

FUENTE: GRAN PARTE DE ÉSTE MATERIAL HA SIDO TOMADA DEL TRABAJO DE FIN DE CURSO DE “EXPERTO UNIVERSITARIO EN SALUD MENTAL Y CLÍNICA PSIQUIÁTRICA” REALIZADO POR DEL DR.CARLOS SÁNCHEZ RODRIGUEZ, NEURÓLOGO COL.29/2868

CONCEPTO

Durante mucho tiempo se ha contemplado una prevalencia del 1%, no obstante, los estudios epidemiológicos recientes, encuentran una prevalencia cercana al 5-6 % que podría corresponder a la parte oculta de un “iceberg”, trastornos más difíciles de identificar y que con frecuencia pasan desapercibidos para los clínicos.

Las clasificaciones actuales (DSM y CIE) están basadas en la división de los trastornos afectivos en dos categorías: trastornos unipolares y el trastorno bipolar, que a su vez se clasifica en trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y ciclotimia, entidad que es clasificada en el CIE en un apartado diferente.

Bipolares, en cuanto al estado de ánimo, somos todos los humanos, pero solo hablamos de trastorno cuando esa bipolaridad nos desenchaja de nuestra vida familiar, social o laboral. En efecto, una persona, en cualquier hora de cualquier día, en cualquier día de cualquier semana e incluso en cualquier semana de cualquier mes, puede sentirse con el ánimo más expansivo o más decaído de lo que normalmente lo tiene sin que ello le lleve a deteriorar sus relaciones familiares, sociales y laborales. En cambio cuando hablamos del Trastorno Bipolar, estos cambios anímicos van a conducir a un deterioro en esos ámbitos referidos debido a la manía y a la depresión.

Se llama Trastorno Bipolar (Trastorno Afectivo Bipolar, TAB) a un trastorno orgánico que se caracteriza por un estado de ánimo cambiante que puede fluctuar entre dos polos completamente opuestos. La definición que acabo de dar se ciñe al Trastorno Afectivo Bipolar y entre esos dos polos opuestos, blanco y negro, manía y depresión, existe toda una "gama de colores" con distintas intensidades de grises que tienen en común la bipolaridad. Es lo que se conoce como **Espectro Bipolar**.

Existen fases de exaltación anímica que alternan con episodios de depresión, de bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, ideas negativas y, en muchos casos, ideas de suicidio. Al periodo de exaltación [un estado de ánimo elevado -euforia excesiva-, expansivo -hiperactividad anormal- o irritable] se le llama **episodio maníaco**.

El trastorno bipolar es una enfermedad en la que se pueden dar las siguientes situaciones clínicas:

- Episodios depresivos.
- Episodios maníacos.

- Episodios eufímicos (de supuesta normalidad).
- Episodios mixtos.

Un concepto clasificatorio básico, simple, que del TAB, podría hacerse es el siguiente:

1.Trastorno Afectivo Bipolar Grave: que incluiría, además de la bipolaridad, conductas suicidas, adicciones a drogas de neurotropismo trascendente, necesidad de incapacitación, necesidad de internamiento y circunstancias que la estén agravando (un embarazo, la toma de medicamentos desestabilizantes, la existencia de otra patología conductual que sea también notoria, el uso de tóxicos en general...) etc.

2.Trastorno Afectivo Bipolar Menos Grave: que estaría desprovisto de los contenidos de la Grave.

EL ESPECTRO BIPOLAR

El espectro bipolar ha sido un concepto difícil de precisar. Estaría conformado por el TAB tipo I, en el que alternan la presentación de episodios depresivos y maníacos y una serie de cuadro clínicos, conformados por grados variables de depresión y manía, que estarían en medio. El DSM establece una serie de criterios, que no son exactamente idénticos a los del CIE, para definir cada episodio o cuadro clínico; es decir, la manía, la hipomanía, la depresión mayor, los estados mixtos y los cuadros de ciclados rápidos. Pero a pesar de ello, uno de los conceptos más controvertidos es el de la duración de la hipomanía.

