

El médico, el paciente bipolar y la enfermedad

Dr. Alvaro D'Ottone



Médico Psiquiatra
Ex Profesor Adjunto de
Clínica Psiquiátrica

Nos tomamos la libertad de parafrasear en el título a Michael Balint, para proponer a los colegas no psiquiatras un tema que está cada vez más presente en el imaginario social y de la comunidad médica.

Años atrás estaba de moda hablar de depresión; hoy los pacientes y sus familiares le preguntan al médico “¿y...no seré (o será) bipolar?”

Este cambio en la preocupación del público resulta de la captación –correcta– acerca de las tendencias en la especialidad psiquiátrica. Efectivamente, los médicos que se ocupan de las enfermedades mentales están hoy en día más alertas en cuanto a detectar lo que los manuales llaman “Trastornos Bipolares”, pues se ha producido una relectura de las alteraciones anímicas y se ha avanzado en su manejo terapéutico.

La bipolaridad

¿A qué nos referimos con el término “bipolaridad”?

Si se observa la “*gráfica anímica*” de una persona no portadora de un trastorno del humor, en mayor o menor grado se aprecian periodos de alza y de baja, con respecto a su estado promedio.

En general, estos periodos se correlacionan con las situaciones que se atraviesan: descenso anímico ante las pérdidas o frustraciones, estado de bienestar intenso cuando todo marcha viento en popa en los afectos, la salud y los demás aspectos de la vida propia y del prójimo. Resultaría extraña una gráfica anímica que fuera una recta horizontal sin accidentes.

También podemos detectar en algunas personas, oscilaciones anímicas no estrictamente correlativas con la situación que se vive; “*levantarse con buena o mala onda*” es una expresión coloquial que describe un estado anímico que parece imponerse a la persona con cierto carácter inexplicable y hasta paradójal; constituye el “*estado basal*” del ánimo, sobre el cual inciden luego los acontecimientos, para elevarlo o deprimirlo.

Estas fluctuaciones espontáneas pueden ser controladas voluntariamente, no en el hecho de ocurrir, pero sí en cuanto a impedir que gobiernen inapropiadamente el pensamiento y la conducta.

Se es, en última instancia, libre, a pesar de las determinaciones psicobiológicas que ya en este ejemplo familiar se hacen notorias.

Algunas personas, en cambio, son víctimas impotentes de oscilaciones intensas del ánimo, netamente anómalas y perjudiciales, que los psiquiatras clasifican en cuatro

tipos de “*episodios*”: depresivo, maníaco, hipomaniaco y mixto.

Depresión, manía e hipomanía

La *depresión* se caracteriza por el abatimiento psíquico y físico; la *manía* implica lo opuesto: las funciones psíquicas y físicas son vividas como intensas, fuentes, rápidas, y poderosas- aunque en realidad la falta de criterio y pertinencia es el rasgo más visible. El humor puede ser eufórico, pero igualmente frecuente es el predominio de un estado de irritación y desconfianza (ver Cuadro 1).

La *hipomanía* es una forma menor de manía, que interfiere menos en la inserción familiar y social (imposible en la manía) pero que no deja de ser un estado de alto riesgo para el portador, pues suele cometer actos imprudentes que dañan su seguridad, prestigio y patrimonio, sin que el prójimo necesariamente advierta su carácter patológico.

Los *estados mixtos* implican la coexistencia de síntomas depresivos (por ejemplo la desesperanza) con un incremento de la actividad impulsiva.

El episodio se considera *maníaco* si produce deterioro considerable de la vida social o laboral, o si necesita hospitalización, o si hay síntomas psicóticos. En caso contrario, se considera *hipomaniaco*.

El siglo XIX vio el nacimiento de la psiquiatría como rama de la medicina; ello permitió un cambio en lo que había sido la postura social preponderante frente a las alteraciones del ánimo y la conducta de las personas que hoy llamamos bipolares.

