UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias sociales

Carrera de Psicología

“TRABAJO FINAL INTEGRADOR”

“Ejecución de Teoría de la Mente en pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica”

Autor: Cintya Castañeda

Tutora: Dra. Guadalupe de la Iglesia

ÍNDICE

1	Introducción	4
1.1	Objetivo general.....	4
1.2	Objetivos específicos.....	4
1.3	Hipótesis.....	5
2	Marco teórico	6
2.1	Historia del trastorno bipolar.....	6
2.1.1	Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.....	6
2.1.2	Episodio maníaco, hipomaníaco y mixto y depresivo mayor.....	7
2.1.3	Trastorno bipolar tipo I y II.....	9
2.1.4	Criterios diagnósticos del DSM-V.....	12
2.2	Evaluación neuropsicológica.....	13
2.3	Funciones ejecutivas.....	14
2.4	Cognición social.....	15
2.4.1	Teoría de la mente.....	16
2.5	Teoría de la mente en pacientes con trastorno bipolar.....	18
3	Metodología	20
3.1	Diseño y tipo de estudio.....	20
3.2	Participantes.....	20
3.3	Instrumentos.....	22
3.3.1	Test de la lectura de los ojos (adultos).....	22
3.3.2	Faux Pas (metidas de pata).....	23
3.3.3	Escala de depresión de Hamilton (HAMD-17).....	23
3.3.4	Escala de manía de Young (YMRS).....	24

3.3.5 Mini Examen del Estado Mental (MMSE).....	24
3.4 Procedimiento.....	25
3.5 Análisis de datos.....	26
4 Resultados.....	26
4.1 Diferencias en el desempeño de la TOM emocional, evaluada por el test de la lectura de los ojos, entre pacientes bipolares eutímicos y un grupo control.....	26
4.2 Diferencias entre pacientes bipolares en fase eutímica y un grupo control, en el desempeño de la TOM cognitiva, evaluada por el test de Faux Pas.....	27
4.3 Diferencias entre el desempeño en la TOM cognitiva y la TOM emocional, en pacientes bipolares en fase eutímica.....	28
4.4 Relación, dentro del grupo de pacientes bipolares eutímicos, entre el desempeño en TOM y la edad del primer episodio agudo.....	28
5 Conclusiones.....	29
5.1 Limitaciones.....	32
5.2 Relevancia clínica.....	33
5.3 Nuevas líneas de investigación.....	34
5.4 Perspectiva crítica.....	34
5.5 Aporte personal.....	35
6 Referencias bibliográficas.....	36

1. Introducción

El presente Trabajo Final Integrador se llevó a cabo dentro del marco de la materia Práctica y habilitación profesional V, de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo. La misma se realizó, en el sector de Consultorios Externos, de un hospital neuropsiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires, específicamente en el Gabinete de Evaluación Neuropsicológica. Dicha práctica tuvo una duración de 280 horas.

Los pacientes llegaban a la evaluación neuropsicológica derivados por el médico neurólogo o el psiquiatra tratante, para que, mediante el uso de una batería de tests específicos, se evalúe el estado cognitivo de los mismos. Ésta evaluación comprende áreas como memoria, atención, lenguaje, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas.

Una vez recabada toda la información, se procesaban los datos y se realizaba un informe en el cual se explicaba, área por área el funcionamiento, y si había algún nivel de deterioro. El mismo pasaba a formar parte de la historia clínica del paciente. En todos los casos se recomendaba una nueva evaluación neuropsicológica a los seis meses de transcurrida la primera, para así poder seguir la evolución del cuadro. Es necesario saber si el paciente evolucionó en su deterioro, si la rehabilitación está dando resultado o si el deterioro se ha detenido.

1.1 Objetivo General

- Evaluar si existen diferencias en la ejecución de teoría de la mente, entre pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica y un grupo control normal.

1.2 Objetivos específicos

- Evaluar si existen diferencias en el desempeño en teoría de la mente emocional, evaluada por el Test de la lectura de los ojos, entre pacientes bipolares eutímicos y un grupo control normal.
- Analizar si existen diferencias entre pacientes bipolares en fase eutímica y un grupo control normal, en el desempeño en teoría de la mente cognitiva, evaluada por el test de Faux pas (metidas de pata).
- Explorar si existen diferencias entre el desempeño en teoría de la mente cognitiva y teoría de la mente emocional, en pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica.
- Examinar si existe relación dentro del grupo de pacientes bipolares en fase eutímica, entre el desempeño de la teoría de la mente y la edad del primer episodio agudo.

1.3 Hipótesis

Los pacientes bipolares aún en fase eutímica, presentan alteraciones en el desempeño en teoría de la mente.

- Los pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica presentan alteraciones en las pruebas que evalúan teoría de la mente emocional.
- Los pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica presentan deficiencias en teoría de la mente cognitiva.
- Los pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica presentan diferencias entre el desempeño en teoría de la mente emocional y teoría de la mente cognitiva.
- El desempeño en la teoría de la mente en pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica encuentra relación con la edad del primer episodio agudo.

2. Marco Teórico

2.1 Historia del Trastorno bipolar

La escuela médica, en la antigua Grecia, reconocía en la locura dos extremos. Por un lado la melancolía, asociada a la bilis negra y por el otro la bilis amarilla o el exceso de sangre estaban asociadas a la manía. Durante este período helénico, se creía que el organismo estaba compuesto por cuatro humores, la bilis negra, la bilis amarilla, la sangre y la flema, y que cualquier desequilibrio entre ellos causaba la enfermedad. Pero fue recién en el siglo I que Areteo de Capadocia consideró a la manía y a la melancolía como partes de una misma enfermedad. En el año 1854 Falret acuña el término *folie circulaire* o locura circular al que describe como una sucesión de estados maníacos y melancólicos, con intervalos lúcidos. Finalmente es Kraepelin quien en 1899 y basándose en estudios anteriores de Falret y Baillarger, define la psicosis maníaco-depresiva, señala su carácter episódico y el peso de la historia familiar. El término trastorno maníaco-depresivo fue reemplazado por el de trastorno bipolar, por el DSM-III, en 1980 (Vazquez & Sanz, 1995).

El trastorno bipolar se caracteriza por una fluctuación en el estado de ánimo. Esta desregulación produce en el paciente una oscilación entre la manía y la depresión. Estos pacientes presentan cuadros clínicos que evidencian estados maníacos agudos y crónicos, depresiones, melancolías y otros estados de labilidad afectiva en un continuum de estados eutímicos (Akiskal, 2008).

2.1.1 Criterios diagnósticos DSM-IV-TR

La Asociación Americana de Psiquiatría (2000), a través del DSM-IV-TR estableció los siguientes criterios clínicos para el diagnóstico de los episodios de manía, hipomanía y episodio mixto, que constituyen los cuadros sintomatológicos distintivos del trastorno bipolar.

2.1.2 Episodio Maníaco, episodio hipomaniaco, episodio mixto y episodio depresivo mayor

Para el episodio maníaco, en el DSM-IV-TR la Asociación Americana de Psiquiatría, (2000) estableció los siguientes criterios diagnósticos:

- estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, de una semana de duración como mínimo, o cualquier duración si se requiere hospitalización. Durante éste periodo de alteración es necesario que se encuentren presente tres o mas síntomas como:
 - autoestima exagerada
 - disminución del sueño
 - estado verborrético
 - distraibilidad
 - agitación psicomotora
 - realización de actividades placenteras que puedan tener consecuencias graves.
- Dichos síntomas no deben cumplir los criterios para un episodio mixto, la alteración del estado de ánimo es lo suficientemente

grave como para provocar deterioro en distintas áreas, y ninguno de los síntomas antes mencionados se debe al consumo de sustancias o a una enfermedad médica

Es importante destacar que los estados de felicidad normales, nunca están presentes en los episodios de manía, muy por el contrario, los pacientes en este estado se encuentran irascibles, en un estado de hiperactividad general. Sin embargo el paciente no percibe estos síntomas como dañinos, por el contrario, se encuentra bien con ellos. Es decir que la manía, tal como algunos trastornos de la personalidad, es egosintónica (Vazquez & Sanz, 1995).

En síntesis, la manía puede describirse como un aumento de la actividad psicomotora. Estos pacientes presentan un discurso explosivo y acelerado que es casi imposible de interrumpir. Cuando se encuentran en este estado, presentan una energía en apariencia inagotable, de hecho suelen dormir solo un par de horas por día (Flaherty, Channon & David, 1988).

