

En el espectro de la bipolaridad

Silvia Herlyn

La bipolaridad se ha convertido en los tiempos actuales en una condición de la que mucho se ha hablado médicamente y que parece haberse popularizado por la transmisión de la información sobre ella. Asociada con frecuencia al mundo del arte, asombra por ejemplo la búsqueda en internet de músicos con problemática de tipo bipolar, porque pareciera casi no existir banda donde alguno de sus integrantes no haya recibido el diagnóstico. Años atrás, se descubría que la bipolaridad estaba subdiagnosticada. Algunos cuadros bipolares cursan con sintomatología psicótica y, especialmente en la adolescencia, remedan la esquizofrenia. Ahora, el sesgo diagnóstico parece haber revertido y tal vez se sobrediagnostique. Algunos cuadros, como el trastorno límite, se ha conjeturado que no tendrían una identidad distinta del trastorno bipolar. No siempre es fácil el diseño de la línea divisoria de aguas entre ambos cuadros, y menos si se tiene en cuenta que suelen coexistir. Otro tanto, se pone en juego entre las disfunciones ejecutivas y la bipolaridad.

El diagnóstico de bipolaridad queda definido por la fluctuación del ánimo en el sentido de su exaltación. Se describe una línea, llamada la línea de la eutimia, para la convencional “normalidad” del ánimo. Cuando se cae por debajo de ella, se trata de los episodios depresivos. Muchas personas cursan uno o varios episodios depresivos en su vida sin que nunca se produzca una elevación del ánimo. Se trata de depresiones únicas o recurrentes. Pero, otras veces, se producen fluctuaciones en distintos episodios, hacia abajo o hacia arriba de la línea de la eutimia. Hacia arriba, estamos en presencia de estados de manía o hipomanía. Por este movimiento entre dos polos se habla justamente de bipolaridad. Para complicar las cosas, también puede ocurrir que elementos de la serie depresiva y de la serie maníaca coexistan simultáneamente, configurando diversas presentaciones que ya diferenciara Kraepelin a fines del siglo XIX. Son los cuadros mixtos, diseñados a partir de tres coordenadas de la clínica: lo anímico, lo cognitivo y lo motor.

Un cuadro maníaco se distingue fácilmente. Es un cuadro de exaltación del ánimo, francamente psicótico, con aceleración del pensamiento y excitación motora. Puede eventualmente confundirse con otras psicosis sobre todo ante la presencia de síntomas schneiderianos de primer orden, clásicamente entendidos como altamente sugestivos de esquizofrenia. Pero, por supuesto, no patognomónicos. Comentario de actos, audición de voces dialogadas, eco del pensamiento, vivencias de influencia y otros. Los pacientes en este estado son proclives a producir o sufrir accidentes, dilapidar dinero, tener una actividad sexual desenfrenada. Siempre implica una situación de riesgo y requiere un abordaje psicoterapéutico, psicofarmacológico y acompañamiento permanente.

Megalomanía y falla en el juicio hacen indispensable contar con un dispositivo de contención y serio cuidado.

Cuando alguien padece de episodios de los dos tipos, depresivos y maníacos, se dice que presenta un trastorno bipolar I. Aclaremos que el cuadro mixto sería equivalente al maníaco para las clasificaciones diagnósticas. Alternancia de ciclos depresivos y maníacos o mixtos, entonces, configuran el tipo I de bipolaridad.

Con mayor dificultad diagnóstica, aparece la hipomanía. Si la manía decíamos que se

puede confundir con otros cuadros psicóticos, la hipomanía se puede confundir sencillamente con la alegría no patológica. De modo que quien ciclara bajo las formas depresiva e hipomaniaca podría ser tratado como alguien que presentara un trastorno depresivo, situación inconveniente en la evolución de un trastorno bipolar. Animo expansivo, verborragia, hiperactividad se despliegan en estado de hipomanía.

Akiskal enumera los posibles motivos por los cuales una hipomanía podría pasar desapercibida. Una docena de ítems intentan explicar la cuestión. Los revisamos.

1) En primer lugar, habría una vivencia de bienestar. El estado hipomaniaco es registrado por el paciente como placentero. Semiológicamente, sería una hipertimia placentera.

2) Generalmente no se asocia un estado del ánimo que se experimenta como placentero con algo del orden de lo patológico.

3) Con respecto a la gravedad, a diferencia de los cuadros maniacos, ésta es moderada.

4) En especial cuando ocurre en modalidad secuencialmente posterior a un episodio depresivo puede ser considerada como un cuadro de alegría no patológica.

5) En el diagnóstico retrospectivo, cuando se indaga acerca del recuerdo que el paciente pueda tener de ciclos de “euforia”, difícilmente aparezca como recuerdo de un estado patológico. Los pacientes suelen tener mejor registro de los estados que implican sufrimiento psíquico.

