

Trastorno bipolar

¿Qué es el trastorno bipolar?

El trastorno bipolar (TB), también conocido como el **trastorno afectivo bipolar** (antiguamente denominado enfermedad o psicosis maníaco-depresiva o ciclofrenia) se caracteriza por episodios depresivos, maníacos, hipomaníacos o mixtos. Entre dichos episodios suelen presentarse períodos de remisión, es decir falta de síntomas o persistencia de pocos síntomas de baja intensidad. El trastorno bipolar es la segunda causa más frecuente de baja laboral por razones de índole psiquiátrica. Suele tener su inicio en la juventud (antes de los 35 años de edad), por lo que, sumando la muy alta recurrencia de los síntomas, conduce a consecuencias negativas y graves en todos los aspectos de la vida del enfermo (actividad social, familiar, profesional, condición económica, posibilidad de ejercer el propio potencial intelectual).

Establecer el diagnóstico de esta enfermedad resulta problemático. Un diagnóstico precoz, así como un tratamiento especializado adecuado, iniciado lo más temprano posible y realizado de manera sistemática, tienen una importancia crucial para el curso y pronóstico de la enfermedad. Es posible aplicar una terapia eficaz, siempre y cuando tenga lugar una colaboración intensa entre paciente y médico.

A menudo se suele pensar en el trastorno bipolar no en términos de una enfermedad única y concreta, sino como un grupo de trastornos afectivos, que se caracterizan por recurrencias de episodios depresivos, maníacos, hipomaníacos o formas mixtas, de intensidad, curso y respuesta al tratamiento variados. En función de dichos parámetros, pueden distinguirse varios subtipos de enfermedad.

Se distinguen los siguientes subtipos del trastorno bipolar:

- **trastorno bipolar tipo I:** episodios depresivos (suelen ser frecuentes) que están separados al menos por uno o más episodios maníacos
- **trastorno bipolar tipo II:** episodios depresivos (suelen presentarse con más frecuencia que en el tipo I) que están separados por uno o más episodios hipomaníacos
- **trastorno bipolar tipo III:** episodios depresivos recurrentes, y estados maníacos o hipomaníacos que están provocados por efectos demasiado fuertes de los fármacos antidepressivos (su presencia no es espontánea)
- **tipo III y manía intermedia o hipomanía:** episodios secundarios al abuso del alcohol u otras sustancias
- **trastorno afectivo estacional:** los episodios depresivos se presentan en los meses de otoño-invierno, mientras que los episodios maníacos o hipomaníacos aparecen durante el período primaveral-estival
- **ciclotimia:** es un estado crónico en el que los períodos de distimia se alternan con estados hipomaníacos
- **espectro "blando" del trastorno bipolar:** no se diagnostican episodios de manía o hipomanía pero en el paciente se observan algunas características de bipolaridad que se presentan en configuración, número e intensidad adecuados
- **manía unipolar:** una forma poco frecuente del trastorno bipolar que cursa únicamente con estados maníacos o hipomaníacos recurrentes sin episodios depresivos.

En los casos de **trastorno bipolar**, tanto del tipo I como del tipo II, los episodios pueden surgir sucesivamente en diferentes períodos. Un episodio puede presentarse una vez cada varios años pero lo más frecuente es que la enfermedad se caracterice por una mayor recurrencia, hasta con un promedio de un episodio al año. También es posible que se presenten varios episodios al año: si el número de recurrencias al año supera cuatro, es el denominado **trastorno bipolar de ciclación rápida** (*rapid cycling*). Los episodios de la enfermedad también pueden recurrir con muy alta frecuencia o pasar directamente de uno al otro. Un cambio de humor desde uno depresivo a uno maníaco (hipomaníaco), o al revés, puede efectuarse a lo largo de una semana o incluso un día, cada pocas horas (es el denominado **trastorno bipolar**

de ciclación ultrarrápida [*ultra rapid cycling*]).

En el curso del **trastorno bipolar** los episodios depresivos son más frecuentes y duran más tiempo que los episodios maníacos (sobre todo en los casos de trastorno bipolar tipo II y de ciclación rápida).

El trastorno bipolar al inicio suele manifestarse con uno o varios episodios depresivos seguidos de un episodio maníaco o hipomaníaco. En estos casos el primer diagnóstico que suele realizarse es el de la depresión recurrente.

Un tratamiento correctamente prescrito y la adhesión del paciente tienen una influencia clave y positiva en el pronóstico y curso del trastorno bipolar.