Para el episodio hipomaníaco se repiten los criterios del episodio maníaco, pero con una duración de al menos cuatro días, el episodio debe asociarse a un cambio en la actividad, que no es característico del sujeto cuando se encuentra asintomático, no es un episodio lo suficientemente grave como para provocar deterioro social importante o requerir hospitalización, ni hay síntomas psicóticos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000).

No se considera que el episodio hipomaníaco sea grave debido a que el estado de ánimo elevado en un episodio hipomaníaco se describe como eufórico, extrañamente bueno, alegre o alto. Si bien el estado de ánimo del sujeto puede inicialmente tener una cualidad contagiosa para el observador externo, los que conocen bien a la persona lo reconocen como excesivo o por lo menos no habitual. La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por el entusiasmo en las interacciones sociales, interpersonales o laborales (Vazquez & Sanz, 1995).

Para diagnosticar un episodio mixto deben cumplirse los criterios del episodio maníaco y los del episodio depresivo mayor, como pérdida de placer y motivación y un estado de ánimo deprimido, casi cada día durante al menos una semana (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000).

El episodio depresivo mayor requiere para su diagnóstico la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas, por un período de dos semanas:

- estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, cada día
- anhedonia
- insomnio o hipersomnia
- cambios de al menos 5% en el peso corporal
- enlentecimiento psicomotor
- agitación
- disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
- pérdida de energía
- sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados
- pensamientos de muerte o ideación suicida

Los síntomas deben estar presentes durante la mayor parte del día, cada día, y al menos uno de ellos debe ser estado de ánimo deprimido o anhedonia. Se debe evidenciar un cambio con respecto a la actividad previa del sujeto, y el paciente no debe cumplir con los criterios de un episodio mixto. Los síntomas presentes deben provocar un malestar significativo y un deterioro evidente en lo social, lo laboral y otras áreas de actividad del individuo. Se debe descartar que los síntomas mencionados se deban a un proceso de duelo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000).

Estos pacientes tienen una visión pesimista y negativa, tanto del mundo como de sí mismos. Presentan rumiaciones sobre pérdidas, culpa, suicidio y muerte. Además, entre el 50% y el 75% de los pacientes deprimidos presentan un notable deterioro cognitivo, con dificultades para concentrarse y olvidos. Es de relevancia notar que la tasa de suicidios es entre el 10% y el 15% (Kaplan & Sadock, 1999).

2.1.3 Trastorno bipolar I y II

Para el diagnóstico de un trastorno bipolar del tipo I, deben cumplirse los criterios de un episodio maníaco y deben estar antecedidos o precedidos por un episodio hipomaníaco o un episodio de depresión mayor. Un paciente debe sufrir

un episodio maníaco para poder ser diagnosticado bipolar I ya que si sufriera solo el episodio depresivo mayor, no habría forma de diferenciarlo de un paciente que sufre trastorno depresivo mayor (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000).

Los bipolares I son pacientes que cursan o han cursado alguna vez un episodio maníaco. Su estado de ánimo actual puede ser maníaco, depresivo, hipomaníaco o mixto. Esto es lo que distingue a los subtipos de bipolar I, pudiendo diferenciar así, por ejemplo a un paciente bipolar I con episodio maníaco único (Vazquez & Sanz, 1995).

El trastorno bipolar tipo II debe presentar un episodio hipomaníaco, y un episodio de depresión mayor. Es éste último trastorno el más difícil de diagnosticar, ya que el episodio hipomaníaco difícilmente sea percibido tanto por el paciente como por el entorno, como un estado de ánimo alterado (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El trastorno bipolar II en primer lugar se describió como una entidad clínica distinta en los años 70. La presentación más típica es la existencia de varios episodios de depresión principal, y de episodios hipomaníacos en menor número, con presencia al menos de algunos síntomas alrededor del 50% del tiempo. Las primeras descripciones sugerían que el trastorno bipolar II era una forma más benigna que el trastorno bipolar del tipo I porque, por definición, los individuos que lo sufrían no presentaban episodios maníacos. Con el tiempo, sin embargo, se descubrió que el trastorno bipolar II, caracterizado por la presencia de episodios múltiples y prolongados de depresión, es igual, o tal vez más grave que el trastorno bipolar I (Frank, Frankel & Swartz, 2008).

En los últimos años se realizaron numerosas investigaciones clínicas con respecto al trastorno bipolar, que lograron que se reconozca a esta enfermedad en todas sus variantes. El trastorno bipolar I pertenece al fenotipo principal y afecta aproximadamente al 1% de la población mundial, mientras que el trastorno bipolar II tiene una prevalencia 4 o 5 veces mayor que el trastorno bipolar I (Akiskal & Vazquez, 2006).

El paciente con trastorno bipolar, en cualquiera de sus tipos, sufre desajustes en el desarrollo personal, en su entorno familiar y social, como así también en su ámbito laboral, la peor consecuencia de todo esto es, a veces, el suicidio. Este riesgo se vería significativamente reducido, al igual que el deterioro

cognitivo, con un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado y constante (Akiskal & Vazquez, 2006).

El trastorno bipolar es una enfermedad severa y persistente. El estado de ánimo de los pacientes es fluctuante. El 60% de las personas que lo padecen no logran recuperar el funcionamiento anterior, en áreas tales como la social o la profesional, aún estando en fase eutímica. Sin importar los diferentes métodos empleados para evaluar el funcionamiento neurocognitivo, el hallazgo principal revela que existe una debilitación cognositiva significativa. Se detectaron fallas en velocidad de procesamiento, aprendizaje, inhibición de respuestas automáticas y funciones ejecutivas. Para las funciones ejecutivas que no presentan deterioro, se detectó que necesitan un tiempo extra para desarrollarlas (Miranda et al., 2015).

El trastorno bipolar se asocia a un significativo deterioro en el funcionamiento social, laboral y familiar, incluso en períodos de estabilidad clínica, ello podría explicarse por un déficit en la cognición social. Son pacientes que enfrentan problemas para encontrar o mantener un empleo, se les hace significativamente difícil desenvolverse de manera autónoma, como así también llevar una vida de pareja. Este deterioro es observable tanto en los pacientes de tipo I como en los de tipo II. Es cierto que este deterioro puede también ser causado por el déficit cognitivo, típico de este trastorno, como así también por los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, los síntomas subsindrómicos presentes, el número de hospitalizaciones, la edad precoz de inicio. Pero cada vez mas estudios orientan al hecho de que ese déficit se correspondería con una disminuida capacidad para entender los pensamientos y sentimientos de los otros y lo que es igual de importante, responder frente a ellos de manera adaptativa, estos son los procesos que engloba la cognición social (Ruiz-Murugarren, García-Ramos & Lahera, 2015).

La prevalencia de los pacientes con trastorno bipolar I, en muestras de población general, varía entre el 0,4% y el 1,6%, según el DSM-IV-TR. La frecuencia sería la misma en hombres que en mujeres, sin embargo el sexo estaría relacionado con el orden de aparición de episodios maníacos y episodios depresivos mayores. Siendo que en los varones las probabilidades están a favor de un primer episodio maníaco, en las mujeres, en cambio, el primer episodio generalmente es depresivo mayor. Mas del 90% de los sujetos cuyo primer

episodio es maníaco, presentaran futuros episodios. El trastorno bipolar tipo II es mas frecuente en mujeres y su prevalencia es del 5%. La edad de inicio es entre los 5 y 6 años hasta los 50 años, siendo la edad promedio 30 años (Kaplan & Saddock, 1999).

Los episodios del trastorno bipolar se presentan en tres fases: maníaca, depresiva y eutímica, siendo esta última la fase en la cual el individuo no evidencia síntomas y se mantiene en un estado neutro. La duración de esta fase dependerá de cada paciente y de la eficacia del tratamiento seguido (Wormer, 2004).

Se denomina eutimia a las fases de normalidad entre los episodios de manía o de depresión. Durante ese tiempo el paciente no presentan ningún síntoma y puede llevar una vida absolutamente normal, si continúa con el tratamiento farmacológico (Akiskal & Vazquez, 2006).

La duración de estas fases depende mucho de cada paciente, de la eficacia del tratamiento y la psicoeducación. Los pacientes con trastorno bipolar no pasan toda su vida de una fase a otra. Existen períodos en que, tras la recuperación de una crisis de cualquier tipo, el estado de ánimo se va normalizando y los síntomas de la enfermedad desaparecen prácticamente por completo. A estas fases de remisión se las denomina fases eutímicas. Eutimia significa estado de ánimo correcto. La medicación está destinada a alargar el máximo tiempo posible la fase de remisión e impedir, o cuanto menos suavizar, la aparición de un nuevo episodio de la enfermedad. Estar en remisión no significa estar curado, pero es lo más próximo al concepto de curación (Vazquez & Sanz, 1995).

