

Relación de la ira y los ataques de ira con la depresión

Nitesh Painuly, Pratap Sharan, Surendra K. Mattoo

Una revisión breve

Resumen

La ira es una emoción frecuente y potencialmente destructiva que tiene una considerable importancia social y de salud pública. La concomitancia de ira, irritabilidad y hostilidad en la depresión se conoce desde hace años pero la prevalencia, la importancia para el tratamiento, el pronóstico y los mecanismos implicados son aún poco comprendidos. Más recientemente se ha propuesto a los ataques de ira como una forma específica de ira en la depresión. Se caracterizan por un inicio rápido de ira intensa y un crescendo de la descarga autónoma que ocurre en respuesta a provocaciones triviales. Aunque la presencia o ausencia de hostilidad, ira y agresión en depresión ha sido objeto de controversia, se ha encontrado que los ataques de ira ocurren más a

menudo en pacientes deprimidos en comparación con controles sanos. Algunos estudios han informado que los pacientes deprimidos con ataques de ira difieren de aquellos sin tales ataques en términos de perfil clínico, trastornos comórbidos de personalidad y ciertas variables biológicas. La disfunción serotoninérgica puede caracterizar este subtipo distinto de depresión – depresión con ataques de ira.

Palabras clave ira – ataques de ira – depresión

Introducción

La depresión es una enfermedad de gran importancia en la salud pública, en términos de su prevalencia y el consiguiente sufrimiento, disfunción, morbilidad, mortalidad y pérdidas económicas. Se ha demostrado que la presencia de ansiedad en la depresión añade al sufrimiento, disfunción y utilización de los servicios de

Tabla 1. Ira y fenómenos relacionados

Ira	Un afecto con concomitantes fisiológicos que se experimenta como la motivación para actuar de manera que entristece, intimida o ataca a aquellos que se perciben como un reto o una amenaza (Gottschalk y col. 1963; Kennedy 1992)
Irritabilidad	Un estado de sentimiento caracterizado por un control reducido sobre el temperamento, que normalmente ocasiona arrebatos verbales o de comportamiento (Snaith y Taylor 1985)
Agresión	Un acto verbal o físico deliberado que es interpretado por otros como destructivo (Gottschalk y col. 1963)
Hostilidad	Una actitud autoreportada como de disgusto, resentimiento o sospecha hacia el mundo o sus objetos (Gottschalk y col. 1963)
Agitación	Inquietud motora tal como moverse y pasear de un lado al otro con tensión interna (Schatzberg y deBattista 1999)
Disforia	La disforia se refiere tanto al estado de ánimo depresivo como a la irritabilidad y también puede ser usada específicamente para referir un estado de ánimo patológico “estado de ánimo irritable” (Musalek y col. 2000)
Descontrol episódico	Arrebatos violentos con pérdida del control sobre el comportamiento agresivo por una provocación mínima (Campbell 1996)
Trastorno explosivo intermitente	Episodios discretos del fracaso a resistirse a impulsos agresivos lo que conduce a agresiones graves o a destrucción de la propiedad (DSM-IV) (Asociación Norteamericana de Psiquiatría 1994)
Trastorno explosivo intermitente	Momentos súbitos de ira, surgidos de descargas autónomas y síntomas tales como taquicardia, sudoración, rubefacción y sentimiento de estar fuera de control. Estos ataques ocurren espontáneamente o en respuesta a una provocación y son experimentados por los sujetos como no característicos de ellos e inapropiados a la situación (Fava et al 1990)

Tabla 2. Criterios para los ataques de ira (Fava y col 1990)

- A. Momentos súbitos de ira, al menos uno el último mes, acompañado por activación autónoma intensa, experimentada por los sujetos como no característica de ellos, inapropiada a la situación en la que ocurre y conduciendo a culpabilidad o arrepentimiento posterior.
- B. Al menos un ataque se acompaña de por cuatro o más de los siguientes síntomas y comportamientos autónomos:
1. Palpitaciones
 2. Rubefacción
 3. Opresión o presión torácica
 4. Parestesias
 5. Mareo
 6. Sudoración excesiva
 7. Acortamiento de la respiración
 8. Temblor o agitación
 9. Miedo intenso o ansiedad
 10. Sentimiento de fuera de control
 11. Sentimiento de atacar a los otros
 12. Ataques físicos o verbales a otros
 13. Lanzamiento o destrucción de objetos.

la salud (van Valkenburg y col. 1984). Por tanto, puede esperarse que como tercera dimensión de la depresión, la disforia (ira-irritabilidad) puede influenciar de forma similar el resultado de la depresión y afectar las vidas de los pacientes deprimidos y de sus proveedores de salud.

