

Facultad de Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Integración

¿Trastorno Bipolar o dimensiones dentro del Espectro Bipolar?

Un estudio de caso único

Autor: Magalí Pintado

Profesor Tutor actuante: Dr. Gustavo Vázquez

INDICE

2.OBJETIVOS.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	4
4. MÉTODO.....	30
5. DESARROLLO.....	37
6.CONCLUSIONES.....	49
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
8. ANEXO.....	58

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Final de Integración de la Licenciatura en Psicología surgió como resultado de la pasantía realizada en una institución que se dedica a la asistencia, prevención, formación e investigación en Salud Mental. Se trabaja en dos equipos por un lado, el equipo de clínica general atiende consultas relacionadas con desarrollo personal y crisis vitales, psicopatología, psicodiagnóstico y evaluación neurocognitiva, y terapia familiar y de pareja. Por otro lado, el equipo de DBT (Terapia Dialéctico Comportamental) es aquel que se dedica al tratamiento de pacientes con riesgo de suicidio, conductas autolesivas, problemas alimentarios y uso y abuso de psicofármacos y drogas. Estos profesionales conforman un Foro, único grupo en Argentina con entrenamiento formal por parte de Behavioral Tech (institución fundada por Marsha Linehan, desarrolladora del modelo DBT para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad). Además, se brinda un espacio para la comunidad LGBT.

Las actividades realizadas en el marco de la pasantía incluyen: asistencia a cursos dirigidos a psicoterapeutas (entre ellos, Ver Clínica, Entrenamiento en Mindfulness, Entrenamiento en Habilidades para terapeutas), concurrencia a clases de la Formación en Terapias Cognitivas Contemporáneas, presencia en las reuniones de los equipos de clínica general y DBT, participación en un grupo de Entrenamiento en Habilidades para pacientes con desregulación emocional, y tareas vinculadas al área de investigación (construcción de formularios online y participación en un estudio descriptivo de la población de consultantes de la institución), así como también actividades de traducción de inglés a castellano de material bibliográfico empleado en clases del curso de Mindfulness.

El interés por la temática abordada en este trabajo nace de la inquietud generada a partir de la escucha de lo discutido por los profesionales en reuniones del equipo de DBT sobre la disquisición entre el diagnóstico de trastorno límite de personalidad y trastorno bipolar, y sobre el trastorno bipolar entendido como una entidad diagnóstica categórica o como un espectro diagnóstico dimensional. Asimismo, son de interés las implicancias que cada lectura tiene en relación a la eficacia del tratamiento brindado respecto del caso único contemplado en este trabajo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Evaluar la sintomatología psiquiátrica general, las características del estado de ánimo, del temperamento y de la personalidad de una paciente que llega con diagnóstico de trastorno bipolar II, y proponer una hipótesis diagnóstica alternativa desde la perspectiva del Espectro Bipolar.

2.2. Objetivos específicos

1.2.1. Describir las conductas problema vinculadas al abuso de sustancias y los antecedentes de tratamiento de una paciente que llega con diagnóstico de trastorno bipolar II.

1.2.2. Evaluar la sintomatología psiquiátrica general y las características del estado de ánimo, del temperamento y de la personalidad de la paciente al inicio del tratamiento.

1.2.3. Proponer una hipótesis diagnóstica alternativa del caso desde la perspectiva del Espectro Bipolar.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Trastornos del estado del ánimo

Kaplan y Sadock (1999) consideran que el estado del ánimo de una persona puede ser normal, deprimido o elevado. Las personas pueden comúnmente experimentar una amplia gama de estados de ánimo y expresiones afectivas, y experimentan una sensación de control sobre dicho estado de ánimo y afectividad. Sin embargo, quienes presentan un trastorno del estado del ánimo no perciben esa sensación de control y suelen experimentar un malestar generalizado. Cabe destacar que, a pesar de que a estos trastornos se los llame habitualmente trastornos afectivos, la cuestión central en ellos es el ánimo (entendido como el estado emocional interno continuo de una persona), en lugar del afecto (relativo a las expresiones externas del contenido emocional del momento presente).