2.1.6 Criterios diagnósticos DSM-5

Debido a lo novedoso de la publicación del DSM-5, es que las investigaciones y bibliografía mencionadas en el presente trabajo, basan sus estudios en la versión anterior de dicho manual diagnóstico, el DSM-IV-TR. Los pacientes que conforman la muestra, también fueron evaluados y diagnosticados con los criterios del DSM-IV-TR, es por estas razones que los criterios mas desarrollados en el presente trabajo, son los de la mencionada versión.

Habiendo explicado los criterios de la versión anterior corresponde ahora mencionar los criterios diagnósticos de la versión vigente. La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) en su DSM-5, formula algunos cambios significativos en lo relacionado al diagnóstico y clasificación del trastorno bipolar. Como primera medida innovadora, lo separa de los trastornos del estado de ánimo y lo separa del trastorno depresivo, aunque ambos siguen compartiendo especificadores y episodios. Establece criterios clínicos bien definidos para diagnosticar episodios de manía e hipomanía, que son los síntomas distintivos para el trastorno Bipolar. Considera que tanto la manía como la hipomanía comparten los mismos síntomas de ánimo elevado, expansivo o irritable, acompañado de un aumento de la actividad, autoestima exagerada, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, fuga de ideas, agitación psicomotora, e implicación de actividades placenteras que son potencialmente graves. Sin embargo ambos síndromes tienen su diferencia en la duración (siendo la manía de al menos una semana de duración, mientras que la hipomanía de al menos cuatro días) y en la funcionalidad del paciente, sólo la manía presenta un deterioro significativo en lo laboral, en las actividades y en las relaciones sociales. Tal como se mencionó al comienzo de este apartado, el uso del DSM-5 es aún muy reciente como para que la utilización de sus criterios diagnósticos tengan el aval, en cuanto a tiempo y medida, que se requiere para que en ellos se apoye un trabajo de investigación, o sean mencionados en la bibliografía que aborda trastornos psiquiátricos.

2.2 Evaluación neuropsicológica

La evaluación neuropsicológica posibilita la descripción de aquellos aspectos conservados o afectados en las distintas áreas del funcionamiento cognitivo de una persona. Esta descripción detallada y ordenada que recibe el nombre de perfil neuropsicológico, representa un necesario punto de partida, previo al diseño de tratamientos e intervenciones neuropsicológicas. El hecho de que exista cierto solapamiento de síntomas entre algunos cuadros, plantea desafíos al trabajo clínico. Por lo tanto, resulta importante para el profesional tener un mayor conocimiento de los perfiles típicos, así como de aquellos que

presentan aspectos aún poco definidos, lo cual permitiría ordenar y comparar rápidamente las áreas de afectación prevalentes en cada cuadro, posibilitando tomar decisiones más precisas y cautelosas, y diseñar de manera óptima, el tratamiento más adecuado para cada paciente (Miranda et al., 2015).

La evaluación de las secuelas a nivel cognitivo y conductual, resultantes de patologías cerebrales, representan la actividad principal a la que se dedica un neuropsicólogo clínico. El examen neuropsicológico no debe ser realizado solo una vez, sino que debe repetirse una o varias veces en el tiempo, para así poder comprobar si el paciente evolucionó en su deterioro, si la rehabilitación está dando resultado o si el deterioro se ha detenido. En el caso específico de una rehabilitación, por ejemplo, es conveniente evaluar al paciente antes del inicio del tratamiento y luego de haberlo aplicado total o parcialmente. El examen neuropsicológico varía, tanto con cada paciente, como con cada profesional, como así también con las condiciones disponibles. Diversos tests estandarizados se utilizan con el fin de conocer en detalle el funcionamiento de las siguientes áreas: memoria, funciones visoespaciales, atención, orientación, cálculo, lenguaje y funciones ejecutivas (Ardila & Ostrosky, 2012).

2.3 Funciones ejecutivas

Como se mencionó anteriormente, Ruiz-Murugarren, García-Ramos y Lahera, (2015) en su investigación, hablan de un déficit en la cognición social de los pacientes con trastorno bipolar. La cognición social forma parte de una amplia gama de conductas que dependen de la corteza pre frontal y a las cuales se las nombra, funciones ejecutivas. Estas a su vez se definen como el conjunto de habilidades cognitivas, emocionales y motivacionales, que surgen de circuitos y estructuras particulares de los lóbulos frontales, con determinado gradiente de especialización y jerarquía funcional (Estévez, García & Barraquer, 2008).

El conjunto de funciones ejecutivas abarca un conjunto de habilidades cognitivas que controlan y regulan otras capacidades más básicas, como la atención, la memoria y la habilidad motora. Forman parte de una serie de procesos que tienen como función principal, facilitar la adaptación del sujeto a

situaciones novedosas y poco habituales. Las funciones ejecutivas son las que le permiten al sujeto abocarse de manera eficaz a una conducta independiente y provechosa. Cuando éstas se encuentran afectadas el paciente ya no es capaz de mantener un autocuidado satisfactorio. Si bien existen varias definiciones de funciones ejecutivas, la mayoría de los autores coincide en que los siguientes procesos forman parte de ellas:

- formulación de un objetivo o meta
- planificación
- iniciación de la respuesta
- inhibición de las respuestas automáticas inapropiadas según el contexto
- flexibilidad
- auto monitoreo
- organización del pensamiento
- capacidad de razonamiento abstracto y material
- control de la atención
- memoria de trabajo

Puesto que las funciones ejecutivas son muchas, resulta imposible evaluarlas con una sola técnica, es necesario una batería que evalúe todas y cada una de ellas, puesto que el deterioro en una no necesariamente implica el deterioro del resto (Drake & Torralva, 2008).

2.4 Cognición social

Dentro de las funciones ejecutivas se encuentra la cognición social, que se define como el proceso cognitivo que se elabora a través de la conducta social entre sujetos de una misma especie, puesto que para mantener una correcta interacción social debemos responder de manera adecuada a los estímulos recibidos (Butman, 2007).

La cognición social es una función compleja que puede ser analizada en varios subprocesos, que se interrelacionan con otros procesos cognitivos. Conceptualizando a la cognición social como la sumatoria de varios subprocesos, puede afirmarse que existe un estímulo emocional o social dentro

de determinado contexto y, la asignación de una valencia positiva o negativa a dicho estímulo, influye en la motivación, traduciéndose en conductas de acercamiento o de alejamiento. Los nombrados subprocesos originan una respuesta corporal. La asignación de la valencia que otorgamos al estímulo es procesada por la amígdala, el núcleo accumbens, y la corteza orbitofrontal. Esto genera una respuesta emocional, que se traduce en una respuesta corporal que a su vez produce una respuesta neurovegetativa. Luego de todos estos subprocesos ocurre el procesamiento cognitivo. Éste al contrario de los otros, es consciente (Butman, 2008).

Green, Olivier, Crawley, Penn y Silverstein (2005) sugieren que, al tratarse de una función compleja que puede dividirse en subprocesos y que se interrelaciona con otros procesos cognitivos, la cognición social, genera discusiones sobre si es un proceso único, o una sumatoria de subprocesos. Si se considera esta última opción, se pueden distinguir como componentes de la misma a:

- La percepción social, que es la capacidad para valorar reglas, roles y contextos sociales.
- El conocimiento social, que es el que le permite al sujeto saber como debe desenvolverse, que rol le corresponde tanto a si mismo, como a lo demás, las reglas que rigen en ese determinado momento y contexto, y los motivos por los que se encuentra en ese lugar.
- El estilo o sesgo atribucional, que es la forma personal y particular en que cada individuo interpreta y explica las causas y los efectos de un acontecimiento.
- La teoría de la mente, que es la capacidad que tienen los seres humanos de atribuir un estado mental tanto a si mismos como a los demás.
- El procesamiento emocional, es, en una breve definición, la capacidad para comprender, expresar y manejar las emociones.
- La empatía, que es la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Poder sentir lo que el otro siente.

2.4.1 Teoría de la mente

Se entiende por teoría de la mente (TOM por sus siglas en inglés) a la capacidad que tienen los seres humanos de atribuir estados mentales, tanto a otras personas como a uno mismo. Esta capacidad es la que permite explicar y predecir el comportamiento de los otros, como así también hacer atribuciones (Premack & Woodruff, 1978).

Wimmer y Perner (1983) toman como referencia lo dicho anteriormente y comienzan a investigar la competencia de los niños en los estados mentales, y descubren lo que llaman, falsas creencias de primer orden, que es la capacidad que tienen los niños menores de cuatro años de atribuir una creencia errónea a otra persona.