¿Con qué frecuencia se presenta?

Se estima que la prevalencia del trastorno bipolar tipo I y II es de un 2 %, mientras que la difusión de todos los trastornos pertenecientes al espectro de esta enfermedad alcanza entre el 6-11 %. Con igual frecuencia los afectados son mujeres y hombres.

¿Cuáles son los síntomas del trastorno bipolar?

Episodio depresivo

El **episodio depresivo** se manifiesta con disminución del estado de ánimo: tristeza, carencia de alegría por las actividades de las que hasta ahora se ha disfrutado, pérdida de aficiones. En un paciente con episodio depresivo en el curso del trastorno bipolar puede manifestarse con especial intensidad una pérdida de energía y actividad vital (el denominado impulso psicomotor), sobre todo después de un episodio maníaco/hipomaníaco pasado. Los síntomas son:

- una pérdida gradual de energía vital,
- cansancio,
- dificultad en iniciar actividades cotidianas o de tomar simples decisiones (tales como levantarse de la cama, realizar rutina de higiene),
- una desaceleración notable del ritmo de pensamiento y de expresión verbal,
- trastornos de concentración y atención,
- trastornos de la memoria.

Puede aparecer la denominada **inhibición psicomotora**: en estos casos el paciente se mantiene inmóvil, no se puede establecer contacto verbal ni visual con él. En el curso del trastorno bipolar, la depresión suele ir acompañada de somnolencia excesiva durante el día y la noche (hipersomnia). Normalmente se producen un descenso del deseo sexual y se acompaña de trastornos del apetito. También pueden presentarse una mayor sensación de inquietud y ansiedad. A veces, al contrario de los síntomas descritos con anterioridad, pueden presentarse: sensación de fuga de ideas y pensamiento acelerado, cambios de humor y tendencia a la irritabilidad y a irritarse con facilidad. Estas características pueden (aunque no necesariamente) indicar el desarrollo del denominado episodio mixto. La depresión en personas con trastorno bipolar puede conducir a pérdida del sentido de la vida, deseo de muerte, pensamientos suicidas o, al final, tendencias suicidas. Puede observarse el denominado pensamiento depresivo (autoestima baja, valoración negativa del propio pasado y del momento presente, sensación de falta de perspectivas para el futuro, desesperanza). En el trastorno bipolar que cursa con depresión aguda pueden presentarse los denominados **síntomas positivos** (psicóticos), de los cuales los más

frecuentes son: delirios depresivos, sentimiento de culpa excesiva que no corresponde a la realidad, sensación de castigo, pecado, pobreza, catástrofe o una enfermedad grave incurable. Pocas veces dichos síntomas van acompañados de las denominadas **alucinaciones auditivas** (entre otros, amenazas dirigidas al paciente). Merece la pena consultar los síntomas de depresión que se describen detalladamente en el artículo dedicado a la depresión recurrente (→Depresión).

El número de episodios depresivos que afectan al paciente diagnosticado con trastorno bipolar suele ser significativamente mayor al del número de episodios presentes en el curso del trastorno unipolar.

