

La Enfermedad Bipolar

Una guía para conocerla y enfrentarla

Dr. Pedro Retamal C.

PRÓLOGO

Actualmente, la enfermedad bipolar afecta a más de 200 mil los chilenos. De ellos, unos 100 mil la sufren en su fase crítica, con episodios de depresión severa, que pueden llevar a intentos suicidas, entre otras consecuencias.

Contrario a lo que muchas personas creen, ser bipolar no significa pasar de un estado de ánimo a otro a cada rato. Eso más bien es una caricatura, ya que en general, las fases pueden durar días, semanas o incluso meses.

Debido a lo anterior, y otras causas, en Chile hay una demora de casi 12 años en diagnosticar correctamente la enfermedad bipolar, porque suele confundirse con depresión u otros trastornos mentales, y los pacientes suelen ser sometidos a tratamientos para otras patologías.

Y las consecuencias, tanto para el enfermo, como para sus familiares, pueden ser nefastas. Sin embargo, ésta es una enfermedad de la que se sabe lo suficiente como para realizar el diagnóstico y tratamiento que bien guiado, permite que muchas de las personas afectadas tengan una vida normal, y si se presentan reagudizaciones, son más suaves y breves que sin tratamiento.

Este libro sobre la enfermedad bipolar está dirigida al público interesado en las enfermedades del ánimo, que incluye desde médicos, estudiantes de ciencias de la salud; hasta pacientes y familiares. El contenido está basado en investigaciones, revisiones del tema, publicaciones en libros y revistas científicas, seminarios de discusión de expertos, y mesas redondas; habitualmente en colaboración con diferentes colegas del Dr. Pedro Retamal, autor de este libro.

El material entregado puede ser utilizado para los fines que los lectores deseen, siempre y cuando citen la fuente. Los temas desarrollados en este texto son la relevancia social de la enfermedad, impacto en la salud física, causas neuropsicobiológicas, descripción clínica, aspectos psicológicos, manejo farmacológico e e intervenciones psicosociales.

El editor

La Enfermedad Bipolar

Una guía para conocerla y enfrentarla

LA ENFERMEDAD BIPOLAR

Dr. Pedro Retamal C.

Título Profesional: Médico Cirujano. Título obtenido de la Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Post-Grado: Especialización en Psiquiatría de Adultos Ministerio de Salud, Hospital Salvador Universidad de Chile, Facultad Medicina Escuela de Postgrado Sede.

Jerarquía Académica: Profesor Asociado Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

I INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Bipolar (EB) es uno de los tipos de las enfermedades afectivas, siendo la más conocida la depresión mayor (monopolar). En la enfermedad afectiva el síntoma central es la alteración del ánimo, tanto disminución (depresión) como manía (aceleración), que tiende a evolucionar en fases y, después de los episodios, la recuperación tiende a ser completa; por lo tanto, el pronóstico es más bien favorable, incluyendo una mejoría espontánea de las fases. Sin embargo, esto no significa que sea innecesario el tratamiento ya que algunos episodios son prolongados, otros tienden a la cronicidad, la mayoría provoca un significativo impacto en la salud somática y en la esfera psicosocial y en ocasiones los pacientes realizan intentos suicidas.

La depresión puede ser caracterizada como el tipo más frecuente de alteración del estado anímico, que lleva a su disminución, con grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales, y acompañado de diversos síntomas físicos y psíquicos. Cuando en la evolución de la enfermedad, es decir, en la historia previa de la persona, los episodios de alteración del estado de ánimo siempre han sido de disminución, se habla de depresión monopolar (conocida como depresión mayor), ya que alude a que se presenta solo un polo. En cambio, cuando en la historia, además de las depresiones, se han presentado episodios con aumento del estado anímico (aceleración, euforia, irritabilidad, etc.), la depresión se define como bipolar, indicando que han existido dos polos anímicos: disminución (depresión) y elevación (manía).

El objetivo de este libro es entregar información sobre la EB, la depresión y el conjunto de las enfermedades del ánimo, facilitando que los pacientes y familiares tengan mejor comprensión de los síntomas y el impacto psicosocial, conozcan las terapéuticas más utilizadas e, idealmente, puedan implementar medidas de prevención de nuevos episodios depresivos y maníacos, así como conocer los posibles riesgos de transmisión hereditaria. Una importante consecuencia es establecer un diálogo más cercano con el médico, participar y colaborar con las indicaciones profesionales en forma responsable, alertar a personas significativas sobre la posibilidad de padecer depresión y enfermedad bipolar, ayudarlos a tomar mejores decisiones y manejar con más soltura el estigma (en gran medida injustificado) que, en ocasiones, provocan las enfermedades mentales. Sin embargo, la profundidad y la adición de referencias bibliográficas permitirán que sea material de apoyo para entender la EB en la docencia universitaria de pregrado de las carreras de la salud.

Con la información disponible el sufrimiento individual y el malestar ambiental (social, familiar, laboral, etc.), asociado a la enfermedad psíquica es más fácil combatir la estigmatización y el consiguiente aislamiento social al que el enfermo es progresivamente conducido, en especial si se trata de una patología compleja y prolongada. Una de las mejores herramientas disponible hoy día para oponerse a éste problema, es disponer de conceptos científicos y una mejor comunicación para romper el aislamiento familiar, social y cultural, junto con entregar los recursos

materiales (acceso a tratamientos eficaces) y humanos (profesionales capacitados con especial sensibilidad para comprender a quienes sufren enfermedades del ánimo).

Una meta de gran importancia es ayudar a que éste y otros libros puedan contribuir a reducir los prejuicios y discriminación que provoca la estigmatización de las personas que padecen enfermedades mentales. Afortunadamente, la patología del estado de ánimo, sobre todo la depresión y en gran medida la EB, han conseguido mayor aceptación y comprensión social.

Pueden ser varias las causas de tal avance, a pesar de que por siglos la enfermedad mental ha suscitado momentos de gran reacción emocional adversa en la gente común, e incluso en aquellas con elevado nivel cultural y académico. Algunos de los factores que han permitido combatir el estigma asociada a las enfermedades mentales son:

1. Las enfermedades psíquicas tienen una frecuencia elevada; en Chile 1 de cada 4-5 personas presentan síntomas de varias patologías, en una amplia gama de intensidad como para ser considerados patológicos o poco adaptativos. Las enfermedades afectivas corresponden al 10% de la población adulta, es decir, más de un millón de personas afectadas.
2. Los sistemas de salud muestran cada vez mayor interés en la atención de personas con depresión, y en nuestro país el sistema AUGE-GES permite que las personas con más dificultades económicas reciban tratamiento bajo garantías y normas estatales.
3. La disponibilidad de profesionales de la salud es cada vez más elevada (médicos psiquiatras, médicos de las distintas especialidades, médicos generales, orientadoras y psicólogos clínicos), con nivel variable de formación académica y científica.
4. La información pública disponible es abundante: entrevistas, reportajes, artículos científicos, información disponible en la web, etc.
5. Paulatinamente, se acumulan los datos que indican que las personas que sufren enfermedades del ánimo, en especial sus parientes (que comparten la información genética con aquellos que padecen la EB), tienden a mostrar niveles elevados de creatividad y capacidad de trabajo, que con cierta frecuencia pueden permitir que alcancen la genialidad, como Vincent van Gogh, Robert Shuman y Ernest Hemingway, entre otros. O rasgos de liderazgo, como Winston Churchill o Simón Bolívar. Me atrevo a plantear que las personas con patología afectiva, sobre todo aquellas con EB, constituyen el reservorio genético de la creatividad para nuestra especie.

La EB oficialmente se denomina Trastorno Bipolar y, antiguamente, Enfermedad Maníaco Depresiva. Prefiero llamarla Enfermedad porque la palabra trastorno tiende a aludir a “trastornado” o “locura “ y, solo una parte de los pacientes con EB pueden llegar a la psicosis, o sea no todos se “trastornan”.

La EB es un cuadro psiquiátrico descrito muy precozmente, y los conceptos modernos anteceden por varios decenios a la depresión mayor. Sin embargo la EB fue superada en el interés de la psiquiatría por otras enfermedades como la esquizofrenia y depresión.

El enorme avance de la psicofarmacología trajo de la mano a la neurobiología, y por varias décadas el manejo terapéutico fue realizado con medicamentos. Es necesario entender que esta “medicalización” de la enfermedad psíquica ocurre a continuación de la ocurrida en el conjunto de la medicina, sin embargo, en el conjunto de los sistemas de salud ha aparecido el manejo preventivo y colaborativo con el paciente, que junto a las terapéuticas complementarias con base científica, como dieta, yoga y ejercicio físico, entre otros, han entregado un nuevo impulso a la medicina.

Si bien es muy importante contar con medicina de alta complejidad que resuelva, ojalá sin secuelas patologías como un infarto del miocardio, más relevante sería prevenir, evitar o retrasar la aparición de tal infarto. Así es que a la medicina no solo le interesa la terapéutica, sino que también, y primordialmente, se preocupa de los factores de riesgo. En el ejemplo, está el control de la hipertensión arterial, obesidad, diabetes, dislipidemia, tabaquismo, así como el manejo de la dieta, el estrés ambiental y la actividad física.

Como las enfermedades psíquicas comprometen al órgano más complejo que existe en la naturaleza, con seguridad será más difícil enfrentarla con buenos resultados respecto de enfermedades que aparecen en sistemas más simples. Por lo tanto, al igual que en el resto de la medicina se están estudiando distintas alternativas terapéuticas para luego influir en los factores de riesgo para realizar prevención.

El primer paso es haber demostrado el efecto positivo de las psicoterapias, sobre todo aquellas que tienen validación metodológica. Más adelante, haber reconocido que la mente, y su base el cerebro, pueden ser influidas por mecanismos distantes. Durante muchos años se insistió en la gran relevancia de los factores genético-familiares y su aparente inmutabilidad; y en los últimos dos decenios se conocen factores inflamatorios e inmunológicos en la patología psíquica.

Por lo tanto, la psiquiatría se hizo cargo de los mismos factores que influyen en las enfermedades cardiovasculares, metabólicas y del tejido conectivo. La consecuencia de toda esta nueva información científica ha sido validar la importancia de la dieta, los factores nutritivos, la actividad física y el estrés psicosocial en la enfermedad psíquica.

El manejo contemporáneo e integral de la EB debe seguir la tendencia de la medicina y de la psiquiatría: desde los medicamentos hasta el yoga, desde el litio hasta la consejería genética, desde la psicoterapia hasta el ejercicio, desde la psicoeducación hasta la dieta.

La información que posee el médico general sobre las enfermedades del ánimo, en la mayoría de los casos, la obtuvo hace uno o dos decenios atrás, cuando aún predominaba la clasificación dicotómica entre depresión endógena, a tratar con acciones biológicas y depresión reactiva que requería psicoterapia.

Por otra parte, los ginecoobstetras, que atienden a la población más vulnerable a sufrir patología anímica (género femenino y atención del postparto), tampoco reciben un entrenamiento especial en estos cuadros. Estos factores limitan las destrezas para reconocer y tratar las enfermedades afectivas, en especial porque aún los clínicos no están interiorizados de la dicotomía monopolar-bipolar, hoy día de mayor importancia. Así, puede ocurrir que junto a dosis subterapéutica de antidepresivos, tiempo insuficiente de tratamiento, y falta de respuesta, pueda presentarse un agravamiento con los fármacos o simplemente ausencia de respuesta que puede tener explicación en que el episodio corresponda a un subtipo de enfermedad bipolar erróneamente considerado monopolar.

II CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR

Las enfermedades del ánimo más conocidas son la depresión y la enfermedad bipolar (depresión bipolar). Entre las características comunes se puede mencionar:

- 1.- El síntoma principal es la alteración anímica: tristeza patológica o depresión y euforia patológica o manía.
- 2.- La evolución en fases o crisis, de manera que existen períodos de normalidad y otros con enfermedad.
- 3.- La tendencia a la recuperación; en general después de una fase la persona vuelve a su estado normal con recuperación completa o parcial.

Cuando la alegría-euforia es patológica se denomina manía y si es un cambio más suave hacia la aceleración, hipomanía. En los casos que constituyen enfermedad aparecen los elementos siguientes:

- 1.- Alegría, euforia o irritabilidad intensas,
- 2.- Tendencia a los excesos y al descontrol que el paciente no puede manejar o no desea controlar por que le resultan placenteros o por ausencia de conciencia respecto del carácter patológico de los síntomas
- 3.- Dura varios días o semanas,
- 4.- Que interfiere con el desempeño laboral, estudiantil, capacidad de auto cuidado o las decisiones juiciosas.
- 5.- Si aparecen en relación a desencadenantes ambientales (situación agradable e incluso desagradable o penosa) sus efectos perduran en el tiempo y terminan desligados de los desencadenantes,
- 6.- Aparecen otros síntomas (inquietud e hiperactividad motora, conversación rápida y en voz alta, necesidad disminuida de dormir, desde pocas horas a nada, comprar o regalar pertenencias en forma exagerada e inapropiada, etc.), es decir un síndrome maníaco.

Aquellas enfermedades afectivas que en su evolución sólo presentan disminución del ánimo (antes, durante y después del momento en que están siendo estudiadas por el médico) se denominan depresión monopolar (o depresiones clásicas o habituales). Las depresiones bipolares o EB, en el transcurso de su evolución presentan además de las fases depresivas, períodos de aceleración (manía o hipomanía). La EB según la intensidad de las aceleraciones tiene dos tipos:

- Una forma con períodos levemente eufóricos, síntomas suaves (hipomanía) y en otros fases de depresión severa (depresión mayor), es el tipo bipolar II. Para el diagnóstico según DSM-5 es necesario al menos un episodio de hipomanía y al menos uno de depresión mayor.
- El otro grupo presenta fases de aceleración e irritabilidad severas, la mayoría de las veces seguidas de episodios de depresión mayor, es el tipo bipolar I. Según DSM-5

para el diagnóstico se requiere al menos un episodio de manía, es decir no es necesaria la depresión, aunque es frecuente que aparezca.

Una forma atenuada de la enfermedad bipolar es el Trastorno ciclotímico o ciclotimia. Se caracteriza por lo menos por dos años de períodos de síntomas de suave aceleración (hipomanía), que no cumplen con los criterios para episodio maníaco y numerosos episodios depresivos suaves que no cumplen con los criterios para episodio depresivo mayor.

En las Tablas siguientes se anotan los síntomas que permiten realizar el diagnóstico de episodio maníaco o hipomaníaco, según los parámetros que emplea la psiquiatría en Estados Unidos, DSM-5.

EPISODIO MANIACO DSM-5

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía y que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y un aumento de la energía o la actividad existen tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

- 1) Aumento de la autoestima exagerada o sentimiento de grandeza.
- 2) Disminución de la necesidad de dormir (por ej. se siente descansado tras solo 3 horas de sueño).
- 3) Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
- 4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
- 5) Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa
- 6) Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo, o la escuela o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
- 7) Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas para producir consecuencias graves (por ej. dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para causar deterioro importante en el funcionamiento social o laboral para necesitar hospitalización con el

fin de evitar el daño a si mismo o a los otros, o porque existen características psicóticas.

D. El episodio no se atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección medica.

Nota: un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación , terapia electro convulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico mas allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio maníaco , y en consecuencia de un trastorno bipolar I.

Nota: Los criterios A-D constituyen episodio maníaco . Se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

EPISODIO HIPOMANIACO DSM-5

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad existen tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presente en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima exagerada o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (por ej. se siente descansado tras solo 3 horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo, o la escuela o sexual) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas para producir consecuencias graves (por ej. dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del sujeto cuando presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral importante o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es por definición maníaco.

F. El episodio no se atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. una droga, un medicamento, otro tratamiento).

Nota: un episodio hipomaníaco completo que aparece durante el tratamiento anti-depresivo (p. ej., medicación, terapia electro convulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico mas allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni indica necesariamente una diatesis bipolar.

EPISODIO DEPRESIÓN MAYOR. DSM-5

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: 1. Estado de ánimo depresivo o 2. Pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas por otros (p. ej., se le ve lloroso). (nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable).

2. Disminución importante del interés o del placer por todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días (según se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5 % del peso corporal en 1 mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o de culpabilidad excesivos o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota : los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor

Nota : las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimientos de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (Fifth ed.). Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría. 2014.

Salinas P., Fullerton C., Retamal P. Trastornos del Animo y DSM-5. Rev Chil Neuropsiquiat . 52 (supp.1):16-21.2014

III EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR

Esta es una enfermedad frecuente que puede desencadenarse a cualquier edad, incluso en la infancia, evoluciona por fases que pueden repetirse muchas veces en el curso de la vida y por lo tanto requiere tratamiento indefinido, por toda la vida.

Después de la Segunda Guerra Mundial se produjo un aumento de las personas que reciben el diagnóstico de EB que no puede ser atribuido a consideraciones estadísticas (mejor registro de los casos, más interés en realizar el diagnóstico, etc.).

Es posible que tal elevación esté provocada por las modificaciones del estilo de vida; los factores que se han mencionado son el aumento de las horas de trabajo, así como la mayor complejidad de éste, la competitividad, la mayor intensidad, rapidez y variabilidad de los contactos interpersonales, así como la globalización de las comunicaciones y el tiempo destinado a ellas, la menor exposición al sol por la concentración de la población en las grandes ciudades con gran cantidad de horas de vida en departamentos, oficinas y edificios con luz artificial.

También el empleo de estimulantes como café, té, determinadas bebidas y cigarrillos, además del uso de fármacos anorexígenos y drogas ilícitas como cocaína, anfetamina y marihuana, aparte del alcohol. Estos factores tendrían en común la posibilidad de provocar un aumento de la excitabilidad neuropsicológica, con persistencia de estados tensionales y reducción de las horas de descanso y sueño.