Crterios diagnsticos de episodio manaco e hipomanaco (adaptado del DSM IV)

Un perodo con estado de nimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana (o cualquier duracin si es necesaria la hospitalizacin), durante el cual han estado presentes tres o ms de los siguientes sntomas:

1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
2. Disminucin de la necesidad de dormir (p.e. se siente descansado tras slo 3 horas de sueo).
3. Ms hablador de lo habitual o verborreo.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento est acelerado.
5. Distractibilidad (p.e. la atencin se desva demasiado fcilmente hacia estmulos externos banales o irrelevantes).
6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitacin psicomotora.
7. Implicacin excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves. (p.e. enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones econmicas alocadas).

Cuadro 1

En efecto, aunque parezca sorprendente, lo depresivo y lo manaco haban sido vistos hasta entonces como vicios morales y conductas condenables. A lo largo de ese siglo se fueron delineando las figuras clnicas de la melancolía (nombre clnico de la depresin severa) y de la manía, para culminar a finales de esa centuria con la creacin por parte del psiquiatra alemn Emil Kraepelin, del concepto de "Psicosis Manaco-Depresiva".

Analicemos esa denominacin. "Psicosis" y "neurosis" son dos trminos cuya razn de ser histrica no viene ahora al caso, pero que al da de hoy separan a groso modo los trastornos que alteran profundamente la relacin del enfermo con la realidad y los que no lo hacen. Una segunda característica es que en general, la psicosis no se acompaa de un reconocimiento de que se est enfermo, que sí est presente en el padecimiento neurótico.

Esta diferenciacin puede llamar a extraeza si hablamos de depresiones, ya que un buen porcentaje de los deprimidos se presentan declarndose afectados por esa condicin, y no muestran seales de una apreciacin inadecuada de la realidad; pero las formas ms graves carecen de conciencia de enfermedad y tienen trastocada la manera de "leer" los hechos. ¿Cmo explicar si no, la inquebrantable decisin suicida del depresivo grave, ligada a la conviccin de que es culpable de su propia desgracia? Es obvio que esa decisin estar ausente si reconociera que est enfermo, que necesita ayuda mdica, y que esta tiene muy altas chances de rescatarlo del marasmo anmico.

Pero tambin en el otro extremo de la gama de intensidades, muchas depresiones leves (leves, al menos, en la componente angustiosa del sndrome) son referidas como malestares fsicos o como insatisfacciones con las circunstancias ("el trabajo me estresa", "no tengo suerte en la vida sentimental") sin que el paciente reconozca como ncleo de la cuestin, el cambio anmico.

Siguiendo con el anlisis del nombre que le dio Kraepelin al conjunto de estos trastornos, aclaremos que "manía" tiene en psiquiatra un significado diferente al uso lego del trmino. En el habla comn, "tener manía..." es equivalente a ser un tanto fanático de un tipo de objeto, situacin o costumbre: "Juliano tiene la manía de lavar el auto todos los das". En una acepcin ms ominosa, la prensa ha hecho habitual la expresin "manaco sexual" en relacin a delinquentes sexuales reincidentes. Ya en lenguaje mdico, como sufijo, "manía" integra el sustantivo que nombra algunos trastornos mentales cuya expresin es la realizacin impulsiva e ingobernable de conductas transgresoras (cleptomanía, piromanía). Pero en cuanto a trastornos anímicos, manía es el cuadro de exaltacin eufórica y/o irritable que ms arriba resumamos.

Vayamos a la "depresivo": Para la Real Academia Espaola (RAE), "deprimir" es producir un decaimiento del nimo, trmino este ltimo imposible de definir sin caer en una tautologa. Y el vocablo "depresin", en su acepcin psicolgica, es definido por la RAE como "sndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibicin de las funciones psquicas, a veces con trastornos neurovegetativos".

El trmino "depresin" tiene, ya desde su etimologa, una connotacin grfica: lo que est por debajo del nivel estandar (de la presin atmfrica, de la economa, del nivel basal del ECG). Ya utilizamos la metfora grfica al comienzo del artculo, pero debemos insistir en que lo depresivo es esencialmente un cambio cualitativo y global, la instalacin en la vida de la persona de una condicin diferente, que junto al menoscabo en el eje alegra-tristeza, quita eficacia al intelecto, energa al cuerpo y autonoma a la conducta.