Episodio maníaco

Un **episodio maníaco** se caracteriza por un estado de ánimo considerablemente elevado: sensación de alegría y felicidad excesivas (euforia), normalmente no adecuadas a la situación, así como la moria e hiperactividad. Sin embargo, el estado de un paciente maníaco puede pasar de un sentimiento de felicidad excesiva a uno de irritabilidad e incluso agresión y hostilidad. A veces en la manía aparece el denominado **ánimo expansivo** en el que se tiende a dominar, proseguir con los propios planes e ideas e imponer la propia voluntad a los demás. Entonces aparece una necesidad urgente de satisfacer las propias necesidades que, ante la imposibilidad de realizarlas o su rechazo por parte de los demás, puede conducir a la frustración y a la denominada disforia que se presenta junto con agresión verbal y/o física hacia personas u objetos cercanos. También se describen conductas autoagresivas (agresión dirigida a sí mismo). Durante el episodio maníaco el contacto verbal con el paciente puede ser difícil, puesto que el enfermo habla rápidamente, empleando muchos temas a la vez (verborrea), y su discurso es difícil de interrumpir. En la forma extrema de dicho estado el discurso de estos pacientes es parcial o totalmente incomprensible y está compuesto de palabras y temas incoherentes entre sí. El paciente maníaco tiene la sensación de "pensamiento acelerado" que llega a la denominada fuga de ideas, las cuales no es capaz de "captar" ni lograr expresar, tiene la sensación de caos. Los discursos son entonces ilógicos, pueden constar de palabras no vinculadas entre sí, a veces aparecen neologismos (es decir, palabras inventadas por el propio paciente que no tienen su equivalente en el lenguaje cotidiano). El paciente a menudo carece de sentido crítico hacia sus propios síntomas, no los considera como manifestaciones de la enfermedad, puede opinar y decir: "no me pasa nada", "estoy sano, nunca antes había estado tan bien de salud", "me siento muy bien", "estoy fenomenal, mejor que nunca", "me gustaría sentirme así siempre". Entonces el paciente no acude al psiquiatra o rechaza la ayuda psiquiátrica. En el episodio maníaco el paciente percibe un aumento de energía y actividad vital (aumento del impulso psicomotor). Más frecuentemente esto va acompañado de una menor necesidad de dormir o de insomnio y pérdida de la sensación de cansancio. En tal caso el paciente considera que "tiene energía para hacerlo todo", "puede hacer todo lo que quiera". Entonces puede emprender actividades y conductas no controladas que estén incompatibles con su sistema de valores y que no haría o estaría en contra de ellas en la fase de remisión de la enfermedad. Por lo tanto, el paciente puede emprender conductas arriesgadas y peligrosas (exceso de velocidad en la carretera, discusiones, peleas). El episodio maníaco va acompañado de un mayor deseo sexual, por lo tanto los contactos sexuales son más frecuentes. A veces esto conduce a realizar actos sexuales sin protección, con personas ocasionales.

El paciente puede abusar del alcohol y/o sustancias psicoactivas aun si no solía hacerlo cuando estaba sano. También se describen muchas actividades impulsivas más cuya finalidad es el placer (en sentido amplio). El paciente puede contraer compromisos de distinto tipo, tomar préstamos y créditos, gastar el dinero de manera excesiva y atípica para él, incurrir en juegos de azar y "pignorar".

El paciente maníaco muchas veces tiene una sensación de grandiosidad y autoestima excesivamente e inadecuadamente alta, evalúa el presente y el futuro cercano de manera demasiado optimista. Un fenómeno interesante, que describen una gran parte de los pacientes, es la sensación de tener los sentidos agudizados. La persona experimenta los sabores, colores y sonidos muy intensamente. Dicho

fenómeno puede manifestarse mediante cambios del aspecto exterior del paciente (p. ej. puede empezar a maquillarse de manera estridente y exagerada, vestirse con prendas de colores llamativos y de contrastes, a pesar de que en el pasado no solía hacerlo), además de la tendencia a escuchar la música a alto volumen o el comportamiento ruidoso.

En el curso de una manía aguda y muy intensa pueden presentarse los denominados **síntomas positivos** (psicóticos), p. ej. delirio de grandeza: una creencia extremadamente falsa, profunda y no susceptible a corregir en la propia singularidad, omnipotencia, ser una persona importante y de alta clase social, tener una vocación o misión importante que cumplir. A veces los pacientes que se encuentran en un estado maníaco psicótico están convencidos de que poseen poderes especiales de sanación, que pueden y desean transmitir a otras personas (p. ej. a través del tacto), o de que han inventado "una panacea", o pueden llegar a creer que son parientes de grandes y famosos personajes. Algunas veces existe una identificación delirante y extraña con algún personaje o persona (p. ej. el paciente se cree ser Cristo, papa, el Rey León, etc.). También —sobre todo ante la aparición de irritabilidad y disforia debido a imposibilidad de realizar los planes o su rechazo o prohibición— el paciente puede volverse sospechoso o tener la sensación de ser vigilado, perseguido (delirios persecutorios). El episodio maníaco puede presentarse junto con disminución del apetito y de la ingesta de líquidos. Las consecuencias pueden ser: pérdida de peso, e incluso deshidratación y agotamiento del organismo que pueden resultar potencialmente mortales.