Aunque la ira ha sido descrita como una importante dimensión en la intoxicación por sustancias psicoactivas y en el síndrome de abstinencia, la hipocondría, los trastornos de la personalidad, la paranoia, el trastorno de delusión y la esquizofrenia (Kretschmer 1927, Berner y Kufferle 1982; Kennedy 1992; Craig y col. 1985; Fava y col. 1990, Muscatello y Scudellari 2000) más teóricamente, el interés clínico y de la investigación se ha dedicado a la conexión entre la ira y la depresión. Quizás esto se deba a que el concepto de disforia implica una conexión entre ira, irritabilidad y enfermedad depresiva (Muscatello y Scudellari 2000).

La ira en la depresión puede conducir a una serie de resultados negativos tales como una pobre evaluación de por otros, disminución de la auto estima, conflictos interpersonales e inadaptación ocupacional (Deffenbacher 1992). En particular, la ira-irritabilidad puede estar asociada con suicidios impulsivos (Brown y col. 1982; Coccaro y col. 1989). Se ha reportado que los ataques de ira entre mujeres embarazadas y puérperas de 18 meses se han asociado más a menudo con depresión, a menudo dirigida a su esposo y/o hijos/as,

estando relacionado con una menor satisfacción con el apoyo social (Mammen y col. 1999).

La emergente evidencia que conecta la ira y las emociones relacionadas con la depresión ha ayudado a traer a la ira a la nosología psiquiátrica; por ejemplo, la depresión agitada en el Criterio Diagnóstico de Investigación (Spitzer y col. 1978) y la sensibilidad al rechazo interpersonal como uno de los criterios de las características atípicas en la depresión en el DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría 1994).

La presente revisión se centra en la ira como un importante área para la investigación de los trastornos deprimidos.

Ira y fenómenos relacionados: conceptos básicos

Fenomenología

Kennedy (1992), afirmó oportunamente que, a pesar de una larga historia de atención a la psicopatología de la ira y su obvia relevancia social, es una “emoción olvidada” como refleja la ausencia de verdaderos esfuerzos para obtener una definición consensuada de los términos relacionados con ella. Como se refleja en la Tabla 1, ira, irritabilidad, agresión, hostilidad, agitación y disforia son términos relacionados con ciertas diferencias y solapamientos

Mientras el Programa para el Trastorno Afectivo y

la Esquizofrenia (SADS) restringía el término irritabilidad para el comportamiento público (Spitzer y Endicott 1979) el Examen del Estado Actual (PSE) (Wing y col. 1974) y más tarde, Snaith y Taylor (1985) consideran la irritabilidad como presente incluso sin una manifestación observada y la puntúan incluso si es subjetiva y nunca se ha expresado.

Los episodios de ira que son muy desproporcionados a cualquier provocación o a estresantes psicossociales precipitantes se han descrito bajo varias descripciones, por ejemplo, síndrome episódico de descontrol. Se ha reportado que este síndrome ocurre en muchas condiciones psiquiátricas y médicas, por ejemplo, retraso mental, trastornos de la personalidad, lesiones cerebrales, epilepsia, tumor cerebral, enfermedad cerebrovascular y otros trastornos neurológicos, endocrinos y metabólicos (Elliott 1984). Cuando tales episodios ocurren en ausencia de otros trastornos, trastorno notable de abuso de sustancias y trastornos orgánicos, se diagnostican como trastornos explosivos intermitentes en los sistemas actuales de clasificación, por ejemplo, ICD-10 (Organización Mundial de la Salud 1992) y DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría 1994).

Fava y col. (1990) reportaron una serie de casos que se presentaron con episodios súbitos de ira acompañados por aspectos fisiológicos recordando a los ataques de pánico en una historia de depresión o ansiedad. Estos ataques ocurridos espontáneamente o en respuesta a una provocación fueron experimentados por los sujetos como no características de ellos mismos e inapropiadas a la situación, y se siguieron de profundos sentimientos de culpabilidad. Dado que estos no cumplen los criterios de otros trastornos psiquiátricos (incluyendo trastornos de la personalidad) y que estos episodios respondieron bien a antidepressivos los autores manejan la hipótesis que estos ataques eran variantes de trastornos de pánico o deprimidos y comprendían un síndrome distinto, que si no es reconocido y tratado, puede conducir a ansiedad secundaria o depresión (Fava y col 1993a) (Tabla 2).

