Los rasgos psicóticos son bastante frecuentes y ofrecen síntomas que se muestran muy desagradables, y hacen que la persona parezca estar fuera de la realidad. Estos síntomas son del tipo de soliloquios acompañados de agitación y alucinaciones, aislamiento extremo, ensimismamiento. Es raro que estos síntomas indiquen una psicosis auténtica, de ahí que se les llame «rasgos» psicóticos. No es de extrañar que estos síntomas sean también más frecuentes en los niños de la población general que padecen depresión. En ambos grupos, la línea entre realidad y fantasía es borrosa, lo que hace que los síntomas se muestren como más bien raros. Además, la depresión puede ejercer una acción más debilitadora en las personas con síndrome de Down y en los niños. Esto explica por qué suelen demostrar con mayor frecuencia retraimiento y aislamiento. A menudo esto les sirve de mecanismo de protección para poder conservar su propia vida y energía.

En una muestra de 130 personas diagnosticadas con síntomas de depresión mayor en nuestro centro de adultos, los trastornos comórbidos aparecieron en 93, lo que representa el 77% de la muestra. Véanse los datos en la tabla siguiente.

Depresión mayor y trastornos comórbidos

	Número de personas	%
Depresión mayor sin trastornos comórbidos	27	21
Depresión mayor y problemas médicos	33	25
Depresión mayor y trastorno obsesivo-compulsivo	24	18,5
Depresión mayor y trastornos de ansiedad	22	17
Depresión mayor y rasgos psicóticos	19	14,5
Depresión mayor y trastornos de conducta	5	4
Total	130	100

DIAGNÓSTICO

En la gente que no tiene discapacidad intelectual, se diagnostica la depresión principalmente mediante la entrevista directa con una profesional de la salud mental. La exploración física, los análisis de laboratorio y la información proporcionada por otras personas pueden dar información adicional. El diagnóstico en las personas con síndrome de Down puede ser más complicado. Como se describe en el capítulo 12, la dificultad de las habilidades verbales, del pensamiento conceptual y del funcionamiento cognitivo global constituyen un problema para obtener del paciente su historia de forma adecuada. De ahí que se dependa más de la información de la familia o los cuidadores. Pero esto añade un grado de interpretación de los síntomas, y puede significar una infravaloración o una supervaloración de estos. Añádase a esto que las personas con síndrome de Down pueden tener algu-

nos síntomas que parecen más graves de lo que son. Como los niños, pueden tener cierta dificultad para distinguir entre hecho y fantasía, especialmente si están sufriendo otros síntomas de depresión. Por ejemplo, como se ha indicado anteriormente, el soliloquio de tipo alucinatorio, la pérdida de una determinada habilidad o el retraimiento extremo pueden ser síntomas de depresión en las personas con síndrome de Down. Si se les da excesiva importancia a estos síntomas mientras que se olvidan otros o se los subestima, la persona puede ser erróneamente diagnosticada como paciente con un trastorno psicótico primario, lo que redundará en la prescripción equivocada de medicación antipsicótica.

Como se ha analizado en el capítulo 12, estas limitaciones obligan a que la persona responsable del diagnóstico realice algunas observaciones por sí misma. A veces no hay mejor observación que la que uno mismo obtiene viendo o estando con la persona en su casa o centro de trabajo. Además, conseguir que la persona exprese cómo se siente puede revelar importante información. Mediante intentos de asesoramiento, la persona puede aprender a articular mejor sus sentimientos.

CAUSAS DE DEPRESIÓN

En las personas con síndrome de Down, como en cualquier otra, hay tres factores generales que contribuyen al desarrollo de la depresión:

- El estrés social y ambiental.
- Trastornos o modificaciones químicas en el cerebro.
- Problemas médicos.

Estrés

Ejemplos de estrés capaces de provocar depresión son:

- Pérdidas personales (la muerte de uno de los padres, la pérdida de la compañía de un hermano cuando se va de casa).
- Elementos estresantes de carácter ambiental (un problema laboral que resulta muy tenso al interesado).
- Cambios en las personas que le cuidan.

En capítulos anteriores hemos abordado muchos temas que son importantes para la promoción de la salud mental. Cualquier cambio en aspectos positivos en la vida de una persona, o su pérdida, puede contribuir a la depresión.

Para alcanzar el diagnóstico resulta muy útil comprender de qué manera el estrés social y ambiental puede hacer que la depresión se instale. La búsqueda de factores sociales que puedan estar contribuyendo no solo ayuda a situar el problema en su contexto sino que puede ser muy beneficioso para desarrollar un plan de tratamiento.

Algunos responden con enfados y con conducta agresiva al estrés o a la pérdida, pero la mayoría de las personas con síndrome de Down lo hacen más pasivamente, con depresión. Con frecuencia se aíslan de la familia o de los amigos, y dejan de participar en actividades que antes disfrutaban. Creemos que esta respuesta más pasiva se debe a un sentimiento de

abandono que surge por tener poco control de sus vidas y relativamente pocos recursos para solucionar sus problemas por sí mismos. La depresión puede también ser un mecanismo de protección que conserva vida y energía, especialmente si la persona se siente sobrepasada.

Diferencias en el cerebro

Parece que la bioquímica desempeña también un papel importante en la depresión, al menos en alguna fase temporal. El cerebro funciona en gran medida como una máquina eléctrica, con espacios entre las células cerebrales que son salvados mediante la liberación de sustancias químicas que se llaman neurotransmisores. Se piensa que la depresión se debe a la disminución de uno de estos neurotransmisores, la serotonina. También desempeña un papel adicional en la depresión la sensibilidad de los receptores de las células a los que se une y sobre los que actúa la serotonina. Se está investigando todavía qué es lo que hace cambiar la cantidad de serotonina o la sensibilidad de los receptores. También participan otros neurotransmisores como la noradrenalina y la dopamina. La genética, el estrés ambiental, los factores sociales y otros elementos también contribuyen a estos cambios.

Algunos estudios han sugerido que puede haber un descenso relativo de serotonina en el cerebro de las personas con síndrome de Down. El papel de la serotonina y demás neurotransmisores, sus receptores y otros factores relacionados con ellos en las personas con síndrome de Down y sin él son temas que en la actualidad están siendo investigados.

Problemas médicos

Son muchas las alteraciones médicas, y en particular las que duran largo tiempo o son graves, que pueden contribuir a la depresión. La frustración que supone el no sentirse bien, los cambios que hay que hacer en el programa previsto, la imposibilidad de participar en actividades, las molestias e inconveniencias que ocasionan las exploraciones y análisis, todos ellos son factores que contribuyen a la depresión.

El dolor persistente o crónico contribuye también de forma importante. En primer lugar, tener dolor deprime; en segundo lugar, sentirse frustrado y ser incapaz de comunicar su propio dolor contribuye también a la depresión. Se analiza este círculo vicioso en mayor grado en el capítulo 2. Sin embargo, un tema que merece la pena repetir aquí es que tratar la dolencia causante del dolor y/o el propio dolor en sí mismo es ya una parte importante del tratamiento de la depresión. Si el dolor persiste y la depresión aumenta, entramos en la situación del huevo y la gallina: entramos en la confusión de conocer qué empezó primero y qué esta agravando o exacerbando al otro. A decir verdad, decidir cuál es la causa y cuál el efecto es mucho menos importante que valorar y tratar las dos situaciones: el dolor y la depresión.