Baron-Cohen (1985), un investigador destacado que marca un hito en la teoría de la mente, sostiene que los bebés entre los 7 y los 9 meses, comienzan a comprender la intencionalidad de la mirada de los otros, si bien esta intencionalidad puede estar marcada por el acto de señalar algo, se registra aquí un comportamiento de atención compartida, para el cual es necesario tener en cuenta el estado mental del otro, y encuentra en este comprender un precursor para el desarrollo de la teoría de la mente.

La teoría de la mente incluye: la capacidad de inferir que creen los otros, la habilidad de predecir el comportamiento de los otros, implica que lo que una persona cree no es lo que todos creen, el entender que la conducta de otros o la de uno mismo, puede estar basada en una creencia errónea de la realidad que genera una conducta inapropiada pero sin intención. Es también la capacidad de entender chistes, metáforas e ironías (Butman, 2008).

Es Baron-Cohen (1995) quien postula de la existencia de un lenguaje de la mirada, afirmando así que la zona ocular es capaz de transmitir suficiente información para que una persona entienda los estados mentales de otra. Habiendo descubierto esto, es que decide investigar el tema más exhaustivamente y especifica aún más su definición del lenguaje de la mirada, diciendo que para interpretar estados mentales básicos, la cara en todo su conjunto brinda más información que partes aisladas de la misma, como los ojos o la boca, pero, para entender estados mentales complejos, los ojos proporcionan tanta información como la cara (Baron-Cohen, Wheelwright & Jolliffe, 1997).

Existen diferentes aspectos de la teoría de la mente. La TOM afectiva es la que hace que el sujeto se ponga en el lugar de la otra persona y no sólo entender lo que el otro siente, sino además, lo que la emoción del otro genera en él mismo. La TOM cognitiva, es la que habla de las personas, las relaciones entre ellas, las relaciones con uno mismo y la valoración de las propias acciones dentro del contexto social. Es la habilidad para hacer inferencias con respecto a las creencias de las otras personas (Ortega García, Tirapu Ustárroz, & López-Goñi, 2012).

Es importante diferenciar los procesos cognitivos de los afectivos en la teoría de la mente, pues si bien existe una interrelación entre ellos, cada uno de ellos engloba estructuras cerebrales diferentes. Una persona puede entender los acontecimientos vitales y el contexto de una persona para inferir su estado mental; sin embargo, eso no equivale a inferir el estado emocional que esas circunstancias están provocando, proceso en el cual interviene el procesamiento emocional. Elementos como la atención sostenida, la memoria verbal o las funciones ejecutivas se han encontrado deterioradas en pacientes eutímicos, y pueden interferir de forma directa en la evaluación de la TOM cognitiva. Algunos trabajos, como se detallará más adelante, han hallado alteraciones en la faceta cognitiva de la TOM, pero no en la emocional. Recientes instrumentos de la TOM basados en tests video-realistas han encontrado alteraciones en los procesos de teoría de la mente cognitiva, pero no en los de la teoría de la mente emocional (Ruiz-Murugarren, García-Ramos & Lahera, 2011).

Desde la perspectiva médica, la teoría de la mente es descrita por las neuronas espejo. Éstas se hallan en el cerebro, mas precisamente en el área de Broca. Las neuronas especulares o neuronas espejo, son un tipo particular de neuronas que se activan cuando un individuo realiza una acción, pero también cuando él observa una acción realizada por otro individuo. La simple observación de un movimiento activa las mismas regiones de la corteza motora, como si el observador estuviera realizando esos mismos movimientos. Pero este proceso va mucho mas allá de meros movimientos, el sistema integra en sus circuitos neuronales a la percepción y a la atribución de las emociones de los otros. Son las neuronas espejo las que posibilitan al hombre comprender las intenciones de otras personas. Le permiten ponerse en el lugar de los otros, leer sus pensamientos, sentimientos y deseos, hecho que resulta fundamental para

la interacción social. En otras palabras, los circuitos neuronales, simulan subliminalmente las acciones que observamos, lo que nos permite identificarnos con otros individuos. Por esta simulación es que este abordaje sostiene, que observador y actor, se encuentran en estados neuronales muy semejantes, como si estuvieran realizando la misma acción, y sintiendo las mismas emociones (García García, González Marqués & Maestú Unturbe, 2011).

2.5 Teoría de la mente en pacientes bipolares

Son muchos los estudios previos que sugieren que los pacientes con trastorno bipolar, en fase eutímica presentan un deterioro en el desempeño de la teoría de la mente. Un trabajo realizado en Argentina, en el Instituto de Neurociencias de la Universidad Favaloro, en una revisión sistemática de la literatura y los trabajos científicos existentes, desde un enfoque meta-analítico, llegó a la conclusión que existe evidencia de déficits en el desempeño de teoría de la mente, en pacientes bipolares en fase eutímica, no pudiendo precisar de forma exacta si dicho déficit se debe a un deterioro cognitivo producto de la enfermedad o a los efectos secundarios de la medicación (Martino, Samamé & Strejilevich, 2011).

Otro estudio desarrollado en Argentina, en el que se analiza la teoría de la mente y la funcionalidad en pacientes con trastorno bipolar en remisión sintomática, observa que la funcionalidad se ve significativamente afectada y que el aspecto cognitivo de la TOM evidencia un deterioro mayor que el aspecto emocional de la misma. Expone que dicho déficit puede estar relacionado con la cantidad de episodios depresivos, pero destaca que esto último debería confirmarse o refutarse en un nuevo estudio cuyo tamaño muestral sea significativamente mayor (Barrera, Lolich, Tannenhaus & Vazquez, 2012).

En otra línea de investigación llevada a cabo en 2009 en el Salvia Mental Meath Center, de la ciudad de Tel Aviv en Israel, determinó que, existe un deterioro cognitivo que afecta severamente el desempeño en TOM cognitiva y emocional, en pacientes bipolares en fase eutímica (Harare, Levkovitz, Shamay-Tsoory & Szepeswol, 2009).

Varios estudios sugieren la posibilidad de que el deterioro cognitivo que produce déficits en la TOM, esté asociado a efectos secundarios de la medicación recibida (Zarate, Tohen, Land, Cavanagh & Tsuang, 2000), como así también al número de episodios agudos, sean estos episodios maníacos o depresivos. A mayor número de episodios agudos mayor deterioro (MacQueen, Young, Robb, Marriott, Cooke & Joffe, 2000). La investigación clínica realizada por Lahera et al. (2012), sostiene que existe relación entre el déficit en TOM y los episodios psicóticos. Para arribar a esta conclusión primero encuentra en su investigación que hay evidencias de fallas en el desarrollo de TOM, en pacientes bipolares eutímicos. Asimismo, dichas fallas se encuentran correlacionadas negativamente con el número de episodios psicóticos.

Montag et al. (2009) postulan en una investigación realizada en la ciudad de Berlín, que los déficits en el desempeño de TOM representan una característica que forma parte de la etiología de los síntomas psicopatológicos del trastorno bipolar y que son un importante predictor de las competencias sociales de los pacientes con trastorno bipolar, se hallen los mismos en fase eutímica o no.

Al intentar relacionar la edad del primer episodio agudo con el desempeño en TOM, hay estudios que muestran que si bien existen alteraciones neurocognitivas en pacientes bipolares, estas no se corresponden con la edad de inicio o del primer episodio agudo del trastorno. Dichas alteraciones cognitivas son las causantes del déficit en el desempeño de TOM, pero no están relacionadas con la edad inicio de la enfermedad. Éste estudio, tampoco relaciona el desempeño deficitario en TOM, ni con la cantidad de años desde el diagnóstico, ni con la cantidad de episodios (Wolf, Brüne & Assison, 2010).

Un estudio realizado por Bonin et al. (2012) afirma que los déficits neurocognitivos en el trastorno bipolar aparecen antes de el primer episodio, aún en la fase prodrómica de la enfermedad. No relaciona el inicio de la enfermedad con el inicio del desempeño deficitario, así como tampoco encuentra que dicho desempeño mejore en la fases eutímicas o con la cantidad de meses que la enfermedad lleve en remisión.

3 Metodología

3.1 Diseño y tipo de estudio

El presente es un estudio correlacional, de diseño no experimental, transversal.

3.2 Participantes

La muestra estaba conformada por 24 sujetos, de sexo masculino. De ellos, 12 eran pacientes adultos, con trastorno bipolar, que recibieron tratamiento en un hospital neuropsiquiátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, y 12 eran voluntarios que formaron el grupo control, dividiendo así la muestra en dos subgrupos, pacientes y controles. Todos eran residentes en CABA y Gran Buenos Aires. La edad promedio era de 47,75 años ($DE = 7,70$) siendo la edad mínima 38 y la máxima 63. Con respecto al nivel educativo el 8,3% ($n = 2$) tenían un nivel educativo primario, el 58,3% ($n = 14$) habían alcanzado un nivel educativo secundario y el 33,3% ($n = 8$) un nivel educativo terciario. Los pacientes reclutados debieron cumplir con los criterios de inclusión predeterminados, que se detallan a continuación.