Episodio hipomaníaco

Un **episodio hipomaníaco**, en comparación con el episodio maníaco, se caracteriza por un menor número de síntomas, que además son de menor intensidad y duración. El paciente presenta una elevación del ánimo y del impulso psicomotor pero es capaz de controlar su conducta y mostrar, por lo menos parcialmente, una actitud crítica hacia ellas. El estado de felicidad y satisfacción incrementada, energía y actividad vitales, la disminución de la necesidad de dormir, el pensamiento acelerado y "transparencia y claridad de las ideas" provocan en el paciente la sensación de mayor fuerza, aumento de las propias capacidades y tener "tiempo para hacerlo todo". El paciente hipomaníaco puede emprender muchas actividades que hasta ahora no podía hacer "por la falta de tiempo y energía", las cuales al final suele dejar sin acabar. De modo similar al estado maníaco, puede realizar actividades temerarias e irresponsables pero, contrariamente a la persona maníaca, demuestra hacia ellas un criticismo por lo menos parcial y en cierto grado es capaz de controlar este tipo de conductas. También demuestra una habilidad debilitada para posponer sus actividades (quiere realizarlas "lo antes posible"), por lo que puede experimentar una mayor susceptibilidad a la frustración e irritabilidad si no es posible realizarlas u otras personas lo rechazan/prohíben. Sin embargo, la susceptibilidad a la irritabilidad en el episodio hipomaníaco tiene una intensidad notablemente menor y, por lo general, repercute en consecuencias menos graves que en el episodio maníaco.

Son muy frecuentes en la hipomanía trastornos de concentración y atención, aunque no se presentan síntomas positivos. El apetito puede estar disminuido, normal o aumentado, también pueden producirse períodos de atracones. En el curso de una hipomanía (sobre todo cuando se trata de un trastorno bipolar todavía no diagnosticado y no tratado y se carece de psicoeducación y conocimiento al respecto), la mayoría de las veces el paciente no se considera como una persona enferma que requiere un tratamiento. Tampoco cree que deba someterse a una terapia, a pesar de las observaciones y la preocupación manifestada por parte de sus familiares. Es frecuente la situación en la que los familiares del paciente no consideran que la hipomanía sea un estado patológico. Tienen una opinión errónea de que la hipomanía sea una forma de "recuperación del retraso acumulado" después de una depresión pasada o un efecto de transformación que se produce en el paciente, gracias a la cual él es capaz de realizar su potencial. Las conductas hipomaníacas, además, pueden ser aceptadas fácilmente por el entorno, puesto que los pacientes hipomaníacos parecen socialmente más atractivos (p. ej. les encanta organizar fiestas, banalizan las dificultades, contagian con el optimismo). No todo episodio hipomaníaco significa el inicio de una enfermedad afectiva bipolar pero cada uno de ellos requiere vigilancia y

un diagnóstico psiquiátrico.

Episodio mixto

Un **episodio mixto** se manifiesta ante la presencia simultánea de síntomas depresivos y maníacos/hipomaníacos. Un enlentecimiento psicomotor puede ir acompañado de un pensamiento acelerado que conduce a la fuga de ideas, ansiedad e irritabilidad. A su vez, una mayor actividad puede presentarse junto con sentimiento de tristeza, pérdida de alegría y sentido de la vida, pensamientos suicidas. Los estados mixtos constituidos por irritabilidad o un impulso psicomotor elevado con la pérdida del sentido de la vida ("depresión agitada") requieren una vigilancia especialmente cuidadosa respecto a las ideas y tendencias suicidas.

Período de remisión

Un **período de remisión** es un estado sin síntomas patológicos (remisión completa) o con persistencia de unos pocos síntomas patológicos de intensidad leve (remisión parcial). A pesar de la falta de síntomas o su intensidad leve, los períodos de remisión requieren visitas continuas de control al psiquiatra que lo trata y una ingesta sistemática de fármacos con el fin de prevenir recaídas.

¿Por qué yo? Causas de la enfermedad

Tal como se ha descrito en el artículo sobre la depresión (véase: Depresión), el médico psiquiatra que establece el diagnóstico y tratamiento del paciente con trastorno bipolar, ante las preguntas frecuentes de él o de sus familiares ("¿por qué yo?", "¿por qué mi hijo, hija, marido, mujer?"), enumerará muchos factores condicionantes y determinantes para el curso de la enfermedad. En cuanto a las causas, es de ayuda usar el modelo biopsicosocial: él incluye numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales que, según los datos disponibles, pueden influir en el desarrollo y curso de esta enfermedad.

En caso del trastorno bipolar, se debe prestar especial atención a los **factores biológicos** (entre otros, genéticos, desequilibrio entre neurotransmisores, enfermedades somáticas acompañantes, p. ej. hipotiroidismo). Se asigna una importancia notable también a la base genética de la enfermedad. Su papel en el desarrollo de la enfermedad viene indicado, entre otros, por un mayor riesgo de padecer el trastorno bipolar (o la depresión) en personas con antecedente familiar del mismo en madre o padre o los dos. Si la enfermedad se manifestó en ambos padres, el riesgo es del 75 %.