Valoración de de ira

Debido a que la ira está relacionada con varios resultados negativos, es importante medirla de una

manera fiable y válida. Los primeros pasos en esta dirección se basaron en la mera observación del comportamiento, en entrevistas clínicas, tests proyectivos y valoraciones psicológicas, tales como la respuesta galvánica de la piel y la frecuencia cardíaca, y escalas psicométricas auto reportadas. No obstante, debido a una falta de diferenciación histórica entre los diferentes tipos de ira, hostilidad y agresión, habían muchas ambigüedades sobre lo que realmente se estaba midiendo (Kassinove y col. 1997).

Últimamente, la ira se está considerando con más frecuencia como un estado de ánimo que se puede relacionar a otras variables de interés, tales como patrones motores o reacciones fisiológicas y puede valorarse a través de medidas fiables de auto-evaluación (Kassinove y col. 1997). En esta línea, el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (State-Trait Anger Expression Inventory) (Spielberger y Sydeman, 1994) representa una herramienta valiosa en la valoración de la ira y se ha convertido en un estándar en este campo. Mide la ira bajo las siguientes dimensiones: estado de ira, rasgos de ira y expresión de ira. Otras escalas auto-informadas desarrolladas para medir la ira incluyen el Cook-Medley Inventory (Cook y Medley, 1954), Buss-Durkee Hostility Inventory (Buss y Durkee, 1957), Hargurg Anger-in/Anger-out scale (Hargurg y col. 1973), Novaco Anger Inventory (Novaco, 1975), Multidimensional Anger Inventory (Siegel, 1986) y Anger Response Inventory (Tangney y col. 1991).

Relación entre la ira y la depresión

Prevalencia

Los psicoanalistas interpretaron las reacciones depresivas como resultado del retorno de la agresión directa hacia el interior del objeto original sobre el objeto incorporado amado u odiado mientras había una negación, supresión o represión de sentimientos hostiles hacia otros importantes (Freud, 1917; Abraham 1927). Algunos estudios han mostrado una relación entre una hostilidad dirigida hacia el interior y la depresión (Kennedy 1970; Schless y col. 1974; Biaggio y Godwin 1987).

A pesar de que generalmente se reconoce una relación casual entre la ira reprimida y la depresión (White,

1977), la investigación ha proporcionado hallazgos conflictivos. Se reportó menos hostilidad “expresada hacia fuera” en pacientes deprimidos en comparación con sujetos normales (Friedman 1970). Igual que en contra del hallazgo de menor expresión de ira en pacientes deprimidos, Sainth y Taylor (1985) informaron que un 37% de los pacientes deprimidos internados tenían una moderada o severa irritabilidad dirigida hacia el exterior, siendo la proporción significativamente mayor que la proporción de sujetos irritables entre los controles normales. Goldman y Hagga (1995) informaron sobre hallazgos similares. Algunos estudios (Weissman y col. 1971; Biglan y col. 1985; Feldman y Gotlib 1993), pero no todos (Goldman y Hagga 1995), han informado de que los sujetos deprimidos expresan más ira hacia los miembros cercanos de la familia incluyendo a sus parejas e hijos en comparación con los sujetos no deprimidos.

Para explicar la inconsistencia de los hallazgos, Goldman y Hagga (1995) dieron una hipótesis alternativa para la menor expresión de hostilidad en pacientes deprimidos que se observaba en algunos estudios. Ellos sugirieron que estos pacientes inhibían la expresión de la ira por el temor a las consecuencias de esa expresión. Consistentemente con esa hipótesis, mostraron que pacientes ambulatorios deprimidos tenían niveles más altos de temor a la expresión de la ira que los sujetos no deprimidos, y que el temor a la expresión de la ira estaba altamente relacionado con la supresión de la ira (Goldman y Hagga, 1995).