El grupo con trastorno bipolar estuvo compuesto por 7 pacientes pertenecientes al fenotipo II, y 5 al fenotipo I. Este diagnóstico fue realizado por parte del Servicio Médico de Admisión del hospital. Todos los pacientes al momento de la evaluación se hallaban en remisión sintomática o fase eutímica. Ninguno de ellos presentaba enfermedades médicas significativas o con comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos que afecten la esfera cognitiva.

Los criterios de inclusión para el grupo control fueron: sexo masculino, edad mínima de 38 y máxima de 63 años, nivel de educación desde sin estudio hasta nivel terciario incluido, sin patologías psiquiátricas al momento de la evaluación o anteriores.

Los dos subgrupos debieron ser emparejados de acuerdo a su edad y a su nivel educativo. Para poder llevar a cabo los objetivos planteados en el siguiente trabajo fue necesario corroborar estadísticamente el emparejamiento de los grupos. Para ello se calculó una prueba chi-cuadrado en el caso del nivel

educativo, y una prueba *t* de student en el caso de la edad. Ambas pruebas indicaron que no había diferencias estadísticamente significativas entre los grupos pacientes y control ($p > .05$).

Tabla 1. *Variables sociodemográficas.*

	Pacientes (<i>n</i> = 12)	Controles (<i>n</i> = 12)
Edad		
<i>M(DE)</i>	47.75	47.75
<i>Mínimo</i>	38	39
<i>Máximo</i>	63	62
Nivel educativo		
<i>Primaria %(n)</i>	8.3(1)	8.3(1)
<i>Secundaria %(n)</i>	66.6(8)	50.0(6)
<i>Terciario %(n)</i>	25(3)	41.7(5)

3.3 Instrumentos

3.3.1 Test de la lectura de los ojos (adultos)

Está compuesto por 36 fotografías de la zona de los ojos, de distintas personas, la mitad de ellos son hombres y la otra mitad son mujeres. Cada una de las fotografías expresa una emoción. Cada imagen se presenta con cuatro opciones de respuesta, entre las cuales se debe elegir la emoción que expresa la mirada. Como control se debe identificar el sexo de la persona en la imagen, para descartar alteraciones en la percepción de rostros. Este test fue desarrollado según el criterio que las personas son capaces de extraer información sobre estados emocionales a través de la mirada, por lo tanto se

utiliza para evaluar componentes emocionales de la TOM. Se otorgará un punto por cada respuesta correcta, con un máximo posible de 36 para identificación de sexo y 36 para la lectura de la mirada. La puntuación de corte es de 31 sobre 36 para el componente de la identificación de sexo, si es inferior a 31, se invalida la evaluación. En la identificación de la mirada el corte se establece en 21, puntuaciones inferiores a ésta, son indicadoras de déficit en la habilidad de inferir estados emocionales a partir de la mirada (Baron-Cohen, Wheelwright, Rast, Plumb & Hill, 2001).

Hay una adaptación al español de éste test, que fue realizada especialmente para la Argentina, por profesionales del Departamento de Neuropsicología del Hospital Zubizarreta (Serrano & Allegri, 2006).

3.3.2 Faux Pas (Metidas de pata)

Este test mide la habilidad para detectar cuando alguien dijo algo inapropiado pero sin mala intención. Está compuesto por 20 historias breves, en las cuales los personajes interactúan. En 10 de ellas se comete un error social, y las otras 10 historias se presentan como controles. Éstas historias les son dadas al evaluado para que las lea. Después haber leído cada una de ellas, se realiza la primera pregunta sobre si alguien en la historia que acaba de leer a dicho algo fuera de lugar o incorrecto, si la respuesta a esta pregunta es afirmativa, se continúa con otra serie de preguntas para evaluar la TOM y una pregunta de control que evalúa la comprensión y la capacidad de recordar el relato. Este test puede utilizarse para evaluar componentes cognitivos y emocionales de la TOM, pero en el presente estudio se utilizará solo para evaluar los componentes primeros. Se sumará un punto por cada respuesta correcta, tanto en las que contienen errores sociales, como en las de control. La puntuación bruta se divide por la puntuación total posible, y de ahí surge el desempeño en la evaluación. Se estableció una puntuación de corte de 0,75, valores inferiores a éste, indican un desempeño deficitario (Baron-Cohen et al., 1999).

3.3.3 Escala de Depresión de Hamilton (HAMD-17)

El cuestionario está compuesto de 21 ítems con escala Likert: estado de ánimo triste o deprimido, sentimientos de culpa, ideación suicida, insomnio, malestar laboral o social, enlentecimiento/agitación psicomotora, ansiedad psicológica y somática, síntomas somáticos gastrointestinales, generales y sexuales, hipocondría, pérdida de peso, insight, variación de estado según hora del día (sin variación, peor por las mañanas, peor por las tardes-noches), experiencias de despersonalización, síntomas paranoides, y pensamientos obsesivos y compulsivos. De 0-7 se considera normal, puntuaciones por encima son evidencia de la presencia de síntomas depresivos. Este instrumento es, en la actualidad la escala mas utilizada para evaluar los episodios maníacos. La validación de la versión en español presenta buenas propiedades psicométricas, alfa de cronbach 0.89, fiabilidad test- retest 0.92 (Lobo et al., 2002).

3.3.4 Escala de Manía de Young (YMRS)

Consta de 11 ítems con escala Likert , y está diseñada para cuantificar síntomas de exaltación: euforia, hiperactividad, impulso sexual, sueño, irritabilidad, expresión verbal, trastornos del lenguaje y curso del pensamiento, contenido del pensamiento, conductas agresivas/disruptivas, apariencia y consciencia de enfermedad. Una puntuación menor o igual a 6 es compatible con eutimia, y mayor a 20 es compatible con episodio maníaco (Young, 1978)

Existe una versión en castellano la cual demostró buena factibilidad y sensibilidad al cambio, obtuvo una fiabilidad de 0.88 en validez interna y de 0.76 en test- retest (Colom et al., 2002).

3.3.5 Mini Examen del Estado Mental (MMSE)

Es un instrumento desarrollado para que el médico clínico pueda valorar de manera sencilla el estado cognitivo de sus pacientes. Está indicado para la

detección de deterioro cognitivo global, rutinas asistenciales de seguimiento y ensayos farmacológicos. El tiempo de toma es de 10 minutos. Tiene subítems dirigidos a la memoria (pruebas de orientación temporal, espacial, fijación y recuerdo), la atención (deletreo de la palabra mundo al revés y sustracción serial de 7 a partir de 100), el lenguaje (denominación, comprensión, repetición y lectoescritura) y viso-construcción. El puntaje de corte utilizado es 26 de 30 puntos para definir que no existe deterioro, de 21 a 25 puntos existe un deterioro leve, de 10 a 20 puntos moderado y menor a 9 puntos deterioro severo (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). La validez del MMSE esta basada en un estudio donde se encontró correlación de 0,78 con el CI verbal del WISC y 0,66 con el CI ejecutivo. El test retest fue de 0,89. Existen distintas versiones adaptadas al español (Tausig, Henderson & Mack, 1992; Lobo, et al.,1999; Bermejo, et al.; Rosselló, et al ,2000, citado en De Simone et al, 2007). El MMSE está validado en la Argentina y los estudios realizados han establecido su forma de administración y las formas de nuestro medio, respectivamente (Butman, et al., 2001).

El anexo 1 presenta una copia de los instrumentos utilizados en la administración.

3.4 Procedimiento

Los datos clínicos y neuropsicológicos de los pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica, fueron obtenidos de una base de datos realizada por la coordinadora de la Práctica Profesional V, con pacientes que concurrieron al servicio de consultorios externos de un hospital neuropsiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires, y fueron derivados por sus médicos tratantes para una evaluación neuropsicológica. Se le administró a los pacientes, una batería compuesta por el Test de las Miradas, el Faux Pas, la Escala de depresión de Hamilton (HAMD-17) y la Escala de manía de Young (YMRS). Estos dos últimos tests se administraron para corroborar que los pacientes se encuentren en fase

eutímica. Al grupo control se los evaluó con una batería compuesta por el Test de las Miradas, el Faux Pas y el Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Este último test se administró a fines de asegurarse que los pacientes no presenten patologías psiquiátricas al momento de la evaluación, ni anteriores a ella. Los dos grupos firmaron un consentimiento informado. La administración de los tests de TOM requirió aproximadamente 1 hora, la HAMD-17 y la YMRS se administraron en 30 minutos y el MMSE en 10 minutos. Los datos obtenidos fueron codificados y trasladados a una base de datos con formato Excel, para luego realizar el análisis estadístico con el programa SPSS. Las pruebas estadísticas utilizadas se detallan en el siguiente apartado.