La palabra espectro implica un concepto dimensional y no es categorial. Implica la presencia de variaciones del estado de ánimo o variaciones clínicas, que pueden ir en el TAB- I, cuadro clínico situado en el extremo de máxima gravedad, desde un cuadro de manía pura y grave a un episodio de depresión mayor con características melancólicas. En el otro extremo del espectro, encontramos las variaciones clínicas que se aceptan, como normales o no patológicas. El problema radica en hallar un punto de corte que permita identificar el inicio del espectro bipolar, para identificar las entidades clínicas, que por la intensidad de sus síntomas, deben ser consideradas como trastornos.

La mayoría de los autores, acepta una tasa del 5-6% para la prevalencia del espectro bipolar. Las diferencias radican en aquellos criterios de inclusión empleados en cada estudio, - en el concepto de trastorno bipolar que emplea el investigador.-

Este razonamiento viene al caso de comentar las diferentes concepciones del trastorno bipolar, si supone un grupo clínico independiente o forma parte del mundo de los trastornos afectivos y es necesario delimitar sus fronteras: por un lado, los trastornos paranoicos (especialmente con la esquizofrenia) y por otro

con los trastorno depresivos unipolares. Por último conviene comentar los aspectos del espectro bipolar colindantes con los trastornos de personalidad.

PREVALENCIA/INCIDENCIA

Los Trastornos del Espectro Bipolar tienen una prevalencia que se da en un porcentaje que varía según los estudios, siempre sesgados por incertidumbres diagnósticas en cuanto a la representatividad de la muestra, del 2 al 6 % de la población. Igualmente hay que decir que se da en las distintas razas, sexos, latitudes, clases sociales y credos. En definitiva que no hay más factor eximente del Trastorno Bipolar que un genoma libre de anomalías o tal vez unos acontecimientos vitales a la medida del sujeto.

En los últimos tiempos se está diagnosticando más frecuentemente el Trastorno Bipolar y ello puede deberse según hemos visto anteriormente a:

- Al extenso uso de los antidepresivos, que da lugar a que pacientes depresivos unipolares, al ser tratados con determinados de ellos viren a la manía o hipomanía y sean diagnosticados de TAB.
- A mejores y más finos criterios diagnósticos para el TAB. Por ejemplo, pacientes que en otras épocas fueron diagnosticados de esquizofrénicos por los elementos paranoicos de su cuadro clínico.

DEBUT DE LA ENFERMEDAD

El trastorno hace su aparición frecuentemente entre los 15 y 20 años de edad. El primer tratamiento suele sufrir una demora, por retraso en el diagnóstico, de entre 8 y 10 años, sin embargo hay muchos indicios de su inicio en la pubertad o incluso antes, de una manera solapada. El inicio precoz puede ser un indicador de mal pronóstico.

En las edades más jóvenes suele existir dificultad para identificar el trastorno ya que suelen pasar inadvertidos con frecuencia recibiendo el diagnóstico de la patología comórbida que le suele acompañar.

FACTORES DE RIESGO

- Edad entre 20 y 40 años.
- Estado civil separado y divorciado.
- Historia familiar de paciente bipolar o cualquier otra patología conductual.
- Eventos estresantes negativos de la vida.
- Estrés continuado
- Consumo de sustancias
- Habitar en suburbios.

DIFERENCIA EN CUANTO AL SEXO

En las mujeres **suelen** predominar los episodios depresivos mientras en los hombres lo hacen más frecuentemente los maníacos o al menos igualan en frecuencia a los depresivos.

Elas presentan síntomas atípicos más frecuentemente que ellos en las depresiones. También en ellas son más frecuentes los episodios mixtos y la ciclación rápida. Existe un riesgo elevado de recaída durante las primeras semanas del puerperio. Por otro lado, la tensión premenstrual y el uso de anticonceptivos orales pueden tener connotaciones que hay que valorar.

COMORBILIDAD

- Alcoholismo. Es de las patologías comórbidas más frecuentes. Suele ser un factor premórbido que precede en torno a un año al episodio maníaco y suelen ser de mal pronóstico. El riesgo relativo de comorbilidad alcohólica y TAB alcanza cifras del 6% en varones y del 10% en mujeres. Se desconoce la causa de esta relación.
- Consumo de cannabis. Agrava el curso del TAB y puede desencadenar su debut.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Existe un intenso solapamiento entre en TB y TDAH.
- Trastornos de la conducta. Son frecuentes como primera manifestación del TAB y la manía (agresividad e irritabilidad, conductas explosivas, conductas exigentes, etc....).
- Trastorno obsesivo-compulsivo. Suele ser previo al inicio del TB.
- Alteraciones del control de impulso.
- Trastornos de ansiedad.
- Cuadros de pánico.
- Trastornos de personalidad.
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Suicidio.