Otros investigadores han sugerido que existe una correlación positiva entre la hostilidad y la depresión, sobre todo en algunos subtipos de depresión tales como la depresión no endógena (Pilowsky y Spence, 1975), o algunos subgrupos de pacientes deprimidos, por ejemplo los que no han sufrido pérdidas interpersonales (Fava y col. 1982) o pacientes deprimidos más jóvenes (Paykel 1971; Perris y col. 1983). Los hallazgos en subgrupos de género deprimidos son inconsistentes. Mientras Sethi y col (1980) informaron sobre una mayor hostilidad entre hombres deprimidos y mayor sentido de culpabilidad entre mujeres depresivas, Perris y col (1983) no lograron encontrar ninguna diferencia específica entre géneros.

Se ha encontrado que la ira se da más en depresión bipolar que en depresión unipolar (Akiskal y Benazzi, 2003). La valoración de síntomas hipomaníacos durante un episodio depresivo mayor ha llevado al hallazgo de una alta frecuencia (más del 20%) de estado mixto depresivo bipolar II (definido como episodio depresivo mayor coincidiendo con síntomas de hipomanía), en los que la ira era muy común (Akiskal y Benazzi, 2003; Benazzi y Akiskal 2001). El hecho de reconocer la ira en un episodio depresivo también podría ser un marcador clínico cruzado sectorial de depresión bipolar II, ya que Benazzi (2003) demostró que la sensibilidad y la especificidad de la ira para la predicción de trastornos bipolares II era del 61.2% y 64.3% respectivamente. Este hecho puede tener un impacto importante en el tratamiento de la depresión, puesto que el mal diagnóstico tanto de una depresión bipolar como de una depresión unipolar es alto y el tratamiento de la depresión bipolar con antidepresivos sin estabilizadores del estado de ánimo puede inducir a manía/hipomanía, estados mixtos y ciclos rápidos (Benazzi 2003).

La relación entre la ira y gravedad y el curso de los trastornos depresivos.

Se ha informado acerca de una correlación positiva entre el grado de depresión y la hostilidad dirigida hacia el interior (Friedman 1970; Schless y col. 1974). Riley y col. (1989) encontraron que la severidad de la depresión estaba asociada con el nivel de hostilidad y la experiencia de ira, y en parcialmente con la supresión de la ira. No obstante, otros han informado de no diferencias en hostilidad entre pacientes moderadamente deprimidos y pacientes severamente deprimidos (Trivedi y col. 1981; Gupta 1987). Esta contradicción aparente se podría explicar por el hecho de que algunos estudios que encontraron una relación entre la ira y la severidad de la depresión, evaluaron la depresión como una dimensión, mientras que los estudios con hallazgos negativos examinaban las categorías depresivas y se esperaba que fueran menos sensibles para encontrar cualquier relación. En algunos estudios se ha observado que la severidad de la expresión de la ira está relacionada con la severidad de la depresión (Schless y col. 1974; Pilowsky y Spence 1975; Fava y col. 1982) pero no en todos (Snaith y Taylos 1985; Riley y col. 1989).

Se ha comunicado una mejoría en todos los campos de la hostilidad dirigida hacia el interior, incluyendo punitividad general e intropunitividad con la mejoría de la depresión (Friedman 1970; Blackburn y col. 1979; Mayo 1978). De manera similar, Fava y col. (1986) encontraron que no había una diferencia significativa de hostilidad entre pacientes deprimidos recuperados y sujetos de control, mientras esta diferencia era llamativa durante el tratamiento de la enfermedad. Como en contra de este conjunto de hallazgos, Blackburn y col. (1979) observaron que aunque la hostilidad dirigida hacia el interior había disminuido con la mejoría de la depresión según la valoración de las enfermeras sobre el estado de ánimos (depresión), esta asociación no era evidente en los informes presentados por los propios pacientes o en las valoraciones de la depresión realizadas por los entrevistadores. De forma semejante, Brody y col. (1999) encontraron que en comparación con el grupo de control de nunca deprimidos, los pacientes recuperados de la depresión comunicaron que contenían la ira interiormente y que sentían temor a expresarla. De hecho, estos autores contemplaron la hipótesis de que la inhibición de la ira podría jugar un papel importante en la reaparición de la depresión.

Con relación a la ira dirigida hacia el exterior, los estudios han encontrado que la mejora sintomática de la depresión no estaba correlacionada con la “expresión de la ira hacia el exterior” (Friedman 1970; Klerman y Gershon 1970).

La ira como argumento para la clasificación de la depresión.