3.5. Análisis de datos

En primer lugar se calcularon los puntajes de los resultados obtenidos en los test neuropsicológicos administrados a ambos grupos.

En función de los objetivos 1 y 2, se contrastó el rendimiento del grupo de pacientes con el grupo control en las pruebas de teoría de la mente cognitiva (Faux pas) y emocional (Test de la lectura de los ojos). Dado el tamaño de las muestras y los resultados al probarse los supuestos de normalidad y homocedasticidad, se realizaron contrastes no paramétricos (mediante el estadístico U de Mann-Whitney).

Por otro lado, para el objetivo 3, donde el propósito era analizar las diferencias entre ambos componentes de la teoría de la mente sobre un mismo grupo de pacientes con trastorno bipolar, se utilizaron contrastes no paramétricos utilizándose la prueba de Wilcoxon. Previo a ello debido a que las escalas tenían rangos distintos se equipararon los puntajes a proporciones sobre el puntaje total ideal.

Para el objetivo 4, se realizaron correlaciones entre las variables edad del primer episodio agudo y desempeño en TOM, se utilizó una prueba no paramétrica, la Rho de Spearman debido a que no se cumplía el supuesto de distribución normal.

4. Resultados

4.1 Diferencias en el desempeño de la TOM emocional, evaluada por el test de las miradas, entre pacientes bipolares eutímicos y un grupo control.

Para cumplir con el primer objetivo del presente trabajo fue necesario evaluar si se podía calcular una prueba t de Student, para ello se verificó el cumplimiento de los supuestos de normalidad y homocedasticidad. La prueba Shapiro-Wilk indicó que la distribución de la variable TOM emocional, evaluada a través del test de las miradas, en el grupo controles no difería significativamente de la distribución normal ($p = .660$) pero si era distinta en el grupo de los pacientes ($p = .039$). Por otra parte la prueba de Levene indicó que las varianzas eran homogéneas ($p = .745$). Es por ello que se decidió utilizar la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Se calculó una prueba U de Mann-Whitney para verificar si había diferencias estadísticamente significativas en el test de las miradas según si el evaluado era un paciente con trastorno bipolar en fase eutímica o pertenecía al grupo control. La diferencia hallada fue estadísticamente significativa ($U = 15.50$, $p = .001$). La mediana de los pacientes fue de 21.50 y la de los controles fue 28. Es decir que los pacientes tuvieron un puntaje significativamente menor que los controles en el test de la lectura de los ojos, lo que indica que presentan un déficit en el desempeño de la TOM emocional

4.2 Diferencias entre pacientes bipolares en fase eutímica y un grupo control, en el desempeño de la TOM cognitiva, evaluada por el test de Faux Pas

Para cumplir con el segundo objetivo del presente trabajo fue necesario evaluar si se podía calcular una prueba t de Student, para ello se verificó el cumplimiento de los supuestos de normalidad y homocedasticidad. La prueba Shapiro-Wilk indicó que la distribución de la variable TOM cognitiva, evaluada a

través del test Faux Pas, en el grupo controles ($p = .237$) no se apartaba significativamente de la distribución normal, pero si lo hacía en el grupo de los pacientes ($p = .008$). Por otra parte la prueba de Levene indicó que las varianzas no eran homogéneas ($p = .000$). Es por ello que se decidió utilizar la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Se calculó una prueba U de Mann-Whitney para verificar si había diferencias estadísticamente significativas en el test de Faux Pas según si el evaluado era un paciente con trastorno bipolar en fase eutímica o pertenecía al grupo control. La diferencia hallada fue estadísticamente significativa ($U = 2,000$, $p = .000$). La mediana de los pacientes fue de .80 y la de los controles fue .98. Es decir que los pacientes tuvieron un puntaje significativamente menor que los controles en el test de las miradas, lo que indica que presentan un déficit en el desempeño de la TOM cognitiva.

4.3 Diferencias entre el desempeño en la TOM cognitiva y la TOM emocional, en pacientes bipolares en fase eutímica

Como se mencionó previamente para poner a prueba el tercer objetivo, y poder comparar las medianas de las variables, se debió transformar las respuestas de la variable Test de la lectura de los ojos.

Esto fue necesario para que ambas variables tuvieran el mismo escalamiento y pudieran ser comparadas en cada sujeto del grupo de pacientes. Luego, al igual que en los objetivos anteriores se verificó si se cumplía el supuesto de normalidad. La prueba Shapiro-Wilk indicó que la distribución de la variable TOM cognitiva, evaluada a través del test Faux Pas, no se apartaba significativamente de la distribución normal ($p = .237$) pero esto si ocurría en la medida de la TOM emocional ($p = .011$). Se decidió utilizar la prueba de Wilcoxon, cuyos puntajes para el Test de las Miradas, como para el Test de Faux Pas ($z = -1,779$ $p = .075$), indican que no existen diferencias estadísticamente significativas.

4.4 Relación, dentro del grupo de pacientes bipolares eutímicos, entre el desempeño en TOM y la edad del primer episodio agudo

Para corroborar si existía una asociación estadísticamente significativa entre la edad del primer episodio agudo y el desempeño en TOM fue necesario verificar si se cumplían el supuesto de normalidad. Al no cumplirse el supuesto de normalidad se calculó la prueba no paramétrica Rho de Spearman, cuyos resultados muestran que no hay una asociación significativa entre las variables con la edad del primer episodio ($\rho = .395$; $p = .204$).

5 Conclusiones

El trastorno bipolar es una enfermedad severa y persistente que afecta principalmente áreas sociales y profesionales, aún estando en fase eutímica. Existe una debilitación cognositiva significativa (Miranda et al., 2015). Para concluir el presente trabajo final integrador y en concordancia con la literatura mencionada, se encontraron alteraciones en la cognición social de los pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica. Considerando los resultados obtenidos, se apoyan las H1 y H2, encontrándose alteraciones tanto en la teoría de la mente cognitiva como en la emocional.

En primer lugar se analizó la teoría de la mente emocional en pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica mediante la administración del Test de la lectura de los ojos (Baron-Cohen et al., 2001). El grupo de pacientes obtuvo una media significativamente menor a la del grupo control de sujetos sanos. Dichos resultados sugieren una falla en la capacidad para entender los pensamientos de los otros, en los pacientes con bipolaridad. De esta manera se apoya la hipótesis primera que sugiere dichas alteraciones en el rendimiento en TOM. Estos resultados están en concordancia con los estudios realizados por profesionales del Salvia Mental Health Center, de la ciudad de Tel Aviv, en el cual se presenta evidencia de alteraciones en el desempeño de la Teoría de la mente. El estudio

realizado por Martino et al. (2011) , encuentra también deterioros cognitivos que afectan la cognición social, pero no puede precisar si éstos se deben a la enfermedad en si o a los efectos secundarios de la medicación. En la misma línea se encuentra el estudio de Zarate et al. (2000) confirmando que existe un desempeño deficitario, pero no pudiendo precisar si éste se debe al trastorno bipolar o a los efectos adversos de la medicación.

La Teoría de la Mente refiere a la habilidad para hacer inferencias con respecto a las creencias de las otras personas (Ortega García, Tirapu Ustárroz, & López-Goñi, 2012), es esta capacidad de atribuir estados mentales la que nos permite explicar y predecir el comportamiento de los otros (Premack & Woodruff, 1978). Alteraciones en dicha área de las funciones ejecutivas, impacta en varios niveles de la vida social, ya que el entender y predecir el comportamiento del otro es uno de los factores de mayor relevancia en la interacción social. La afectación en dicha área trae aparejadas consecuencias significativas, no solo en el ámbito social, sino también académico y profesional del individuo, afectando considerablemente la vida socio laboral.

En segundo lugar, se procedió a analizar la teoría de la mente cognitiva en pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica, donde se hallaron diferencias significativas a favor del grupo de participantes sin trastorno bipolar. La teoría de la mente cognitiva explica la capacidad para interpretar las emociones del otro. La teoría de la mente cognitiva, es la que habla de las personas, las relaciones entre ellas, las relaciones con uno mismo y la valoración de las propias acciones dentro del contexto social. Es la habilidad para hacer inferencias con respecto a las creencias de las otras personas (Ortega García et al., 2012).