El resultado final sería la alteración del equilibrio en el sistema nervioso central y que en sujetos predispuestos (constitución genética, somática y caracterológica) facilitaría la emergencia del trastorno anímico.

En Chile los estudios de la década de los 90, mostraron una prevalencia de enfermedades del ánimo que oscilaba entre 4.5%-11.4%, según la ciudad estudiada. La enfermedad bipolar tipo I presentó una prevalencia entre 0.6% y 1.1%. En la atención secundaria, realizada por especialistas en Psiquiatría 18-28 % de los pacientes que se presentan con depresión en realidad son bipolares (con depresión bipolar).

A nivel mundial la prevalencia de enfermedad bipolar en la población general, incluidas las formas atenuadas, se encuentra entre 5% y 8 %. En la actualidad se estima que un número significativo de personas que han recibido el diagnóstico de depresión en realidad corresponden a depresión bipolar es decir EB.

En la atención primaria por médicos generales 21% a 26% de los pacientes con depresión en realidad corresponden a depresión de tipo bipolar y en la atención psiquiátrica este porcentaje asciende a 40%-60%.

En USA según National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions –III

años 2012-2013 , empleando los criterios DSM-5 para EB tipo I se encuentra una prevalencia 12 meses de 1,5% y a lo largo de la vida 2,1%, similar en hombres y mujeres . Pero cuando se utilizan un concepto amplio de EB la prevalencia a lo largo de la vida puede alcanzar 4,3% .

La consecuencia más dramática de la depresión y EB es el suicidio. A nivel mundial se ha estimado que el 5 % de las personas que sufren EB pueden morir por suicidio, pero cuando se consideran solo las formas más graves, el porcentaje subiría a 15%. Muy importante es la demostración que las personas que realizan tratamiento con litio tienen un probabilidad menor de morir por suicidio.

En Chile, no tenemos datos sobre muertes por suicidio en la EB, pero en un estudio conjunto con Argentina realizado en unidades especializadas, las cifras sobre ideas de suicidio son 61-71%, en tanto que los intentos suicidas que realizan las personas con EB son 36-56%.

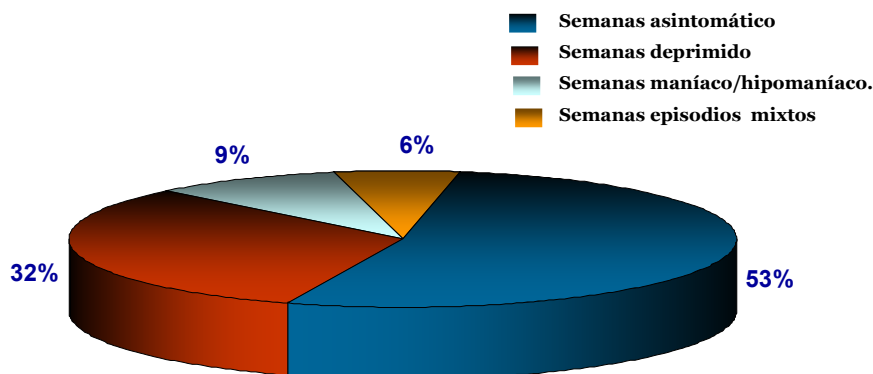
Si bien es menos dramático, las personas que presentan EB también sufren complicaciones de la salud física: alrededor de 50% de aumento en la probabilidad de padecer el llamado síndrome metabólico.

Este es un cuadro caracterizado por la existencia simultánea de hipertensión arterial, obesidad, elevación de colesterol y glicemia. Esta patología los expone a sufrir con más probabilidad que la población general de enfermedades cardiovasculares con aumento de la mortalidad. En la tabla vemos el porcentaje de personas con EB que sufren las diversas alteraciones del síndrome metabólico.

Alteración metabólica	Datos de USA	Datos España
Fumar	54-67%	51%
Hipertensión	54-67%	20%
Obesidad	20-49%	34%
Diabetes	8-17%	6%
Hipertrigliceridemia	-	36%
Colesterol HDL mg/dl <45 Hombres / <50 Mujeres	-	49%

Los pacientes con EB con mas frecuencia presentan enfermedades somáticas: diabetes, asma, hepatitis C y a menor edad que la población general. También esclerosis múltiple, enfermedades cardiovasculares. Además, la enfermedad provoca un impacto sobre el empleo, nivel de ingresos, relaciones de pareja y rol parental. Esto acontece por que los pacientes están sintomáticos la mitad del tiempo, es decir gran parte de su vida sufren diversas manifestaciones, ver gráfico.

Los pacientes bipolares son sintomáticos casi la mitad de sus vidas



Goodwin F, Jamison K. Manic-Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression. New York.Oxford University Press. 2007.

Retamal P, Strejilevich S, Fullerton C, Botto A. Diagnóstico y tratamiento .de la enfermedad bipolar: experiencia y opinión de los pacientes en el Hospital del Salvador, Santiago de Chile. Arch Psiquiatría (España).2007; 70(3): 213-224.

Kim J., Chang S., Hong J., Bae J., Cho S., Hahm B., et.al Lifetime prevalence, socio-demographic correlates, and diagnostic overlaps of bipolar spectrum disorder in the general population of South . J Affect Dis . 203:248-255. 2016

Blanco C., Compton W., SahaT. Goldstein B., Ruan W., Huang B., et.al Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – III. J Psychiatr Res. 84:310-317.2017.

IV GENETICA EN LA ENFERMEDAD BIPOLAR

Si bien los estudios sobre el riesgo mórbido en los parientes de enfermos con patología del ánimo llevan varios decenios, se produce cierta variabilidad en los resultados, existiendo más consistencia en las cifras respecto de los trastornos bipolares que monopolares.

La probabilidad de presentar trastorno bipolar entre los parientes de primer grado de un enfermo bipolar varía en los estudios de revisión de datos con cifras que pueden llegar hasta 15 y 18%. En nuestra casuística encontramos en algo más de la mitad de los enfermos antecedentes de enfermedad bipolar en algún pariente, además de una mayor cantidad de patología maníaco-depresiva en la familia materna o en la madre misma que en lo de los progenitores varones de los pacientes.

La información genético familiar permite obtener grupos más homogéneos de pacientes lo que puede entregar indicios sobre la posible etiología, facilita la identificación de características asociadas con incremento del riesgo y sirve de fundamento para la prevención y consejo genético.

Existe un aceptable acuerdo respecto de un modelo genético multifactorial con un gradiente de severidad que comienza en el trastorno esquizoafectivo, sigue con el bipolar I, bipolar II y finaliza en el cuadro monopolar.

Este espectro de vulnerabilidad genética se expresaría como la capacidad para transmitir la enfermedad en el árbol genealógico. Las diferencias en las enfermedades afectivas serían cuantitativas, más que cualidades diferentes de la psicopatología, o sea diferencias en la cantidad del material genético transmitido produce formas diversas de enfermedad.

Esta idea de espectro y gradiente en las enfermedades del ánimo, ha servido de modelo par realizar aproximaciones diagnósticas y terapéuticas. Siguiendo este modelo es posible reconocer la utilidad de varios subtipos de enfermedad bipolar: desde el I al IV, elevándose la prevalencia de la patología del tradicional 1% a cerca del 5%.

Hace no más de una década existía cierta resistencia atribuir a un factor genético la alta prevalencia de muchos trastornos psiquiátricos, probablemente como una manera de disminuir la estigmatización y el nihilismo terapéutico. Hoy día esta actitud pesimista pierde sentido en vista de los notables avances en genética molecular, fisiopatología y terapéutica.

Puesto que no conocemos a cabalidad de intervenciones que puedan evitar el desarrollo de la enfermedad bipolar, la prevención secundaria adquiere fundamental importancia: reconocer y tratar los casos tan pronto la enfermedad se inicie. Otro aspecto de la prevención es el consejo genético, que como en muchas afecciones, está basado en estimaciones empíricas del riesgo y no en el conocimiento específico de la susceptibilidad individual.

Las cifras sobre prevalencia general de la enfermedad (0, 4-1, 2%), aparición en parientes de primer grado (6-10 %), en gemelos dicigotos (25%) y monocigotos (80%), son datos muy útiles que, entrelazados con la verificación de los casos acumulados en varias generaciones, el grado de severidad, comienzo según edad y presencia de síntomas psicóticos, facilitan estimar la probabilidad de transmisión genética en determinado grupo familiar.

Estos nuevos conocimientos están impregnando el trabajo de los clínicos, quienes tienen una postura muy activa frente a los casos nuevos, incluidos los moderados, pesquisando casos y proponiendo tratamiento lo más pronto posible.

En la práctica clínica cotidiana es frecuente que respecto de los antecedentes familiares mórbidos solamente se indague sobre el nombre del diagnóstico, siendo poco habitual que se busquen datos sobre los síntomas, evolución, relaciones interpersonales y desempeño laboral, así como sobre fármacos y respuestas terapéuticas y en ocasiones puede ser difícil preguntar y responder sobre suicidio.

Al respecto no podemos olvidar que hasta la década de los años ochenta existía un sobre diagnóstico de esquizofrenia a expensas de la EB, que puede contribuir a errores en el diagnóstico anamnésico de esta última al tomar la historia clínica(4,5,14,15,16).

SUPGRUPOS DE ENFERMOS BIPOLARES

En los familiares de pacientes depresivos monopolares se acumulan los casos de depresión, pero también algunos pocos enfermos bipolares. Entre los parientes de pacientes bipolares se presentan casos de depresión mayor, enfermedad bipolar y ciclotimia.

Los hijos de pacientes con EB tiene 5 veces más riesgo de presentar la enfermedad. En gemelos homocigotos la concordancia puede ser 40-70 % y en parientes de primer grado 5-10% , mucho mayor que en población general, alrededor de 1%.

No existirían diferencias respecto de la sobrecarga familiar al comparar enfermos bipolares I y II , sin embargo serían subtipos genéticamente distintos siendo necesario recordar que muchos enfermos del tipo II no son diagnosticados correctamente, pasando a aumentar el número del grupo monopolar.

Respecto del número de episodios, se sabe que no habría mayor sobrecarga en el árbol genealógico cuando el caso índice tiene muchos episodios. El litio tiende a ser más eficaz cuando existen antecedentes genéticos positivos de EB y de respuesta al litio.

En relación a la edad de inicio algunos trabajos han demostrado un incremento del riesgo en los parientes cuando la enfermedad del caso índice comienza precozmente.

ESTUDIOS DEL MATERIAL GENÉTICO

Tiene gran consistencia los estudios de un gen relacionado con canales de calcio, además ha quedado en evidencia que los genes para EB también producen susceptibilidad para otras enfermedades; p. ej. polimorfismos en tres SNP, ubicados en cromosomas 3 y 10 también se relacionan con depresión, esquizofrenia, déficit atencional y autismo.

Genes de tejidos de la corteza dorsolateral prefrontal están inhibidos en su expresión, entre los cuales están dos genes relacionados con neuroplasticidad. También están hiporegulados genes de la corteza cingulada anterior, entre los cuales aparecen genes que codifican la síntesis de neurotransmisores.

Un aspecto especialmente interesante es la investigación entorno a la existencia de alelos protectores que previenen o reducen el riesgo de desarrollar la enfermedad bipolar. La estrategia empleada en un estudio reciente consistió en estudiar genotipos con salud mental sana (ausencia de cualquier patología psiquiátrica) y compararlos con los de familias Amish, que muestran una gran incidencia de enfermedad bipolar. Se encontró una sólida evidencia para un locus protector en el cromosoma 4p. En este trabajo se plantea que a pesar del riesgo o predisposición familiar para desarrollar la enfermedad, algunos individuos parecen sanos porque no heredaron todos los alelos de susceptibilidad y además porque presentan alelos protectores.

Por otra parte, la falta de consideración por un factor genético protector puede hacer más variable y difícil la interpretación de resultados, que a veces muestran o rechazan que ciertos cromosomas estén involucrados en las enfermedades afectivas.

Cruz Coke R. Herencia de las Enfermedades Afectivas. En Retamal P. (Ed). Depresión Diagnóstico y Tratamiento. Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago 1992.

Retamal P. Antecedentes Genéticos en Enfermedad Bipolar. Decisión Terapéutica en un caso clínico. Folia Psiquiátrica (Chile). 3:29-34.1997.

Gjinns E., St Jean P., Phibert R., et al. A Genoma-wide research for chromosomal loci linked to mental health wellness in relatives at high risk for bipolar affective disorder among Old Order Amish. Proc. Natl. Acad. Sci. 95:15331-15336. 1998.

Nurnberger JI Jr, Koller DL, Jung J, Edenberg HJ, Foroud T, Guella I, Vawter MP, Kelsoe JR, Psychiatric Genomics Consortium Bipolar Group. Identification of pathways for bipolar disorder: a meta-analysis. JAMA Psychiatry. 71(6):657-64. 2014.

Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. Lancet. 381(9875):1371. 2013.

V CONSIDERACIONES SOBRE ESPECTRO BIPOLAR

Los síntomas depresivos oscilan entre las variaciones normales del ánimo en relación a situaciones difíciles (pérdidas, duelos, etc.) hasta aquellos patológicos que pueden obedecer a distintas causas: secundarias a enfermedades físicas (hipotiroidismo, cáncer, etc.) o genuinas alteraciones del ánimo, llamadas primarias.

Sin embargo, el problema más significativo relacionado con el Trastorno o Enfermedad Bipolar EB es diferenciar la depresión bipolar (episodio depresivo de la EB) respecto de la depresión mayor (unipolar), puesto que ambos episodios (monopolar y bipolar) de esta alteración primaria del ánimo tienen apariencia clínica similar en el corte transversal, es decir los síntomas observados al momento de la entrevista.

Por tal característica el diagnóstico de depresión que en realidad corresponde a una Enfermedad Bipolar y no Monopolar puede demorar más de 10 años en promedio.

Es muy importante tener en cuenta que para el diagnóstico de EB no es suficiente que el paciente nos informe que ha sufrido días de hiperactividad, irritabilidad y pensamientos rápidos. Es necesario considerar si los síntomas pueden estar ligados a las especiales circunstancias biográficas por las que ha pasado en tal período, incluyendo el consumo de estimulantes.

Cuando las manifestaciones de aceleración se relacionan claramente con esa situación, es conveniente postergar el diagnóstico de EB hasta completar otros datos: historia personal y familiar de enfermedades del ánimo, incluyendo la entrevista con los parientes. De todas maneras el antecedente de esa hipomanía nos debe poner en alerta.

Algunas personas pueden presentar temperamento hipertímico (gran actividad, cercanía afectiva, simpatía, alta autoestima, confianza en sí mismo, etc.) sin sufrir verdaderas alteraciones del ánimo y con frecuencia es la expresión temperamental normal de las personas con patología afectiva que en algún momento de la vida puede convertirse verdaderamente en sintomática. Tal tipo de temperamento puede ayudar a fundamentar el diagnóstico.

CONCEPTO DE ESPECTRO BIPOLAR

Las enfermedades tienen distintos síntomas y con variada intensidad. Por ejemplo la gripe puede presentar síntomas suaves (malestar general, leve aumento de la temperatura, dolores corporales, tos suave, etc.), sin embargo al aumentar su intensidad y según la persona afectada, puede ser tan grave que lleve a la muerte. Es decir un espectro o abanico de intensidad con una causa común: el virus de la gripe.

La idea de Espectro Bipolar o Alteración Anímica del Espectro Bipolar permite que los clínicos “puedan pensar” en la posibilidad que los síntomas o dificultades que muestran algunas personas con depresión tengan en su base una enfermedad del ánimo de tipo bipolar.

Cuando en el cuadro clínico actual están presentes síntomas de manía- hipomanía (aceleración-euforia-irritabilidad-hiperactividad), son más bien intensos y notorios y duran varios días, es relativamente fácil su constatación y reconocimiento, de manera que el diagnóstico de EB resulta prácticamente indudable (descartando las causas somáticas o secundarias).

Sin embargo la mayoría de las veces las personas sufren síntomas breves y suaves de hipomanía y por los pocos días de duración es difícil que el paciente y familia puedan darse cuenta de tales síntomas, en tanto que el médico no tendrá la oportunidad de observarlos pues al asistir a la consulta muchos pacientes ya no están sufriendo aceleración.

Sin embargo, la realidad es que los pacientes y con frecuencia los familiares no consultan por no considerarlos anormales, incluso pueden ser apreciados como positivos o adaptativos en vista de la frecuente hiperactividad, creatividad y acentuación de libido.

En varias ocasiones faltan elementos para realizar el diagnóstico de EB, de manera que los fundamentos de una decisión terapéutica tienen menor consistencia. Por tales causas se produce el subdiagnóstico: estamos en el margen más suave de la enfermedad bipolar.

Ahí es cuando el concepto de Espectro Bipolar resulta muy útil, pues permite “buscar” la patología, de manera que sobre una base razonable los pacientes pueden recibir un tratamiento que contribuye de manera notable a mejorar su calidad de vida y disminuir los riesgos temidos de esta enfermedad del ánimo: el intento suicida.

Puesto que la etiopatogenia de las enfermedades psíquicas es solo parcialmente conocida, las clasificaciones se basan en la descripción clínica de los signos y síntomas y desafortunadamente los criterios operacionales para el diagnóstico de un episodio no consideran la evolución ni los antecedentes genético-familiares.

Tales clasificaciones son dicotómicas o categoriales y son un buen modelo para reconocer la patología y decidir terapéuticas, pero la realidad clínica cotidiana indica que existe más bien una gradualidad, abanico o espectro en la presentación clínica de los cuadros afectivos. Uno de los problemas es la proximidad entre hipomanía suave y normalidad psíquica.

En esta presentación solo se revisará la continuidad entre depresión unipolar y EB tipo I y no considera otros espectros: E.B. y Personalidad Limítrofe, entre otros.