En el capítulo 2 analizamos con detalle los problemas médicos que más frecuentemente contribuyen a los problemas de salud mental en los adultos con síndrome de Down. De esos trastornos, los que más probablemente ocasionan depresión son:

Hipotiroidismo. Más del 40% de los pacientes explorados en nuestro centro tienen hipotiroidismo. Va acompañado a menudo de letargia, menor interés por las actividades y

depresión del estado de ánimo. A veces puede causar depresión en toda regla. El hipotiroidismo se diagnostica mediante un análisis de sangre.

Al tratar el hipotiroidismo se beneficia por lo general el tratamiento de la depresión. A veces el único tratamiento que requiere la depresión es el del hipotiroidismo. Si una persona está deprimida y no se trata el hipotiroidismo, probablemente el tratamiento de la depresión no tendrá pleno éxito. Y a la inversa, a veces la medicación con hormona tiroidea no es todo lo que se necesita, en cuyo caso, lo probable es que el hipotiroidismo no sea la causa única de la depresión sino un factor contribuyente. Es posible también que el hipotiroidismo fuese la causa inicial pero que después se sumaron otros elementos. En ambas situaciones, el tratamiento debe ser doble, lo que puede significar dar asesoramiento, medicación antidepressiva y otras intervenciones.

Lyle, de 35 años, fue visitado en su casa porque rehusaba salir. Durante varios meses previos a esta visita se había negado a salir de la cama, incluso a ir a la cocina a comer o al baño para hacer sus necesidades. Se le encontró hipotiroidismo y se inició la medicación adecuada. Se sintió más animado y empezó a levantarse de la cama. Pero fue necesario tratar otros problemas antes de conseguir una mayor mejoría, si bien el tratamiento del hipotiroidismo fue el primer paso para que su tratamiento tuviese éxito.

Apnea del sueño. Se define la apnea del sueño como el cese completo de la respiración durante el sueño por cualquier causa, lo que ocasiona la disminución de oxígeno en la sangre y el aumento de dióxido de carbono (un aumento mayor del que habitualmente se observa en el sueño normal). La apnea del sueño puede provocar depresión. Probablemente se trata de un efecto indirecto relacionado con la persistencia de la fatiga, y otro directo debido a la sucesión irregular de los ciclos del sueño y a la privación de oxígeno. La depresión puede mostrarse incluso con rasgos psicóticos del tipo de las alucinaciones y delirios. El diagnóstico y tratamiento de la apnea del sueño son revisados en el capítulo 2. El tratamiento puede incluir la pérdida de peso, los cambios en la posición para dormir, las máquinas de presión positiva en las vías respiratorias, de forma continua (CPAP) o bifásica (BIPAP), y la cirugía.

Celiaquía. La celiaquía o enfermedad celíaca se debe a la sensibilidad al gluten, una proteína que se encuentra en el trigo, la cebada y la avena. Esta sensibilidad produce inflamación de la pared del intestino delgado, lo que origina una reducción en la absorción de alimentos, vitaminas y minerales. La pérdida de peso, la diarrea, la fatiga y una sensación de mala salud son síntomas de esta enfermedad. Sobre todo si se sienten de forma crónica, estos síntomas pueden contribuir a la depresión, como también pueden hacerlo las carencias de vitaminas y minerales secundarias a la enfermedad celíaca.

Se cree que la enfermedad celíaca es más frecuente en las personas con síndrome de Down, quizá hasta 100 veces más frecuente que en el resto de la población. Especialmente porque los síntomas pueden ser muy sutiles y las personas con síndrome de Down pueden tener dificultad para describir esa sensación de pobre salud, debe tenerse en cuenta la enfermedad celíaca ante una persona con depresión.

Alberto, de 27 años, vino al centro con distimia crónica (tristeza). Aunque no tenía una depresión plenamente demostrada, se le veía infeliz, fatigado, se resistía a

participar en las actividades. Se sabía también que necesitaba suplemento de hierro para tratar y prevenir una anemia por déficit de hierro. Además, tenía una historia de dolor abdominal recurrente en forma de retortijones. Una vez realizado el diagnóstico de enfermedad celíaca e iniciado el tratamiento con dieta libre de gluten, el dolor abdominal de Alberto se redujo, no necesitó más suplementos de hierro y su estado de ánimo mejoró notablemente. También fueron mejorando gradualmente su fatiga y resistencia a participar en actividades. No necesitó más tratamiento y «recuperó su forma de ser».

Deficiencia de vitamina B₁₂. La deficiencia de vitamina B₁₂ puede contribuir a la depresión. Parece que es más frecuente en las personas con síndrome de Down, quizá debido a la enfermedad celíaca. Cuando una persona tenga depresión se recomienda hacerle un análisis sanguíneo de vitamina B₁₂. El tratamiento consiste en incrementar esta vitamina en la dieta (dando vitaminas o mejorando la alimentación), en tratar la causa de la pobre absorción de vitamina B₁₂ (como es el caso de la enfermedad celíaca) o mediante inyecciones regulares de vitamina B₁₂.

Trastornos de la visión y audición. Las alteraciones de los sentidos son causa también de depresión. La perturbación de la visión y de la audición ocasiona importantes problemas para cualquiera. Y si además tiene una capacidad intelectual reducida para compensar esta pérdida, será especialmente problemático. La dificultad puede ser superior a lo que uno puede afrontar, dando origen a la depresión. Si se puede corregir el problema sensorial, su tratamiento directo forma parte claramente del tratamiento de la depresión. Si no se puede corregir, el tratamiento consistirá en optimizar la función del sentido afectado y en enseñar mecanismos de compensación. A menudo va a hacer falta también medicación antidepressiva.

TRATAMIENTO

Además de concretar los posibles problemas médicos que provocan depresión y de tratarlos médicamente, se utilizan también otras estrategias para tratar la depresión. Son las siguientes:

- Asesoría de apoyo (v. cap. 13).
- Identificar y reducir los factores estresantes (se analizan a lo largo de todo este libro, y especialmente en el cap. 11).
- Medicación (v. a continuación).
- Animar a hacer ejercicio y a participar en actividades que le reafirmen.

Medicación

Hemos comprobado que la medicación es útil para tratar la depresión de los adolescentes y adultos con síndrome de Down. El objetivo de prescribir medicación no es solo

mejorar la depresión sino también ayudar a que la persona responda mejor a los demás tratamientos. Por lo general, los otros tratamientos mencionados anteriormente resultan también beneficiosos.

A la hora de elegir un medicamento antidepresivo, se deben tener en cuenta tanto los efectos beneficiosos como los posibles efectos secundarios. Si varios de ellos son igualmente eficaces, generalmente deberá elegirse el que tenga menos efectos secundarios. Pero en algunas situaciones, la presencia de un posible efecto secundario puede ser una ventaja y, por tanto, será mejor elegir el medicamento con ese efecto secundario. Por ejemplo, un medicamento que a veces resulta sedante puede ser útil para quien tenga dificultades para dormir.