Asimismo, alteraciones en dicha área sugieren un desajuste en el ámbito social. Los resultados obtenidos, apoyan la segunda hipótesis en la que se sugiere que los pacientes con trastorno bipolar presentan fallas en el desempeño de teoría de la mente cognitiva. Hecho por el cual presentan fallas en el reconocimiento de estados mentales cognitivos de terceros y en la percepción de causalidad, es decir que se les dificulta comprender las relaciones causa-efecto. Son pacientes a los que se les hace difícil el poder detectar cuando alguien dijo algo inapropiado sin mala intención.

El estudio realizado por Vazquez et al. (2012) encuentra en su investigación que los pacientes bipolares eutímicos, presentan un deterioro en el desempeño de la teoría de la mente cognitiva un poco mas marcado que el de la teoría de la mente emocional.

Otro trabajo realizado por Ruiz-Murugarren et al. (2011), ha hallado alteraciones en la faceta cognitiva de la TOM, pero no en la afectiva. Recientes instrumentos de TOM basados en tests video-realistas han encontrado alteraciones en los procesos de TOM cognitiva, pero no en los de la TOM afectiva, esto puede deberse a que un instrumento que presente imágenes realistas, facilitaría en gran medida el reconocimiento de expresiones faciales.

La tercera hipótesis expone la diferencia entre el desempeño en teoría de la mente cognitiva y teoría de la mente emocional, en el grupo de pacientes con trastorno bipolar. Los resultados de los análisis estadísticos mostraron que no hay una diferencia significativa en el desempeño del grupo de pacientes entre ambas variables.

Existe un deterioro de la TOM en pacientes con trastorno bipolar y está comprobado por varios estudios como los de Martino et al. (2011), Harare et al. (2009), Zarate et al. (2000) y Montag et al. (2009). Solo una investigación de las citadas anteriormente, estudió las diferencias entre el aspecto cognitivo y el aspecto emocional de la teoría de la mente, y es el de Vazquez et al. (2012). Esta investigación, coincide en que hay un deterioro de la TOM y agrega que el aspecto cognitivo de la misma se encuentra más deteriorado que el aspecto emocional. El presente trabajo no pudo corroborar que existe dicha desigualdad ya que, si bien encuentra diferencia entre ambos aspectos, no observa que la misma sea significativa.

La cuarta hipótesis planteada en el presente trabajo, se refiere a la relación entre el desempeño deficitario de la TOM y su relación con la edad del primer episodio agudo. El análisis estadístico sugiere que no existe relación entre la edad del primer episodio agudo y el mal desempeño en la teoría de la mente. Los resultados obtenidos en el presente objetivo se encuentran en concordancia con el trabajo realizado por Bonin et al. (2012) en el que afirma que los déficits neurocognitivos en el trastorno bipolar aparecen antes de el

primer episodio agudo, aún en la fase prodrómica de la enfermedad y no se relacionan con estos. Otros autores que han investigado acerca de los primeros episodios agudos y su impacto en la cognición social, arriban a la misma conclusión donde la edad de inicio no se relaciona con el deterioro en dichas áreas (Wolf et al.,2010).

Los episodios agudos muchas veces son difíciles de diagnosticar ya que dependiendo del tipo de bipolaridad muchas veces se pueden confundir con activaciones emocionales ordinarias no atribuyéndole la importancia ni peso propio de una patología.

Si bien, varias líneas de investigación acuerdan con estos resultados, Bonin et al. (2012) MacQueen, Young et al. (2000), Wolf et al. (2010), existe una investigación realizada por Lahera et al. (2012), que sostiene que existe relación entre el déficit en la TOM y los episodios psicóticos. Postula que las fallas en el desempeño de la teoría de la mente se encuentran correlacionadas negativamente con el número de episodios psicóticos. Es decir, a mayor número de episodios agudos mayor deterioro. Sin embargo no encuentra relación entre la edad del primer episodio y el déficit en el desempeño de la teoría de la mente.

Por todo lo expuesto anteriormente y a modo de conclusión general, se puede inferir que, según los resultados obtenidos en el presente trabajo, los pacientes con trastorno bipolar, aún en la fase eutímica de su enfermedad, presentan déficits en el desempeño de teoría de la mente, en sus dos variables, tanto la cognitiva como la emocional. Siendo este deterioro levemente mayor, pero no de una manera significativa, en la variable cognitiva. Dichas fallas en el desempeño no se correlacionan con la edad de inicio de la enfermedad.

5.1 Limitaciones

La limitación más característica del presente trabajo integrador final hace referencia al tamaño de los grupos estudiados. Al ser la muestra tan pequeña no permite evidenciar de manera clara una asociación significativa. La limitación respecto al reducido número de participantes se encuentra relacionada a diversas restricciones respecto a la institución, el tiempo, y los criterios de inclusión planteados en el trabajo.

Asimismo, otra limitación a tener en cuenta tiene base en la inespecificidad respecto al diagnóstico y los subtipos de bipolaridad, pudiendo expresar éstas diferencias en el rendimiento en la cognición social. El trastorno bipolar I afecta aproximadamente al 1% de la población mundial, mientras que el trastorno bipolar II tiene una prevalencia 4 o 5 veces mayor que el trastorno bipolar I (Akiskal & Vazquez, 2006).

Siguiendo en la misma línea de limitaciones, la inespecificidad en cuanto al primer episodio agudo en las historias clínicas opaca la correlación con respecto a la teoría de la mente, ya que por ejemplo en los pacientes con trastorno bipolar tipo II, el episodio hipomaniaco difícilmente sea percibido tanto por el paciente como por el entorno, como un síntoma o como una conducta extraña (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) y de ésta manera puede resultar en errores en el diagnóstico, que luego se verán plasmados en la historia clínica.

La imposibilidad de excluir la influencia de los psicofármacos en los resultados, presenta una desventaja, no pudiéndose precisar la influencia de los variados fármacos prescritos a los pacientes con trastorno bipolar, en el funcionamiento cognitivo. Martino et al. (2011) expresan esta problemática en su estudio realizado en la ciudad Buenos Aires, en él aportan evidencia de déficits en el desempeño de teoría de la mente en pacientes bipolares en fase eutímica, pero no pueden precisar de forma exacta si dicho déficit se debe a un deterioro cognitivo producto de la enfermedad o a los efectos secundarios de la medicación.

5.2 Relevancia clínica

Los resultados reflejados en el presente trabajo pueden ofrecer información de interés tanto para los pacientes, sus familiares, así como también para los profesionales dedicados a la detección, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con trastorno bipolar.

La atribución de pensamientos o emociones hacia con el otro nos permite ordenarnos como individuos ajustándonos a los parámetros y convenciones sociales. La alteración en esta área, conlleva a una conducta disruptiva

sancionada socialmente. Es por esto mismo, que una psicoeducación resulta muy relevante tanto para los pacientes como para los círculos más cercanos a ellos.

Una adecuada psicoeducación puede prever las fallas en distintas situaciones socio laborales y puede diseñar un efectivo tratamiento con técnicas compensatorias que colaboren a un exitoso desempeño en la vida cotidiana del individuo.

La información brindada por este tipo de estudio ofrece una oportunidad para comprender más claramente aspectos específicos del trastorno y sus alteraciones neuropsicológicas. Esta comprensión podría traducirse en maneras más eficaces de responder a las demandas socio laborales y familiares. El apoyo familiar resulta de gran relevancia en este tipo de patologías y no es muy frecuente hallarlo presente ya que la familia tiende a frustrarse, enojarse o inclusive ignorar a la persona afectada incapaz de leer sus intenciones o estados emocionales.

5.3 Nuevas líneas de investigación

Basando el presente apartado en las limitaciones presentadas anteriormente, las nuevas investigaciones deberían incluir no solo una muestra más importante en cuanto al número de participantes, sexo de los mismos, sino que también sería interesante poder manipular la variable de la medicación para de esa forma poder ver su efecto en el rendimiento neurocognitivo.

Otro objetivo de gran relevancia considerando futuras investigaciones resultaría una clara distinción de los subtipos de bipolaridad pudiendo precisar la muestra y las posibles alteraciones neuropsicológicas en cada una de ellas.

Las nuevas líneas de investigación deberían considerar trabajar con tests que presenten imágenes más realistas o bien administrar más de un test por variable de la TOM. Como así también sería de gran importancia, poder utilizar instrumentos desarrollados especialmente para la población argentina.