Es muy importante no buscar "el culpable de la enfermedad". Su aparición, como ya se ha mencionado, se basa sobre todo en una **base genética**, una configuración particular de genes la cual uno no es capaz de prevenir y en la que, actualmente, no se puede influir. Actualmente en el mundo se realizan pruebas genéticas intensivas en torno a la herencia y base genéticas del trastorno bipolar que, tal vez, en el futuro posibiliten su diagnóstico también en materia de asesoramiento genético y establezcan nuevos métodos de tratamiento. Es preciso subrayar que la base genética sola no condiciona el desarrollo de esta enfermedad, sino que se precisa que simultáneamente se presenten otros factores importantes (factores psicológicos y sociales, abuso de sustancias psicoactivas o presencia de ciertas enfermedades somáticas) que provoquen un aumento de susceptibilidad al trastorno bipolar.

Los **factores psicológicos, sociales y ambientales** tienen una influencia notable en el inicio y el desarrollo de la enfermedad. Pueden desencadenar, intensificar o aliviar su curso. Los denominados eventos estresantes de la vida (p. ej. enfermedades graves, muerte o pérdida de una persona cercana, despido del trabajo, migración y, a veces, parto) aumentan el riesgo de aparición del primero o de los sucesivos episodios de la enfermedad. A su vez, otros factores psicosociales, tales como relaciones satisfactorias con familiares, pueden tener un impacto

positivo sobre el curso de la enfermedad. Un factor ambiental muy importante, que tiene un impacto enorme en la estabilidad del ánimo de la persona bipolar, es llevar un ritmo de día y noche regulado y correcto (acostarse y levantarse a las mismas horas, evitar pasar noches en vela y realizar excesiva actividad a las horas nocturnas, ejercicio físico adecuado y moderado, reposo durante el día, etc.).

¿Cuándo se debe acudir al psiquiatra?

- Siempre que se presenten síntomas en forma de trastornos emocionales o de conducta, preocupantes para la persona que los experimenta o para sus familiares, y en caso de que se observen síntomas depresivos (véase: Depresión). En el caso de los síntomas maníacos, episodio mixto o hipomaníaco, es necesario consultar al médico lo antes posible.
- Ante la presencia de ideas suicidas graves, se debe consultar al médico de manera inmediata (véase: Depresión). Las ideas de suicidio pueden aparecer en cada uno de los episodios, más frecuentemente en la depresión y en un episodio mixto. Son especialmente preocupantes si están acompañadas de una fuerte ansiedad, irritabilidad o agresión/autoagresión. Además, es necesario recordar que las ideas o tendencias suicidas pueden producirse en el período de remisión, cuando los síntomas de recurrencia de la enfermedad (depresión, manía, etc.) han desaparecido.
- Ante los síntomas hipomaníacos leves, a pesar de que el diagnóstico de la hipomanía se establece transcurridos por lo menos cuatro días desde su aparición. Se recomienda acudir al psiquiatra lo más temprano posible, aunque los síntomas hipomaníacos hayan durado uno o varios días, puesto que este estado siempre requiere un diagnóstico profundo que posiblemente haga modificar el diagnóstico en un paciente dado. Los síntomas hipomaníacos pueden ser síntomas precoces (los denominados pródromos) de un trastorno bipolar en fase de desarrollo o de otro trastorno mental. Por otra parte, dichos síntomas pueden resultar ser de carácter "no grave". En tal caso, teniendo en cuenta el contexto de la situación vital, no se diagnostica una enfermedad mental.
- Se debe acudir al psiquiatra si la persona afectada o su familiar ha observado cierta periodicidad o apariencia cíclica de cambios o alteraciones del estado de ánimo. No siempre se tratará de un trastorno bipolar pero dichos rasgos cíclicos requieren realizar un diagnóstico y seguimiento psiquiátrico.
- Debido a las dificultades diagnósticas descritas y a una especial alerta diagnóstica para el trastorno bipolar y dado el curso variable de esta enfermedad, un eventual diagnóstico preliminar establecido por un médico de otra especialidad, un psicólogo o un terapeuta, debe verificarse por un médico psiquiatra. Aunque los episodios depresivos o la depresión recurrente pueden ser tratados por médicos no psiquiatras, el trastorno bipolar requiere un seguimiento y una vigilancia regular por parte de un psiquiatra.