Según Kaplan y Sadock (1999), el estado de ánimo elevado se corresponde con la manía y el estado de ánimo depresivo, con la depresión. Por un lado, los pacientes que cursan un episodio maníaco suelen reflejar expansividad, fuga de ideas, insomnio, autoestima exagerada e ideas de grandeza. Por el otro, los pacientes que atraviesan un episodio depresivo experimentan pérdida acusada de energía e interés, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa, alteraciones en el apetito y el sueño, e ideas de muerte o suicidio.

Fue Kraepelin quien, en 1899, describió una psicosis maníaco depresiva de características semejantes a los criterios actualmente empleados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) para diagnosticar un trastorno bipolar I. De acuerdo con Vázquez (2007), Bleuler (discípulo de Kraepelin) denominó trastornos afectivos al conjunto de patologías descritas por su maestro.

Vázquez (2007) considera que es un error no poco frecuente referirse a la depresión y al trastorno bipolar como si estos conceptos aludieran a dos grupos de desórdenes

completamente separados u opuestos. El autor menciona que algunos investigadores contemporáneos, tales como Ghaemi, Akiskal y Angst proponen considerar los trastornos afectivos como cuadros depresivos que pueden ser unipolares o bipolares. De esta forma, la depresión unipolar se caracteriza porque el único estado de ánimo experimentado es la eutimia (ánimo normal, distinto a la depresión), mientras que en la depresión bipolar el estado de ánimo fluctúa entre períodos de eutimia y estados de manía o hipomanía.

3.1.1. Episodios afectivos

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002) describe el episodio depresivo mayor a partir de los siguientes criterios: presencia de cinco (o más) de alguno de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio en la actividad previa (uno de esos síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida del interés o capacidad para el placer): 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día (se siente triste o vacío, exhibe llanto); 2. Pérdida o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito; 3. Insomnio o hipersomnias; 4. Agitación o enlentecimiento psicomotor; 5. Fatiga o pérdida de energía; 6. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, que pueden ser delirantes; 7. Disminución en la capacidad para pensar o concentrarse; 8. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Según APA (2002), un episodio maníaco se define por tener al menos una semana de duración, en la que el sujeto se siente eufórico, irritable, o presenta tres o más de los siguientes síntomas: sentimientos exagerados de importancia o grandiosidad, pensamiento acelerado, distraibilidad, escasa necesidad de dormir, verborragia, aumento de la actividad intencionada o excitación psicomotriz y una elevada implicación en actividades placenteras con altas probabilidades de tener consecuencias graves. Esta alteración del ánimo puede incluir síntomas psicóticos y/u hospitalización.

Los episodios hipomaníacos son similares a la manía, pero son menos severos y poco perjudiciales. Por lo tanto, no son tan graves como para generar deterioro social o laboral, o requerir internación, ni tampoco hay en ellos presencia de síntomas psicóticos (APA, 2002).

El DSM-IV-TR (APA, 2002) describe el episodio mixto a partir del cumplimiento de criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) durante al menos un período de una semana.

3.2. Trastorno bipolar

Otto y Applebaum (2010) describen el trastorno bipolar como una condición prevalente, crónica y limitante. Este desorden se caracteriza por períodos de inestabilidad afectiva, dados por la alternancia entre episodios depresivos repetidos y al menos un episodio maníaco o hipomaníaco.

3.2.1. Formas clínicas del trastorno bipolar según DSM-IV-TR

De acuerdo con Vázquez (2007), el trastorno bipolar I se define por al menos un episodio maníaco o mixto, con presencia o ausencia previa de un episodio depresivo mayor, mientras que el trastorno bipolar II se caracteriza por la presencia de por lo menos un episodio hipomaníaco, y uno o más episodios depresivos (APA, 2002).