5.4 Perspectiva crítica

La falta de validación en nuestro país respecto a numerosos test neuropsicológicos, como por ejemplo el utilizado en el presente trabajo, el Faux Pas, obliga a que se deban tomar referencias externas que no albergan las sutilezas sociodemográficas de la población pertinente, hecho que resulta fundamental al evaluar a los pacientes que concurren a un hospital.

En esta misma línea, resulta necesario destacar el escaso número de pruebas existentes para medir la teoría de la mente cognitiva y emocional.

Otro aspecto que debe ser tenido en cuenta, es que la muestra representada en el presente trabajo está compuesta solamente por integrantes de sexo masculino, de esta manera no sería muy representativa ya que el trastorno bipolar, por ejemplo de tipo II, es más frecuente en mujeres y su prevalencia es del 5% (Kaplan & Saddock, 1999).

5.5 Aporte personal

En función de las tareas realizadas durante la práctica profesional, y la elaboración del presente trabajo final de integración, considero que fue mucho lo aprendido. Pude articular la teoría con la práctica y de esa manera todos los conocimientos con los que había llegado al hospital el primer día cobraron otro sentido. Al finalizar la práctica entendí que es lo que tenía que hacer con las herramientas que me habían sido dadas a lo largo de la carrera.

El desarrollo del presente trabajo fue enriquecedor, en muchas formas, me dejó estar en contacto con los pacientes, me enseñó que si bien en un paciente psiquiátrico el deterioro cognitivo (y muchas veces físico) es muy marcado, no todas las áreas están afectadas, y que aún así, es posible plantear una rehabilitación, que permita tanto al paciente como a sus familiares aspirar a una mejor calidad de vida.

6 Referencias Bibliográficas

Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. México: UNAM.

Akiskal, H. (2008). The Emergence of the Bipolar Spectrum: Validation along Clinical, Epidemiologic and Familial-Genetic Lines. *Psychopharmacological Bulletin*, 40(4), 99-115.

Akiskal, H.S., Cetkovich Bakman, M.G., García Bonetto, G., Strejilevich, S.A. & Vázquez, G.H. (2007). *Trastornos bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Médica panamericana.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (5ta. Ed.) Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2000) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (4ta. Ed.) Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M, & Frith, U. (1985) Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*, 21, 37-46.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. & Jolliffe, T. (1997). Is there a "language of the eyes"? Evidence from normal adults, and adults with autism or Asperger Syndrome. *Visual Cognition*, 4, 311-331.

Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R. & Paisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 29,407-18.

- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001) The reading the mind in the eyes. Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 42, 241-51.
- Bonnín, C.M., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Solé, B., Reinares, M., Rosa, A.R., Goikolea, J.M., Benabarre, A., Ayuso-Mateos, J.L., Ferrer, M., Vieta, E. & Torrent, C. (2012). Subthreshold symptoms in bipolar disorder: Impact on neurocognition, quality of life and disability. *Journal of Affective Disorders*, 136, 650–659. doi:10.1016/j.jad.2011.10.012
- Butman, J. (2007). Evaluación de la cognición social. En Burín,D., Drake, M.A., Harris, P. (Comp.). *Evaluación neuropsicológica en adultos*. (pp.331-343). Buenos Aires: Paidós.
- Butman, J., Arizaga, R.L., Harris, P., Drake, M., Baumann, D., De Pascale , A., Allegri, R.F., Mangone, C.A. & Ollari (2001). El Mini Mental State Examination en español. Normas para Buenos Aires. *Revista de Neurología Argentina* 26, 1:11-15.
- Colom F., Vieta, E., Martínez Arán, A., García, M., Reinares, M., Torrent, C., Goikolea, J., Banus, S. & Salamero, M.(2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la escala de Young. *Med Clin (Barc)*, 119, 366-371.
- De Simone, V., Serrano, C.,Allegri, R. (2007).Introducción a la evaluación neuropsicológica. En D. Burin, M. A. Drake, P. Harris (Comp.). *Evaluación neuropsicológica en Adultos*. (pp. 63-96). Buenos Aires: Paidós.
- Drake, M. & Torralva, T. (2007) Evaluación de las funciones ejecutivas. En D. Burín, M.A. Drake, P. Harris (Comp.). *Evaluación neuropsicológica en adultos*. (pp.300-330). Buenos Aires: Paidós.

- Estévez, A., García, C. & Barraquer, L. (2000). El cerebro ejecutivo. *Revista Neurologica*. 31 (6) 566 – 577.
- Flaherty, J., Channon, R. & Davis, J. (1988). *Psiquiatría: diagnóstico y tratamiento*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Frank, E., Frankel, D., & Swartz, H. A. (2008). Psychotherapie interpersonnelle et des rythmes sociaux (PTIRS) dans le trouble bipolaire II: structure du traitement et exemples cliniques. *Sante Mentale au Quebec*, 33(2), 151+
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975) Mini mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *The Journal of psychiatry*.12(3)189-198.
- García García, E.; González Marqués, J. & Maestú Unturbe, F. (2011) Neuronas espejo y Teoría de la Mente en la explicación de la empatía. *Ansiedad y Estrés*. 17(2), 265-279.
- Green, M. F., Olivier, B., Crawley, J. N., Penn, D. L. & Silverstein, S. (2005) Social Cognition in Schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 882-887.
- Hamilton, M. (1960) A rating scale for depression. *Journal of Neurological Psychiatry*. 23, 56-62.
- Kaplan, H., Sadock, B. (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Lahera, G., Ruiz-Murugarren, S., Iglesias, P., Ruiz-Bennasar, C., Herrería, E. & Montes, J.M. (2012) Social cognition and global functioning in bipolar disorder. *The Journal of nervous and mental disorder*, 200, 135-41.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badía, X., Baró, E. & el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y la ansiedad. *Med Clin (Barc)*, 118 (13), 493-499.
- MacQueen, G.M., Young, L.T., Robb, J.C., Marriott, M., Cooke, R.G. & Joffe, R.T. (2000) Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 101, 374-381.
- Migueluez-Pan, M., Pousa, E., Cobo, J., & Duno, R. (2014). Cognitive executive performance influences functional outcome in euthymic type I bipolar disorder outpatients. *Psicothema*, 26, 166+.
- Miranda, M; Pruvost, L; González M.L., Rimoldi, P., Viale, J, & Cáceres, E. (2015) Perfiles neuropsicológicos, una revisión sistemática. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 9, 30-48. doi:10.7714/CNPS/9.2.202
- Montag, C, Ehrlich, A., Neuhaus, K., Dziobek, I., Heekeren, H.R., Heinz, A. & Gallinat, J. (2009) Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. *Journal of Affective Disorders* 123, 264-269.
- Ortega García, H., Tirapu Ustárruz, J., & López-Goñi, J. J. (2012). Valoración de la cognición social en esquizofrenia a través del test de la mirada. Implicaciones para la rehabilitación. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30, 1-39.

- Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515-526. doi:10.1017/S0140525X00076512
- Ruiz-Murugarren, S., García-Ramos, P., & Lahera, G. (2011). Déficit de cognición social en el trastorno bipolar: relevancia y estrategias de rehabilitación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 1-99.
- Samame, C., Martino, D.J. & Strejilevich, S.A. (2012). Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 266–280.
- Serrano, C. & Allegri, R.F. (2006). Adult Eyes Test – Español. Hospital Zubizarreta, Department of Neurology and Neuropsychology. Recuperado Noviembre 2015 de http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests
- Shamay-Tsoory, S., Harare, H., Szepensenwol, O. & Levkovitz, Y. (2009). Neuropsychological evidence of impaired cognitive empathy in euthymic bipolar disorder. *Neuropsychiatry clinical neuroscience*, 21, 59-67.
- Vázquez, G., Barrera, A., Lolich, M., Herbst, L. & Tannenhaus, L. (2012) Teoría de la mente y funcionalidad en pacientes bipolares en remisión sintomática. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 6, 67-74.
- Vazquez, C. & Sanz, J. (1995). Trastornos del estados de ánimo. Aspectos clínicos. En Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. *Manual de psicopatología*.(pp.300-337). Madrid: McGraw-Hill.
- Wimmer, H. & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining functions of wrong beliefs in Young children understanding of deception. *Cognition*. 13, 103-128.

- Wolf, F., Brüne, M., & Assion, H.J. (2010). Theory of mind and neurocognitive functioning in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12: 657–666.
- Wormer, E. J. (2004). *Bipolar: Depresión y manía. Vivir con emociones extremas*. Buenos Aires: RobinBook.
- Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E. & Meyer, D.A. (1978) A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British Journal of Psychiatry*.133, 429-435.
- Zarate, C.A. Jr., Tohen, M., Land, M., Cavanagh S. & Tsuang, M.T., (2000) Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatr Quarterly*. 71, 309-329.

7 Anexos