CÓMO REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DE ESPECTRO BIPOLAR

En el DSM-V el Trastorno Bipolar (la EB) y los Trastornos Relacionados están separados de los Trastornos Depresivos (Unipolares) y su aparición entre Espectro esquizofrénico (298-9 F29) y Trastornos Depresivos representa que constituyen un puente

entre ambas clases de diagnóstico de acuerdo a síntomas, historia familiar y genética.

La riqueza psicopatológica de la E.B. permite que se rellenen los espacios del espectro, existiendo a los menos tres grupos de pacientes que quedan ausentes de la clasificación convencional:

1. Depresión que ha presentado previamente síntomas hipomaníacos en coincidencia con el empleo de A.D. El 100% de tales personas en un estudio realizado hace tres decenios, reciben el diagnóstico de E.B. en el seguimiento de 3-4 años .

2. Depresión que ha presentado síntomas hipomaníacos subumbrales, que no cumplen criterio de los 4 días de duración. En USA el National Comorbidity Survey muestra que los pacientes con manía breve son más abundantes que los que cumplen los criterios y a pesar que son de pocos días de duración, sufren discapacidad comparable a los que tienen diabetes y asma, indicando que las consecuencias de tales síntomas subumbrales son igualmente severas.

3. Depresión sin síntomas hipomaníacos. Este es el grupo más difícil y que trae mayor confusión y seguramente induce más errores: E.B. "sin aceleración". En realidad para Kraepelin en la Enfermedad Maníaco Depresiva la alta recurrencia de las fases era más relevante que la manía. Sin embargo la validación de este subtipo de EB requiere varios elementos para evitar extender de manera equivocada el concepto de espectro bipolar. Junto a la recurrencia es necesaria la presencia de las siguientes características:

A. Evolución clínica:

a. Edad de comienzo precoz, antes de los 20-25 años. En la práctica es cada vez más frecuente que pacientes adolescentes, incluso niños, presenten depresión sugerente de E.B.

b. Inicio de la enfermedad en el postparto.

c. Varios episodios, más de 5.

d. Ciclos rápidos.

e. Episodios breves, menos de 3 meses.

B. Fenomenología:

a. síntomas atípicos, hiperfagia, hipersomnio.

b. síntomas psicóticos, culpa patológica.

C. Antecedentes de E.B. en familiares de primer grado.

D. Episodios depresivos mixtos, es decir junto a un episodio depresivo mayor aparecen 2 o más síntomas maníacos (excluida la agitación psicomotora).

E. Provocación de hipomanía o manía con antidepresivos.

En términos prácticos, en vista de la ausencia de marcadores biológicos, la validez predictiva es el rasgo más importante para realizar diagnósticos, permitiendo al clínico una predicción del tipo de tratamiento más eficaz y sus posibles efectos adversos y también anticipar el pronóstico o evolución en el largo plazo. Así el concepto de espectro bipolar es de la mayor importancia para los clínicos pues permitirá saber que cierta constelación de características en realidad corresponde a una EB, aunque en el momento de consultar no estén presentes los elementos clásicos, pero que si el paciente no recibe el diagnóstico de una patología bipolar, espectro bipolar, no tendrá el beneficio de un diagnóstico correcto y precoz que lleve a un tratamiento que bien manejado evite las complicaciones de cualquier enfermedad que ha evolucionado por tiempo prolongado.

Si bien los síntomas maníacos e hipomaníacos ponen el sello para realizar el diagnóstico de E.B. pueden presentarse más tardíamente en la evolución, impidiendo un diagnóstico precoz. La presencia de rasgos-características de tipo "no-maníaco", tales como edad temprana de inicio y síntomas atípicos, permiten predecir la evolución de una E.B., aunque por si solos no sean insuficientes para realizar el diagnóstico.

De cualquier manera el corte longitudinal-evolución de la psicopatología (edad de inicio, comienzo en postparto, etc.), en conjunto con la visión transversal-estado actual (síntomas en el momento del examen clínico) otorga más posibilidad de realizar el correcto diagnóstico de depresión del espectro bipolar.

Al respecto el Mood Disorder Questionnaire MDQ es un buen ejemplo de una revisión longitudinal de los síntomas realizado por el mismo paciente.

Cuando se entrevista al paciente y acompañantes por antecedentes familiares no es suficiente con indagar por el nombre de las enfermedades, es decir el diagnóstico que han recibido. Es indispensable realizar preguntas como:

- ¿Recuperación después de los periodos de enfermedad?
- ¿Capacidad para trabajar, sostener una familia y pareja?
- ¿Cronicidad e invalidez desde la juventud?
- ¿Ideas delirantes crónicas?

Las anteriores sirven para ayudar en el diagnóstico de esquizofrenia, sobre todo porque hace 20 años en Chile y antes en otros países existían confusiones con el diagnóstico diferencial entre E.B. y esquizofrenia. En nuestro país alrededor de la mitad de las psicosis crónicas eran erróneamente diagnosticadas como esquizofrenia.

Las siguientes preguntas son útiles para buscar enfermedades afectivas y comorbilidad relacionada en los familiares:

- ¿Periodos recurrentes de síntomas tales como desgano, desinterés, ideas suicidas?
- ¿Familiares especialmente creativos y destacados en áreas de la cultura, ciencia y empresa?

- ¿Con temperamento hipertímico : muy activos, incansables, que duermen pocas horas?
- ¿Familiares con notorias peculiaridades de la conducta: bohemios, artistas, infieles, promiscuos, con hijos con varias parejas?
- ¿Personas con intentos suicidios y suicidios?
- ¿Consumo de alcohol y drogas?
- ¿Personas con crisis pánico, fobias, psicosis?

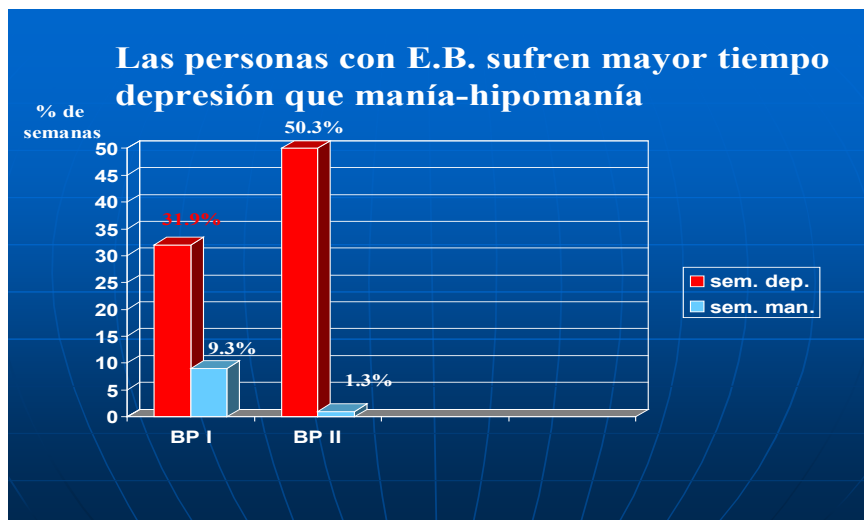
Idealmente las preguntas tienen que incluir parientes de primer y segundo grado.

IMPACTO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR

¿Por qué es tan importante el diagnóstico precoz?

Casi la mitad de la vida los pacientes sufren síntomas. El tiempo que los pacientes presentan síntomas depresivos respecto de los maníacos en EB tipo I es 3:1, sin embargo en la EB tipo II la desproporción es notable, 37:1.

Por lo tanto cuando los pacientes que sufren una genuina EB asisten a una consulta médica, lo más probable es que lo hagan aquejados de síntomas depresivos que con frecuencia conducirá al diagnóstico erróneo de depresión mayor (unipolar), ver figura.



Ésta es la primordial explicación para el retraso de 10 a 12 años en realizar el diagnóstico de enfermedad bipolar, sobre todo EB II . Situación de mucha importancia en vista de la magnitud del suicidio en la EB de tipo II, respecto del resto de las enfermedades del ánimo En un estudio en Chile-Argentina casi todos los pacientes han tenido ideas suicidas de diversa intensidad y el 38% realizó algún intento de suicidio,ver figura.



Si bien los primeros estudios indicaban que la mortalidad por suicidio en el curso de la vida afectaba al 15% de los enfermos, las cifras actuales han declinado, probablemente por el mejor diagnóstico, diagnóstico diferencial y progresos terapéuticos.

Un tercio de los enfermos exhiben buen nivel de adaptación , pero 15-40% sufre significativo déficit, aun presentando mejoría de los síntomas y la mitad sufre algún grado de impedimento (laboral , relaciones de pareja, función parental).

La morbilidad somática y mortalidad general es más elevada que en la población general; los pacientes que se han hospitalizado tienen menor sobrevida: los hombres viven 20 años menos y las mujeres 15 años.

Un aspecto interesante es la aparente contradicción entre elevados niveles de creatividad que se ha asociado a la EB con los déficit cognitivos que han sido estudiados más recientemente: alteraciones en funciones ejecutivas y velocidad, memoria, atención.

Las alteraciones cognitivas empeoran con el paso del tiempo y pueden acentuarse con la recurrencia de nuevos episodios, sobre todo maniacos.

La prevención de nuevos episodios desde las primeras manifestaciones de la E.B. contribuirá a contener el daño neurocognitivo.

CÓMO REALIZAR EL DIAGNÓSTICO

Si bien el Mood Disorders Questionnaire es empleado como instrumento de pesquisa, de todas maneras ayuda a buscar personas que aún no han sido diagnosticadas y en ese sentido permite : primero pensar en la posibilidad que el paciente no corresponde a una depresión mayor unipolar y a continuación buscar “la bipolaridad”.

Es una escala que indica SI o NO.

A continuación aparece el Cuestionario para detectar hipomanía-manía MDQ, traducción libre.

Mood Disorder Questionnaire (MDQ)

1. Marque con una cruz la respuesta correcta: SI - NO

a) ¿Ha habido algún período durante toda su vida en el cual no ha estado como normalmente es y se ha sentido tan bien o tan “acelerado” (activo) que los demás han pensado que no está como usualmente es, o ha estado tan “acelerado” que ha tenido problemas?

b) ¿Ha habido algún período durante toda su vida en el cual no ha estado como normalmente es y ha estado tan irritable que le ha gritado a personas o ha iniciado discusiones y conflictos?

c) ¿Ha habido algún período durante toda su vida en el cual no ha estado como normalmente es y se ha sentido con mayor confianza que lo habitual?

d) ¿Ha habido algún período durante toda su vida en el cual no ha estado como normalmente es y ha necesitado dormir menos que lo habitual sin que eso sea un problema?

e) ¿Ha habido algún período durante toda su vida en el cual no ha estado como normalmente es y ha estado mas conversador (a) y ha hablado mas rápido que lo habitual?

f) ¿Ha habido algún período durante toda su vida en el cual no ha estado como normalmente es y los pensamientos fluyen más rápido y no puede controlarlos?

g) ¿Ha habido algún período durante toda su vida en el cual no ha estado como normalmente es y ha estado mas distraído(a) que lo habitual con dificultad para concentrarse o prestar atención?

h) ¿Ha habido algún período durante toda su vida en el cual no ha estado como normalmente es y se ha sentido con mayor energía que lo habitual?

i) ¿Ha habido algún período durante toda su vida en el cual no ha estado como normalmente es y ha estado más activo(a), haciendo más cosas que lo habitual?

j) ¿Ha habido algún período durante toda su vida en el cual no ha estado como normalmente es y ha estado más sociable, saliendo con mayor frecuencia o, por ejemplo, llamando por teléfono a sus amigos(as) en medio de la noche?

k) ¿Ha habido algún período durante toda su vida en el cual no ha estado como normalmente es y ha estado más interesado(a) en el sexo que lo habitual?

l) ¿Ha habido algún período durante toda su vida en el cual no ha estado como normalmente es y ha hecho cosas que usualmente no hace o que los otros encuentran excesivas, inadecuadas o arriesgadas?

m) ¿Ha habido algún período durante toda su vida en el cual no ha estado como normalmente es y ha gastado más dinero involucrándose usted mismo o a la familia en problemas?

2. Si ha contestado "SI" en más de una pregunta, ¿Esas conductas han ocurrido durante el mismo período de tiempo? Encierre en un círculo su respuesta:

SI

NO

3. En relación a las preguntas anteriores, ¿Cuan problemáticas han sido para usted? (Por ejemplo, ocasionándole dificultad para trabajar, problemas familiares, problemas económicos, problemas legales, conflictos o peleas) Encierre en un círculo su respuesta:

- a) Sin Problemas.
- b) Problemas Menores.
- c) Problemas Moderados.
- d) Serios Problemas.

RESULTADO: es muy probable que si Ud. ha obtenido más de siete puntos en la parte 1, respondió SI en la parte 2 y los problemas son considerados moderados a severos puede ser diagnosticado como portador de una Enfermedad Bipolar por un psiquiatra.

Desde una perspectiva clínica Akiskal ha diseñado una pauta que ha denominado la regla de tres para ayudar en el screening de pacientes con patología del espectro bipolar. Entre más elementos están presentes es más factible que los síntomas depresivos correspondan al espectro bipolar :

- Más de 3 episodios depresivos
- 3 fracasos con antidepresivos
- 3 parientes primer grado con enfermedades del ánimo

- 3 generaciones de familiares con enfermedades del ánimo
- parientes destacados en 3 campos distintos (pintura, música, literatura, etc.)
- 3 ocupaciones simultáneas: profesionales, políticos, hombres de negocio, etc.
- Manejo de 3 idiomas
- 3 profesiones ejercidas simultáneamente
- 3 diagnósticos comórbidos de trastornos de ansiedad
- Tríada de antecedentes de patología de la personalidad: “histriónica”, “límitrofe”, “psicopática”
- Tríada de rasgos: “inestabilidad anímica”, “hiperactividad”, “soñadores”
- 3 separaciones matrimoniales
- Apariencia “llamativa”, con tríada de colores brillantes
- Abuso de 3 sustancias
- 3 conductas de descontrol de impulsos
- “relaciones eróticas simultáneas con 3 personas”

LAS DESVENTAJAS DE CONCEPTO AMPLIO DE E.B.

Existen ventajas y problemas con el concepto amplio. Resulta alarmante y muy difícil de explicar la existencia de una “epidemia de E.B.” El péndulo desplazado hacia el sobrediagnóstico habría llegado demasiado lejos.

Entre 1994 y 2003 se duplicaron los pacientes adultos y aumentaron 40 veces los pacientes pediátricos . El aumento de falsos positivos expondrá a los pacientes a los riesgos de las terapéuticas empleadas en la E.B.:

- Alteraciones metabólicas, incluyendo obesidad y diabetes con antipsicóticos atípicos y estabilizadores del ánimo E.A.
- Acné y Síndrome Stevens-Johnson con estabilizador ánimo.
- Diskinesia tardía, con antipsicóticos.

Si la E.B. es sobrediagnosticada, la ausencia de manía-hipomanía, será interpretada como eficacia del tratamiento y las medicaciones innecesarias podrían causar los efectos secundarios deletéreos.

Quizás la evidencia para proponer la expansión del diagnóstico podría ser la demostración de la eficacia de los E.A., pero considerar la respuesta al tratamiento como corroboración del diagnóstico no es lo más adecuado. Además, no se habría demostrado su eficacia en bipolaridad subumbral.

Históricamente el problema del diagnóstico erróneo de la E.B. tenía que ver con la esquizofrenia , pero en la actualidad se ha extendido a muchas otras patologías : Trastorno por déficit atencional, abuso de drogas, trastorno de personalidad límitrofe, descontrol impulsos.

De todas maneras 40 % pacientes aún son sobrediagnosticados y 30% subdiagnosticados.

Me parece que para avalar el concepto de espectro bipolar resultan muy complicados los resultados del STAR* D. En tal estudio, 1524 de los 3999 participantes (38,1%) presentaban en la historia de los últimos 6 meses síntomas maníacos-hipomaníacos en el cuestionario utilizado, el 30 % presentó algún síntoma psicótico en las 2 semanas previas, 27.6% exhibían los criterios de espectro bipolar de Ghaemi, sin embargo tales pacientes no mostraron mayor resistencia al tratamiento antidepresivo y más importante, solo 2 pacientes sufrieron manía y otros 2 alucinaciones en el curso del tratamiento antidepresivo.

Por tales resultados los autores de ese trabajo ponen en duda que con frecuencia la E.B. no es reconocida en la práctica clínica cotidiana, sobre todo entre aquellos pacientes con mala respuesta a los antidepresivos. También concluyen que en depresiones sin historia de hipomanía-manía, los elementos sugerentes de bipolaridad, como edad precoz de comienzo y antecedentes familiares de E.B., no contribuyen a la resistencia terapéutica.

LAS VENTAJAS DEL CONCEPTO AMPLIO DE E.B.

Existen dos razones relevantes para ello:

1. El correcto diagnóstico, evitar falsos negativos, permite ser cautos con el empleo de A.D. pues no se relacionan con buena respuesta. En el estudio STEP-BD la adición de A.D. a los E.A. en depresión bipolar es similar al placebo. Pero más importante es la aparición de viraje a manía-hipomanía, inducción ciclos rápidos y síntomas mixtos y el aumento de riesgo de conducta suicida.

Los pacientes con E.B. II tendrían menos riesgo de viraje que EB I y es más probable con tricíclicos y venlafaxina y no hay evidencia que a mayor dosis más riesgo. También puede aparecer con Terapia Electro Convulsivante.

2. Mientras más se atrasa el correcto diagnóstico, más expuesto queda el paciente a las complicaciones de la enfermedad: daño neurocognitivo y mal desempeño psicosocial

Referencias

Goodwin F., Jamison KR. Manic-depressive Illness and recurrent depression. Oxford University Press. New York. 2007

Retamal P., Humphreys D., Montt A., et. al. Características de los pacientes con trastorno bipolar. Unidad de Enfermedades del Animo Hospital Salvador. Santiago de Chile. Acta Psiquiat. Psicol. Am. Lat. 45:60-66. 2000.