El DSM-IV-TR (APA, 2002; como se cita en Vázquez, 2007) especifica que el trastorno ciclotímico se define por la presencia de períodos de sintomatología hipomaníaca y síntomas depresivos leves (que no llegan a cumplir los criterios de duración requeridos para un episodio afectivo mayor), durante al menos un período de dos años. Por su parte, el trastorno bipolar no especificado (NOS) es la categoría bajo la que se agrupan las presentaciones clínicas atípicas del trastorno bipolar, ya que éstas no cumplen con los criterios señalados para trastorno bipolar I, II o ciclotímico. Generalmente, bajo este último cuadro se incluyen pacientes con episodios depresivos mayores con rasgos de bipolaridad (dados por historia familiar de trastorno bipolar, manías o hipomanías secundarias inducidas por fármacos y síntomas hipomaníacos de menos de cuatro días de duración, entre otros).

De acuerdo con Otto y Applebaum (2010), los pacientes bipolares experimentan varios episodios depresivos antes de la manifestación del primer episodio maníaco o hipomaníaco, a la vez que la sintomatología depresiva generalmente es más frecuente que los síntomas maníacos o hipomaníacos.

3.2.2. Diagnóstico diferencial en bipolaridad

Reisner y Thompson (2006) consideran que la realización de un diagnóstico diferencial para discriminar los trastornos bipolares de otros cuadros de síntomas similares es una tarea compleja, dado que el grado de trastornos comórbidos en pacientes con trastorno bipolar es pronunciado.

Señalan, además, que cerca de dos tercios de los pacientes bipolares presentan un segundo trastorno del Eje I del DSM en el transcurso de sus vidas.

3.2.2.1. Diagnóstico diferencial entre trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor

Según Reisner y Thompson (2006), una de las áreas del diagnóstico diferencial que implica mayor significancia y problemas más graves en caso de falsos diagnósticos y tratamiento inadecuado para los pacientes bipolares es la distinción entre el trastorno depresivo mayor y los trastornos bipolares I y II. Una de las mayores implicancias que reviste la diferenciación entre ambos cuadros es el hecho de que la administración de un fármaco antidepresivo a un paciente con trastorno bipolar (I o II) cuando atraviesa un episodio depresivo, sin agregar un estabilizador del estado del ánimo, implica un aumento acentuado en la probabilidad del riesgo de inducción de episodios maníacos o hipomaníacos. Es importante tener en cuenta que la gran mayoría de pacientes con trastorno bipolar I o II presenta inicialmente una fase depresiva, a la vez que suelen experimentar períodos de depresión mayor entre episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos. Es también altamente probable que pacientes que atraviesan una fase depresiva no reporten antecedentes de manía o hipomanía. Por lo tanto, es fundamental un relevamiento de su historia personal, al que se incorpore información

aportada por familiares y allegados. Reisner y Thompson (2006) destacan la utilidad del enfoque longitudinal para la evaluación, en comparación con la de las muestras representativas, debido a la naturaleza cíclica y crónica de los trastornos anímicos.

Reisner y Thompson (2006) consideran que el trastorno bipolar (I o II) suele presentar una edad de aparición más temprana que el trastorno depresivo mayor, y dicha aparición suele ser más aguda en los casos de bipolaridad. Por otra parte, los episodios anímicos son menos frecuentes en el trastorno depresivo mayor. El trastorno bipolar exhibe una mayor probabilidad de características atípicas (retardo psicomotor, agitación, hiperinsomnio, entre otros) y psicóticas, al igual que una mayor probabilidad de historial de intentos de suicidio. Por último, los autores mencionan que las tasas de familiares con episodios maníacos o hipomaníacos o con otros trastornos psiquiátricos son más elevadas en el trastorno bipolar, así como también lo es la tasa de comorbilidad con trastornos por sustancias.