CLASIFICACIÓN

El trastorno bipolar se clasifica dentro de los trastornos afectivos (del estado de ánimo) y se caracteriza, a diferencia de los trastornos unipolares, por combinar los episodios de depresión con episodios de exaltación afectiva y motriz, a los que tradicionalmente se ha denominado "maníacos".

Existen diversas formas y subtipos dentro de la propia enfermedad, que, como veremos, tiene una forma de presentación clínica característica y unas causas genéticas y biológicas que motivan que el tratamiento sea, fundamentalmente, farmacológico.

El trastorno bipolar de tipo I cursa con fases maníacas completas y fases depresivas, aunque además puede asociarse a fases hipomaníacas (manía suave, nunca acompañada de síntomas paranoicos) y a fases mixtas (en las que se mezclan los síntomas maníacos con los depresivos).

El trastorno bipolar de tipo II cursa con depresiones e hipomanías, pero nunca con manía o fases mixtas. Muchas veces se confunde con el trastorno depresivo unipolar porque los pacientes acostumbran a acudir al médico solamente durante las fases depresivas.

La ciclotimia es el tercer tipo de trastorno bipolar, y el más leve, aunque no por ello, menos incapacitante, de manera intermitente. Consiste en cambios frecuentes de humor, de horas, de días de duración, que hacen parecer al afectado "raro", "difícil" o "inestable", por lo que con frecuencia es etiquetado de trastorno de la personalidad.

El curso de estos trastornos es crónico, con recaídas y remisiones, que obliga a un tratamiento a largo plazo. Es fundamental convencer al paciente y a sus allegados de la necesidad de dicho tratamiento para impedir las importantes secuelas neurológicas y sociales de la enfermedad. Así como de la necesidad de combinarlo con terapia, especialmente psicoeducación.

ETIOPATOGENIA

Se desconoce la causa puntual del Trastorno Bipolar, pero hay suficientes datos para suponer que en su origen participan factores biológicos y medioambientales con claras interacciones entre ellos, cuyas combinaciones dan lugar a episodios anímicos específicos de cada persona a lo largo de cualquier momento de la vida.

Un individuo susceptible genéticamente manifestará la enfermedad mediante un estímulo inicial estresante, por mínimo que sea éste, y originará una respuesta conductual que se hará autónoma. Esto último se explicaría por los fenómenos **Kindling** y la sensibilización como parte de la etiopatogenia del trastorno.

A pesar del avance en el conocimiento de la neuroquímica cerebral, hasta la fecha no se dispone de un procedimiento de laboratorio que permita diagnosticar el TB. Por otro lado, todas las alteraciones neurobiológicas que existen tanto en la manía como en la depresión, desaparecen en cuanto el paciente está asintomático.

La enfermedad bipolar ha de tener como causas la acción conjunta de unos factores neurobiológicos, de unos factores genéticos y de unos acontecimientos vitales que la desencadenan y siempre la perpetúan a través de los fenómenos kindling y sensibilización.

CLÍNICA

Aspecto externo del paciente

El paciente bipolar en fase maníaca aparenta un contacto fácil y jovial, pero realmente es a veces difícil mantener una relación con él por su tendencia a la indiscreción y a invadir el terreno ajeno.

Frecuentemente se viste de forma llamativa o extravagante, abusando de los colores chillones y con numerosos abalorios y amuletos.

Cuando la manía es más intensa, puede mostrarse desarreglado, sucio, o incluso desnudo.

Algunos pacientes son muy proclives a vestir ropa deportiva durante las fases maníacas o hipomaníacas, aprovechando cualquier momento para realizar ejercicios físicos.

En pacientes muy irritables, el paso de la afabilidad a la agresión física es muy sutil.

El paciente maníaco casi siempre intenta dirigir la entrevista, dificultándola con su distraibilidad y locuacidad.