En pacientes deprimidos, un grupo de análisis basado en la Escala Breve de Valoración Psiquiátrica llevó hacia tres subgrupos: ansiosos, retrasados y (manifiestamente) hostiles (Hollister y col. 1967). De forma similar, un grupo de análisis basado en síntomas clínicos, historias previas, estrés vital, y neuroticismo pre-mórbido llevaron a la identificación de cuatro subgrupos (Paykel 1971). El primer grupo tenía buena adaptación premórbida, una enfermedad grave, algunas veces con engaños, y correspondía a “depresión psicótica”. El segundo grupo tenía depresión moderada con una fuerte mezcla de ansiedad, mayor incidencia de enfermedad previa y puntuaciones neuróticas más altas.

El tercer grupo comprendía depresión con una cantidad considerable de hostilidad (manifiesta). El último grupo contenía pacientes jóvenes en los que una depresión relativamente leve se desarrollaba en una historia de trastornos de la personalidad. Esta clasificación era consistente con la dicotomía psicótico-neurótica, pero sugería que los deprimidos no psicóticos son diversos y comprenden grupos asociados con un alto grado de neuroticismo, alta hostilidad y trastornos de la personalidad. La asociación entre hostilidad y “depresión no psicótica” adquirió consistencia con los hallazgos de Pilowsky y Spence (1975). El hallazgo de una mayor hostilidad dirigida hacia el interior (como en contra de la expresión de ira hacia el exterior) en pacientes maniaco-depresivos en comparación con pacientes neuróticamente deprimidos (Trivedi y col. 1981) también está de acuerdo con este esquema.

Bagby y col. (1997a, b) sugirieron que la categoría de depresión hostil podría tener alguna validez. Sugirieron una medición del rasgo de la ira y la hostilidad para dividir a los deprimidos entre grupos de alta ira hostil o de baja ira hostil. El grupo de ira hostil alta era menos consciente, era menos agradable y más sensible interpersonalmente. No obstante, se encontró que ambos grupos tenían un perfil sintomático y una respuesta similar al tratamiento.

La ira y los fenómenos relacionados han sido reconocidos como la base para la clasificación en aproximaciones clasificatorias formales, pero hasta un cierto límite. La depresión agitada fue posicionada en un subgrupo de trastorno depresivo mayor en el Criterio de Investigación Diagnóstico (Spitzer y col. 1978). El DSM-IV clasifica el episodio depresivo con rasgos atípicos como una subcategoría diagnóstica, en la que hipersensibilidad al rechazo es un aspecto central (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

Ira asociada a la depresión: respuesta al tratamiento

Se informó de resultados superiores al tratar a deprimidos ansiosos con tioridacina y a deprimidos retardados con imipramina, mientras que los deprimidos hostiles respondieron igualmente bien con ambos

fármacos (Hollister y col. 1966). En otro estudio, se reportó mayor eficacia con amitriptilina en deprimidos retardados, con perfenacina en deprimidos ansiosos y con cualquiera de los dos en deprimidos hostiles (Hollister y col. 1967). Se descubrió que el tratamiento de la depresión con amitriptilina mejoraba la hostilidad (Fava y col. 1986), mientras que se observó que la fluoxetina era útil moderando la ira que formaba parte de la sintomatología de diversos trastornos de los eje I y II (Rubey et al. 1996).

No obstante, el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en pacientes deprimidos que manifestaban psicopatología relacionada con la ira es controvertido. Varios casos control, voluntarios sanos y estudios meta-analíticos sugieren que los ISRS pueden inducir a la agitación (Lane, 1998; Besley y col. 1991; Ranter y col 2002; Saletu y col 1986), y esto se ha relacionado por Healy (2003) con el suicidio inducido por ISRSs. No obstante, la asociación de tratamiento con ISRSs y el suicidio sigue siendo cuestionable (Khan y col 2003).

La presencia de síntomas residuales incluida la ira ha sido fuertemente relacionada con los pobres resultados a largo plazo y futuras recaídas (Fava 1999). Se ha visto que la estrategia de tratamiento secuencial basado en el uso de farmacoterapia en la fase aguda de la depresión y en la terapia de comportamiento cognitivo en la fase residual enfocada a los síntomas residuales (ira) disminuye el índice de recaída en la depresión recurrente (Fava y col. 2003).