¿Y la paradójal unin que hizo Kraepelin al yuxtaponer los adjetivos manaco y depresivo? Esta es la clave conceptual — hoy revalorizada — de su forma de ver los trastornos anímicos: la inestabilidad del humor basal; la tendencia a que las oscilaciones espontneas o reaccionales del nimo se salgan de lo "normal" para generar episodios donde lo nuclear es la anormalidad (cuali y cuantitativa) y lo accesorio la forma (depresin lo ms a menudo, pero tambin manía, hipomanía o estados mixtos). La idea es pues la de una vulnerabilidad del humor. En esta concepcin, la presencia de un primer episodio (de cualquier tipo) devela esa vulnerabilidad, y nos indica, a futuro, una probabilidad netamente aumentada de repetir una alteracin del nimo (una vez ms: de cualquier tipo).

El trastorno bipolar

A esta altura el lector se estar preguntando por la palabra "bipolar" presente en el ttulo del artculo. La separacin entre trastornos "uni" y "bi" polares apareci en el siglo XX, (dcada del 40) y se universaliz cuando en 1980 apareci una obra colectiva que dio cohesin a las categoras diagnsticas utilizadas internacionalmente — hasta entonces muy diferentes en los diversos pases y escuelas psiquiátricas: el Manual Diagnstico y Estadístico ("DSM", por su sigla en ingls) de las enfermedades mentales.

Muchas personas, 5 a 10% de la población general (!!), tienen a lo largo de su vida episodios de tipo depresivo, sin presentar nunca manías, hipomanías o estados mixtos. Se dice pues que presentan un trastorno depresivo unipolar.

En cambio, un grupo de 1-1,5% de individuos, si presentan episodios Maníacos, Hipomaníacos o Mixtos, aunque en la mayoría de ellos, la depresión sea la forma más frecuente de alteración episódica. Estos, los bipolares, tienen algunas características que llevaron a su consideración como grupo aparte:

- La enfermedad suele manifestarse más tempranamente (infancia, adolescencia, primera juventud).
- La prevalencia es la misma en ambos sexos (en los unipolares es doble en el sexo femenino).
- La personalidad es más a menudo disruptiva (expansiva, impulsiva, propensa al consumo de sustancias) y menos a menudo depresiva o introvertida.
- La prevalencia de manía entre los familiares de primer grado y la concordancia para la enfermedad con el gemelo monocigoto son mayores que en los unipolares.
- Respuesta errática de la depresión a los antidepresivos (pérdida precoz del efecto, facilidad para que estos dectonen un estado maniaco, poca eficacia profiláctica).

De manera que al día de hoy, la clasificación más usada (DSM - 4ta. Edición) divide a las enfermedades llamadas anímicas, afectivas o del humor (términos usados como intercambiables) en:

- Trastorno Depresivo Mayor (sólo episodios depresivos mayores, único o recurrentes, enfermedad "unipolar").
- Trastorno Bipolar tipo I (ha tenido episodios maníacos o mixtos, con o sin episodios de otro tipo).
- Trastorno Bipolar tipo II (ha tenido en distintos momentos, episodios depresivos e hipomaníacos; no ha tenido manía o episodios mixtos).
- Ciclotimia (episodios hipomaníacos numerosos en un período de 2 años, intercalados con síntomas depresivos que no configuran plenamente un episodio).

Precisemos ahora el concepto de "episodio". Este término resalta una característica del curso temporal de los trastornos anímicos: son esencialmente alteraciones transitorias. La enorme mayoría de los cuadros afectivos son autolimitados. Así lo consignaron los psiquiatras de la era pre-terapéutica: en ese entonces sólo podían cuidar al enfermo de las grandes complicaciones de la depresión (en particular, los actos suicidas) y de los desmanes maníacos, pero no podían influir en su curso temporal. Se observó entonces que más de un 90% de las depresiones duran menos de dos años (la duración espontánea más habitual es de 6 a 18 meses) y de las manías, menos de un año. Es por ello que actualmente el adjetivo "crónico" se reserva a esa minoría de episodios que no remiten espontáneamente ni con tratamiento, en 24 meses.