La medicación antidepresiva puede ser enormemente eficaz. A menudo, sin embargo, tarda varias semanas en verse el efecto tras iniciar o incrementar la dosis.

Se clasifican básicamente en tres grupos:

- Antidepresivos tricíclicos.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- Antidepresivos inespecíficos.

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

Los antidepresivos tricíclicos fueron los primeros fármacos desarrollados específicamente para tratar la depresión. Algunos ejemplos son la amitriptilina y la nortriptilina.

Con frecuencia, estos medicamentos son muy eficaces, pero sus efectos secundarios pueden resultar problemáticos, en particular los de carácter anticolinérgico. Estos efectos secundarios surgen cuando los efectos de la acetilcolina, un neurotransmisor, son bloqueados en el sistema nervioso periférico o en el cerebro. La acetilcolina desempeña un importante papel en el sistema nervioso autónomo (controla las funciones corporales que no exigen pensamiento consciente, como es el caso del ritmo cardíaco) y en la contracción de los músculos esqueléticos. Son efectos secundarios de carácter anticolinérgico la sequedad de boca, el estreñimiento, los problemas urinarios, el mareo, la baja presión arterial y otros. Las personas con síndrome de Down tienden a ser particularmente sensibles a estos efectos secundarios, razón por la que se usa en ellas con menos frecuencia.

Algunos de los tricíclicos tienden a ser sedantes. Eso puede ser una ventaja si uno de los síntomas de la depresión es la dificultad para dormir. Su utilización a última hora de la tarde o al irse a dormir puede mejorar el sueño. Son especialmente sedantes y potencialmente útiles a estos efectos la doxepina y la amitriptilina. Pero los efectos secundarios anticolinérgicos a menudo superan al beneficio que reportan, por lo que no los usamos con frecuencia.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

Como se ha analizado en el capítulo 13, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) actúan retrasando o bloqueando la recaptación (reciclaje) del neurotransmisor serotonina en el cerebro. Puesto que se piensa que las personas deprimidas tienen insuficiente serotonina, el uso de estos fármacos para aumentar la disponibilidad de serotonina en el cerebro puede resultar eficaz para reducir los síntomas de la depresión.

En nuestra experiencia, los ISRS citalopram, escitalopram, paroxetina, fluoxetina y sertralina son eficaces para mejorar los síntomas de la depresión. Según la Food and Drug

Administration (FDA), la fluvoxamina, otro ISRS, no está indicada para la depresión (está indicada en los trastornos obsesivo-compulsivos) y no la hemos visto especialmente útil en la depresión. Como se explica en el capítulo 13, la selección de un fármaco en concreto viene determinada por el beneficio que de él se espera, el perfil de sus efectos secundarios (utilizando los efectos secundarios de forma ventajosa o evitando fármacos que tiendan a tener ciertos efectos secundarios) y por aspectos individuales (p. ej., será preferible la forma líquida como el jarabe o gotas si la persona no puede tragar un comprimido).

Hemos observado que los ISRS tienden a tener menos efectos secundarios para nuestros pacientes que los antidepresivos tricíclicos. Pero no carecen de efectos secundarios; los más frecuentes se exponen en el Anexo 1 al final de este libro.

Algunos de nuestros pacientes con síndrome de Down han desarrollado agitación, al parecer como efecto secundario de estos productos. Parece más frecuente con la fluoxetina, razón por la que tendemos a usarla menos. Con la fluoxetina, la agitación tarda semanas o incluso meses en aparecer. También hemos visto agitación con la paroxetina pero tiende a ocurrir más precozmente, pocas semanas después de iniciar el tratamiento o de incrementar la dosis. En nuestra experiencia, la agitación se da menos frecuentemente con el citalopram, el escitalopram y la sertralina.

Con estos productos puede aparecer sedación como efecto secundario, pero también pueden conseguir que los pacientes se encuentren más despiertos. No parece existir un patrón definido por el que una persona vaya tener uno u otro efecto secundario, o por el que un determinado fármaco vaya a producir un determinado efecto secundario en un individuo concreto. Parece que el único medio de determinar si una persona mostrará alguno de estos efectos secundarios es probar el medicamento. Curiosamente, pese a que todos ellos puedan actuar de forma parecida, un paciente concreto puede no tolerar un medicamento y tolerar otro, en cambio.

Otros efectos secundarios de los ISRS son el aumento de peso y de apetito. La paroxetina es con el que se observaron con más frecuencia en nuestros pacientes con síndrome de Down. Aunque esto puede ser perjudicial para algunos pacientes, reportará gran beneficio a aquellos en los que la depresión curse con pérdida de apetito.

En la población general, se ha descrito el aumento del riesgo de suicidio como un efecto secundario potencial de estos fármacos. No hemos visto este efecto secundario en las personas con síndrome de Down. De hecho, aunque ocasionalmente hemos oído a algunos pacientes hablar sobre el suicidio, no son frecuentes los intentos reales en las personas con síndrome de Down.

Otro aspecto del tratamiento con ISRS es la necesidad de reducir paulatinamente la dosis cuando es necesario interrumpir la medicación y no hacerlo de manera brusca. En algunos individuos parece que hay un fenómeno similar a la abstinencia al retirar estos fármacos.

OTROS ANTIDEPRESIVOS

Además de los ISRS y de los tricíclicos, a veces se usan otros medicamentos para tratar la depresión. No encajan de forma nítida en ninguna categoría porque actúan sobre un puñado de neurotransmisores. Hemos comprobado que fármacos de esta tercera categoría de antidepresivos también son eficaces para los adultos con síndrome de Down. A menudo han contribuido a la mejoría cuando había aspectos adicionales que había que contemplar, además de la depresión.

El bupropión es un antidepresivo que aumenta la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. Puede ser un buen antidepresivo y parece que ayuda a algunas personas a perder peso. Cuando el aumento de apetito y la ganancia de peso forman parte de la depresión, el bupropión puede ser de gran ayuda.

Se piensa que la venlafaxina actúa incrementando la noradrenalina, la serotonina y la dopamina. Hemos observado que resulta especialmente beneficioso cuando la persona tiene un nivel reducido de actividad (retraso psicomotor). La acción de la venlafaxina sobre la recaptación de noradrenalina parece proporcionar a algunos pacientes un «chute» en su actividad o motivación. Este efecto por lo general solo se consigue con dosis altas.

La trazodona es un antidepresivo que también tiene la indicación del insomnio por parte de la FDA. No la hemos visto particularmente útil para el tratamiento de la depresión en los adultos con síndrome de Down. Sin embargo la consideramos como un medicamento adicional útil cuando hay problemas para dormir. Tiene un buen efecto sedante como efecto secundario del que se puede sacar partido administrándola al acostarse. Conforme la depresión vaya mejorando con el otro fármaco, se puede ir retirando la trazodona poco a poco.