Ataques de ira y depresión

Fava y col. describieron los ataques de ira como un fenómeno en la depresión por primera vez en 1990. Los ataques de ira mejoraban con el tratamiento antidepresivo. Considerando esta respuesta y la histórica relación entre hostilidad, irritabilidad, y depresión, postularon que los ataques de ira eran variantes de la depresión mayor. Desde entonces, la mayoría de los estudios sobre los ataques de ira se han hecho en relación con la depresión.

Prevalencia

Se ha reportado una prevalencia de los ataques de

ira en depresión mayor entre un 30 y un 49% (Fava y col. 1991, 1993b, 1993c, 1996; Sayar y col 2000), del 38% en la depresión mayor “atípica” y del 28% en disritmia, mientras que no se reportaron ataques de ira en los controles normales (Fava y col. 1997).

Los pacientes con depresión mayor tenían dos veces más de probabilidad de reportar ataques de ira que aquellos con trastorno de pánico (Gould y col. 1996).

Correlaciones clínicas

Los pacientes deprimidos con o sin ataques de ira no diferían en relación con la edad y el sexo (Fava y col. 1991). No había diferencias significativas en las tasas de ansiedad comórbida a lo largo de la vida (incluyendo trastorno de pánico). Y se encontraron trastornos de la alimentación y de uso de sustancias en los pacientes deprimidos con y sin ataques de ira (Fava y col. 1991; Tedlow y col. 1997). Sin embargo, estos últimos autores encontraron que el 80% de los pacientes deprimidos con ataques de ira cumplían los criterios de trastorno de pánico comórbido actual comparado con el 3% de pacientes deprimidos sin ataques de ira, un hallazgo que fue significativo a un nivel de tendencia (Tedlow y col. 1997).

Respecto a las medidas dimensionales (las cuales son más sensibles), los pacientes con ataques de ira reportaron estar significativamente más deprimidos, nerviosos y con menos esperanzas comparados con los pacientes sin ataques de ira. La gravedad de la depresión surgió como el predictor más fuerte de la presencia de ataques de ira (Sayar y col. 2000). Los ataques de ira han mostrado también ser predictores de una mayor depresión en pacientes con trastorno de pánico y alimentario (Gould y col. 1996; Fava y col. 1995). A pesar de tener puntuaciones similares en la escala de depresión del cuestionario de síntomas, los pacientes deprimidos con ataques de ira reportaron tener puntuaciones más altas en las escalas de ansiedad, de somatización, de estado y de rasgo de hostilidad y de capacidad potencial de fijar los receptores de la dopamina (D1) y la serotonina (5HT2) distrés psicológico global que los pacientes deprimidos sin ataques de ira (Fava y col

1993c). Se propuso que puntuaciones más altas en la escala de ansiedad en la depresión pueden ser debidas a la posible conexión entre la ira no regulada y la ansiedad o pueden ser un reflejo de los síntomas autónomos experimentados por los pacientes deprimidos con ataques de ira (Fava y Rosenbaum 1999).

Cuando se valoró en el Auto Cuestionario Revisado del Trastorno de la Personalidad, los pacientes deprimidos con ataques de ira se reportaron como que tenían más probabilidad de cumplir los criterios para los trastornos de la personalidad del cluster B (histriónico, narcisista, límite y antisocial) en comparación con los pacientes deprimidos sin ataques de ira (Fava y col. 1997). En otra muestra de 333 pacientes deprimidos ambulatorios donde el instrumento para la valoración de los trastornos de la personalidad fue el SCID II valorado clínicamente (Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de la Personalidad), se encontró que los pacientes deprimidos con ataques de ira tenían una probabilidad significativamente mayor de cumplir los criterios de los trastornos de la personalidad del cluster C (dependiente y evitante) y del cluster B (narcisista, límite y antisocial) que los pacientes deprimidos sin ataques de ira (Fava y Rosenbaum 1997).

Para examinar las características emocionales y de comportamiento de los descendientes de pacientes deprimidos con y sin ataques de ira, Alpert y col. (2003), examinaron a 43 padres que cumplían los criterios de depresión mayor y completaron la Lista del Comportamiento Infantil de Achenbach - Versión del Informe de los Padres para cada uno de sus niños. Encontraron que los padres con ataques de ira tenían una edad significativamente menor de inicio de la depresión. Se encontró que los descendientes de pacientes deprimidos con ataques de ira tenían puntuaciones significativamente menores en las escalas de competencia social y escolar y mayores puntuaciones para delincuencia, problemas de atención, comportamiento agresivo y psicopatología global.