Strejilevich S., Retamal P. Percepción del impacto del trastorno bipolar en el diagnóstico y tratamiento de pacientes en centros de salud en Argentina y Chile. Vertex. Rev. Arg. Psiq. 14:245-252. 2003.

- Retamal P., Strejilevich S., Fullerton C., Botto A. Et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad bipolar: experiencia y opinión de los pacientes en el Hospital del Salvador, Santiago de Chile. Arch Psiquiatría. 70(3):213-224. 2007.
- Vieta E, Suppes T. Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnostic entity. Bipolar Disord .10: 163–178. 2008
- Retamal P. Espectro Bipolar en Atención Primaria. En Enfermedades del Animo (Ed.) Editorial Mediterráneo. 2012.
- Retamal P., Codner S. Diagnóstico Diferencial de Esquizofrenia y Psicosis Maníaco Depresiva. Rev. Psiquiatría. Chile. 11: 127-134, 1994.
- Retamal P., Salinas P. Aspectos Psicosociales Y Psicoterapéuticos del Trastorno Bipolar. en Correa E., Silva H., Risco L. (Eds.) Trastornos Bipolares. Ed. Mediterráneo. Santiago. 2006.
- Wahlbeck K., Westman J., Nordentoft M., et. al. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. BJP 199:453-458. 2011.
- Koenen K., Moffitt T., Roberts A., Martin L., Kubzansky L., Harrington H., et al. Childhood IQ and Adult Mental Disorders: A Test of the Cognitive Reserve Hypothesis. Am J Psychiatry 166:50–57.2009.
- Gale C., Batty G., McIntosh A., Porteous D., Deary I., Rasmussen F. Is bipolar disorder more common in highly intelligent people? A cohort study of a million men. Molecular Psychiatry . 4:1-5 2012.
- Jamison K. Marcados con fuego. La enfermedad maníaco depresiva y el temperamento artístico. Fondo cultura económica. México.1998.
- Mur M., Portella M., Martínez-Aran A., Pifarre J., Vieta E. Influence of clinical and neuropsychological variables on the psychosocial and occupational outcome of remitted bipolar patients. Psychopathology 42: 148–156. 2009.
- Martínez-Aran A, Vieta E, Reinares M, et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. Am J Psychiatry. 161:262-270.2004.
- Akiskal A. Searching for behavioral indicators of bipolar II in patients presenting with major depressive episodes: the “red sign,” the “rule of three” and other biographic signs of temperamental extravagance, activation and hypomania Affect Dis. 84(2-3):279-290.2005.

VI LA DEPRESION BIPOLAR Y EL MEDICO GENERAL

La información que posee el médico general sobre las enfermedades del ánimo en la mayoría de los casos la obtuvo hace uno o dos decenios atrás. En esos años predominaba la clasificación dicotómica entre depresión endógena, a tratar con acciones biológicas y depresión reactiva que requería psicoterapia.

Por otra parte los ginecólogos que atienden a la población más vulnerable a sufrir patología anímica tampoco reciben un entrenamiento especial en estos cuadros. Estos factores limitan las destrezas para reconocer y tratar las enfermedades afectivas, en especial porque aún los clínicos no están interiorizados de la dicotomía monopolar-bipolar, hoy día de mayor consistencia.

Así puede ocurrir que junto a dosis subterapéutica de antidepresivos, tiempo insuficiente de tratamiento y falta de respuesta en el 30-40% de los casos, puede presentarse un agravamiento con los fármacos o simplemente ausencia de respuesta que puede tener explicación en que el episodio corresponda a un subtipo de enfermedad bipolar erróneamente considerado monopolar.

La comprensión de la depresión bipolar tiene dos aspectos: por una parte el correcto reconocimiento de este tipo de patología y por la otra el empleo y precauciones de la farmacoterapia anti-depresiva. En esta oportunidad la diferenciación de la manía en la enfermedad bipolar respecto de los brotes psicóticos de la esquizofrenia y cuadros psicóticos de base orgánica es un tema especial de la Psiquiatría y me conformaré con decir que en nuestro país ha constituido una dificultad que camina en vías de solución.

La pregunta de este momento es cuantos y quienes son los pacientes que cursando una depresión presentarán una evolución bipolar, es decir aquellos que sufrirán estados hipomaníacos o maníacos, evitando la confusión con la depresión monopolar, de diagnóstico más prevalente y de resolución frecuente en la atención primaria.

FORMAS DE COMIENZO DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR

Los niños y adolescentes que presentan depresiones tienen 20-30% de posibilidad de recibir el diagnóstico de enfermedad bipolar en el seguimiento a largo plazo. En adultos la cifra oscila entre 5% y tan elevada como 20-40%. Un primer problema es la falta de consideración por los síntomas leves de exaltación que el enfermo pudiera haber presentado, puesto que el episodio hipomaníaco con frecuencia dura pocos días, en tanto que el paciente experimenta la elevación anímica como normal en vista del aumento de la productividad laboral y más fácil desempeño social, resultando difícil diferenciarlo de la alegría no patológica.

Los familiares no estiman pertinente informar respecto de un estado percibido como de bienestar, mientras que los clínicos pueden solo considerar el estado depresivo actual sin indagar en el curso longitudinal de los síntomas, resultando aún más complicado el proceso diagnóstico por el manejo de la contratransferencia, derivada de la irritabilidad que muchos hipomaníacos manifiestan y que hace difícil la relación médico-paciente. Cuando en la evolución se combinan episodios depresivos e hipomaníacos el diagnóstico corresponde a una enfermedad bipolar tipo II.

El proceso diagnóstico se ve facilitado al conocer las características de la respuesta a la terapéutica antidepresiva en la depresión genuinamente bipolar: switch y cambio de fase. Los pacientes que estando con un fármaco antidepresivo han elevado bruscamente su ánimo y giren a un estado maníaco con probabilidad pueden pertenecer al espectro bipolar.

También algunos rasgos de comportamiento que se exacerbaban de manera periódica, entre ellos inestabilidad emocional y laboral, arrogancia, promiscuidad, impulsividad, irritabilidad, intercalados

con fases depresivas, pueden ser mejor interpretados como síntomas subclínicos del espectro bipolar y no como elementos que avalan un diagnóstico en el eje II ,entre otros estructura limítrofe.

Para mejorar la claridad en el diagnóstico es indispensable conocer los antecedentes genéticos: familiares de primer y segundo grado con episodios hipomaníacos y depresivos, suicidio e intento suicida , tratamiento y respuesta terapéutica. A mayor número de parientes y de generaciones afectadas con patología del estado de ánimo más alta la probabilidad que el episodio depresivo tenga una etiología bipolar y no monopolar.

Hoy día la elevada comorbilidad con abuso de sustancias obliga a pensar en enfermedad bipolar dada la similitud de algunos de los síntomas hipomaníacos con los efectos de drogas ilícitas además del alcohol.

Por otra parte la forma de presentación del cuadro depresivo puede sugerir una etiología bipolar y no monopolar. La depresión bipolar tiene menos agitación, ansiedad y somatisación , presenta más inhibición y retardo psicomotor; más apatía que tristeza, más hipersomnio que insomnio, menos anorexia y menos disminución de peso; comienza a edad más precoz y tiende a asociarse con el posparto.

EFFECTO DE LOS ANTIDEPRESIVOS

Iniciar un tratamiento con antidepresivos en un paciente que en realidad es bipolar y no monopolar (seudounipolar) lo expone al desencadenamiento de episodios maníacos. Al parecer, el riesgo es mayor con los tricíclicos que con los ISRS (y menor aún con bupropion). También se ha planteado la inducción de ciclos rápidos, es decir los antidepresivos agravan la evolución con la presentación de numerosos episodios.

El correcto diagnóstico de depresión bipolar pondrá el énfasis terapéutico en el uso del litio u otro estabilizador , en cambio si se trata de una depresión monopolar el fármaco antidepresivo cumple el rol protagónico.

En la práctica del médico general se ha planteado que la probabilidad de encontrar una depresión bipolar es relativamente baja puesto que la prevalencia en la población general sería del 1%, sin embargo al considerar el concepto de espectro bipolar que incluye síntomas subclínicos este porcentaje se eleva hasta el 5%, bastante más cercano al 7-10 % de prevalencia de la depresión mayor monopolar. En consecuencia el médico general y con mayor razón el psiquiatra deben tener en consideración el diagnóstico diferencial y terapéutica del episodio depresivo mayor.

REFERENCIAS

Akiskal H., Pinto O .The Evolving Bipolar Spectrum : Prototypes I, II, III and IV. En Akiskal H.(Ed.) Bipolarity: Beyond Classic Manic. Psych. Clin. North Am. Vol. 22 (3). 1999.

Retamal P. (Ed.). Como Enfrentar la Enfermedad Bipolar. Guía para el Paciente y la Familia. Mediterráneo. Santiago. 2010.

Vieta E. Abordaje Actual de los Trastornos Bipolares. Masson. Barcelona. 1999.

VII LA INVOLUNTARIA CONTRIBUCIÓN DE ROBERT SCHUMMAN A LAS ENFERMEDADES DEL ÁNIMO

La patología mental no siempre estuvo relegada o marginada y los enfermos discriminados. La mitología más antigua describe que los sacerdotes y poetas se comunicaban con los dioses por medio del fervor religioso y la inspiración de la locura.

En los tiempos de los filósofos griegos la locura comprendía variedades del pensar y del sentir, no solo la psicosis. Así en el Ajax de Sófocles se describe que la exaltación y la tristeza desembocan en el destino trágico que lo conduce al suicidio, no se intenta estigmatizar al héroe. En la locura de Saúl, del libro de Samuel, se dice que “buscaremos un hombre que sepa tocar la cítara para que cuando te atormente el espíritu malo, toque y sientas alivio”. El libro de Daniel relata la psicosis del rey Nabucodonosor, que al recuperar la razón se hace cargo del gobierno y más aún, con mayores capacidades.

En Orlando, héroe de Ariosto (publicado en 1516) está descrito con precisión un episodio prolongado de agitación, descontrol e hiperactividad que recuerda una fase de manía grave, manteniéndose hasta esa época el concepto que la enfermedad mental es transitoria, provocada por las pasiones, siendo sobresaliente la exaltación del ánimo y terminando en una total recuperación. Además quien la padece es respetado, socorrido con delicadeza, recupera sus derechos y no pierde dignidad.

Parece ser que los hombres reales o ficticios cuando experimentan cambios mentales intensos y salen del círculo de poetas e historiadores y pasan a ser motivos de estudio de la Psiquiatría, dejan de ser apreciados como fuentes de experiencias humanas extraordinarias (creatividad, éxtasis, inspiración, romanticismo, genialidad u otros atributos positivos) y pasan a ser considerados representantes especiales de la psicopatología.

En gran medida esto es comprensible: los clínicos tienen por misión tratar síntomas, no ensalzarlos y el estudio objetivo de ellos es esencial para evitar los riesgos que implica minimizar el dolor psíquico y la potencialidad suicida. Por tal motivo la aproximación científica en las enfermedades mentales particularmente en los trastornos del ánimo, generalmente ha llevado a disminuir u obviar los aspectos positivos, sobre todo en la enfermedad bipolar y sus formas más atenuadas.

Entre los aspectos que se pueden considerar positivos de las enfermedades del ánimo estaría la relación con la creatividad y liderazgo. No se trata de postular que estos aspectos están determinados por una enfermedad del estado del ánimo, tampoco que los escritores y artistas sean depresivos, suicida o maníacos, sino que una desproporcionada cantidad de ellos lo son, que provienen de familias donde se acumulan estas afecciones, que existe cierta similitud entre los síntomas afectivos y elementos del proceso creativo, una aparente línea de continuidad entre el carácter habitual (distímico, hipertímico, ciclotímico) y la obra creadora y por último, coincidencia temporal entre el acto creativo y la enfermedad.

El hecho que se halla encontrado una correlación parcial entre las enfermedades afectivas (síntomas, evolución, genealogía, etc.) y la creatividad, no significa que no haya ninguna relación. Obviamente hay muchos artistas que son normales, no es que la normalidad mental esté ausente entre ellos.

La situación es que la prevalencia de enfermedad bipolar, depresión, ciclotimia y suicidio es mucho mayor de lo esperado en escritores y artistas excepcionalmente creativos. En esta ocasión la revisión de algunos aspectos de la vida de Robert Schumann (1810-1856) nos ayudará a ilustrar en parte estos aspectos.

LA PATOGRAFÍA DE ROBERT SCHUMMAN

Los datos más sólidos apuntan a que este músico falleció prematuramente a causa de una enfermedad orgánica del cerebro, más probablemente una demencia paralítica, tipo sífilis cerebral o quizás una demencia tipo Jacob Creutzfeld, sin embargo, esta patología cerebral no excluye que en el transcurso de su vida haya sufrido de una alteración psiquiátrica propiamente tal, independiente de la causa somática de la muerte. Esta enfermedad cerebral se hace evidente a comienzos de 1854, cuando aparece angustiado, taciturno, irritable, deja de leer y componer, sufre de alucinaciones visuales y auditivas, se queja de escuchar la nota "la" y una noche se sienta al piano a componer un tema que le había sido encomendado por Schubert y Mendelson, ambos muertos varios años antes.

El examen anatómopatológico demostró evidencias de un proceso inflamatorio meníngeo y atrofia cerebral, lo que era concordante con las fallas motoras y del lenguaje que sufrió antes de morir (3,16). Sin embargo, el análisis psicopatológico desde su juventud hasta antes de esa enfermedad cerebral, así como la revisión genealógica, nos llevarán a postular que Schumann sufrió una forma atenuada de la enfermedad maníaco depresiva, que hoy conocemos como enfermedad bipolar II.

En sus primeros años de vida fue descrito como sociable, interesado en las cosas de la vida cotidiana, participaba de grupos de amistades, tuvo algunos pequeños romances y fue capaz de dar una persistente batalla para poder casarse con Clara Wieck, con la que tuvo ocho hijos. Estos datos alejan el posible diagnóstico de esquizofrenia, que también ha sido considerada como causa de los vaivenes psicopatológicos, ya que a pesar de los diversos síntomas no se presentaron secuelas que dañaran su productividad artística y su vida familiar, hecho característico en una genuina enfermedad bipolar .

Algunos episodios depresivos que sufrió fueron intensos, por ejemplo, en 1844 en un viaje a Rusia presentó un severo decaimiento y durante 6 días debió permanecer en cama debido a una profunda melancolía, con síntomas ansiosos y crisis de mareos y al parecer estuvo aquejado de una importante inhibición psíquica.

Durante gran parte de ese año fue incapaz de componer y si bien escribió 5 poemas, éstos traducirían una marcada desesperanza. En Agosto el compromiso sintomático impedía su trabajo y en Septiembre era incapaz de abandonar su habitación. Según cartas de Clara no durmió casi nada en ocho noches, una mañana lo encontró desesperado, lloroso, abatido y sintiéndose inservible. El informe de un médico que lo atendía en esa época confirma el insomnio y describe la ritmicidad de síntomas que es propia de las depresiones endógenas: que es sentirse peor en las mañanas.

En el año 1833 después de la afección en un dedo de su mano derecha, que le impidió un buen desempeño en la ejecución del piano, presentó un estado depresivo que lo habría llevado a actuar o pensar en ideas suicidas: arrojarle al vacío por un ventanal una horrible noche. Ese mismo año había muerto un hermano y una cuñada.

Mucho después, el 10 de Febrero de 1854 cuando probablemente la enfermedad neurológica se habría recién iniciado y después de varios días de fluctuación anímica, sale de su casa y se lanza al Rhin, siendo rescatado. A petición de él mismo fue prontamente internado en el sanatorio de Endenich, de donde nunca salió, muriendo el 29 de Julio 1856 a los 46 años.

Según importantes autores habría presentado varias fases depresivas en 1818, 1830, 1833, 1836, 1838, 1844, 1847 y 1848. En general Schumann había sido considerado como depresivo (depresión monopolar) por distintos biógrafos y así como ocurre frecuentemente en la práctica clínica, resulta difícil de visualizar la aceleración, exaltación y suave hiperactividad como manifestaciones de hipomanía que conduce al diagnóstico de enfermedad bipolar. Las fases de exaltación fueron

múltiples y en algunas de sus cartas describe períodos de euforia y en otras ocasiones realiza gastos excesivos. En Enero de 1841 en plena efervescencia compone una sinfonía y en cuatro días con noches de insomnio tiene armada la estructura. Se aprecia cierta tendencia estacional en sus cambios anímicos: las depresiones aparecen con más frecuencia en otoño y las hipomanías en primavera.

Por otra parte se observa el efecto inhibitorio de las depresiones en la actividad musical del compositor. Los años 1840 y 1849 fueron los más productivos, en tanto que en 1844 no dio a conocer ninguna obra. La revisión de los síntomas (diagnóstico en el corte transversal) y de la evolución de las distintas fases de alteración anímica (diagnóstico en el corte longitudinal), habitualmente debe ser complementado con el diagnóstico histórico o genealógico.

Se sabe que varios familiares de Robert Schumann padecieron de patologías psíquicas. Su padre, August, fue inestable, nervioso, melancólico y al igual que Robert presentaba periodos en que exhibía energía y productividad fuera de lo común y en un periodo de dieciocho meses llegó a escribir siete novelas; según algunos biógrafos padecía de depresión (monopolar) y de acuerdo con algunos clínicos en realidad sufrió de enfermedad bipolar tipo II.

Su madre habría presentado episodios recurrentes de depresión, algunos de los cuales fueron severos ; su hermana Emilie presentó una enfermedad psiquiátrica grave, según algunos datos, de varios años de evolución, y de acuerdo con otros de inicio bastante rápido, finalizando en el suicidio a los 29 años de edad. También muere por suicidio un primo paterno. Uno de sus hijos, Ludwig, enfermó gravemente alrededor de los 20 años y permaneció internado 31 años sin un diagnóstico conocido. Otro de sus hijos, Ferdinand, se hizo adicto a la morfina sin que conozcamos el diagnóstico psiquiátrico de base.