La mirtazapina y la duloxetina son otros fármacos de esta misma clase que han sido aprobados para tratar la depresión. No los hemos usado en personas con síndrome de Down el tiempo suficiente como para poder comentarlos.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Por lo general, seguimos tratando la depresión con fármacos durante de seis a doce meses después de que los síntomas se hayan resuelto. Si los síntomas fueron graves antes del tratamiento (p. ej., conducta agresiva acompañada de síntomas depresivos) o si hubo otras circunstancias difíciles (p. ej., si la persona rehusaba tomar la medicación mientras estaba deprimida), consideramos entonces aplicar un tratamiento más prolongado o incluso durante tiempo indefinido. Si la depresión vuelve, una vez que la medicación ha sido retirada, recomendamos considerar la posibilidad de tratar los siguientes episodios durante más tiempo o de forma indefinida. Cada vez que una persona tiene una recaída de síntomas, aumenta la probabilidad de que vuelva a tenerla de nuevo si se retira la medicación.

CUANDO LA DEPRESIÓN NO ES EL ÚNICO PROBLEMA

Como ya se ha mencionado, a veces la depresión cursa acompañada de otros trastornos mentales (la llamada «patología comórbida»). En estos casos, resulta útil frecuentemente prescribir medicación que trate esas otras situaciones, además del fármaco antidepresivo.

Ansiedad

Aparece frecuentemente junto con la depresión. Algunos de los antidepresivos son también útiles para tratar la ansiedad (*aunque solo la paroxetina y el escitalopram tienen la aprobación de la FDA*). Sin embargo, pueden pasar semanas hasta que veamos el beneficio ansiolítico (reducción de la ansiedad), tal como ocurre también con el efecto antidepresi-

vo de estos fármacos. Con frecuencia, en una persona que tiene ansiedad y depresión su síntoma más molesto es la ansiedad. Por eso, resulta beneficioso iniciar la medicación con un fármaco ansiolítico junto con el antidepresivo, y después, una vez que la persona empieza a sentir el efecto del antidepresivo, puede irse retirando la medicación ansiolítica.

En esta situación, usamos por lo general una benzodiazepina de acción corta o intermedia. Las benzodiazepinas son una familia de fármacos que reducen la ansiedad, y quizá el nombre más conocido sea el Valium® (diazepam). También el alprazolam y el lorazepam son útiles. Las benzodiazepinas de acción corta e intermedia actúan con relativa prontitud una vez ingeridas y su efecto dura relativamente poco tiempo (unas horas). Estos fármacos reducen la ansiedad rápidamente y se puede ajustar la dosis cada pocos días. Puesto que causan sedación, el objetivo es acertar con la dosis que dé el máximo beneficio con la mínima sedación. Véase el capítulo 15 para mayor información sobre el tratamiento de la ansiedad.

A Drew, un varón de 34 años con síndrome de Down, se le notó que estaba retraído. Se negaba a ir a trabajar, tenía dificultad para dormirse y se agitaba si su madre sugería abandonar la casa. A veces se mostró agresivo con su madre. Cuando lo conocimos, estos síntomas habían ido aumentando a lo largo de los tres o cuatro meses anteriores. No se detectó problema médico alguno subyacente.

Tratamos a Drew con sertralina y alprazolam. Su ansiedad y agitación mejoraron en pocos días. En las siguientes semanas su estado de ánimo también empezó a mejorar. Se fue retirando el alprazolam de modo que su madre solo necesitaba dárselo de vez en cuando, si se mostraba agitado o si tenían que ir a algún sitio que le produjera ansiedad. Se aumentó gradualmente la dosis de sertralina a lo largo de varios meses hasta que la mayoría de los síntomas desaparecieron y volvió a mostrar casi el nivel anterior de funcionamiento. Durante el año siguiente, recuperó la mayoría de sus actividades anteriores y sus síntomas siguieron mejorando.

Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño forman también parte de la depresión. Los antidepresivos mejoran a menudo estos trastornos, aunque una vez más, puede que su beneficio no se vea de inmediato. Como ya se ha mencionado, es bueno elegir un antidepresivo con actividad sedante, pero a veces es conveniente iniciar con una medicación que favorezca el sueño de forma más directa y rápida (fármacos hipnóticos).

Uno de estos fármacos es el alprazolam, una benzodiazepina de acción corta. Usar una benzodiazepina cuya acción sea aún más breve hará más difícil que la persona se mantenga sedada al día siguiente. Ya hemos mencionado que la trazodona ha sido útil en algunos de nuestros pacientes. Otra clase de hipnóticos que pueden ser útiles son los que interactúan con el sistema GABA-benzodiazepina. El GABA (ácido γ -aminobutírico) es un neurotransmisor de carácter inhibitor que tiende a reducir la excitación cerebral. En nuestra experiencia, son útiles el zolpidem, el zaleplón y la eszopiclona.

Además, la melatonina ha resultado ser beneficiosa para muchos de nuestros pacientes con dificultades del sueño. La melatonina es una hormona usada frecuentemente por los

viajeros para ayudarles a mejorar los problemas del sueño asociados al viaje a través de los husos horarios (*jet lag*). Hemos observado que la melatonina favorece el sueño en personas con depresión y sin ella, aunque se recomienda ser cautos en personas con depresión. Generalmente empezamos con 2 mg al acostarse y aumentamos a 4 mg al acostarse una o dos semanas después si no ha bastado la dosis de 2 mg. Sin embargo, son necesarios más estudios sobre la utilización de la melatonina a largo plazo antes de que recomendemos su uso de modo indefinido.

Síntomas psicóticos

Los síntomas psicóticos son los síntomas de alucinaciones e ideas delirantes. Algunas personas los desarrollan como parte de su depresión. En algunos individuos puede ser difícil determinar cuáles son rasgos auténticamente psicóticos y cuáles son rasgos que se aprecian más frecuentemente en las personas con síndrome de Down que han desarrollado depresión. Por ejemplo, el soliloquio aumenta con frecuencia en las personas con síndrome de Down que se encuentran deprimidas. Lo mismo puede ocurrir con la conversación con amigos imaginarios. Puede tratarse de estrategias que ayudan a la persona con síndrome de Down a afrontar y manejarse con sus problemas. Pero también puede tratarse de signos de un proceso psicótico. Además pueden sumarse síntomas de intenso retraimiento y procesos de pensamiento anormal. A menudo estos síntomas mejorarán con los tratamientos antidepresivos antes descritos.

A veces, sin embargo, puede ayudar la medicación propiamente antipsicótica. Hemos comprobado que los modernos antipsicóticos «atípicos» son especialmente beneficiosos. Además de tratar los síntomas psicóticos, mejoran los depresivos. La risperidona, la olanzapina, la quetiapina y la ziprasidona han demostrado su eficacia en los adultos con síndrome de Down. Del mismo modo, es útil el aripiprazol clasificado como «otro antipsicótico». Por desgracia, sin embargo, ciertos efectos secundarios como el aumento de peso, la sedación o el aumento de azúcar en sangre resultan particularmente problemáticos para algunas de las personas tratadas. Cuando esto ocurre, hay que evaluar bien el equilibrio entre beneficio y riesgo para decidir el mejor curso de la acción en un individuo determinado.