6) Los cuadros hipomaniacos suelen ser de corta duración, y este factor también influye en que su detección se le pueda escurrir al clínico.

7) Los criterios diagnósticos que se manejan podrían ser muy restrictivos.

8) Popularmente no circula la idea de que pueda haber una alegría entendida como patológica.

9) Cuando el temperamento del paciente tiene un color hipertímico, puede complicarse su diferenciación de los ciclos hipomaniacos. La hipomanía pasa más fácilmente desapercibida.

10) A veces, la hipomanía se diagnostica como si fuera un tema caracterológico en el sentido de un temperamento hipertímico.

11) El consumo de sustancias estimulantes por parte de un paciente con un trastorno del ánimo puede enmascarar la aceleración propia de la hipomanía.

12) Cuando la euforia se manifiesta en la clínica como irritabilidad, puede derivar en una contra transferencia que le resta al terapeuta la apreciación del diagnóstico correcto.

Hasta acá, no habíamos mencionado que los estados de euforia suelen manifestarse como irritabilidad en ocasiones. En niños y adolescentes es la forma más común de presentación de la exaltación del ánimo. En el adulto, suele observarse un ánimo expansivo que vira fácilmente hacia el enojo cuando se lo contradice.

Siguiendo al mismo autor, si hemos revisado los problemas que enturbian el diagnóstico de la hipomanía, habría que tener en consideración algunos elementos que pueden ayudar a poner luz sobre ella, a saber:

1) El hallazgo de una causa que justifique el estado de euforia o el estudio de la proporcionalidad que guarda la euforia con la misma.

2) La labilidad afectiva. Un estado de euforia sin consistencia, se traduce en irritabilidad o vira hacia la hostilidad cuando se ve contrariado.

3) El paciente hipomaniaco puede sentir la necesidad de sedarse, recurriendo al alcohol o a los psicofármacos como una forma de automedicación.

4) Si bien no habría un juicio francamente desviado como en la manía, se observa cierta disminución de la capacidad de juicio.

5) Es habitual que se presente en secuencia diacrónica siguiendo o precediendo a una depresión inhibida.

6) Se caracteriza por la recurrencia de su presentación.

Estar particularmente atento a las pistas que puedan conducir al hallazgo de la hipomanía en el presente o en el pasado de la historia del paciente es cardinal para poder arribar a un conocimiento adecuado de aquello que le ocurre. Las pistas pueden provenir del mismo paciente o, en ocasiones, se requiere de la ayuda de sus familiares o personas del entorno cercano para poder aclarar ante qué situación estamos y poder pensar en función de esto, cómo empezar a resolverlo.

Cuando la alternancia de ciclos oscila entre los estados depresivos e hipomaniacos, la bipolaridad se considera de tipo II. En este caso sólo puede haber síntomas sicóticos durante la fase depresiva.

Entre las bipolaridades de distintos tipos podemos formular diferencias de diversa índole: de validez diagnóstica, de gravedad, de curso y evolución.

Hemos mencionado dos tipos de bipolaridad. En la actualidad se han propuesto constructos diagnósticos de hasta seis tipos. Del primero al sexto, habría una cuestión de rango con validez decreciente. Entendiendo por validez diagnóstica aquella condición por la cual el cuadro descrito tiene una identidad precisa y se distingue netamente de otros.

Comparando entre las bipolaridades vistas hasta donde llegamos a esta altura del presente trabajo, podemos formular que la bipolaridad I presenta episodios de mayor gravedad que la II en cuanto a ciclos del lado de la manía - hipomanía se refiere. Pero por su curso, la bipolaridad II tiene un pronóstico más complicado por su mayor frecuencia de recurrencias. Ciclos más graves vs. ciclos más frecuentes, a la hora del seguimiento terapéutico, es más difícil lidiar con las desestabilizaciones reiteradas que con la gravedad de las mismas. La bipolaridad II presenta mayor comorbilidad y riesgo suicida.

Para ilustrar la clínica de los trastornos bipolares prefiero elegir algunas pinceladas de la escritora francesa Marguerite Duras. Las descripciones clásicas y los sistemas diagnósticos operativos actuales son conocidos.

Mi madre está en el centro de la imagen. Conozco perfectamente su incomodidad, su sonrisa ausente, sus ganas de que la foto acabe. Por su cara cansada, por cierto desorden en su vestimenta, por la somnolencia de su mirada, sé que hace calor, que está agotada, que se aburre. Pero es la manera de ir vestidos nosotros, sus hijos, como pobres, donde noto un cierto estado en el que mi madre caía a veces y del que ya, a la edad que teníamos en la foto, conocíamos las señales precursoras, ese modo, precisamente que de repente tenía de no poder lavarnos, de no poder vestarnos, y a veces incluso de no poder alimentarnos. Mi madre pasaba cada día por esa terrible desgana de vivir. A veces duraba, a veces desaparecía con la noche. He tenido la suerte de tener una madre desesperada por un desespero tan puro que incluso la dicha de vivir, por intensa que fuera, a veces no llegaba a distraerla por completo.