Lamentablemente, en el trastorno bipolar, los estudios de seguimiento demuestran que los síntomas anímicos, fundamentalmente los de tipo depresivo (como episodios completos o en forma subsindrómica) están presentes en una alta proporción del tiempo de vida de un paciente bipolar después que la enfermedad comienza. Esto causa que algunos enfermos terminen presentando una incapaci-

Diagnósticos diferenciales de los trastornos anímicos

* Oscilaciones anímicas situacionales propias de la salud
* Oscilaciones anímicas anómalas en personalidades frágiles
* Personalidad disocial o antisocial
* Estados de ansiedad
* Toxicomanía primaria
* Psicosis delirantes agudas y crónicas
* Demencia
* Déficit atencional

Cuadro 2

idad laboral –no así el deterioro cognitivo–, que existe pero no suele ser determinante.

El concepto de "mayor" (la tercera palabra en el nombre del episodio depresivo) es el residuo de una clasificación que se había utilizado antes de 1980, donde existía como contrapartida el "episodio depresivo menor". Esta última entidad no integra hoy el nomenclátor psiquiátrico, y estaría aproximadamente englobada por la menor de las tres categorías de intensidad (leve, moderada y severa) de los episodios depresivos mayores, y caracterizada a su vez por menos síntomas.

Volviendo a las diferencias entre los trastornos: no existen marcadores clínicos ni biológicos que aseguren que un paciente "unipolar" está exonerado del riesgo de una eventual manía; por eso, el énfasis debe hacerse en la condición recurrente de los trastornos anímicos, y la necesidad de medidas (farmacológicas y no farmacológicas) que intenten la profilaxis de nuevos episodios.

¿Por qué entonces la "moda" de lo bipolar en esta primera década del siglo XXI? La respuesta es: en muchas situaciones clínicas donde lo virtualmente "bipolar" se olvidaba o quedaba excluido (no por los hechos sino por el formato del sistema de diagnóstico) en estos años se ha "recontrado su huella". Así, tiende a conceptualizarse como propios del trastorno bipolar algunos cuadros tales como:

- Depresiones acompañadas de un alto grado de ansiedad, agitación e impulsividad (llamadas a veces "depresiones mixtas").
- Episodios depresivos donde en vez de los clásicos insomnio y anorexia, ocurren letargia y/o hiperfagia.
- Depresiones que no responden a dos o más tratamientos antidepresivos correctamente aplicados.
- Episodios depresivos altamente recurrentes, con respuesta efímera a los antidepresivos.
- Trastorno depresivo de comienzo precoz (antes de los 25 años).

Comorbilidades médicas del trastorno bipolar

Hipertensión, cardiopatía, hiperlipidemia
Migraña
Asma, bronquitis crónica
Diabetes mellitus, hipotiroidismo, obesidad
Enfermedades autoinmunes
Gastritis y úlcera gastroduodenal

Cuadro 3

- Depresión en un paciente con familiares de primer grado claramente bipolares.
- Cuadros hipomaníacos que sólo aparecen por el uso inmediatamente previo de antidepresivos.
- Oscilaciones anímicas en el marco de abuso de alcohol o drogas.

Insistimos en que la consecuencia práctica de esta sospecha de bipolaridad, es el énfasis que el equipo de salud debe realizar en la necesidad de combatir tanto el episodio actual como la recurrencia.

Diagnósticos diferenciales del trastorno bipolar

Otro aspecto del interés actual en el trastorno bipolar es el de las fronteras diagnósticas. En efecto, en una especialidad que carece de una paraclínica que confirme o descarte, es lógico que esas fronteras sean un tanto móviles, especialmente en relación a las formas atípicas de cada entidad nosográfica.

El trastorno bipolar, en sus formas menores (ciclotimia, por ejemplo) puede ameritar diagnóstico diferencial con patología de la personalidad (modos de ser anómalos, con inestabilidad emocional, que suelen descompensarse frente a las situaciones complicadas de la vida de relación; personalidades transgresoras, p. ej. antisociales). En sus formas más graves (manía o depresión acompañadas de delirios y alucinaciones) se corre el riesgo de confundirlo con esquizofrenia; las formas menores pero agitadas de la depresión y la hipomanía pueden pasar por trastornos primariamente ansiosos. Asimismo, si alguien en un determinado momento desarrolla con rapidez un abuso de alcohol o drogas, debe considerarse que detrás de este puede existir una fluctuación anímica primaria. Lo maniaco en un niño puede llevar a un diagnóstico apresurado de déficit atencional con hiperactividad; en una persona de la tercera edad, una depresión con importante inhibición psicomotora puede generar una sospecha de comienzo de una demencia. (Cuadro 2).