Los antipsicóticos más antiguos, como la tioridazina y el haloperidol, pueden resultar también beneficiosos pero hemos comprobado que sus efectos adversos son más problemáticos. Y además carecen de la ventaja adicional de tratar los síntomas depresivos. Un posible efecto secundario del tratamiento prolongado que preocupa es la discinesia tardía que, aunque también puede aparecer con los nuevos antipsicóticos, parece que lo hace con más frecuencia con los antiguos. La discinesia tardía es un síndrome neurológico que se caracteriza por la aparición de movimientos involuntarios y anómalos; puede ser permanente, incluso tras retirar la medicación.

Según nuestra experiencia, lo normal es que no se necesite utilizar medicación antipsicótica, incluso si el adulto muestra aparentes síntomas psicóticos. En particular, si los síntomas son el soliloquio y la conversación con amigos imaginarios, el antidepresivo puede bastar para tratar esta situación. Como ya hemos explicado, estos síntomas pueden ser más estrategias que el paciente utiliza para afrontar su problema que auténticos síntomas psicóticos.

Sally, una mujer de 29 años con síndrome de Down, había estado hablando consigo misma de manera agitada durante meses. Antes también lo hacía pero de una manera tranquila en su cuarto. Ahora lo hacía en muchos sitios. Durante la noche se mantenía despierta, no había cambiado su apetito, rechazaba participar en las actividades de su vivienda en grupo y había perdido el sentido del humor. Un miembro del personal de su vivienda a la que Sally quería de manera especial se había ido de esa casa unos meses antes de que Sally desarrollara sus síntomas, y la empresa para la que había estado trabajando había cerrado unos meses antes de esto.

No hallamos ningún problema de carácter médico que justificara los cambios de conducta de Sally. Planteamos las opciones de tratamiento con Sally y su madre. Los síntomas de soliloquio agitado eran particularmente molestos para ambas. Sin embargo, la perspectiva de que aumentara el peso con la medicación antipsicótica les preocupaba porque Sally pesaba ya 83 kg con una altura de 1,55 m. Decidimos probar un antidepresivo ISRS ya que el riesgo de aumento importante del peso es por lo general menor que con la medicación propiamente antipsicótica. Pensamos también que cabía la posibilidad de que los síntomas de Sally respondieran a los antidepresivos solos. Empezó con sertralina y su dosis se fue ajustando a lo largo de los meses siguientes. Con la ayuda de la familia de Sally y del personal de su casa que la animó a que volviera a sus actividades, mejoraron su estado de ánimo, su patrón de sueño y su deseo de participar en actividades. Conforme se fue sintiendo mejor y fue capaz de verbalizar sus preocupaciones, disminuyeron sus soliloquios y volvió a usarlos solo en su cuarto como antiguamente. Su madre afirmó toda animada: «Sally ha vuelto».

Frank, en cambio, necesitó medicación antipsicótica. Durante varios meses, Frank, de 36 años, se había retraído seriamente. Había perdido su interés en las actividades, a menudo estaba agitado, se despertaba de noche, tenía muchos soliloquios y había disminuido su apetito. Frank tiene limitaciones en su habilidad verbal y es muy difícil perfilar el contenido de sus procesos mentales o de su soliloquio. Encontramos hipotiroidismo y se le administró el tratamiento correspondiente. Sin embargo, y a la vista de la gravedad de sus síntomas, le prescribimos también un antidepresivo. Como la mejoría de sus síntomas era escasa, añadimos risperidona al acostarse. Su sueño y su agitación mejoraron bastante rápidamente. Con el tiempo y con ajustes de dosis, sus otros síntomas también mejoraron. Y además, Frank fue recuperando el sentimiento de placer que le proporcionaban las actividades con las que disfrutaba anteriormente.

MANÍA

Como se ha comentado en el apartado anterior, la depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo que aparecen en el DSM-IV-TR. Los trastornos del estado de ánimo incluyen también un estado opuesto de emoción llamado manía. La manía puede incorporar sentimientos de bienestar o euforia y, en su expresión más extrema, un estado de tipo maníaco que se expresa en forma de agitación, insomnio, hiperactividad, ataques de enfado e, incluso, conducta autodestructiva. Afortunadamente, no parece que la manía sea fre-

cuenta en las personas con síndrome de Down. En nuestro centro hemos visto solo unos pocos pacientes con manía sola (no asociada a la depresión).

Los padres de Penny, de 24 años, la trajeron preocupados a nuestro centro. Habían empezado a notar un cambio en ella en enero cuando perdió un trabajo valioso a causa de que la empresa se había trasladado de estado. Empezó a estar progresivamente inquieta y preocupada a lo largo del año. No había sido capaz de encontrar otro trabajo y, en consecuencia, pasaba su tiempo sola en casa haciendo las cosas que le gustaban e interesaban para mantenerse ocupada. A pesar de perder su trabajo siguió asistiendo a muchas actividades sociales y recreativas cada semana. Sin embargo, sus padres empezaron a observar que aparecía como distraída y tenía dificultad para centrarse en sus actividades y en mantener relaciones con sus compañeros conforme transcurría el año. Durante este tiempo sus padres la observaban estrechamente y no vieron prueba alguna de que su estado de ánimo fuera triste o mostrara signos de depresión. Por ejemplo, Penny no se comportaba como retraída, ni perdía interés por hacer las actividades con las que disfrutaba, ni hubo cambios en su apetito.

En septiembre y octubre, sus padres observaron nuevos cambios preocupantes en su conducta. En primer lugar, parecía que se concentraba con mayor interés en tocar el piano, para lo que demostraba especial talento. Al principio eso agradó a sus padres porque querían apoyar su talento. Pero su placer pronto se convirtió en alarma porque tocar el piano se convirtió para Penny en una obsesión. Tocaba día y noche como si no pudiera parar. Se fue volviendo más frenética con el piano hasta que un día, de pronto, lo interrumpió y no lo volvió a tocar más.

Después sus padres advirtieron otros cambios preocupantes. Como hizo notar su padre, la ansiedad de Penny pareció «haberse puesto por las nubes». Aunque ya había mostrado anteriormente en ese año un sueño inquieto, parecía que ya no dormía en absoluto. Y aunque parecía cansada durante el día no parecía echar siesta alguna. A pesar de su lenguaje excelente, empezó a hablar sin interrupción con un lenguaje extremadamente rápido y verborreico, muy confuso y difícil de entender. Cuando sus padres conseguían entender lo que decía, su contenido les alteraba. Repetía afirmaciones sobre preocupaciones o problemas tontos que ella ampliaba desproporcionadamente. Por ejemplo, estaba preocupada por si había ofendido a un vecino por no saludarle. Durante el día, cuando no estaba ocupada o moviéndose de un sitio a otro, a menudo se pellizcaba la piel o la uñas. En el momento de la visita a nuestra consulta, hacía muecas constantemente y parecía irritada y molesta consigo misma. No parecía ser capaz de relajarse y detener su constante movimiento.