De acuerdo con datos confiables es altamente probable que Robert Schumann haya fallecido a causa de una enfermedad orgánica cerebral, en tanto que la enfermedad bipolar que padeció desde su juventud no le impidió su actividad artística, incluso en algunos periodos su producción fue de cantidad notable.

A diferencia de otras patologías mentales los episodios de enfermedad maniaco-depresiva no tienden a provocar un deterioro significativo de la actividad laboral y profesional y en general después de ellos la persona logra recuperar el nivel previo de funcionamiento. Además Schumann, desarrolla una relación matrimonial estrecha con Clara, quién lo acompaña y estimula desde que se conocieron y también consigue amigos fieles y leales como Brahms, quién lo visita hasta sus últimos días en la clínica de Endenich.

De acuerdo con algunos estudios, las personas que presentan enfermedad bipolar tienden a conseguir logros económicos y sociales algo más elevados que la población general, tal es el caso del matrimonio Schumann-Wieck, que si bien contó con la importante contribución de Clara que era una pianista virtuosa, no habría descendido en la escala socioeconómica.

De gran valor han sido los trabajos de Kay R. Jamison, quién ha buscado las conexiones entre la actividad artística o literaria y la enfermedad bipolar en distintos personajes (Lord Tennyson, Lord Byron, Herman Melville, Coledrige, Virginia Woolf, Schumann, Hemingway, Van Gogh, etc).

Así llega a plantear que en artistas y escritores se producen cambios notorios en el ánimo y sueño, justo antes de los periodos de intensa actividad creativa, que son descritos como tiempos de inspiración, de pensamiento fluido y rápido, de nuevas ideas, conexiones y ritmos. La fluidez del pensamiento se traducirá en mayor capacidad para producir palabras y sinónimos, mayor velocidad para yuxtaponer frases, crear ideas e imágenes y mayor habilidad para encontrar soluciones distintas al común de las personas.

Puede parecer difícil relacionar la melancolía con la inspiración y creación. A primera vista la exaltación hipomaniaca y su energía contagiosa parece estar más obviamente vinculada, pero el sufrimiento de una depresión o de una suave melancolía, que obliga a la reflexión y a la soledad, pueden ser muy importantes para el proceso creativo.

La hipomanía suele generar ideas y asociaciones, impulsar el contacto con la vida, producir energía y entusiasmo, matizando la vida con un sentido cósmico. En cambio la depresión hace ir con más calma, enfría el ardor y le da perspectiva y profundidad a los pensamientos y sentimientos generados durante los períodos de mayor vivacidad, puede actuar como un ancla criticando la obra producida en los estados más eufóricos, puede, esculpe, también facilita la meditación y la reflexión, somete y afina el pensamiento.

Si bien la exageración puede llevar a buscar los aspectos positivos de las enfermedades mentales, no es menos cierto que el estigma ha acompañado a los pacientes y sus familias. En Schumann al igual que muchas otras personas y familias que sufren de enfermedades del ánimo, podemos observar que logran un desempeño normal e incluso sobresaliente casi la mayor parte del tiempo, conservan la razón y la capacidad para funcionar en su vida personal y profesional; así la controversia entre el "genio loco" versus el "artista mentalmente sano" surge por la confusión de lo que se quiere decir con la palabra "loca" así como de la falta de conocimientos respecto de las enfermedades que comprometen el juicio.

La locura o psicosis de hecho ocurre solo en las formas más severas de esta patología y la mayoría de las veces los bipolares y sobre todo los depresivos, no se psicotizan y cuando acontece, son irracionales solo algún período y fuera de éste son capaces de pensar con realismo y actuar con mesura. A diferencia del Alzheimer, las enfermedades anímicas no causan demencia (estado persistente e irreversible) y al revés de la esquizofrenia dejan poco daño psicosocial.

Si bien pueden presentarse episodios psicóticos agudos con notable irracionalidad, habitualmente son temporales y casi nunca se convierten en locura crónica. Muchas veces se ha dicho que van Gogh no pudo haber sido loco pues sus pinturas reflejan una gran habilidad y lucidez, antes se suponía que padeció esquizofrenia, hoy se piensa en un tipo de enfermedad bipolar.

Sin embargo la lucidez y actividad productiva no es incompatible con ocasionales episodios de locura, así como un largo período de salud física puede darse aún con hipertensión arterial, hiperglicemia y alteraciones metabólicas, incluso una persona puede tener un tumor maligno sin sufrir síntomas significativos.

La relación entre genialidad y creatividad con la enfermedad depresiva monopolar y bipolar no debe hacernos olvidar sus aspectos dolorosos, destructivos y en ocasiones fatales. En una gran mayoría de personas el tratamiento disponible no provocará efectos secundarios importantes. En la actualidad es posible elegir entre las mejores opciones disponibles (psicoterapia, litio, estabilizadores del ánimo, antidepresivos y tranquilizantes mayores y menores). Muchos de los escritores, poetas, músicos, pintores y líderes no tuvieron esta elección.

Referencias Bibliográficas

1- Akiskal H, Pinto O. The evolving bipolar spectrum: prototypes I,II,III and IV. En Akiskal H. Bipolarity: beyond classic mania. Psych. clin. North Am. 1999.Vol 22(3).

2- Jamison K.. Marcados con fuego, la enfermedad maníaco depresiva y el temperamento artístico. Fondo Cultural Económico. México D.F. 1998.

- 3- Patterson A., Schumann. Editorial Schapire. Buenos Aires 1952.
- 4- Pope H., Lipinski J.. Diagnosis in schizophrenia and maniac depressive illness. Arch. Gen. Psychiatry 1978; 35: 811- 828.
- 5- Retamal P., Del Solar V., Castro M.. Prevención y genética de la enfermedad maniaco depresiva. Bol. Hosp. San Juan de Dios 1993; 40:140-142.
- 6- Retamal P.. Antecedentes históricos – literario de la psicosis esquizofrénica y psicosis maniaco depresiva. En Retamal P., (Ed). Tópicos en enfermedades afectivas. Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago 1993.
- 7- Retamal P., Fullerton C.. Litio y enfermedad bipolar.Rev. Med. Chile 1999;127:1274-1276.
- 8- Retamal P . Dostoyevsky y la Psiquiatría .Rev. Chil. Neuropsiquiat . 1982.20 : 126 -131
- 9- Slater E.,Meyer A.. Contributions to patography of musicians: Robert Schumann. Confin.Psychiatr.1959;2:65-94.

VIII TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA

Considerando la prevalencia relativamente alta de la Enfermedad Bipolar, así como su inicio y evolución durante gran parte del período fértil de la vida de las mujeres, es importante conocer las características de ésta patología en el embarazo, puerperio y lactancia.

La asociación entre Enfermedad Bipolar y deterioro del ánimo en el puerperio es evidente, con rangos reportados de recaída tan altos como 30 a 50%. El impacto del embarazo en la Enfermedad Bipolar es menos claro: un estudio de mujeres bipolares embarazadas muestra una recaída de 50% a los 6 meses de la discontinuación del Litio (1). En general frecuencias elevadas de recaída y un curso más grave, con disminución de los intervalos libres se presentan en las pacientes que interrumpen abruptamente el Litio, con incremento del riesgo de cronicidad del curso de la enfermedad y aparición de resistencia al tratamiento después de la reinstalación del litio.

La recaída durante el embarazo tiene severos riesgos:

- 1) Riesgo para la paciente y el feto secundario a la impulsividad que se produce durante los episodios afectivos.
- 2) La falta de atención de cuidados prenatales es un problema que es necesario considerar en ésta y otras enfermedades psiquiátricas no tratadas.
- 3) La recaída en general predice un pobre resultado con el tratamiento y un curso clínico más crónico.
- 4) El impacto de la manía y depresión no tratadas en la madre y su efecto en el desarrollo del feto es importante.

El manejo de mujeres embarazadas con Enfermedad Bipolar impone varios dilemas clínicos. Comúnmente los agentes antimaníacos empleados (Litio, Valproato, Carbamazepina) tienen riesgo de teratogénesis en los primeros meses de embarazo y potenciales efectos adversos durante los últimos meses. Por otra parte el impacto de la enfermedad no tratada durante el embarazo es importante de considerar.

Se sabe que la interrupción del tratamiento con Litio, especialmente si es abrupta (y tal vez también de otros estabilizadores del ánimo), se asocia con un riesgo de recaída que excede la historia natural de la enfermedad no tratada y además recaídas más graves con aumento del potencial suicida. Por estas razones es necesario balancear el alto riesgo de presentación de episodios de manía o depresión severas en la embarazada que descontinúa el tratamiento, con la evidencia de efectos teratogénicos de los fármacos.

CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO

Existen cambios fisiológicos durante el embarazo que pueden alterar las concentraciones plasmáticas maternas de diversos medicamentos, haciendo difícil el cálculo de las dosis adecuadas:

- Retardo del vaciamiento gástrico, lo que expone a cualquier fármaco por más tiempo al efecto de enzimas de degradación y a un ambiente ácido.
- Disminución de la motilidad gástrica (presumiblemente relacionada al aumento de progesterona), la cual facilita la absorción de los fármacos.
- Aumento del volumen de distribución, que permite disminuir las concentraciones séricas del fármaco al utilizar las dosis usuales.
- Aumento del metabolismo hepático, con una degradación más rápida de ciertos medicamentos.

El mecanismo de transporte placentario es a través de difusión simple y se asume que todos los fármacos cruzan en mayor o menor grado la barrera placentaria, dependiendo de diversas propiedades individuales de los medicamentos y por supuesto del tiempo de exposición.

ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO Y EMBARAZO

La exposición prenatal a psicotrópicos incluye varios problemas:

- 1) Efectos teratogénicos
- 2) Toxicidad neonatal directa
- 3) Potenciales secuelas neuroconductuales en la infancia

La teratogenicidad referida a malformaciones de órganos ocurre durante la exposición en las primeras doce semanas de gestación. El temprano reconocimiento del embarazo permite, si es posible, la discontinuación de medicamentos, evitando el riesgo de la exposición durante este periodo crítico del desarrollo embrionario.

La teratogénesis del comportamiento asociada con exposición fetal a los fármacos ha sido demostrada en estudios en animales, observándose cambios conductuales después de la exposición prenatal a psicotrópicos (antipsicóticos, antidepresivos y benzodiacepinas). También se ha encontrado en animales alteraciones en la neurotransmisión dopaminérgica, noradrenérgica, colinérgica y serotoninérgica después de la exposición in útero a agentes psicoactivos.

1. Litio

Estudios epidemiológicos recientes sugieren un riesgo teratogénico más bajo de lo que se pensaba. La revisión de estudios de casos y controles apoyan la posibilidad de que la exposición al Litio durante el primer trimestre del embarazo se asocie a un incremento del riesgo de malformaciones cardiovasculares. El riesgo de anomalía de Ebstein estimada en ausencia de exposición al Litio es de 1/20000 y el riesgo de esta malformación congénita después de una exposición durante el primer trimestre es entre el 1/2000 (0.05%) a 1/1000 (0,1%); esto demuestra que el riesgo absoluto para esta patología por la exposición al Litio es, en realidad más pequeño de lo que se había pensado.

Con respecto al efecto de la exposición al Litio en los recién nacidos, un estudio naturalístico de mujeres bipolares en tratamiento de mantención con Litio durante el embarazo y el puerperio no encontró evidencia directa de toxicidad neonatal. Sin embargo, se ha visto que puede presentarse en el niño flacidez, letargia y pobre reflejo de succión, los cuales pueden durar más de siete días. El Litio también puede producir cambios reversibles en la función tiroidea, arritmias cardíacas, hipoglicemia y diabetes insípida. Ha sido descrito un caso de hipotiroidismo neonatal. En estos recién nacidos también se han presentado casos del llamado síndrome "floppy baby", caracterizado por cianosis e hipotonicidad.

Según todo lo anterior las madres que usan Litio durante el primer trimestre del embarazo deben ser aconsejadas acerca del incremento relativo del riesgo de malformaciones congénitas; sin embargo importa saber que este riesgo es relativamente bajo y también deben ser informadas en relación a que las malformaciones cardíacas podrán ser pesquisadas por ecografía cerca de la 16 a 18 semana de gestación.

Se recomienda una disminución de la dosis previo al parto del 25 a 30% (por ejemplo de 900 a 600 mg/día), minimizando el riesgo de toxicidad fetal durante el periodo de rápido cambio de volumen plasmático característico del parto y puerperio precoz. Sin embargo, el litio no debería ser suspendido en el postparto, ya que el riesgo de descompensación puerperal en mujeres bipolares es del 30 a 50%. Se ha observado una significativa reducción en los rangos de recaída en mujeres que

reciben Litio durante las primeras 48 hrs. del postparto comparada con mujeres que no lo reciben. En tal caso se debe suspender la lactancia natural.

Con respecto a los posibles efectos neuroconductuales, un estudio de seguimiento de 5 años de niños expuestos al Litio durante el primer y segundo trimestre de vida intrauterina, nacidos sin malformaciones físicas, reveló que no presentaban problemas significativos en el comportamiento.

2. Anticonvulsivantes

Los mayores estudios han sido realizados en población de mujeres epilépticas. Los hijos de estas madres con epilepsia en tratamiento con anticonvulsivantes, han presentado mayor prevalencia de malformaciones que la población general.

La exposición a Carbamazepina durante el primer trimestre de embarazo se ha asociado a espina bífida en un rango de 1% .El Ácido Valproico ha sido asociado a defectos en el tubo neural con un riesgo estimado de 3 a 5 y también se ha relacionado con retardo en el crecimiento intrauterino. La combinación de anticonvulsivantes aumenta el riesgo, quizás debido a niveles más elevados del fármaco en el plasma materno . Además la exposición a anticonvulsivantes durante el primer trimestre ha sido correlacionado con fisuras orofaciales, sin que aparezca un anticonvulsivante específico como responsable del aumento del riesgo.

En relación a otros psicofármacos se sabe que los niños nacidos de madres dependientes de tranquilizantes u opiáceos pueden sufrir de síntomas de abstinencia en el período del parto. En hijos de madres que utilizaron anti psicóticos clásicos se han visto reacciones distónicas agudas (calambres y torsión corporal).

Con respecto al uso de antidepresivos se ha observado que en recién nacidos cuyas madres utilizaban tricíclicos, podían ocurrir síntomas de abstinencia. Datos recientes sugieren que la exposición a Fluoxetina en el tercer trimestre está relacionada con un alto rango de complicaciones perinatales, que incluyen parto prematuro y dificultades respiratorias en el parto. Se aconseja la suspensión cuidadosa de estos fármacos unas pocas semanas previas al parto. En niños de mujeres con depresión post parto tratadas con Sertralina y que decidieron amamantar a sus hijos, no mostraron diferencias al compararlos con controles respecto a su desarrollo pondoestatural y psicomotor.

ENFERMEDAD BIPOLAR Y LACTANCIA

Se sabe que en el recién nacido los sistemas de metabolización hepáticos son inicialmente inmaduros; además los rangos de filtración glomerular y de secreción tubular en el riñón del neonato son relativamente bajos. Por tal razón es necesario considerar los efectos de la exposición del bebé a las altas concentraciones séricas (y en la leche materna) de los metabolitos de cualquier fármaco utilizado por la madre.

Los medicamentos psicotrópicos entran a la leche materna básicamente por difusión pasiva; el gradiente de pH entre el plasma materno y la leche materna juega un rol significativo en la cantidad de medicamento que es excretado en la leche materna.

Todos los estabilizadores del ánimo pasan fácilmente a la leche materna. El Carbonato de Litio lo hace en concentraciones de un 40 a un 50% respecto de la materna, mientras que el Ácido Valproico y la Carbamazepina lo hacen en concentraciones muy inferiores. Es necesario tener en cuenta la toxicidad potencial con Litio a través de la lactancia, especialmente cuando existe el riesgo asociado de una deshidratación del lactante. La mayoría de los clínicos desaconseja la lactancia cuando el tratamiento de la madre con Litio es imprescindible.

Dado que la Carbamazepina y el Ácido Valproico pasan en cantidades ínfimas a la leche, la Academia Pediátrica Norteamericana autoriza su uso durante la lactancia, recomendando tomar ciertas precauciones.

COMENTARIOS PRÁCTICOS

La alta tasa de recidiva de Enfermedad Bipolar asociada a la suspensión del Litio hace necesario en el caso de las mujeres que planean un embarazo, evaluar cuidadosamente la severidad de la enfermedad. Cuando son mujeres que han tenido un solo episodio previo se recomienda suspender gradualmente la medicación antes de intentar el embarazo y habitualmente reinstalar el tratamiento después del primer trimestre.

Puede ser de ayuda planificar la fecha del primer trimestre en una estación del año en que no se hayan sufrido episodios afectivos, en períodos en que no vayan a presentarse situaciones estresantes, incluidas vacaciones y viajes, en especial si cambian los horarios al cruzar los océanos.

Los cambios en la filtración renal durante el parto y la posibilidad de deshidratación en ese periodo hacen aconsejable monitorizar adecuadamente los niveles de litemia. El neonato puede presentar riesgos de intoxicación por Litio con concentraciones menores que las necesarias en la madre, resultando necesaria la suspensión y se recomienda evitar el uso de antiinflamatorios no esteroideos durante el postparto inmediato, tanto en la madre como en el niño.

La decisión de usar el Litio durante el embarazo depende de la severidad de la enfermedad y ciclicidad. Algunas pacientes con un solo episodio previo de manía o largos periodos libres de alteraciones anímicas pueden ser capaces de discontinuar el Litio antes de concebir. La interrupción gradual del fármaco previene las recaídas.