3.2.2.2. Diagnóstico diferencial entre trastorno bipolar I y trastorno bipolar II

Si bien el diagnóstico diferencial entre trastorno bipolar I y II es relativamente sencillo al presentarse el paciente durante el curso de un episodio maníaco o hipomaníaco (a partir del daño notable y la elevada probabilidad de síntomas psicóticos asociados a la manía), Reisner y Thompson (2006) mencionan que, al presentarse el paciente en un estado deprimido (como sucede en la mayoría de los casos), la información para discernir entre la naturaleza maníaca o hipomaníaca de los episodios concomitantes debe obtenerse a partir de su historial, por reporte del paciente y sus familiares. Según Serreti (2002; como se cita en Reisner & Thompson, 2006), algunas características adicionales que permiten distinguir entre ambos tipos de bipolaridad son: el daño funcional durante el episodio es mayor en el tipo I; la probabilidad de regreso al funcionamiento previo es mayor para el tipo II; el temperamento ciclotímico es más frecuente en el tipo II, así como también lo es el carácter más crónico de los episodios depresivos mayores y menores. Además, en el tipo II se evidencia mayor comorbilidad con trastornos de ansiedad, y mayor tasa de sintomatología depresiva atípica. Por último, en el tipo II hay una mayor duración de episodios menos graves, pero también es mayor el riesgo de suicidio.

Sin embargo, cabe mencionar que la investigación de Rosa et al. (2010) reflejó que los pacientes con trastorno bipolar tipo II presentan un daño funcional semejante al de los pacientes bipolares tipo I. Partiendo de estudios anteriores en los que se evidenció que la limitación funcional propia de las fases agudas del trastorno bipolar continúa presente incluso en períodos de remisión (Calabrese et al., 2003; Tohen et al., 2005; Goetz et al., 2007; como se cita en Rosa et al., 2010), Rosa et al. (2010) estudiaron el daño funcional en pacientes con trastorno bipolar II (comparándolos con sujetos bipolares tipo I y controles sanos), en tanto la gran mayoría de investigaciones hasta el momento se había basado en pacientes con trastorno bipolar I, o bien incluían una pequeña muestra de sujetos bipolares II, pero en ellos no se comparaba de manera explícita a ambos grupos. Para hacerlo, se evaluó el funcionamiento global y el desempeño en seis áreas específicas en estos pacientes en remisión: autonomía, funcionamiento ocupacional, cuestiones financieras, relaciones interpersonales, ocio y funcionamiento cognitivo. En las cinco primeras categorías, el daño funcional reflejado fue semejante en pacientes con trastorno bipolar I y II. Sin embargo, se vio que el desempeño

cognitivo fue peor en los pacientes bipolares II. Esto parece vincularse con la sintomatología depresiva que, a niveles sindrómicos o subsindrómicos, fue asociada con el pobre rendimiento psicosocial (Simon et al., 2008, 2007; Kauer-Sant'anna et al., 2009; Tabarés-Seisdedos et al., 2008; como se cita en Rosa et al., 2010). Ayuso-Gutiérrez y Ramos-Brieva en 1982, Casano y Savino en 1997, y Benazzi en 2001 (como se cita en Rosa et al., 2010) han referido que los pacientes con trastorno bipolar II experimentan episodios depresivos más severos y largos, y mayor cantidad de síntomas depresivos residuales que aquellos con trastorno bipolar I. Por su parte, MacQueen et al. (2000; como se cita en Rosa et al., 2010) vieron que los episodios depresivos mayores generan una mayor limitación funcional que los episodios maníacos o hipomaníacos. Rihmer (2005; como se cita en Rosa, 2010) demostró que los episodios depresivos mixtos aumentan el riesgo de intentos de suicidio, puntualmente en pacientes con trastorno bipolar II. Según Rosa et al. (2008b; como se cita en Rosa et al., 2010), que el riesgo suicida sea más elevado en pacientes con trastorno bipolar II (en comparación con bipolares tipo I) explica, en parte, por qué los pacientes bipolares II suelen presentar un funcionamiento pobre, especialmente en cuanto a las esferas cognitiva y ocupacional.