¿Cómo se establece el diagnóstico?

El trastorno bipolar se diagnostica ante la presencia de, por lo menos, dos recurrencias que incluyan como mínimo un episodio maníaco (o hipomaníaco) o el denominado episodio mixto. Pueden presentarse uno o varios episodios maníacos (hipomaníacos) o episodios mixtos separados por uno o varios episodios depresivos. Cuando simultáneamente en el paciente aparezcan síntomas depresivos y maníacos/hipomaníacos, se trata de un episodio mixto.

Si en el curso de la enfermedad se observan únicamente episodios depresivos, el médico diagnosticará otra patología: los denominados trastornos unipolares que también son conocidos como depresión recurrente, trastornos depresivos recurrentes o enfermedad afectiva unipolar; véase: Depresión. En algunos casos el diagnóstico del trastorno bipolar se realiza después de un largo período (incluso de unos años) tras un diagnóstico y tratamiento previo de depresión recurrente, cuando se ha presentado o reconocido un primer episodio maníaco, hipomaníaco o mixto.

El diagnóstico del trastorno bipolar (sobre todo tipo II) a veces resulta

muy problemático. Por lo tanto, la patología permanece muchos años sin diagnosticar o se formulan diagnósticos erróneos (sobre todo de depresión recurrente) y, en consecuencia, se emplea un tratamiento inadecuado. Más frecuentemente, la enfermedad se reconoce en personas entre los 20 y 30 años de edad y, en gran parte de los enfermos, el primer episodio se manifiesta incluso antes de cumplir los 20 años.

Los pacientes con trastorno bipolar a veces reciben inicialmente tratamiento por otra causa (p. ej. trastornos depresivos recurrentes). Mientras que el episodio maníaco en caso del trastorno bipolar tipo I no plantea grandes dudas diagnósticas, el episodio hipomaniaco presente en el tipo II, sobre todo de curso leve, es más ambiguo en cuanto a su diagnóstico y a veces requiere una estrecha supervisión médica y exploración del paciente. En algunos casos puede ocurrir que los propios pacientes o sus familiares no clasifiquen dichos síntomas como patológicos y no los notifiquen al médico o los banalicen. Muchas veces las personas afectadas con trastornos en su forma leve no buscan ayuda profesional.

Los episodios depresivos que cursan con trastorno bipolar suelen no plantear mayores dificultades diagnósticas. Sin embargo, el médico psiquiatra debe prestar especial atención a los síntomas del equilibrio del ánimo y actividad tras un período de manía o hipomanía, a veces notificados y descritos por el paciente como "depresivos". Los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar pueden experimentar un período de recuperación o de remisión sintomática (estabilización del ánimo y de la actividad) como "caída del estado de ánimo" e "inicio de la depresión". Además, a veces sucede que los enfermos experimentan una peligrosa "añoranza" de los períodos de euforia y por este motivo son reacios a la idea del tratamiento estabilizador.

En caso del trastorno bipolar es necesario prestar especial atención a las enfermedades y trastornos concomitantes (p. ej. trastornos de ansiedad y nutrición, abuso del alcohol y sustancias psicoactivas) y a los trastornos somáticos acompañantes (p. ej. hipotiroidismo). Ante la presencia de enfermedades somáticas acompañantes, es muy importante un control estricto y una valoración detallada del estado del paciente por parte del médico de cabecera u otros especialistas, puesto que potencialmente toda la enfermedad somática no tratada puede conducir a la desestabilización del estado mental y empeoramiento del pronóstico.

En caso de recaídas del trastorno bipolar, es extremadamente importante una vigilancia continua y una observación respecto a la presencia de ideas y/o tendencias de suicidio y otros síntomas acompañantes en el paciente. Los intentos suicidas, dependiendo del método de ensayo, se llevan a cabo entre un 15 y 50 % de los pacientes, mientras que un 15 % cometen suicidio.