Las formas graves de manía catatónica y grandes agitaciones, descritas por los clásicos, son raras actualmente.

En la fase depresiva, son más frecuentes los síntomas atípicos, como hipersomnia, hiperfagia y reactividad del humor, que los más habituales de la depresión unipolar, por lo que el paciente puede mostrarse descuidado en su higiene y más apático que auténticamente triste.

También se dan con frecuencia depresiones de tipo melancólico, por lo que el paciente puede aparecer callado o muy enlentecido, y a veces sin conciencia de enfermedad.

Estado de ánimo y afectividad

En la manía hay a menudo una sensación de euforia expansiva rodeada de cierta ironía.

El paciente sonríe, hace bromas y chistes de todo y parece dotado de un gran optimismo, que puede resultar contagioso.

De hecho, algunos pacientes consiguen aumentar auténticamente su productividad durante las fases hipomaníacas, aunque lo más común es que la progresión del cuadro desemboque en una total ineficiencia.

La falta de autocritica impide la corrección de los errores cometidos. El señalamiento de éstos por terceros, así como pequeñas frustraciones o contrariedades, puede desembocar en reacciones hostiles, pasando fácilmente de la alegría a la ira.

Algunos pacientes muestran una marcada labilidad emocional, intercambiando la euforia con el llanto; muchos de ellos presentan, en realidad, lo que actualmente se considera una forma grave de manía, que son los estados mixtos.

En ellos, es frecuente la combinación de ánimo deprimido con aceleración del curso del pensamiento y ansiedad, lo que comporta un elevado riesgo suicida.

En la depresión el ánimo es triste o puede expresarse como una sensación de vacío y anestesia emocional.

Atención y curso del pensamiento

La manía y, en menor grado, también su forma suave, la hipomanía, se caracterizan por una exaltación general de la actividad cerebral. Por eso, uno de sus síntomas fundamentales es la aceleración del curso del pensamiento.

Esto se traduce, generalmente, en un aumento de la locuacidad y de la velocidad de verbalización, lo que a su vez condiciona la característica verborrea de estos pacientes.

En la manía aguda puede haber incluso logorrea e incoherencia, dando lugar a cuadros de manía confusa, con desorientación temporoespacial.

En algunos casos, la velocidad del pensamiento es tal que el paciente se muestra bloqueado o catatónico.

La aceleración del curso del pensamiento puede dar lugar a frecuentes descarrilamientos, que se expresan en forma de fuga de ideas.

La atención está generalmente aumentada, pero de una forma superficial, debido a la notable distraibilidad; cualquier estímulo acaba invadiendo el discurso y desviándolo de su objetivo inicial.

Las asociaciones rápidas pueden dar lugar a asonancias, rimas, juegos de palabras y chistes, muchas veces con significado oscuro para el entrevistador, pero obvio para el paciente.

En la depresión el curso está enlentecido y el paciente no encuentra las palabras que desea para expresarse, o lo hace con lentitud.

Contenido del pensamiento

En la manía existe una elevada autoestima que hace sentirse al paciente omnipotente y capaz de cualquier empresa, repleto de poderes y sin limitaciones. En función de la gravedad del cuadro, los proyectos del paciente pueden ir desde realizar una inversión algo arriesgada (riesgo invisible para el paciente), hasta salvar a la humanidad a través de alguna supuesta invención o acto altruista.

En la hipomanía nunca hay síntomas paranoicos; en la manía, alrededor de un 75% de los pacientes los presentan.

Algunos pacientes muestran una megalomanía jovial y aceptan cualquier propuesta de buen grado (incluso un ingreso), pero también es frecuente un cierto tono paranoico, en el que la megalomanía conduce al paciente a considerarse un ser especial, y por consiguiente envidiado o perseguido por sus enemigos.

Cuando estas ideas son delirantes, el cuadro psicótico puede enmascarar hasta cierto punto las alteraciones del afecto, planteando dificultades diagnósticas.

Si el delirio es congruente con el estado de ánimo, es decir, reviste carácter de grandiosidad, megalomanía o mesianismo, el diagnóstico es más claro.

Cada vez hay más evidencias de que en la manía pueden aparecer todo tipo de síntomas paranoicos, incluso los más característicos de la esquizofrenia.