En la evaluación inicial en nuestro centro, el examen médico detectó hipertiroidismo que podía explicar los síntomas del tipo de la manía. Después de tratar esta patología, su manía continuó. Entonces se tomó la decisión de tratarla con medicación psicotrópica. Después de varios ensayos con diversos medicamentos, respondió bien a una combinación de medicación antipsicótica y antiépiléptica. Para completar los avances obtenidos con la medicación, animamos a los padres de Penny a que volviera a sus actividades sociales, recreativas y laborales, que habían sido muy beneficiosas para ella, siempre que fuera posible. Conforme la manía empezó a

disminuir, empezó a ser más social, más atenta y volvió a sus actividades. Igualmente importante, sus padres y el preparador laboral de la agencia fueron capaces de encontrarle otro trabajo similar al anterior. Al empezar a desaparecer sus síntomas y retomar sus actividades normales, volvió a adquirir su sensación de bienestar, y eventualmente su satisfacción consigo misma y su autoestima. Con el tiempo, volvió incluso a tocar el piano de un modo más normal y agradable.

Véase el apartado dedicado al Tratamiento más adelante para tener más información sobre medicamentos y otros medios para tratar la manía y el trastorno bipolar.

TRASTORNO BIPOLAR

Ya hemos comentado en este capítulo que los trastornos depresivos son los trastornos mentales más frecuentes en las personas con síndrome de Down y que la manía es uno de los menos frecuentes. Lo que en nuestro centro hemos visto ligeramente más a menudo que la manía es una enfermedad llamada trastorno bipolar en la que la gente fluctúa entre estados de humor maníaco y depresivo (a esta enfermedad se la llamaba trastorno maníaco-depresivo).

Para explicar esta patología en la gente con síndrome de Down, puede ser útil contemplarla primero en la población general. Las personas con este trastorno que están en fase «up» o estado maníaco, frecuentemente tienen sentimientos de exaltación y euforia. Pueden sentir una energía sin límites para trabajar día y noche sobre proyectos y actividades que les interesen. Por desgracia, conforme aumenta la manía, las personas frecuentemente «se pasan» y se hacen más extremadas y poco razonables en su grandiosidad y en su conducta. Por ejemplo, pueden comprar objetos extravagantes a su capricho, jugarse los seguros de vida o embarcarse en conductas sexuales de riesgo. La manía lleva también a un estado de agitación, desasosiego, problemas de sueño y ansiedad.

Lo que sube, inevitablemente baja en este trastorno. En cierto punto el péndulo vuelve hacia el otro polo y la persona inicia un descenso hacia la depresión. En esta situación deprimida, las personas se escapan de este mundo durante semanas e incluso meses antes de que el péndulo se mueva de nuevo hacia el otro polo (el maníaco). Como todos los trastornos mentales, el trastorno bipolar varía en intensidad o gravedad en cada individuo, pero el patrón de fluctuación en los estados de ánimo permanece como clave de esta enfermedad.

Aunque se sabe desde hace años que el trastorno bipolar aparece en los adultos, solo recientemente los especialistas han comprobado que también un número considerable de niños de la población general lo pueden tener (Papolos y Papolos, 1999). Puede que se haya tardado en detectarlo porque con frecuencia los niños muestran un patrón de síntomas distinto del que se observa en el adulto. Por el mismo motivo, es posible que se haya tardado en confirmar que las personas con síndrome de Down pueden tener un trastorno bipolar porque muestran un patrón de síntomas que se parece mucho al de los niños en la población general. De hecho, debido a que el patrón era diferente del observado en los adultos sin síndrome de Down fue por lo que solo recientemente nos hemos dado cuenta de que los adultos con síndrome de Down pueden tener también trastorno bipolar.

¿Cuáles son estas diferencias con los adultos de la población general? Primero, en los niños y las personas con síndrome de Down es más probable que los ciclos de los estados de ánimo exaltado y deprimido sean más rápidos. Estos ciclos pueden ser tan rápidos como de un solo día o incluso de horas, mientras que lo típico en los adultos de la población general es que duren semanas e incluso meses. Segundo, la presentación de síntomas es diferente. En la fase baja o de depresión, los niños y las personas con síndrome de Down son mucho menos proclives a verbalizar sus sentimientos de tristeza, de inutilidad o de culpa. En cambio muestran cambios observables como es estado de ánimo irritable, retraimiento y pérdida de interés por actividades que antes disfrutaban (v. el apartado anterior sobre la depresión para profundizar en esto). Del mismo modo, la manía en los niños y las personas con síndrome de Down puede no expresarse en forma de gastos incontrolados o actividad sexual, como ocurre en los adultos de la población general. No obstante, se ven los síntomas de hiperestimulación, agitación, desasosiego, ataques de enfado y conducta hiperactiva, cambios que son inequívocamente síntomas de manía para los padres y cuidadores, una vez que han sido informados sobre este trastorno. Por ejemplo:

Jaqui, una joven de 19 años con síndrome de Down, empezó a mostrar síntomas de este trastorno seis meses antes de que sus padres la trajeran a nuestro centro. Mostraba un patrón de conducta cíclica, de la manía a la depresión y vuelta a la manía en el curso de apenas un día. Antes de que se iniciaran los síntomas, Jaqui y su familia se sentían orgullosos de lo capaz e independiente que era. Era meticulosa en su aseo y en su apariencia. Esto cambió al comenzar los síntomas, sobre todo por la mañana. Cada tarea era todo un tira y afloja entre ella y sus padres. Invariablemente, conforme fue agravándose el ritual de las mañanas, las cosas se iban haciendo más y más tensas porque Jaqui se resistía a los ruegos de sus padres para estar a tiempo para el trabajo. A veces llegaba a perder los estribos y descargar un aluvión de gritos, lloros, lenguaje soez, e incluso llegaba a mostrar conducta agresiva con sus padres.

Jamás habían visto esta conducta en Jaqui, y sus padres estaban aterrizados. Quizá lo que más les dolía era esa mirada fría en sus ojos cuando se mostraba furiosa con ellos. Como señaló su madre: «No era ella». Parecía como si estuviera «poseída». Aunque Jaqui solo pesaba 45 kg, su padre, que era un hombre grande y musculoso, se sentía intimidado durante estos ataques.

Cuando por fin sus padres conseguían llevarla al trabajo, se sentían exhaustos física y emocionalmente. El supervisor de Jaqui explicó que cuando llegaba al trabajo y a lo largo de la mañana estaba letárgica y ausente, hacía poco trabajo aunque anteriormente había sido una buena trabajadora. A menudo estaba de mal humor. Hacia media tarde solía empezar a animarse y a menudo cooperaba en diversas tareas durante varias horas. Después, conforme pasaba la tarde, empezaba primero a estar tonta y después parecía irse sintiendo ansiosa y agitada. En esa situación, luchaba contra todo intento de su supervisor de hacerle trabajar en sus tareas normales y empezaba a tener ataques de furia, igual que en casa. Aunque el personal de su centro de trabajo había sido tolerante con su conducta, conforme sus ataques de furia se fueron haciendo más ruidosos y amenazantes, sus padres estaban preocupados de que no pudiese seguir en su trabajo.