Aquellas mujeres con más de un episodio previo de manía y depresión ofrecen un dilema clínico. Una posibilidad es la interrupción del Litio una vez documentado tempranamente el embarazo; esta estrategia minimiza la exposición y proporciona profilaxis antimaniaca en el periodo en que la mujer trata de concebir, periodo especialmente prolongado en las mujeres no tan jóvenes; sin embargo esta estrategia involucra una interrupción más brusca del fármaco, lo que puede precipitar una recaída. Para este grupo de pacientes que descontinúan el Litio, deben reinstalarlo después del primer trimestre de embarazo.

Otra posibilidad recomendable en mujeres con Enfermedad Bipolar severa (alto riesgo de deterioro clínico en ausencia de tratamiento), es la mantención del tratamiento con Litio antes y durante el embarazo, con acuerdo e información sobre riesgo de malformación. Se debe considerar que la paciente al recaer requerirá hospitalización y un tratamiento agresivo con antipsicóticos, Clonazepam o TEC, todas alternativas más riesgosas que la exposición prenatal al Litio; es decir, la mantención de esta terapia está justificada en las pacientes de alto riesgo. Debe haber una buena comunicación entre el psiquiatra y obstetra para una mejor decisión.

Puesto que el embarazo en sí mismo constituye una situación estresante (fantasías, temores, reacomodos familiares y conyugales, etc), además de la enfermedad y los riesgos de recaída y temores de malformación fetal, resulta rá en un momento privilegiado para el manejo psicoterapéutico, sobre todo el empleo de las técnicas interpersonales, organizando las distintas actividades y ayudando a resolver eventuales áreas de conflicto interpersonal, efectuando psicoeducación sobre la patología bipolar, riesgos de recaída y de teratogénesis, incluyendo información obstétrica y pediátrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Llewellyn A., Stowe Z. Psychotropic Medications in Lactation. J Clin Psychiatry .59 (suppl 2). 1998.
2. Retamal P., Cantillano V. Embarazo y enfermedad bipolar. Descripción de un caso clínico .Rev. Méd. Chile.129(5): 556-560. 2001.
- 3.Retamal P.(Ed.). Enfermedad Bipolar . Guía Para El Paciente y La Familia. Editorial Mediterráneo . Santiago . 2001.
4. Retamal P., Fullerton C. Litio y Enfermedad Bipolar . Rev. Méd. Chile.:1274-1276 .1999.
- 5.Retamal P., Cantillano V . Aspectos Psicoterapéuticos en Pacientes con Enfermedad Bipolar . Rev. Psiquiatría (Chile) . 17:231-239 .2000.
6. Retamal P., Luengo J., Mazuera P. El tratamiento de las enfermedades del ánimo en el embarazo y puerperio. En Enfermedades del ánimo. (Ed.) Editorial Mediterráneo 2012.
- 7.Viguera A., Nonacs R., Cohen L., Tondo L., Murray A., Baldessarini R. Risk of Recurrence of Bipolar Disorder in Pregnant and Nonpregnant Women After Discontinuing Lithium Maintenance. Am J Psychiatry 157:2, 2000.

IX ENFERMEDAD BIPOLAR Y PERSONALIDAD

El temperamento lo entendemos como primordialmente constitucional, con sustrato biológico, en tanto que la personalidad y el carácter comprenden un conjunto más amplio, incluyendo el aprendizaje. Iniciaremos este trabajo realizando un repaso por la historia de la relación entre personalidad y enfermedad bipolar.

A continuación una revisión de las hipótesis más conocidas en especial aquellas relacionadas con los aspectos psicodinámicos, incluyendo factores de predisposición en las relaciones familiares. Muy importante es la consideración de la personalidad como manifestación atenuada de la patología anímica y el concepto de espectro bipolar.

MODELOS DE RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES DEL ÁNIMO Y PERSONALIDAD

Han sido descritos cuatro modelos que ayudan a comprender la relación entre personalidad y patología anímica ; a continuación un resumen de algunas revisiones

1.- Modelo de la Predisposición

Plantea que existen algunos individuos poseedores de determinadas características de personalidad precedentes a la enfermedad y que los haría vulnerables a ésta bajo ciertas condiciones. Estos patrones de personalidad antecederían al comienzo de los síntomas y por ello serían un factor de predisposición . Puede mencionarse como ejemplo la concepción del Typus Melancholicus en Tellenbach. Este modelo proporciona una explicación para la interacción del individuo con su ambiente y postula la existencia de características temperamentales previas al desarrollo de la enfermedad.

2.- Modelo Patoplástico

Aquí la personalidad o temperamento actúa como modificador de la patología del ánimo y : 1) determina hasta cierto punto la expresión clínica del trastorno aunque no se halla implicada en su patogénesis. 2) influye en el impacto de los factores de riesgo o en la presentación de acontecimientos precipitantes, y 3) una vez que aparecen los síntomas, participa en la respuesta a las terapias, en el acceso a los recursos, en las estrategias de afrontamiento, etcétera.

3.- Modelo del Espectro

En este caso la personalidad sería una expresión atenuada de la patología afectiva, la manifestación sutil de la enfermedad, existiendo un patrón genético común que a veces se expresa completamente y otras parcialmente, dando origen a una manifestación en la personalidad de la enfermedad de base. Esta hipótesis corresponde a las ideas de Kraepelin, Kretschmer y actualmente Akiskal. Los patrones de conducta como la ciclotimia serían un continuo por un lado con la normalidad y por el otro con la enfermedad maníaco depresiva. Tal posición tiene un pragmatismo atractivo : puede ser posible manejar la personalidad anormal según el modelo clásico psicobiológico de la enfermedad.

4.- Modelo de la Complicación

En este enfoque se piensa que la personalidad se altera profundamente bajo la influencia de la enfermedad afectiva, es decir, se operarían determinados cambios en la personalidad como consecuencia de esta experiencia, por ejemplo, en la autoestima, en los patrones de interacción social, en la habilidad de mantener trabajos y relaciones interpersonales significativas, cambios de humor, energía, percepciones y pensamientos. Tales cambios son producidos en el corto y largo plazo y pueden ser reversibles o no.

Nos parece que estas cuatro maneras de entender la relación entre patología bipolar y personalidad en la práctica tienden a ser complementarias o la superposición, siendo las de mayor relevancia y consistencia la del espectro y la de la predisposición.

REVISIÓN HISTÓRICA

Se han empleado tres líneas de pensamiento. La primera buscó temperamentos asociados a la enfermedad bipolar que reflejaran en forma atenuada fenómenos propios de la depresión y la manía, línea iniciada por Kraepelin, Kretschmer, Leonhard y más recientemente Akiskal. La segunda línea está basada en la descripción fenomenológica.

La última postura se basó en estudios clínicos de personalidad por un lado, y concepciones teóricas sobre psicogénesis de las enfermedades anímicas por otro, es el caso de los autores como Abraham, Freud y Fromm-Reichmann entre otros, quienes realizaron descripciones sintomáticas a partir de observaciones clínicas y desarrollaron una determinada teoría. La primera postura corresponde a la teoría constitucional y la segunda a la teoría psicoanalítica.

A.- Teorías Constitucionales

1.- Ernest Kretschmer

Propone que el temperamento esquizoide sería el componente esencial de la personalidad premórbida en la esquizofrenia y el cicloide en los maníaco-depresivos. Por temperamento cicloide entiende una determinada entidad patológica que fluctúa entre lo sano y lo enfermo, y que refleja los síntomas fundamentales de las psicosis cíclicas en el grado más leve. Dentro de los temperamentos cicloides, puede distinguirse un polo hipomaniaco con afabilidad, un temple abierto, sociable, unas veces más alegre, vivaz y chistoso, activo, emprendedor y otras más melancólico, blando y callado.

El temperamento hipomaniaco estaría conformado básicamente por dos elementos: tonalidad eufórica y aceleración del ritmo psíquico y si bien no profundiza, abarca a la vez una asombrosa variedad de objetos. Los pensamientos se encadenan sin el menor retraso, llegando en los casos más intensos a la fuga de ideas. El temperamento melancólico, en cambio, se hallaría conformado por una tendencia a la afectividad depresiva y un ritmo psíquico lento, sus ademanes son escasos y circunspectos, los pensamientos requieren tiempo, las decisiones maduran penosamente.

Para el autor la delimitación entre ambos polos no puede ser tan clara, puesto que en los hipomaniacos se encontrarían componentes depresivos y en los depresivos componentes maníacos. Por tanto sería posible establecer una determinada proporción de ambos rasgos en el temperamento cicloide. A diferencia del esquizoide el enfermo del ánimo siempre mantiene el contacto vital con la realidad, relación permanente con el entorno, en sintonía, en oposición a la esquizoidia.

2.- Karl Leonhard

Continuó la línea de investigación de Kretschmer, llegando a conclusiones similares. A través de sus investigaciones estudió el temperamento asociado a los trastornos afectivos, en pacientes bipolares y unipolares como en sus familias. Obtuvo la siguiente conclusión: en los familiares de pacientes maníaco-depresivos es frecuente encontrar una personalidad ciclotímica y no una psicosis.

En forma similar, familiares de pacientes que padecen una depresión o una melancolía, presentan una personalidad de tipo subdepresiva. Observó que en los parientes cercanos de los pacientes, en general se encuentran aumentadas todas las formas de patología afectiva y con mayor frecuencia que en grupos controles. Tales hallazgos sirvieron de base para la posterior formulación de la hipótesis del espectro.

Postuló como factor clave una predisposición genética. Existiría una predisposición a sufrir enfermedad bipolar, expresada como una psicopatología ciclotímica, la que se encontraría con mayor frecuencia en familiares de primer grado. De igual forma, constituciones subdepresivas podrían ser vistas como expresión de una predisposición hacia la melancolía y las depresiones puras.

3.- Von Zerssen

Es el seguidor contemporáneo de las tesis de Kretschmer y en último término de Kraepelin. Investigó las relaciones existentes entre personalidad premórbida y enfermedad afectiva. Logró validar el Tipus Melancholicus propuesto por Tellenbach, así como el de Tipus Manicus propuesto por él mismo. Designó como Tipus Manicus un conjunto de rasgos de personalidad hipertímica que constituirían el correlato premórbido del componente maniaco, que se expresaría completamente en la enfermedad bipolar.

Los pacientes en quienes se postula el Tipus Manicus pueden caracterizarse como personas inestables, amantes del riesgo, capaces de sobreponerse, generosas, vitales, independientes, originales, poco convencionales, poseen intereses excéntricos y variados y son ricos en fantasías. De niños se caracterizaron por su vivacidad e hiperactividad; lograron un alto rendimiento escolar y más tarde, optaron por un trabajo independiente, mostraron un mayor número de rupturas familiares a través de su vida y relaciones interpersonales superficiales.

Según von Zerssen si tomamos un grupo de pacientes y los clasificamos como esquizofrénicos, depresivos unipolares endógenos y maniaco-depresivos bipolares en base únicamente a sus resultados en personalidad premórbida donde se incluye su biografía y sus relaciones intra y extrafamiliares, es posible acertar en el diagnóstico en una proporción de casos tal que supera con mucho a lo esperado a partir de una elección aleatoria.

Esto se debe, sobre todo, a los rasgos predominantemente esquizoides de los esquizofrénicos y a los rasgos de “tipo melancólico” que caracterizan a los depresivos unipolares. Las dificultades aparecen, sobre todo, en el caso de los bipolares, porque no es fácil clasificarlos dentro de un tipo determinado. Algunos de estos pacientes tienen rasgos premórbidos similares a los de los depresivos unipolares y exhiben ciertas características del “tipo melancólico”. Pero otros, poseen rasgos hipertímicos del “tipo maniaco” o no poseen características fuera de lo corriente. Por tal razón von Zerssen adoptó la hipótesis de un “tipo maniaco” para aquellos bipolares cuyos episodios son predominantemente maniacos.

De esta manera, los resultados encontrados en los trabajos sobre la personalidad de estos maniacos “unipolares” son diferentes de los datos sobre los bipolares maniaco-depresivos tradicionales. En general, se han encontrado desviaciones claras en los pacientes con depresión endógena unipolar. Menos pronunciados y más inconsistentes son los datos de los maniaco-depresivos bipolares. Tan solo los pacientes con episodios predominantemente maniacos, “manía unipolar”, parecen distinguirse claramente de los controles normales.

En los enfermos con patología del ánimo, los bipolares manifiestan una diferencia de escasa magnitud respecto a los controles normales y se ha dicho que estas casi nulas desviaciones de la personalidad de los pacientes con enfermedad bipolar típica se deben a una mezcla de rasgos del “tipo maniaco” y del “tipo melancólico”.

Por otra parte la predisposición marcada hacia episodios melancólicos o de manía se manifiesta en la personalidad premórbida por una desviación relativamente específica, de manera que los enfermos que tienden a episodios melancólicos generalmente presentan rasgos del “tipo melancólico”, en tanto los que sufren más episodios maniacos generalmente muestran rasgos del “tipo maniaco”.

La combinación de estas dos predisposiciones, como se encuentra en la mayoría de los maníaco-depresivos “bipolares”, generalmente se corresponde con un patrón de personalidad irrelevante, a pesar de lo cual en algunos casos puede predominar los rasgos de uno u otro tipo.

Los rasgos de personalidad del “tipo maníaco” y del “tipo melancólico” de acuerdo con von Zerssen son manifestaciones de una predisposición constitutiva hacia el desequilibrio episódico en un sistema que regula la actividad general, el humor, la autoestima y en parte, el sueño y otras funciones autonómicas. Al parecer, esta tendencia está genéticamente determinada y tiene su base en una anomalía bioquímica que se compensa en los períodos libres de episodios afectivos.

Sin embargo, esta anomalía puede estar influyendo en el desarrollo de la personalidad mucho antes del comienzo de los síntomas. En el caso del “tipo melancólico”, la influencia es visible en la infancia. En opinión de este autor, en el caso del “tipo maníaco” esa tendencia llega a manifestarse solo a partir de la pubertad. Las presiones exteriores pueden modificar esta evolución e incluso pueden jugar un papel en el desencadenamiento de las fases de la enfermedad.

Entre los rasgos del “tipo maníaco” es posible reconocer algunos síntomas aun antes de que llegue a desencadenarse esa enfermedad. En cambio, muchos de los rasgos del “tipo melancólico” presuponen una tendencia a elaborar defensas contra las emociones negativas propias de la depresión : es posible evitar la pérdida de la autoestima esforzándose en conseguir hacer bien las cosas y fomentando la intimidad en las relaciones interpersonales. En los episodios depresivos tales defensas se vienen abajo. Parece como si en ese momento las cualidades socialmente positivas se invirtieran y entonces la eficiencia es reemplazada por la ineficacia y los lazos íntimos por la pérdida de contacto.

TEORÍAS FENOMENOLÓGICO - ANTROPOLÓGICAS

Brevemente conviene recordar que el Typus Melancholicus de Tellenbach sería la manifestación de la personalidad que predispone a la enfermedad depresiva. Sin embargo este tipo debe ser entendido como una manera de estar en el mundo y no como una anomalía y de hecho sus características de apego al orden, cumplimiento, escrupulosidad moral y mantener toda relación libre de conflictos pueden tener un valor muy adaptativo en la sociedad occidental necesitada de “buenos empleados”, de manera que las relaciones interpersonales quedan comprometidas en “un ser para los otros” y no en “ un ser para si mismos”, llegando a ser vividas como una forma más de rendimiento.

De mayor importancia en la patología bipolar es el trabajo de Kraus Propone el concepto de intolerancia a la ambigüedad (y su opuesto) como un factor fundamental para comprender esta patología de manera estructural ; distingue una tolerancia cognitiva y una emocional. Las situaciones ambiguas se tornarían fuentes de amenaza ante las que se reaccionaría evitando o negando y estaría presente en todas las interacciones sociales , debido a las diferencias de expectativas mutuas. Resultaría unificador de una serie de fenómenos observados , tales como el tipo de vínculos, emotividad, orientación hacia las normas y vivencia del tiempo. A continuación se expone un breve análisis de cada uno de ellos.

Los pacientes bipolares buscan establecer vínculos muy estrechos y dependientes. Esta observación estaba presente ya en los escritos de Bleuler, en su concepto de “sintonía”, en el “ser-con” de Tellenbach y en las observaciones de Kretschmer, quien los definió como “hombres sociables”. Según Kraus, esta sociabilidad se explica a partir de la tolerancia emocional y cognitiva a la ambigüedad debido a la idealización en la que incurren, dejando aspectos y sentimientos negativos excluidos de la interacción y conduciéndose ante los demás de manera estereotipada y superficial. Los enfermos bipolares tendrían dificultad para identificar y reconocer una mezcla de rasgos atractivos y desagradables en los demás, así como la necesidad de evitar sentimientos complejos de modo que su relación de dependencia no se vea en peligro.

Kraus resalta la notoria incapacidad de estos pacientes para matizar sus sentimientos. Tanto lo cognitivo como lo emocional de un sentimiento, se excluye de su opuesto respectivo. Por tanto se encuentran dominados por un solo estado emocional y en el plano cognitivo, por una única directriz ideativa. Lo anterior permite una amplificación o intensificación de emociones, debido a la restricción impuesta por este fenómeno a la complejidad de sentimientos posibles de experimentar. Por ejemplo, en la manía queda en evidencia la falta de modulación emocional y aparece como patológico el no poder experimentar otros sentimientos como angustia y culpa. La alteración no se referiría tanto al rechazo de determinados sentimientos, sino más bien a qué aspectos completos del mundo y de sí mismo dejan de estar presentes.

En relación a las normas, se piensa que la identidad se configuraría a partir de la identificación y disolución de la identificación con un determinado rol. Una adaptación normal requiere un equilibrio entre una auto y heterodeterminación, es decir, una relación equilibrada entre identidad de rol e identidad del yo. Se requiere una "ambigüedad" que caracterizaría normalmente el comportamiento de rol en la percepción de los intereses propios y ajenos.