Para algunos autores, los delirios no congruentes con el estado de ánimo son incluso más frecuentes que los congruentes.

En la depresión, las cogniciones son negativas y pesimistas y puede haber delirios de culpa, de inutilidad, de castigo o hipocondríacos (convicción de padecer una enfermedad incurable), que se asocian a un elevado riesgo de suicidio.

Historia familiar

En frecuentes ocasiones podremos observar, aunque sea de una forma retrospectiva al repasar los recuerdos, que en la familia hay antecedentes bien de trastorno bipolar, bien de depresión o bien de suicidio o de algún intento suicida.

Edad de comienzo

(Datos obtenidos de www.bipolarneuro.com entre el 2006 y 2009 sobre una muestra de 1800 encuestados).

- Menos de 15 años el 3%
- entre 15 y 20 años el 15%
- entre 20 y 30 años el 39%
- entre 30 y 40 años el 24%
- entre 40 y 50 años el 14%
- más de 50 años el 5%

El trastorno está ya presente en la niñez – no en vano es genético - pero su debut diagnóstico se demora una media de 10 años a partir del primer cuadro clínico susceptible de iniciar tratamiento, es decir, cuando un desencadenante (un estrés físico o social) hace que se manifieste como tal.

Dicha demora puede deberse a confundir el diagnóstico con:

Una causa comórbida. Generalmente se confunde con uno de los cuadros clínicos a los que puede asociarse (trastorno de ansiedad, trastorno de atención, adicción a drogas, trastorno obsesivo y compulsivo, trastorno de la personalidad, trastorno de la conducta y otros) y el TB pasa desapercibido.

Una esquizofrenia. Es llamativo, a posteriori, para el paciente que se le haya confundido, incluso, con una esquizofrenia en aquellos casos en que el trastorno cursa con síntomas psicóticos. Y esto no siempre es fácil de evitar.

Una depresión unipolar. Una depresión es unipolar si no ha presentado una fase maníaca o no se ha percatado su existencia por parte del paciente y los próximos o por parte de un médico poco incisivo al realizar la anamnesis. Distinguiremos entre una depresión unipolar y una bipolar más adelante.

Pues bien, cuando una depresión bipolar se trata como una depresión unipolar, con medicamentos antidepresivos solamente, vemos que, debido a la susceptibilidad de muchos pacientes al efecto maniforme de ellos, se puede pasar de la depresión a la manía (o a un grado más leve, a hipomanía) con lo que, a veces, tanto el médico como el paciente se conforman ante esta respuesta positiva del ánimo pudiéndose repetir la misma situación en cada episodio en tanto no se llega a una franca manía (cuyos síntomas no pasan desapercibidos) o a una profunda depresión. En ambos casos se replanteará el diagnóstico, pero ya existirá una demora de años en el mismo.

Una manía unipolar. Ocurre algo similar a lo descrito para el error diagnóstico de la depresión unipolar. La manía unipolar es, la mayoría de las veces, una manía bipolar a la que no se le relaciona por el paciente, próximos o profesionales de la salud con un algún episodio depresivo.

Síntomas de Depresión

Dejada la depresión a su evolución natural, sin tratamiento, viene a ocupar aproximadamente la mitad de nuestra vida. Todos los que leemos este trabajo sabemos lo que es la depresión, bien por haber leído sobre ella, por haberla vivido en un ser próximo a nosotros o, lo que es más docente, por haberla padecido. Son principalmente la apatía, la tristeza o sensación de vacío, la inhibición social y el deseo de morir. Se trata de no tener razón de ser ni de existir. Y en esto último radica su importancia. Al no tener razón de ser se malvive sin esperanza. Al no tener razón de existir ponemos en riesgo nuestra vida.

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

La Terapia Electro-Convulsiva (TEC) es uno de los principales tratamientos disponibles para el tratamiento de los trastornos bipolares. Su técnica ha evolucionado notablemente y se ha logrado una reducción drástica de las

complicaciones asociadas al tratamiento. Muchos pacientes han mejorado su trastorno con este tratamiento. Muchos otros no han sido tratados con TEC a pesar de su alto grado de seguridad por un estigma que se basa en anticuadas y desfasadas creencias acerca del tratamiento.