No siempre los síntomas que sugieren el episodio maníaco o mixto conducen al reconocimiento del trastorno bipolar. En este caso es importante una anamnesis detallada sobre los antecedentes familiares, las enfermedades somáticas acompañantes y el uso de sustancias psicoactivas (p. ej. anfetamina, cocaína, marihuana), entre otros. Los síntomas que sugieren un estado maníaco pueden ser, asimismo, efecto del abuso de sustancias psicoactivas o de la agravación del estado somático y no necesariamente se deben a una enfermedad mental. A veces los síntomas similares a los maníacos llevan a establecer un diagnóstico de otro trastorno u otra enfermedad mental (p. ej. esquizofrenia o psicosis esquizoafectiva) debido a la presencia de diferentes síntomas adicionales o características del curso de la enfermedad.

En el diagnóstico del trastorno bipolar pueden ser de ayuda varios cuestionarios para valorar la presencia y el grado de intensidad de los trastornos de ánimo (depresión, manía/hipomanía). Sin embargo, no se puede establecer un diagnóstico de esta enfermedad solo basándose en sus resultados sin que el psiquiatra personalmente realice un examen psiquiátrico del paciente. Dichos cuestionarios pueden ser útiles para el seguimiento del tratamiento y valoración del grado de recuperación en pacientes ya previamente diagnosticados.

Actualmente, cada vez con más frecuencia, se presta atención a las denominadas **características de bipolaridad** (siendo estas manifestaciones del espectro bipolar) que son un conjunto de varios

síntomas, conductas individuales y rasgos temperamentales de un paciente dado que, en función de su configuración específica o número, pueden sugerir la presencia de varios subtipos de trastorno bipolar o indicar un riesgo para que se desarrolle en el futuro. El médico psiquiatra debería preguntar por dichas características durante las visitas de diagnóstico y de control. Sin embargo, también en este caso pueden ser de ayuda los cuestionarios dedicados a valorar dichos aspectos. Ellos contienen numerosas preguntas y afirmaciones para el paciente acerca de los antecedentes de elevaciones del ánimo que van desde la euforia y un aumento de la actividad hasta la manía. También es posible relacionar las respuestas del paciente al tiempo de aparición de dichos estados y a su duración, a la reacción de otras personas y a su influencia sobre diversos aspectos de su vida (entre otros, la vida familiar, social, profesional y el ocio).

¿Cuáles son los métodos de tratamiento?

Los objetivos de la terapia en el trastorno bipolar son lograr una remisión de los síntomas asociados a los episodios, garantizar el regreso a su situación normal del período antes de la enfermedad, y prevenir futuras recurrencias.

El tratamiento, dado el carácter crónico y recurrente de la enfermedad, es de larga duración. Puede durar unos años o más de una década y muchas veces se basa en la ingesta de fármacos de por vida (óptimamente como un tratamiento profiláctico). Abarca el tratamiento del primer episodio de la enfermedad y de sus recurrencias posteriores (agudas o de intensidad más leve) y la terapia profiláctica (de mantenimiento) en los períodos de remisión. En función de la intensidad de los episodios cambia el método, tipo y lugar de la terapia.

El tratamiento debe ser completo, es decir, abarcar sobre todo la farmacoterapia (fármacos), la psicoeducación y, a veces, también la psicoterapia.

La **psicoeducación** desempeña un papel muy importante en el trastorno bipolar. Se basa en proporcionar información, enseñar, transmitir el conocimiento y la experiencia del médico psiquiatra u otro terapeuta al paciente. Puede realizarse en forma de una conversación que se lleva a cabo durante el diagnóstico y, posteriormente, también a lo largo del tratamiento y de las visitas ambulatorias. De forma adicional, la psicoeducación también puede organizarse en forma de encuentros independientes de carácter individual o grupal. La psicoeducación puede estar dirigida solo a los pacientes, pero también puede y debe ofrecerse a las familias de los enfermos. El objetivo más importante es, entre otros, lograr que el paciente discierna sobre los síntomas característicos que preceden a la recaída de la enfermedad (los denominados pródromos) y enseñarle cómo actuar en tal caso.

La **psicoterapia** depende del curso y del grado de intensidad de cada uno de los episodios bipolares, así como de las posibilidades del paciente para mantener su regularidad. Más a menudo se recomienda ante los períodos de remisión largos. También puede utilizarse en caso de remisión parcial o durante los episodios de la enfermedad, sobre todo en forma de terapia de mantenimiento. Son importantes diversas actividades terapéuticas dirigidas a los pacientes (p. ej. centradas en el desarrollo de las capacidades y habilidades para controlar las propias conductas).