Era diario. De eso estoy segura. Debía de ser brutal. Esa desesperación se manifestaba en un momento dado del día. Y después seguía la imposibilidad de seguir avanzando, o el sueño, o a veces nada, u otras veces, por el contrario, las compras de casas, las mudanzas, o a veces también ese humor, sólo ese humor, ese abatimiento o, a veces, una reina, todo cuanto se le ofrecía, la casa en el lago, sin ninguna razón, mi padre ya moribundo, o ese sombrero de ala plana, porque la pequeña lo deseaba tanto, o también esos zapatos de lamé dorados. O nada, o dormir, morir.

El texto corresponde a su novela "El amante".

Siguiendo adelante con los tipos de bipolaridades, se ha llamado trastorno bipolar III al cuadro que se presenta espontáneamente bajo formas depresivas pero que al ser tratado con medicación antidepresiva cambia hacia el signo de la euforia. A pesar de su coqueteo con el DSM IV no quedó incluido como una categoría con entidad propia. Se ha presumido que los pacientes que hacen un switch farmacológico tienen una bipolaridad que se pone al descubierto con las moléculas antidepresivas. Evidentemente, no todos los pacientes que utilizan estas drogas presentan este efecto.

Se ha estudiado que el tratamiento antidepresivo en un cuadro bipolar, lo complica. Esto se debe al aumento en la frecuencia del ciclado. Mayor número de recurrencias es la evolución más temida. Por eso el tratamiento farmacológico de elección es el de los estabilizadores del ánimo. También conocidos como antirrecurrenciales o anticíclicos.

En la actualidad se ha descrito un aumento en la prevalencia del trastorno bipolar fundamentado en tres cuestiones:

- 1) el reporte de mayor número de casos, por la confección de diagnósticos apoyados en los sistemas operativos actuales. Se describe como un aumento aparente. En verdad, no cambia el número de casos. Cambia el criterio diagnóstico. Lo que para otros fuera esquizofrenia, trastorno de la personalidad, etc. , encuadra dentro de trastorno bipolar por un tema de constructos.

- 2) el fenómeno de anticipación génica. Se refiere al debut cada vez más temprano de la bipolaridad en distintas generaciones de familias donde hay personas con trastorno bipolar. Se trata de un aumento real genotípico.

- 3) los episodios disparados por antidepresivos. Aumentan la prevalencia realmente. De modo fenotípico. Se expresa por la acción de la molécula una condición clínica todavía no mostrada.

La presencia de depresiones en la edad madura en personas que presentan un temperamento hipertímico de base, podría dar cuenta de bipolaridad; constituyendo el tipo IV de la misma.

Reafirmando la importancia de la tendencia familiar en la presentación del trastorno, se ha planteado como trastorno bipolar de tipo V aquel que queda configurado por la presentación de cuadros depresivos recurrentes en un paciente con antecedentes familiares de trastorno bipolar. Particularmente interesante para quienes trabajamos con población de niños y adolescentes, donde implica operar con máxima prudencia de modo de no incendiar bipolaridades o complicar el pronóstico. Se trata de situaciones que se presentan como unipolares desde el fenotipo, pero el genotipo sería el bipolar.

La presentación en la clínica de demencias tempranas con afectación del ánimo se podría comprender como el sexto tipo de bipolaridad. Se trata de pacientes que responden mejor a los estabilizadores del ánimo que a los antidepresivos.

Hilando más fino aún se ha propuesto especificar una bipolaridad 2 ½ cuando existen episodios depresivos en un paciente con un cuadro ciclotímico y bipolaridad 3 ½ si el giro hacia arriba de la línea de la euforia se produce disparado por una sustancia distinta de los antidepresivos, especialmente estimulantes.

Desde la perspectiva del abordaje farmacológico, el tratamiento de la bipolaridad tiene su particularidad y exige la utilización de moléculas con propiedades antirrecurrenciales para favorecer la mejoría del paciente y evitar la complicación en la evolución y pronóstico que acarrea la ausencia del diagnóstico adecuado.

Bibliografía

- Akiskal, Hagop. Psicofarmacoterapia en el trastorno bipolar. Wiley. Madrid. 2007
- APA. DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. 2001
- Vallejo Ruiloba. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2 edición. Masson. Barcelona. 2000
- Vieta Pascual. Abordaje actual de los trastornos bipolares. Masson. Barcelona. 1999
- OMS. CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid. 1992