Por supuesto que cuando se pasa a la cuestión etiológica (la causa de un episodio depresivo o maniaco) deben repasarse las causas no primariamente psiquiátricas: intoxicaciones de todo tipo (alcohol, drogas ilegales, fármacos como corticoides, hormona tiroidea, beta-ago-

nistas, dopaminérgicos) y patología médico quirúrgica, en particular neurológica (AVE, encefalopatías frontotemporales, Parkinson, etc.).

Por otra parte, quien atiende a un paciente con una enfermedad bipolar, debe tener presente que esta constituye en sí misma un factor de riesgo para diversos trastornos médicos (Cuadro 3).

Como se ve, casi todas son patologías "sensibles al estrés". Se plantea un mecanismo subyacente análogo, de alteraciones en el sistema de los glucocorticoides e insulina, así como los sistemas efectores inmunoinflamatorios.

Por ejemplo, la frecuencia de Tiroiditis Autoinmune es mayor en trastorno bipolar que en población general. La "firma del monocito" es la presencia de un mismo perfil de moléculas anómalas de mRNA en los monocitos de pacientes con trastorno bipolar, hijos sanos de pacientes con trastorno bipolar, y pacientes con Tiroiditis Autoinmune.

Se plantea avanzar en endofenotipos comunes al trastorno bipolar y a algunas de sus enfermedades médicas asociadas.

Asimismo, el trastorno bipolar fragiliza para otras enfermedades psíquicas: trastornos de pánico, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, ludopatía, y por supuesto, abuso de sustancias (sedantes, hipnóticos, alcohol e ilegales).

El médico generalista ante el trastorno bipolar

Cada vez se enfatiza más en el gran aporte que el equipo de salud puede realizar para una mejor evolución de los trastornos anímicos. El concepto clave es "Psicoeducación", nombre de un proceso que tiene como objetivo que los pacientes (y sus allegados) conozcan el trastorno y las formas de combatirlo; que puedan reconocer que lo padecen, y que a partir de ese conocimiento y reconocimiento adecuen su conducta para que sean funcionales al objetivo terapéutico.

La Psicoeducación tiene una forma específica, guiada por técnicos que se han especializado en ella –en Uruguay existen excelentes profesionales que dirigen actividades de este tipo–. Pero también hace Psicoeducación todo miembro del equipo de salud que pueda transmitir per-



Tendencias
EN MEDICINA

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud

- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales



Tendencias
EN MEDICINA

Contactenos:
www.farmanuario.com - tendencias@farmanuario.com

PSICOEDUCACIÓN

La salud no se distribuye equitativamente entre todos los seres humanos. Algunos nacen con alteraciones congénitas que les van a significar una desventaja durante toda la vida; mientras otros gozan casi todo el tiempo de salud total y alcanzan gran longevidad.

Sin embargo, gran parte de las personas adultas tienen algún órgano o sistema corporal que les juega malas pasadas: los ojos en los miopes, los bronquios en los asmáticos, el páncreas en los diabéticos.

Algunas personas tienen una alteración cerebral que no compromete su inteligencia, sus virtudes personales ni sus valores humanos, pero que les juega en contra en el sentido anímico. Así como la temperatura normal del organismo es 37 grados, pero una persona que tiene mal la tiroides puede tener 35, y otra que tiene una infección puede tener 40, así la "temperatura anímica" puede tener oscilaciones enormes, cuando los reguladores cerebrales del ánimo padecen la alteración conocida como "Trastorno Anímico Bipolar". La persona que lo padece, alterna períodos en que está totalmente normal de ánimo, con períodos en que puede estar excesivamente eufórica y otros en los que puede estar enormemente deprimida. Estos estados se parecen a la euforia de los momentos felices, y a la angustia de cuando algo muy malo nos acontece. Pero no son lo mismo: no se generan en respuesta a una situación específica, sino que vienen "de adentro", independientemente de las circunstancias y de la voluntad del enfermo, o en todo caso, basta un detonante menor para desencadenarlos.