A lo largo del **tratamiento farmacológico crónico** se usan fármacos estabilizadores de ánimo: sales de litio, ácido valproico y sus derivados, carbamazepina, lamotrigina y, cada vez más, antipsicóticos atípicos, tales como aripiprazol, olanzapina, quetiapina (con menos frecuencia clozapina). En los episodios depresivos a veces (pero siempre bajo la supervisión médica y teniendo en cuenta las contraindicaciones) se utilizan fármacos antidepressivos.

El tratamiento de los episodios agudos, sobre todo los que cursan con agitación o ansiedad, muchas veces es acompañado del uso de benzodiazepinas y de antipsicóticos clásicos (p. ej. haloperidol, zuclopentixol) con el fin de calmar al paciente con más rapidez y reducir sus conductas agresivas.

El tratamiento con algunos de los fármacos mencionados, tanto durante el proceso del ajuste de la dosis óptima, como periódicamente durante el tratamiento de mantenimiento, requiere determinar la concentración sanguínea de los fármacos administrados y el seguimiento de la función de otros órganos (p. ej. riñones, hígado, tiroides). De forma complementaria, es necesario realizar un hemograma, la medición de glucosa y colesterol en la sangre y seguir los cambios del peso corporal.

Si el paciente presenta otros trastornos mentales que coexisten con el trastorno bipolar o alguna enfermedad no psiquiátrica acompañante, con más frecuencia requiere la asociación de medicamentos adecuados a estos procesos u otro tipo de intervenciones psicoterapéuticas. A menudo su presencia decide sobre la elección de un fármaco/fármacos básicos empleados en el tratamiento de recurrencias y en la profilaxis del trastorno bipolar.

El curso, la frecuencia y la intensidad de cada uno de los episodios de la enfermedad y los trastornos coexistentes condicionan la decisión del médico psiquiatra sobre el tratamiento del paciente con uno (monoterapia), dos o incluso más fármacos del mismo o varios grupos (politerapia, terapia combinada).

En el episodio maníaco agudo o depresivo se emplea una estrategia de tratamiento diferente a la de la terapia a largo plazo, de mantenimiento. Frecuentemente se recomienda la hospitalización psiquiátrica del paciente. Sin embargo, normalmente es muy difícil convencer al enfermo maníaco sobre la necesidad de iniciar el tratamiento hospitalario. El paciente puede rechazar cualquier forma de tratamiento si los síntomas maníacos no son graves y no existe amenaza para la vida del paciente o para la salud y la vida de otras personas.

Sin embargo, a veces la hospitalización es absolutamente necesaria. Si el paciente, debido a los síntomas de la enfermedad (p. ej. ideas, tendencias y/o conductas suicidas intensas, agitación grave, agresión activa) constituye una amenaza para su propia vida o la vida y salud de otras personas, según las leyes relativas a la salud mental, puede ser internado en un hospital psiquiátrico y hospitalizado sin su consentimiento.

En los estados que, por ejemplo, pongan en peligro la vida del paciente con un episodio maníaco o depresivo agudo o en caso de farmacoresistencia, el médico puede indicar electrochoques.

Tal como ya se ha mencionado, para el tratamiento del trastorno bipolar es especialmente importante la psicoeducación (dirigida tanto al paciente, como a sus familiares) sobre la enfermedad y las posibilidades y métodos de actuación ante los primeros síntomas que preceden a la recurrencia de la enfermedad en un paciente dado y ante un episodio de enfermedad desarrollado (hipomanía, manía, depresión o episodio mixto).

A recordar

- El trastorno bipolar es una condición crónica y recurrente que requiere del inicio de una terapia, cuyo tratamiento puede ser eficaz.
- El diagnóstico y tratamiento definitivo debe ser dirigido por el psiquiatra.
- Un tratamiento adecuado y sistemático puede aportar remisiones sintomáticas duraderas y posibilitar la vuelta a una vida normal y satisfactoria.
- A lo largo del período de remisión, a modo de prevención de recaídas, es necesaria una ingesta sistemática de fármacos.
- La psicoeducación del paciente (y, óptimamente, de su familia) es un elemento especialmente importante de la terapia. Se refiere al conocimiento de la enfermedad y las habilidades para afrontarla con sus consecuencias.
- Es fundamental la buena colaboración del paciente con el médico psiquiatra (y otros terapeutas) responsable del tratamiento.
- Podría ser útil tomar las medidas necesarias para contar con una red de apoyo social por parte de los familiares, amigos y, a veces, otros pacientes.

autor:

Joanna Borowiecka-Kluza (MD, PhD), Marcin Siwek (MD, PhD)