Cuando Jaqui volvía del trabajo a su casa, hacia las 4 de la tarde, a menudo se retiraba a su cuarto hasta las 7 o las 8 de la noche. A veces echaba pequeñas siestas

en este tiempo, pero la mayor parte de las veces simplemente estaba echada en su cama mirando al techo. Cuando por fin salía de su cuarto era «como otra persona». Frecuentemente empezaba a reír y hacer chistes con sus padres, pero esto podía terminar en una risa incontrolada. Conforme su estado de ánimo mejoraba hasta exaltarse, a menudo se hacía más irritable e incontrolable. Sus padres intentaban abrazarla muy delicadamente, pero podía responder con ataques de furia si se sentía molestada por algo, incluida la más sencilla de las órdenes.

Más tarde, cuando sus exhaustos padres se preparaban para ir a la cama, comprobaban horrorizados que Jaqui parecía realmente estar más alerta y agitada. En esta situación simplemente no podía calmarse. Finalmente lo hacía hacia la 1.00 o 1.30 h, o más bien caía rendida en la cama, pero ni siquiera eso significaba que terminaba la penosa experiencia para sus padres. A menudo la oían levantarse varias veces durante la noche y uno de sus agotados padres trataba de calmarla una vez más. Por la mañana, los padres se levantaban y trataban de conseguir una y otra vez que estuviera lista para el trabajo. Cada día que pasaba los padres estaban más exhaustos y los síntomas de Jaqui parecían empeorar.

Cuando la trajeron a nuestro centro, explicaron su conducta a nuestros profesionales y contaron también un nuevo dato que les estaban alterando: durante sus episodios más activos o maníacos Jaqui mostraba cierta conducta ritual rara que consistía en frotarse las manos y hacer con la boca un sonido fuerte como de pedorreta. Esto resultaba especialmente preocupante para los padres que estaban ya en el límite debido a su conducta y a la falta de sueño. Les preocupaba también que lo hiciera en público, pensando que eso iría en detrimento de ella y de su familia. Por ese motivo habían dejado de enviarla a programas sociales y de entretenimiento. Esto dejaba a Jaqui fuera de sus amigos y de las actividades físicas que podían haberla ayudado a liberar parte de su energía maníaca. E igualmente importante, habían cesado en sus salidas como familia, lo que esencialmente les hizo sentirse como si estuvieran prisioneros en su propia casa y prisioneros de su situación.

Tratamiento del trastorno bipolar

El primer paso, que es esencial para tratar este trastorno, es hacer un diagnóstico bien afinado. Los médicos deben ser cuidadosos en recoger una historia muy completa y detallada de los síntomas. Si van acelerados, puede que solo oigan lo concerniente a uno de los estados de ánimo, lo que les guiará a prescribir tratamientos inapropiados o ineficaces. Por ejemplo, si solo se fijan en los síntomas depresivos, usarán medicación antidepresiva que puede empeorar el problema al incrementar la agitación u otros síntomas de la manía. Una vez que se identifica el trastorno bipolar, el objetivo del tratamiento consiste en estabilizar esas fluctuaciones extremas del estado de ánimo.

MEDICACIÓN

Son varios los fármacos que se pueden elegir para tratar la manía y el trastorno bipolar. Comprenden el litio, los antipsicóticos y los fármacos anticonvulsivos (antiepilépticos). Algunos pacientes encuentran mejoría con un solo fármaco mientras que otros necesitan la combinación de varios.

El litio es un fármaco que se ha utilizado durante mucho tiempo pero todavía sigue siendo una valiosa elección. Afecta al transporte de sodio en las neuronas. Aunque no está claro cómo influye esta acción en la manía o trastorno bipolar, el litio estabiliza el estado de ánimo. Pero el litio tiene una serie de efectos secundarios. Es necesario asegurarse de que la persona beba suficiente líquido. Todo lo que reduzca la cantidad de orina, incluidos la deshidratación y los problemas renales, puede elevar la concentración del litio en sangre hasta concentraciones peligrosas. El litio puede afectar a la función renal, producir hipotiroidismo o causar trastornos del ritmo cardíaco. Los efectos secundarios más frecuentes son la somnolencia, el temblor y la poliaquiuria (micciones frecuentes).

Los fármacos antipsicóticos también pueden ser muy eficaces en el tratamiento de la manía y el trastorno bipolar. La ziprasidona, la risperidona, la quetiapina, la olanzapina y el aripiprazol han sido autorizados para el tratamiento de estas enfermedades. Pueden mejorar los síntomas de forma muy eficaz. Los hemos visto especialmente eficaces para reducir la agitación y la conducta agresiva. Algunos de sus efectos secundarios son el aumento de peso, la sedación, la hiperglucemia, la diabetes mellitus y la disfunción de la deglución. En estos pacientes controlaremos la glucemia de forma regular así como los síntomas de discinesia tardía. Esta discinesia se muestra en forma de trastorno del movimiento potencialmente permanente, pero parece que su aparición es menos frecuente con estos nuevos antipsicóticos que con los antiguos (haloperidol, etc.).

La medicación anticonvulsiva estabiliza también el estado de ánimo en las personas con manía o trastorno bipolar. El ácido valproico está autorizado para la manía. Con frecuencia la carbamazepina también es eficaz. Está autorizado el uso de lamotrigina como terapia de mantenimiento, una vez que la persona está estabilizada.

Los antidepresivos, como se ha explicado con detalle anteriormente en este capítulo, pueden ser muy útiles para controlar los síntomas depresivos del trastorno bipolar. Sin embargo debe tenerse cuidado porque pueden desencadenar la fase de manía, sobre todo en las personas que padecen manía o trastorno bipolar.

ASESORAMIENTO Y APOYO

Aunque es especialmente importante estabilizar el trastorno bipolar y la manía mediante tratamiento farmacológico, los médicos deben ser extremadamente sensibles al estrago emocional que crean estos trastornos en las vidas de las personas. El trastorno bipolar es uno de los más desgarradores y tensos que pueden sufrir las personas, sus familias y sus cuidadores. Es difícil comprender lo desmoralizante que es hasta que uno ha estado en contacto con una experiencia similar.

Uno de los primeros pasos para ayudar a la gente a que lo afronte es educarlos e informarles sobre la causa de esta enfermedad. Como muchos otros problemas médicos, como pueden ser el asma o la diabetes tipo 2, puede verse agravada por la tensión y el estrés, pero no es algo que una persona o los cuidadores hayan originado. Esto puede ayudar mucho a la gente para reducir el sentimiento de culpabilidad. Además, muchos padres o cuidadores pueden sentirse desmoralizados y fracasados cuando, independiente de lo que hagan, la conducta de la persona parece empeorar. Aprender algo sobre la base neurológica del trastorno ayudó a los padres de Jaqui a recuperar un cierto sentimiento de confianza. Por su parte, Jaqui estaba también muy preocupada por su conducta. Sentía que no podía controlarse a sí misma, pero incluso así se sentía muy mal por «herir» a sus padres y a su supervisor en el trabajo. Se necesitó mucho tiempo en reuniones individuales y familiares para hacerle comprender que ella no era

la responsable. Sus padres le ayudaron de manera especial al explicarle que no le echaban la culpa ni se sentían enfadados con ella por algo que no era culpa suya.