El depresivo monopolar carece de tal ambigüedad, produciendo un comportamiento hipernómico (excesiva adaptación a las necesidades de los demás posponiendo sus propios intereses). En los bipolares aparecen tendencias antagónicas, por una parte presentan una intensa necesidad de dependencia y por otra una fuerte disposición a la autonomía. En ocasiones llegan a negar toda adaptación impuesta desde un rol.

En relación a la vivencia del tiempo, en pacientes depresivos puede notarse una supresión de la ambigüedad necesaria para moverse psíquicamente entre pasado y futuro. El maníaco por el contrario, en todo momento se encuentra anticipando el futuro y transformándolo en presente.

TEORÍAS PSICOANALÍTICAS

Las explicaciones psicoanalíticas han estado fuertemente asociadas con la génesis de las enfermedades del ánimo, primordialmente con el origen de la depresión. Sin embargo resulta escasa la opinión respecto del episodio maníaco y en particular sobre la personalidad de los pacientes con enfermedad bipolar, resultando difícil trasladar los conceptos psicoanalíticos que facilitan la comprensión de la manía para establecer la relación con la personalidad. De gran valor para la comprensión psicodinámica y descriptiva de los enfermos maníaco-depresivos es una monografía de Frieda Fromm-Reichman que resumiremos a continuación.

Estos pacientes parecen venir de familias grandes con múltiples figuras paternas y maternas, que comparten la responsabilidad de guiar al niño (futuro bipolar), no aparece un adulto importante que asuma la plena responsabilidad por el niño y con quien pueda relacionarse adecuadamente y con frecuencia nadie se interesa por su bienestar.

La relación con el niño está determinada por el objetivo para el que se lo requiere y por el papel que se le impone según las necesidades de la familia y que estarían determinadas por el hecho que pertenecen a grupos minoritarios aislados, a quienes sería necesario mantener ciertas normas o luchar por la supervivencia. Se crea en él una gran inseguridad: se siente impotente, indefenso, y si intenta defenderse considera también su defensa ineficaz, intenta buscar una persona de significación para quien él pueda ser importante, y si cree haberla encontrado se aferra.

Luego, como paciente, en su relación con el terapeuta manifiesta dependencia adhesiva. El paciente posee en apariencia buena capacidad para establecer relaciones interpersonales que sin embargo resultan superficiales al carecer de real interés por el otro y según Fromm-Reichmann sería el modo en que logra tranquilizarse en la lucha contra la inseguridad y sensación de rechazo.

En ciertos casos habría sido elegido un niño como el principal portador de la carga de obtener prestigio para la familia; tal vez era el más brillante, el mejor parecido, el más dotado de cualquier otra manera, o porque era el mayor, el menor. Con frecuencia fue la madre quien más estimuló la necesidad de obtener prestigio. Ella era habitualmente el más fuerte y decidido de ambos padres, mientras que el padre era el débil, fracasado y considerado responsable del escaso prestigio de la familia.

El papel especial que tienen estos pacientes dentro del grupo familiar los ha llevado muy temprano a asumir responsabilidades o ellos mismos han asumido este papel y pueden sentirse muy solos desde el comienzo de su vida y en una atmósfera, donde poco es considerada la intimidad personal y se prefiere el bien común de toda la familia. En muchos casos, estas personas no perciben su soledad, porque es estimulado el sentimiento de pertenencia grupal.

El enfermo sería una persona aparentemente bien adaptada entre las fases aunque puede manifestar cambios de humor menores y con frecuencia tiene éxito; puede ser laborioso y escrupuloso y a veces su exceso de escrupulosidad induce a considerarlo obsesivo. Mantiene una o más relaciones de dependencia, pero no muestra la típica necesidad del obsesivo de controlar a la otra persona en el sentido de engullirla.

Su sensación íntima, cuando puede la percibe es de vacío y pena. Es estereotipado en sus actitudes y opiniones, tendiendo a asumir las opiniones de las personas de su entorno a quien considera superior. Los sentimientos de dependencia están en su mayor parte fuera de la conciencia en los estados de bienestar, también en la fase maníaca y con frecuencia se sienten orgullosos de ser independientes.

ENFERMEDAD BIPOLAR Y COMORBILIDAD CON PATOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD

El término comorbilidad indica la presencia de más de una patología en un paciente en cierto período; no tendría una connotación respecto del tipo de relación etiopatogénica entre tales cuadros y solo indica coincidencia. Sin embargo lo habitual es que la presencia de una patología comórbida con la enfermedad bipolar complique la evolución.

La comorbilidad con patología específica de la personalidad presenta cifras variables, sobre todo en el Cluster B del DSM-IV, con predominio del trastorno límite. En una revisión de Vieta se concluye que en promedio los desórdenes de la personalidad comprometen al 24% de los pacientes bipolares.

Al parecer en la década de los años ochenta la comorbilidad de la enfermedad bipolar con la patología de la personalidad es relativamente baja, comparada con la de los años noventa y siguientes. Es difícil interpretar este aumento de patología de la personalidad en los pacientes bipolares. Puede influir una mejor pesquisa con cuestionarios específicos, pero también puede tener que ver con un aumento real, que quizás pueda estar relacionado con el consumo de alcohol y drogas. La evolución de los pacientes bipolares con trastornos de la personalidad indica que requieren mayor número de hospitalizaciones, realizan más intentos suicidas, son más vulnerables al estrés y obtienen una menor recuperación, asociada con baja compliance farmacoterapéutica.

Se sabe que algunos rasgos de personalidad pueden incrementar la probabilidad que el estrés psicosocial provoque nuevos episodios; en un grupo de pacientes bipolares en el 60% de los casos, el estrés fue el resultado parcial o total de las propias conductas y características; por otra parte los pacientes bipolares que son más introvertidos y obsesivos tienen mayor probabilidad de recaída, en tanto que la extroversión y baja obsesividad proporciona algún grado de protección aún bajo condiciones muy estresantes.

Akiskal indica la gran superposición entre los síntomas afectivos y los derivados de una personalidad límite y que al emplear esta última categoría se descuidan los primeros, siendo preferible diagnosticar los problemas anímicos a expensas de los de la personalidad y si bien no todas las alteraciones de la personalidad remiten con una adecuada terapéutica de las anímicas, la situación resulta tan frecuente que justificaría el error a favor de las afecciones del estado de ánimo. Sin embargo advierte que la compleja interacción entre ambos cuadros resulta inseparable desde la perspectiva médica.

EL CONCEPTO DE ESPECTRO BIPOLAR

De mucha importancia teórica y sobre todo terapéutica son los estudios de Akiskal en relación al concepto de espectro bipolar que ha llevado a extender la enfermedad maníaco-depresiva hacia el lado monopolar y también hacia la vertiente de la patología de la personalidad, en especial el trastorno límite. La hipótesis es que el temperamento ciclotímico, hipertímico y distímico constituirían el fenotipo conductual más cercano al curso premórbido de los cuadros afectivos.

Las características del temperamento ciclotímico son las siguientes : 1) hipersomnio alternando con menor necesidad de horas de sueño. 2) introversión alternando con desinhibición social. 3) disminución de la producción verbal alternando con verborrea. 4) llanto inexplicable alternando con bromas excesivas. 5) inhibición psicomotora alternando con hiperactividad. 6) letargia y malestar físico alternando con eutimia. 7) Sentidos embotados alternando con percepciones agudas. 8) Confusión mental alternando con un pensamiento ágil y creativo. 9) autoestima elevada oscilante con escasa confianza en sí mismo. 10) ideas pesimistas alternando con optimismo y despreocupación.

Las características del temperamento hipertímico según Akiskal serían: 1) alegre, excesivamente optimista o expansivo. 2) cálido, fácil contacto, extrovertido. 3) verborreico y bromista. 4) Sueño habitualmente breve (6 horas), incluso los fines de semana. 5) activo, emprendedor, realiza actividades imprevisibles. 6) impertinente y entrometido. 7) desinhibido, ávido de sensaciones, promiscuo.

En cambio el temperamento depresivo resulta ser opuesto al anterior : 1) melancólico, desanimado o incapaz de divertirse. 2) tiende al aburrimiento y a la cavilación. 3) introversión, pasivo o lento. 4) habitualmente duerme mucho (9 horas) o presenta insomnio intermitente. 5) preocupado por los reveses y los acontecimientos negativos hasta la alegría patológica por los propios fracasos. 6) escéptico, crítico o quejumbroso. 7) autocríticas, reproches y tendencia a la culpa. 8) confiable con tendencia a la dependencia.

Los diversos estudios han demostrado que tiene mayor prevalencia el temperamento depresivo sobre todo en mujeres. En los varones sería más frecuente el temperamento hipertímico, al igual que los episodios maníacos. Conviene tomar en cuenta que este tipo de temperamento podría tener un valor adaptativo en sociedades dirigidas al logro y competitividad, con empleados muy entregados al trabajo, llenos de responsabilidades y con condiciones de líderes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FILIPPI G., RETAMAL P., PAREDES A. Personalidad y trastorno del ánimo. En Retamal P (Ed.) Desarrollos en Enfermedades del Animo. Ediciones Departamento de Psiquiatría. Campus Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. 1999.

KRETSCHMER E. Constitución y Carácter. 1947 Ed. Labor. Barcelona.

VON ZERSEN D. Personalidad y Desórdenes Afectivos. En Paykel E. (Ed.) Psicopatología de los Trastornos Afectivos. 1985 .Pirámide. Madrid.

FREUD S. La aflicción, la melancolía. Obras completas. 1948.Biblioteca Nueva. Madrid.

KLEIN M. Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos. En Psicoanálisis de la Melancolía. 1948. El Ateneo. Buenos Aires.

RETAMAL P., CANTILLANO V. Psicoterapia de la enfermedad bipolar . Vertex . Rev. Arg . Psiquiatría . 2001 . 43 :57-63.

FROMM-REICHMANN F. Psicoterapia Intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos. 1994 . Lumen-Hormé. Buenos Aires.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice Guidelines for the Treatment Patient with Bipolar Disorder (Revisión). Am. J. Psychiatry 2002: 151: 4 (Suppl)

VIETA E. Abordaje Actual de los Trastornos Bipolares. 1999. Masson. Barcelona.

AKISKAL H. Trastornos del Estado de Animo : Manifestaciones Clínicas. En Kaplan H., Sadock B. (Eds.) 1997. Tratado de Psiquiatría. Buenos Aires.

RETAMAL P. La integración de la psicoterapia y farmacoterapia en las depresiones. Rev. Psiquiatría (Chile) 1991. 8: 755-765

RETAMAL P., FULLERTON C. Litio y Enfermedad Bipolar. Rev. Méd. Chile. 1999. 127: 1274-1276.

AKISKAL H. PINTO O. THE Evolving Bipolar Spectrum: prototypes I, II, III and IV. En Akiskal H. Bipolarity . Beyond classic mania . Psych. Clin. North Am. 22 . (3). 1999.

VON ZERSSEN D., AKISKAL H. Personality factors in affective disorders. historical developments and currents issues with special reference to the concepts of temperament and character J.Aff. Dis. 1998. 51: 1-5.

X ASPECTOS PSICOTERAPÉUTICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD BIPOLAR

En la depresión monopolar existen varios estudios que demuestran la eficacia de distintas formas de psicoterapia, tanto en el episodio agudo como para evitar recurrencias. Sin embargo, en la enfermedad bipolar los estudios más recientes recién muestran resultados preliminares y sobre todo recomendaciones.

La enfermedad maníaco-depresiva es una patología con un indiscutible trasfondo genético y biológico y si bien las prescripciones farmacológicas protegen de las recurrencias, pueden aparecer en porcentajes tan elevados como el 40% y no solo por una mala compliance, sino también por las características propias de la enfermedad.

Estas limitaciones han estimulado las intervenciones psicológicas que han sido poco empleadas por tres motivos principales: los modelos etiopatogénicos predominantes son de base bioquímica y genética, se creía que los pacientes lograban una completa recuperación interfásica (a diferencia de la esquizofrenia) y por último la influyente corriente psicoanalítica había señalado las grandes dificultades y resultados insatisfactorios de la técnica en pacientes con patología bipolar, que primordialmente correspondían a la era pre-Litio, antes de los años setenta, cuando su empleo se generalizó.

Un interesante aporte teórico puede ser el modelo del kindling, que plantea la sensibilización neurofisiológica frente a estímulos subnormales que luego llevan al desencadenamiento de eventos con esos mismos estímulos y más tarde de forma espontánea. En el caso de la enfermedad bipolar se ha supuesto que los conflictos internos provocados en los primeros años de vida por distintos acontecimientos vitales incrementan el efecto de situaciones estresantes al inicio de la enfermedad, generándose una alta reactividad psicosocial que se expresa en el desencadenamiento de los primeros episodios de la enfermedad.

Sin embargo, con la repetición de fases tal reactividad al estrés ya no es necesaria para iniciar nuevos ciclos, que aparecen espontáneamente. Sería en los primeros episodios de la enfermedad cuando la psicoterapia adquiere mayor relevancia al tratarse de una patología altamente reactiva. En las fases más tardías la combinación de fármacos y manejo psicoterapéutico sería de elección aspecto ya sancionado en la enfermedad monopolar

ASPECTOS PSICODINÁMICOS

Un episodio depresivo bipolar puede facilitar el interés por la psicoterapia, puesto que un paciente que sufre por su depresión con frecuencia necesita confiar en su médico, en tanto que la mejoría farmacológica e incluso espontánea, reforzará la relación médico-paciente; sin embargo la manía produce los efectos opuestos y sería una de las enfermedades en que el paciente percibe la patología como placentera, en tanto que el terapeuta se frustra por la imposibilidad de establecer un diálogo psicoterapéutico (la otra enfermedad es la adicción a sustancias). En muchos casos los pacientes atribuyen a su enfermedad cambios en su sensibilidad, libido, productividad, creatividad y relaciones interpersonales, de manera que necesitan y desean la experiencia hipomaníaca, incluso a expensas de variaciones anímicas patológicas y peligrosas.

Con independencia de que las causas de la enfermedad y que los rasgos de personalidad que acompañan a estos pacientes dependan de la temprana influencia familiar en la infancia, existen aspectos específicos que convierten la patología en sí misma en una experiencia traumática, entre ellos tenemos

1. Interrupción de las tareas del desarrollo personal; en especial si la enfermedad comienza durante la adolescencia, con las consiguientes dificultades en el sentido de identidad, la formación de rela-

ciones sociales fuera de la familia y de la elección de estudios o trabajo.

2. Efectos de la enfermedad sobre la relación con el cónyuge, familia, entorno social y laboral. El paciente experimenta culpa y sufre pérdidas debido a las actividades inapropiadas realizadas durante la manía y de otras que no fueron cumplidas durante la depresión.

3. Negación de padecer una enfermedad física e indefinida, con frecuencia grave y potencialmente letal.

4. Temor de recurrencia de nuevos episodios. Las fases tienen un efecto progresivo sobre la vida familiar y social con la consiguiente desmoralización y expectativas de nuevos fracasos, sufrimientos y pérdidas y que sobrevienen fuera del control del enfermo, a veces incluso cumpliendo con la farmacoterapia.

5. Dificultades para discriminar entre estados anímicos normales y patológicos. Las emociones intensas pueden ser percibidas como anormales y llevan a reprimir estados afectivos intensos.

6. Necesidad de consejo genético. Puede existir temor acerca del futuro de los hijos por venir, así como rabia, culpa o identificación excesiva con los padres, hermanos u otros parientes que también padecen la enfermedad y con los cuales han tenido que vivir o sufrir la convivencia.

7. Pérdidas reales debido al tratamiento. Esto puede ocurrir porque efectivamente el paciente es más productivo y creativo durante las fases hipomaníacas o porque puede experimentar intensos efectos colaterales somáticos (cambios notorios del peso corporal y autoimagen) y cognitivos, entre otros fallas mnésicas.

8. Pérdidas simbólicas debido al tratamiento. El padecer una enfermedad que requiere medicamentos por tiempo indefinido puede llevar a una pérdida de la autoestima y al temor a padecer un defecto cerebral que está fuera del control personal. Se pueden proyectar en el tratamiento los fracasos personales no relacionados con la enfermedad ni con la terapéutica. Además la hipomanía puede ser erróneamente recordada como productiva.

A continuación algunos comentarios relacionados con aspectos transferenciales:

Durante la etapa de manía el paciente siente mucha rabia y está muy atemorizado al ser controlado involuntariamente, percibe su estado anímico como excelente y se opone al contacto terapéutico, puede insultar e incluso agredir con el consiguiente temor al rechazo por parte del terapeuta, quien inadvertidamente puede sobremedicar al enfermo para contenerlo, no esperar los efectos farmacológicos o no usar las alternativas disponibles y emplear prematuramente terapia electroconvulsivante.

En otras ocasiones el paciente no es hospitalizado porque no se realizan los esfuerzos para lograrlo, dejando a la familia que se haga cargo del problema. Puede aparecer también la frustración en el terapeuta ante una nueva recaída, lo que es percibido como un ataque a su excelencia profesional. Los pacientes eufóricos pueden tratar de manipular y erotizar la relación, sobornar al psiquiatra con historias fantásticas y entretenidas, que al fracasar provocarán rabia intensa hacia el psiquiatra. Los intentos de comunicación con el paciente, así como sentirse el blanco de tendencias manipuladoras, provoca con frecuencia desánimo y resentimiento en el terapeuta que obliga a una pronta reelaboración.

Existirían varias dificultades en una aproximación psicoterapéutica con los pacientes bipolares:

1. La fijación oral, que si bien es un problema también presente en los cuadros depresivos menos

graves, determina una gran distancia respecto de las experiencias cruciales de la infancia y que necesitan ser investigadas.