Ataques de ira y subtipos de depresión

Los hallazgos sobre la asociación de ataques de ira con subtipos de depresión han sido inconsistentes. En un estudio se encontró que los ataques de ira eran más

prevalentes entre los pacientes con depresión atípica y disritmia en comparación con los sujetos normales (Fava y col. 1997), pero no se encontró en otro (Fava y col. 1993c).

Se ha sugerido que los ataques de ira indican en los adultos un episodio bipolar depresivo (Fava y Rosenbaum 1997). Sin embargo, Jain y col. (1997) encontraron que los ataques de ira eran reportados por un 34% de los pacientes unipolares deprimidos pero por ninguno de los pacientes bipolares deprimidos. También se reportaron que los cambios entre manía o hipomanía eran más frecuentes en los pacientes unipolares con ataques de ira que en los pacientes unipolares sin ataques de ira (Tedlow y col. 1997).

Estudios biológicos

Estudios sugieren que los pacientes con depresión mayor con ataques de ira pueden tener una relativamente mayor desregulación serotoninérgica que aquellos sin tales ataques. Comparados con los pacientes sin ataques de ira, se ha encontrado que los pacientes deprimidos con ataques de ira tienen una respuesta plana de prolactina a la estimulación de liberación de la hormona tirotrópica que se normaliza tras un tratamiento de 8 semanas con 20 mg/día de fluoxetina (Rosenbaum y col. 1993). También se reportó una respuesta plana de prolactina a la provocación con fenfluramina en pacientes deprimidos con ataques de ira, mientras que no se observó ese aplanamiento en pacientes sin ataques de ira (Fava y col. 2000). Mischoulon y col. (2003) examinaron la capacidad potencial de fijar los receptores de la dopamina (D1) y la serotonina (5HT2) mediante tomografía emisora de positrones para predecir la respuesta al tratamiento (nefazodona) en pacientes deprimidos con ataques de ira. La mejora en los ataques de ira se asoció con un descenso porcentual significativo del potencial de fijación de 5HT2 en la zona proximal frontal y en las regiones parietales izquierdas, pero no se observó un cambio significativo en el potencial de fijación de D1 en ninguna región tras 6 semanas de tratamiento.

Respuesta al tratamiento

Fava y col. (1991) encontraron que los pacientes deprimidos con ataques de ira mejoraron en mayor

medida que los pacientes sin ataques de ira cuando ambos grupos eran tratados con fluoxetina (Fava y col. 1991). Ellos sugirieron que estudios más grandes controlados con placebo comparando los inhibidores específicos de la recaptación de serotonina (ISRS) con los antidepresivos tricíclicos relativamente noradrenérgicos podrían ayuda a determinar si los pacientes deprimidos con ataques de ira muestran una respuesta distinta a un tratamiento farmacológico específico. Aunque estos estudios no se han realizado, la evidencia de otros ensayos no ha soportado la segmentación farmacológica entre depresión con ataques de ira y depresión sin ataques de ira. Los ataques de ira desaparecieron en un 53-71% de los pacientes deprimidos ambulatorios tratados con ISRS (fluoxetina o sertralina) o con antidepresivos tricíclicos (imipramina) (Fava y col. 1993c, 1996, 1997). También un número similar de pacientes que no cumplían los criterios completos de ataques de ira antes del tratamiento antidepresivo mejoraron tras tratamiento con varios antidepresivos (fluoxetina 6-7%, sertralina 8%, imipramina 10%). Sin embargo, estos ataques de ira no pueden atribuirse a los antidepresivos ya que el 20% de los tratados con placebo también desarrollaron ataques de ira (Fava y col. 1997).

Conclusión

Esta revisión sugiere que la ira, una importante dimensión de la emoción, aún tiene que ser completamente explorada en la investigación psiquiátrica. También, aunque el concepto de melancolía se ha reemplazado sucesivamente por depresión endógena, y depresión mayor, agitación, excitación e ira, permanece como una parte importante del espectro de la depresión. El estudio de los ataques de ira es solo un foco reciente de investigación, pero ha suscitado algunos hallazgos intrigantes. El subgrupo de pacientes deprimidos con ataques de ira parece ser distinto del subgrupo de pacientes sin ataques de ira en términos de correlaciones clínicas, aspectos de personalidad y características biológicas, aunque no en términos de respuesta al tratamiento.

La Bibliografía de los artículos se la pueden pedir a
lydiazuloaga@telefonica.net