Entre sus principales **indicaciones** están:

- Resistencia a los antidepresivos (6-8 semanas sin respuestas).
- Contraindicación de los antidepresivos.
- Depresión durante el embarazo.
- Situaciones somáticas críticas que requieran una rápida respuesta terapéutica.
- Negativa del paciente a que se le administre medicación neuroléptica.
- Efectos indeseables graves de los neurolépticos (Ej.: Síndrome maligno por neurolépticos).
- Clínica afectiva predominante y resistente (esquizoafectivos o depresión secundaria).
- Casos en que el litio o los neurolépticos están contraindicados (mujer gestante o cicladores rápidos).
- TEC de mantenimiento como eutimizante, en algunos casos.

PSICOEDUCACIÓN

La Psicoeducación es un método por el cual el paciente y la familia se informan, se convencen, se fortalecen y se educan sobre la enfermedad que les afecta. Forma parte esencial de la buena práctica terapéutica en el TB, ya que ha demostrado su eficacia en la prevención de recaídas y de ingresos.

Entre las ventajas de la Psicoeducación están:

- No tiene interferencias con el modelo médico.
- Tiene un bajo coste (tratamiento limitado en el tiempo, que se imparte en grupo – no hay que definir subtipos de pacientes-).
- Permite la detección precoz de síntomas.
- Permite la regularización de hábitos.
- Mejora el cumplimiento terapéutico.
- Mejora el manejo de los síntomas y la resolución de los problemas.

¿Qué es la Psicoeducación?

Consiste fundamentalmente en los cambios cognitivos y conductuales que se producen en el paciente por el conocimiento de su enfermedad. Su carácter es netamente preventivo y por ello solo válido en fase de eutimia o al menos fuera de agudizaciones.

Aspectos técnicos.

El número ideal del grupo está entre 8 y 12 pacientes (unos 15, ya que abandonan un 25% por recaída, trastorno comórbido de la personalidad o dependencia de sustancias). No se deben incluir pacientes esquizoafectivos.

El terapeuta debe ser un psicólogo especializado que tendrá formación para aclarar las cuestiones técnicas que surgirán durante las sesiones y que además podrá asumir con responsabilidad.

En cuanto al material irá en función de los medios. Puede valernos una simple pizarra y cómo no, los más aventajados medios audiovisuales. Al final de cada sesión se debe dar un resumen escrito.

Las sesiones pueden ser semanales de 90 minutos, con 15 minutos iniciales para cuestiones nuevas o atrasadas, la exposición y 30 minutos finales de discusión abierta.

Objetivos

Reducir las recaídas y mejorar el manejo de la enfermedad mediante:

- Aceptar el diagnóstico (tomar conciencia de enfermedad).
- Detectar precozmente los nuevos episodios (los síntomas prodrómicos).
- Cumplir el tratamiento (Fomentar la adherencia al tratamiento).
- Controlar el estrés.
- Evitar el uso y abuso de sustancias.
- Regular el estilo de vida.
- Prevenir el suicidio.
- Aumentar el conocimiento y el afrontamiento de las consecuencias sociales pasadas y venideras.
- Mejorar la comunicación social.
- Afrontar los síntomas residuales y el deterioro.
- Aumentar el bienestar.

En el tratamiento de los trastornos bipolares se pueden distinguir dos fases fundamentales: la fase aguda (maníaca, hipomaníaca, depresiva o mixta) y la de mantenimiento.

Esta división es un poco arbitraria, ya que nunca debe desvincularse el tratamiento agudo del tratamiento de continuación, puesto que la enfermedad es un proceso longitudinal, no una mera crisis puntual.

El tratamiento de los trastornos bipolares es fundamentalmente farmacológico.

Hay pocos trastornos en medicina para los que se disponga de tal variedad de opciones terapéuticas, incluyendo la posibilidad, hoy día ya ineludible, de realizar también una profilaxis eficaz (Vieta y Gastó, 1995a).

El tratamiento farmacológico debe acompañarse de una información exhaustiva acerca de la naturaleza recurrente de la enfermedad y de la importancia del cumplimiento del tratamiento (Colom y cols., 1998).