2. Los aspectos narcisísticos de la enfermedad, con las consiguientes dificultades de la relación transferencial. La omnipotencia del yo, que se fusiona o reemplaza al superyó, determina una relación opuesta a lo que ocurre en la depresión.

3. Un aspecto característico de las defensas del maníaco-depresivo es la capacidad para evitar la ansiedad levantando barreras convencionales de intercambio afectivo. Es posible que en la infancia hayan carecido de relaciones interpersonales estrechas, llevándolos a un contacto posterior estereotipado y esquemático. Existiría una tendencia a la falta de sutileza, de percepción de las implicaciones emocionales, con simplificación excesiva e indiscriminada. Tienen poco interés en la introspección de sus experiencias interpersonales de su vida anterior y actual.

4. Las fuertes necesidades de dependencia son satisfechas a través de la manipulación de los demás. Así el terapeuta se ve empujado a permitir que se lo incluya en las pautas anteriores de gratificación de la dependencia o de la prohibición, debiendo ponerlas de manifiesto en lugar de aceptar que transcurran fuera de la conciencia.

5. Es habitual que una cuidadosa definición de límites y una adecuada expresión de desaprobación sea necesaria en vista que el riesgo en el trabajo con estos pacientes es que dañen su seguridad económica y social cuando están maníacos o el riesgo suicida en la fase mixta o depresiva.

PSICOTERAPIA FAMILIAR

Incluye los estresores específicos y mecanismos intermedios que juegan un rol en el comienzo de los episodios afectivos. Este modelo supone lo siguiente:

1) El trastorno bipolar es una enfermedad de base genética con disregulación en la producción o acción de algunos neurotransmisores o vías neuroendocrinas.

2) Los estresores de la vida pueden desencadenar la expresión de esta vulnerabilidad por la modificación de la rutina del paciente, la que altera el ritmo circadiano. Estos estresores tienen consecuencias psicológicas independientes de sus efectos en los ritmos diarios.

3) El estrés familiar puede poner en marcha la vulnerabilidad genética o biológica a desórdenes del ánimo, cuando alcanza un umbral de aversión psicológica que los pacientes o miembros de la familia pueden no tolerar por mucho tiempo. De modo que el estrés familiar continuo puede acelerar las recurrencias maníacas o depresivas.

Esta aproximación con foco en familia tiene cuatro módulos:

- Evaluación inicial
- Educación acerca del trastorno bipolar
- Entrenamiento en mejoría de la comunicación
- Entrenamiento en destrezas de resolución de problemas

1) Fase de evaluación inicial: El primer paso es evaluar minuciosamente el funcionamiento de la familia o matrimonio y el individuo dentro de la pareja. El terapeuta medirá el nivel relativo de expresividad emocional hacia el caso índice con una entrevista semiestructurada, que estima la reacción emocional relativa de la mayoría de los parientes en el episodio psiquiátrico más reciente. Igualmente y a menudo más decidora, es la intervención familiar estructurada, en la que se realiza una discusión sobre resolución de problemas que la familia o la pareja intenta resolver (conflictos

recientes identificados en la entrevista individual). A través de esta evaluación, el clínico aprende acerca del estilo familiar de definición y generación de soluciones a conflictos, el tono afectivo de estas transacciones y el grado de claridad con el cual los mensajes son comunicados. El clínico usa esta evaluación para determinar la comunicación específica o las herramientas de resolución de problemas que se necesita mejorar por medio del tratamiento.

2) Educación acerca de la enfermedad bipolar: Requiere cerca de siete sesiones. En un formato didáctico se educa al paciente y sus padres o su cónyuge acerca de los síntomas de la manía, la depresión, el curso del trastorno bipolar y los factores que afectan el pronóstico. El terapeuta explica el rol que la vulnerabilidad genética, los desbalances bioquímicos y el estrés juegan en la precipitación de los episodios de la enfermedad. Finalmente se enfatiza la importancia de una farmacoterapia de mantención con las necesarias monitorizaciones, así como el beneficio de la combinación de tratamiento psicosocial junto a los regímenes farmacológicos.

Los miembros de la familia son alentados a mantener una atmósfera de bajo nivel de estrés en el hogar y a moderar las expectativas para la adaptación inmediata del paciente, pero cuidando de no dar a entender a los miembros de la familia o al paciente que son culpables del origen de la enfermedad.

Sobre el estigma asociado a la etiqueta de enfermo mental y las reacciones que trae consigo la enfermedad en un individuo que antes funcionaba bien, el terapeuta intentará ayudar al paciente a alcanzar las metas que sean posibles. Muchas de estas personas son inteligentes y muy creativas y logran avances en sus vidas a pesar de luchar con esta enfermedad.

El episodio en sí mismo puede ser una experiencia traumática para el paciente y su familia; el clínico ofrecerá información acerca de la naturaleza y objetivos que tienen las unidades de pacientes hospitalizados, empatizando con los sentimientos de humillación experimentados por el paciente y los miembros de la familia.

3) Entrenamiento en mejoría de la comunicación: Requiere siete o más sesiones. Comprende la enseñanza a la familia o pareja de herramientas para mejorar la comunicación:

- Escuchar activamente.
- Ofrecer feedback positivo.
- Hacer peticiones positivas para cambios en el comportamiento de otros miembros de la familia.
- Expresar sentimientos negativos y pedir cambio de los comportamientos indeseables.

La técnica central es el role-playing estructurado. El role-playing es usualmente repetido, hasta que la herramienta sea aprendida. A los participantes se le asignan tareas a realizar entre sesiones, para ayudarles a aplicar estas herramientas fuera de las reuniones.

En los pacientes con enfermedad bipolar existen estilos asertivos u opositoristas hacia sus familias, los que son frecuentemente acompañados de criticismo e intrusión hacia miembros de la familia, los cuales pueden engendrar mucha oposición hacia los enfermos. La terapia familiar alienta a los miembros de la familia y a los pacientes a aprender a "llamar para hablar fuera de tiempo", dar espacios de tiempo para en forma calmada, resolver las diferencias, escuchándose y parafraseándose unos a otros las afirmaciones y así pedir cambios específicos al comportamiento del otro que sean factibles de implementar y que no resulten amenazantes.

4) Entrenamiento en herramientas de resolución de problemas: tiene en promedio 4 a 5 sesiones. La familia o la pareja es llevada a identificar problemas familiares específicos y a tomar una serie de pasos predeterminados para definir estos problemas y después generar, evaluar, escoger e implementar soluciones a ellos. El terapeuta otra vez sirve como entrenador en el proceso de resolución de problemas.

5) Intervención en crisis: durante los nueve meses de la terapia con foco en la familia de los pacientes con enfermedad bipolar, los terapeutas además deberán apartarse de los módulos de herramientas de entrenamiento para dirigirse a eventos específicos de la vida que han ocurrido entre las sesiones. Una forma específica de intervención en crisis es la llamada “instrucciones en caso de recaída”, en que el paciente y la familia son educados para identificar los signos de un episodio incipiente y tomar medidas para reducir la probabilidad de que se desarrolle el episodio; el formato de esta instrucción es muy similar a la estructura de resolución de problemas.

PSICOTERAPIA INTERPERSONAL

Este modelo psicoterapéutico fue desarrollado por en la década de los ochenta (19). Es un procedimiento breve, 12-16 reuniones que focaliza las dificultades de interrelación personal en cuatro áreas-problema: duelo, disputa de roles, transición de roles y déficit de habilidades en las relaciones personales; fue inicialmente diseñado para el manejo del episodio de depresión mayor.

A continuación vamos a describir algunos de los elementos conceptuales relacionados con los ritmos biológicos y sociales que al ser combinados con los de la psicoterapia interpersonal han dado origen a un nuevo modelo de psicoterapia individual.

Es reconocido que el entrenamiento social comienza pronto después del nacimiento, tanto que la actividad de alimentación del bebé y sus horarios de sueño se inician sincronizados con la rutina doméstica de los padres y hermanos. Después las influencias van a incluir los horarios de la programación de televisión, actividades recreacionales, sistema escolar, etc. Una vez establecido este “ritmo social”, no sólo es importante para la estructuración del día del individuo cognitivamente, sino también para mantener el ritmo circadiano (“reloj biológico”). El ritmo social es capaz de influir en el sistema circadiano como éste influye sobre él.

La disfunción circadiana ha sido fuertemente ligada a psicopatología de la depresión y se sabe que al menos en parte la depresión asociada a eventos vitales negativos sería mediada por cambios en el ritmo social y por su influencia en los ritmos circadianos. Se ha visto además que tanto las intervenciones farmacológicas como las psicoterapéuticas que regulan los ritmos sociales en la depresión, tienden a normalizar los ritmos circadianos.

La psicoterapia interpersonal tiende a mejorar la calidad de las relaciones sociales y a regularizar la interacción. La terapia cognitivo conductual intenta establecer rutinas diarias de actividad y sólo después de esto comienza el trabajo en los procesos cognitivos. La regularidad de un ritmo social individual puede ser importante para la buena regulación de los ritmos biológicos y puede incluso determinarlos.

La psicoterapia individual basada en dos modelos: la psicoterapia interpersonal de la depresión y la hipótesis de estabilidad del ritmo social. Se considera que el ánimo depende de la estabilidad de los ritmos sociales (patterns de actividad diaria y estimulación social). Esta modalidad terapéutica se ha denominado Terapia Interpersonal con Ritmo Social.

Tiene tres objetivos claves:

- El paciente aprende a regular los ritmos sociales y el ciclo sueño-vigilia.
- El paciente aprende a comprender y negociar el contexto interpersonal asociado con el comienzo de los síntomas del trastorno del ánimo.
- El paciente aprende a manejar los conflictos asociados con experiencias interpersonales de pérdidas, disputas, déficits en las relaciones personales y transición de roles.

Esta terapia se realiza semanalmente en forma inicial y luego cada dos semanas; si la remisión clínica lo requiere, se realizan sesiones mensuales por dos años o más.

Las etapas de esta terapia son las siguientes:

1) Fase inicial: se reúne una historia minuciosa de la enfermedad, buscando detectar episodios que pueden haber sido precipitados por cambios en el ritmo social y/o circadiano. Con la guía empática del terapeuta el paciente aprende acerca de la recurrencia del trastorno afectivo y el posible rol de la disrupción del ritmo social y circadiano en la precipitación de sus episodios. Dentro de un ambiente de soporte terapéutico, el paciente empieza a ver el peso de la enfermedad en su vida, ayudando a disminuir su negación acerca de la realidad de la enfermedad y sus consecuencias.

Durante esta fase el paciente hace un inventario interpersonal, reconociendo el número y calidad de las relaciones con su familia y entorno social. Esto es central para identificar las áreas interpersonales problema y planificar las posteriores intervenciones. Se ha visto que el impacto de la pérdida de la propia salud es relevante, los pacientes expresan reacciones de pena por la pérdida de sus estilos de vida previos, relaciones personales y capacidades; otras veces los pacientes niegan estos cambios, con resultados desastrosos, sobre todo por la incapacidad para efectuar el tratamiento necesario. La meta final de esta fase es identificar un área problema interpersonal.

2) Fase intermedia y tardía: El trabajo se focaliza con dos metas:

- Desarrollo de un plan de manejo de síntomas en el cual el paciente es estimulado para obtener la estabilización de sus rutinas diarias.
- Resolución de áreas problema identificadas, con especial énfasis en la manera en que estos problemas exacerban síntomas y/o producen disrupción de los ritmos sociales.

Gradualmente el paciente aprende a estandarizar sus rutinas diarias, observando el beneficio directo de esta regulación en su ánimo. Algunos pacientes se quejan de que estabilizando su ánimo, su vida se convierte en algo menos excitante o espontáneo. En esta psicoterapia se ayuda al paciente a encontrar un apropiado balance entre sueño y vigilia, actividad y reposo, estimulación social y soledad.

Si el episodio más reciente se ha desencadenado en coincidencia con una pérdida, la tarea del terapeuta es facilitar un saludable proceso de duelo que puede ayudar a explicar los significados simbólicos y reales de esta pérdida, y los cambios que ésta implica en la vida del paciente y sus rutinas diarias. También interesa ayudar a que el paciente exprese sentimientos de dolor por la pérdida de esperanza y aspiraciones, y por la pérdida de importantes relaciones que pueden haber sido centrales en el entorno de la vida previa a la enfermedad del paciente. El terapeuta expresará optimismo acerca de la capacidad del paciente para desarrollar nuevas amistades, reconocer y recuperar las antiguas y adquirir nuevas y quizás menos ambiciosas metas.

Los pacientes bipolares con frecuencia se ven involucrados en disputas interpersonales. El terapeuta debe ayudar a identificar los problemas típicos que llevan a conflictos con el padre, esposo, amigos o compañeros de trabajo y ayuda al paciente a ser más tolerante y a aceptar a los otros sobre todo en sus defectos o diferencias. El paciente aprende nuevos caminos para resolver los conflictos interpersonales, evitando que estas disputas se repitan en el futuro.

La mayoría de los enfermos tienden a mantenerse en contacto con otras personas y con frecuencia se sobreinvolucran; una minoría, se aísla socialmente por carecer de destrezas interpersonales o sociales, pero además porque temen la evaluación negativa de otros. Estos pacientes pueden ser guiados para que obtengan el desarrollo gradual de nuevas amistades, valorando las relaciones de manera más realista, aprendiendo a tomar riesgos y disponiendo de estrategias para incrementar el espectro de sus actividades sociales y ocupacionales. Se utilizan herramientas semejantes a las técnicas de asertividad e intervenciones exploratorias.

La transición de roles usualmente requiere que el paciente desarrolle nuevas y más realistas metas adaptadas a su cambiante estilo de vida. El terapeuta ayudará al paciente a aprender a aceptar los nuevos términos y reglas de su vida y las demandas del rol que debe asumir y ajustar su rutina diaria y adaptarla a las nuevas circunstancias.

3) Fase de terminación: Como en cualquier terapia, el terapeuta revisa el progreso que el paciente ha hecho, explora las áreas que aún requieren mejoría y ayuda a desarrollar planes para enfrentar los estresores en el futuro. Se investigan los signos prodrómicos que ha presentado en episodios previos, para prevenir o minimizar el impacto de futuras fases. Lo más importante es que el terapeuta comunique al paciente un sentimiento de esperanza y optimismo.

Como el paciente bipolar está indefinidamente bajo tratamiento farmacológico la idea de un tratamiento psicosocial continuado, aunque menos frecuente adquiere un sentido pleno en el paciente y los miembros de su familia. Este contacto continuo permite al terapeuta volver a revisar el uso de herramientas e intervenir rápidamente cuando aparecen los primeros signos de una recurrencia.

REFERENCIAS

Florenzano R. Psicoterapia de los Depresivos en Retamal, P. (Ed.). Depresión. Diagnóstico y Tratamiento. Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago, 1992.

Frank E., Kupfer D., Wagner E. et al. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Arch. Gen. Psychiatry 48:1053-1059. 1991.

Frank E., Kupfer D., Ehlers C. Interpersonal and social rhythm therapy for Bipolar Disorder: integrating interpersonal and behavioral approaches. The Behavior Therapist. 17:143-149.1994.

Fromm-Reichmann F. Psicoterapia Intensiva en la Esquizofrenia y en los Maníaco-Depresivos. Cuarta edición. Ediciones Horme. Buenos Aires. 1994.

Khan D. The Psychotherapy of Mania. Psychiatric Clin. North. Am. 13:197-208. 1990.

Karasu T. Toward a Clinical Model of Psychotherapy for Depression I. Systematic Compression of three psychotherapies. Am. J. Psychiatry 147:133-147. 1990.

Karasu T. Toward a Clinical Model of Psychotherapy for Depression II. An Integrative and Selective Treatment Approach. Am. J. Psychiatry. 147:219-278. 1990.

Klerman G., Weissman M., Rounsaville B. Chevron E. Interpersonal Psychotherapy of Depression. Basic Books. New York. 1984.

Miklowitz D., Frank E. New Psychoterapies for Bipolar Disorder. En Goldberg J., Harrow M., Bipolar Disorder. Clinical Course and Outcome American Psychiatric Press. Washington D.C. 1999.

Retamal P., Humphreys D., Montt A. Características de los pacientes con Trastorno Bipolar. Unidad de Enfermedades del Ánimo Hospital Salvador. Santiago- Chile. Acta Psiquiát. Psicol.. Am. Lat. 45:60-66.2000.

Retamal P. La Psicoterapia Interpersonal de la Depresión. En Retamal P. (Ed) Desarrollos en Enfermedades del Ánimo. Ediciones Departamento de Psiquiatría. Campus Oriente. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Santiago. 1999.

Retamal P., Palacios G., Soto H. Acatamiento de la Prescripción en los enfermos Bipolares. Acta

Psiquiátrica. Amer. Lat. 44:50-57.1998.

Retamal P. Tratamiento Psicosocial de la Distimia. Vertex. Rev. Arg. Psiquiat. 10:5-10. 1999.

Retamal P. La Integración de la Psicoterapia y Farmacoterapia en las Depresiones. Rev. Psiquiatría (Chile). 8:755-765. 1991.

Retamal P. Trastornos de Adaptación. En Heerlein A. (Ed.). Psiquiatría Clínica. Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago. 2000.

Retamal P., Fullerton C. Litio y Enfermedad Bipolar. Rev. Méd. Chile. 127:1274-1276. 1999.

Salzman C. Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy in the Treatment of Bipolar Patient. Am. J. Psychiatry 155:686-688. 1998.

Scott J. Psychotherapy for Bipolar Patients. Br. J. Psychiatry. 167:581-588, 1995.

Vieta, E., Colom, F., Jorquera A. ¿Existe un lugar para la Psicoterapia en el tratamiento del Trastorno Bipolar?. Psiquiatría Biológica. 6:232-237. 1996.