LA VIDA SIGUE

Una vez que el tratamiento ayuda a equilibrar el estado de ánimo de la persona, es importante, para quienes sus vidas se han visto alteradas, que empiecen a recuperar sus hábitos normales de vida. Para los padres de Jaqui, el primer paso fue conseguir por fin algo de descanso por la noche. Necesitaban también volver al trabajo y a otras importantes tareas que habían tenido que interrumpir durante la crisis. Sus padres, cada uno de los cuales había dejado de ir al trabajo por la mañana para convencer a Jaqui de que fuera a su trabajo, pudieron volver a trabajar una vez que la conducta se fue moderando. Eso les permitió conectar de nuevo con sus amigos y compañeros de trabajo, y empezar a pensar y a preocuparse por algo más que por Jaqui.

Durante tres a cuatro semanas, durante el pico de la crisis, Jaqui permaneció en casa sin ir al trabajo. Tan pronto como las fluctuaciones del estado de ánimo se fueron estabilizando, animamos encarecidamente a su familia y al personal laboral a que la dejaran volver al trabajo. Para facilitarlo, preparamos una reunión en su centro laboral con sus padres, el personal de ese centro y el personal de nuestro centro para analizar los detalles de su regreso. Esto ayudó a disipar cualquier temor que el personal pudiera tener sobre la conducta difícil, y les dio a los padres un plan de actuación. En esta reunión, el personal laboral pidió un plan sencillo de conducta para animar a Jaqui a entrar de nuevo en la rutina positiva del trabajo. Ganaría un vale por cada día que estuviera trabajando sin tener ningún arranque de rabia. Después de tres semanas se suspendió este plan de conducta porque no se hizo necesario. Jaqui estaba ya motivada para trabajar por sí misma. Además, cuando los síntomas empezaron a disminuir, en especial su ruido de pedorretas y el retorcimiento de manos, sus padres se sintieron más tranquilos para dejarla volver a sus actividades sociales y recreativas. Esto le permitió recuperar sus muchas amistades. Y pudo igualmente volver a hacer algo de ejercicio, lo que le ayudó mucho para reducir los síntomas maníacos que aún persistían.

Conforme disminuyeron las fluctuaciones de conducta de Jaqui, toda la familia empezó a normalizarse. Empezando por salir todos juntos, algo que había sido un problema debido a los ruidos y movimientos de manos que hacía. Lo que les ayudó a liberarlos de esa prisión en casa que se habían autoimpuesto.

El trastorno bipolar como enfermedad para toda la vida

Es importante tener en cuenta que el trastorno bipolar es una alteración médica crónica, para toda la vida, que requerirá vigilancia y atención permanentes a lo largo de toda la vida de la persona. Es esencial acertar con la medicación correcta para tratar esta enfermedad tan pronto como se inicie el trastorno (a menudo en la segunda década de vida), como en el caso de Jaqui. Los síntomas deben controlarse estrechamente por los cuidadores y los profesionales que tratan al paciente. Una vez estabilizados, solemos verle al menos una vez cada tres meses. Por supuesto, si los síntomas reaparecen, los cuidadores deben llevarle inmediatamente al médico responsable del seguimiento.

Durante el curso del tratamiento, pueden aparecer fluctuaciones periódicas que influirán de forma adversa sobre la eficacia de la medicación. Esto puede deberse a la aparición

de elementos estresores en la vida de la persona o a cambios fisiológicos o neurológicos que puedan aparecer. Cuando esto suceda, los médicos deben pensar en otros fármacos o en dosis diferentes de los fármacos que esté tomando, con el fin de recuperar la eficacia de la medicación. Por ejemplo, Jaqui tuvo varios cambios de medicación a lo largo de los tres años en que la seguimos en nuestro centro.

Otro tema de importancia es el cumplimiento terapéutico en la toma de la medicación que se ha prescrito. En la población general, uno de los problemas bien conocidos que surgen con el tratamiento es que la gente lo abandona cuando se sienten en su fase de ánimo elevado porque les gusta el sentimiento de euforia y de energía concentrada que el trastorno les proporciona en la fase de manía. Esto es menos posible que ocurra en las personas con síndrome de Down porque los familiares y cuidadores están mucho más pendientes de su tratamiento. Aun así puede ser un problema si el cuidador cree que la persona se está sintiendo mejor y que ya no necesita más medicación. Esto es lo que puede ocurrir si no se dan cuenta de que el trastorno bipolar es una enfermedad que dura toda la vida, por lo que necesita medicación constante. En estos casos, a menudo recibimos llamadas urgentes de estos cuidadores cuando los síntomas se escapan de nuevo de su control. Tratamos de prevenir esto incorporando a los cuidadores en el proceso del tratamiento y educándolos sobre la naturaleza del proceso.

En resumen, la manía y el trastorno bipolar son menos frecuentes en las personas con síndrome de Down que la depresión. Sin embargo, parece que el trastorno bipolar en particular es más frecuente de lo que antes se sospechaba. La razón, una vez más, se debe a que en las personas con síndrome de Down el trastorno se parece más al patrón propio de los niños, y no de los adultos, de la población general. Teniendo esto en cuenta y evaluando los síntomas de la manía en la manía aguda y los de la depresión y manía en el trastorno bipolar, se puede llegar al diagnóstico correcto. La eficacia del tratamiento dependerá de la corrección del diagnóstico.

CONCLUSIÓN

Debe prestarse atención a los aspectos psicológicos, sociales, biológicos y médicos: todos ellos son importantes en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del estado de ánimo de las personas con síndrome de Down. La terapéutica debe ir ajustada para hacer frente a los aspectos propios de la personalidad de una persona y de su ambiente, así como a sus síntomas. Si se sospecha depresión, es obligado que quienes diagnostican y tratan la enfermedad comprendan las características que a menudo se ven en las personas con síndrome de Down, como es el soliloquio, la fuerte memoria visual y demás circunstancias de las que ya hemos hablado.

Pero además es importante darse cuenta de que los síntomas depresivos pueden formar parte de un trastorno bipolar. En los adultos con síndrome de Down, lo característico es que fluctúe con rapidez entre la manía y la depresión. El estado maniaco puede caracterizarse por un estado de agitación, hiperactividad, ataques de furia, que es similar a como se expresaría en un niño y no en un adulto de la población general. Además, la manía, al igual que la depresión, puede ser un trastorno del estado de ánimo distinto y único, o formar parte del patrón bipolar. Si se comprende que los trastornos del estado de ánimo en los adultos con síndrome de Down pueden diferir de las definiciones de los libros de texto, pueden mejorar sustancialmente el diagnóstico y el tratamiento de la depresión, la manía y el trastorno bipolar.