En esos momentos, de nada valen los buenos consejos: cuando a un depresivo se le dice "pero fíjate todas las cosas buenas que tienes" es como decirle a alguien que está ciego que admire la belleza del paisaje; decirle "tienes que poner voluntad" es como pedirle a un maratonista que se esfuerce por llegar a la meta, cuando acaba de fracturarse una pierna.

Texto del autor entregado al paciente, para reflexión conjunta con su familia.

suasivamente lo que la ciencia conoce y recomienda sobre el trastorno bipolar.

El médico (general o especialista) es depositario de la confianza de su paciente; a menudo tiene un papel fundamental en lograr que este acepte tener su primera consulta con psiquiatra, ayudándolo a superar prejuicios y temores. Luego de que por sí mismo ha hecho el diagnóstico, o que el psiquiatra se lo ha comunicado en la respuesta a su interconsulta, sigue teniendo mucho que aportar al proceso. Además de participar en los estudios clínicos y paraclínicos que la situación orgánica y los tratamientos biológicos exigen, tiene la oportunidad de hacer su gran aporte en el área de la Psicoeducación.

Como las alteraciones de este tipo, llamadas "enfermedades anímicas", no tienen una alteración en los exámenes que la medicina dispone hoy en día (sangre, tomografía, etc.), las personas que no conocen este tipo de trastornos suelen quedar perplejas frente a quienes los padecen: no entienden por qué una persona puede estar triste si todo en su vida está "bien" (amor, familia, trabajo, etc.). Hasta llegan a dudar si el enfermo no se estará "haciendo el vivo" para sacar partido de la situación (exoneración de sus deberes familiares y laborales, ser ayudado, etc.).

Sólo quienes lo han experimentado en carne propia, comprenden desde el inicio este tipo de padecimientos. Por eso es necesario un acercamiento respetuoso al paciente, observar su sufrimiento, escucharlo, reconocer su incapacidad (por suerte, transitoria) para casi toda tarea, cuando está deprimido, y su dificultad para adecuarse a las normas de urbanidad, cuando está eufórico.

Quien desee honestamente colaborar con una persona que padece un trastorno anímico, debe antes que nada estar

dispuesto a soportar la angustia que se genera en uno cuando ve sufrir a un ser querido, o a un allegado, a un compañero de labor; no debe tampoco impacientarse.

Otra manera de ayudar al paciente es alentarlos a que siga las pautas de tratamiento que la medicina posee para aliviar, acortar y prevenir los episodios de alteración anímica. Lamentablemente, los tratamientos no erradicar la enfermedad, y no siempre la controlan en un cien por ciento; afortunadamente, en cambio, la mayoría de las personas con trastornos anímicos mejoran mucho, aunque para ello necesiten atenerse a pautas de vida cotidiana más cuidadosas, tomar prolongadamente uno o varios medicamentos, y un contacto muy asiduo con los profesionales que lo asisten.

Obviamente, si un técnico decide apoyar un plan de este tipo es porque lo conoce, lo entiende, y aprecia que son mayores los beneficios que los inconvenientes. En un próximo artículo nos dedicaremos a "presentar" los tratamientos biológicos y no biológicos que los psiquiatras proponemos a nuestros pacientes bipolares, para que los colegas estén actualizados sobre sus beneficios e inconvenientes.

Bibliografía Recomendada

- Manic-Depressive Illness. Goodwin y Jamison: Oxford University Press, 2007
- Trastorno Afectivo Bipolar. Tellez-Vargas y Molinello (ed) Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica, Bogotá, 2007
- Trastornos Bipolares. Akiskal, Cvetkovich, Garcia-Bonetto, Strejilevich, Vázquez Ed. Médica panamericana Buenos Aires, 2007
- Manual Diagnóstico y Estadístico 4ta Ed (DSM IV) Asociación Psiquiátrica Americana, 1994