3.2.2.3. Diagnóstico diferencial entre trastorno bipolar y trastorno anímico inducido por sustancias

Reisner y Thompson (2006), al hacer referencia al diagnóstico diferencial entre trastorno bipolar I (episodio maníaco o mixto en curso) y trastorno anímico inducido por sustancias, consideran dos tiempos: durante la intoxicación y durante la abstinencia. Cuando la sintomatología aparece durante la intoxicación con sustancias, el trastorno anímico se presenta exclusivamente en asociación con el consumo. En la aparición de síntomas durante la abstinencia, el trastorno anímico se presenta durante un mes siguiente al fin del consumo. Entre los signos y síntomas comunes con los estados maníacos, se destaca el estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. En cuanto a los episodios mixtos, puede presentarse una combinación de síntomas maníacos y depresivos, con estado de ánimo deprimido y abulia o anhedonia.

3.2.2.4. Diagnóstico diferencial entre trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad

Por último, Reisner y Thompson (2006) refieren al diagnóstico diferencial entre el trastorno bipolar (I o II) y el trastorno límite de la personalidad. Los autores señalan como puntos en común entre ambos trastornos los problemas de los pacientes en materia de inestabilidad afectiva como resultado de la dificultad para regular emociones (desregulación emocional), impulsividad y períodos significativos de síntomas depresivos (en los que puede haber ideación suicida). Estas características compartidas pueden solaparse, por lo que los autores recomiendan evitar un diagnóstico diferencial durante un episodio agudo. Agregan, además, que los pacientes bipolares con ciclado rápido (más de cuatro episodios anímicos en el transcurso de un año) tienen mayores probabilidades de recibir un falso diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

3.2.3. Comorbilidad en bipolaridad

3.2.3.1. Comorbilidad entre trastorno bipolar y trastornos de la ansiedad

La comorbilidad con ansiedad permite predecir una mayor severidad en el curso del trastorno bipolar (Cassano et al., 1999; McElroy et al., 2001; Boylan et al., 2004; Otto et al., 2006; como se cita en Nakagawa et al., 2008). Según McElroy et al (2001; como se cita en Shalini Theodore, Ramírez Basco & Biggan, 2012), no es infrecuente que los pacientes bipolares experimenten ansiedad considerable, que puede manifestarse en diversas formas. Shalini Theodore et al. (2012) mencionan que algunos síntomas de ansiedad, tales como irritabilidad y agitación psicomotora pueden estar presentes tanto en la fase maníaca como en la depresiva del trastorno bipolar.

Como consecuencia de la elevada comorbilidad entre trastorno bipolar y trastorno por pánico y ante reportes de ideación suicida más severa en esos pacientes (Weissman et al., 1989; Fawcett et al., 1990; Johnson et al., 1990; Young et al., 1993; Chen et al., 1996; Mc Elroy et al., 2001; Henry et al., 2003; Boylan et al., 2004; Otto et al.; como se cita en Nakagawa et al., 2008), Nakagawa et al. (2008) analizaron específicamente el efecto de la comorbilidad entre trastornos de la personalidad del Cluster B y trastornos de ansiedad sobre la ideación suicida en pacientes con trastorno bipolar.

Este estudio reflejó que los pacientes bipolares con trastornos de la ansiedad exhibían un número de intentos de suicidio pasados semejante al de los pacientes bipolares sin ansiedad comórbida. Incluso, se vio que la ideación suicida era menos severa en aquellos pacientes con ansiedad. Los resultados fueron similares cuando se examinó la comorbilidad entre trastorno bipolar y trastorno por pánico, puntualmente.

Otros estudios sugieren un efecto protector de la ansiedad con respecto a la conducta suicida en una muestra mixta de sujetos con trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar (Placidi et al., 2000; como se cita en Nakagawa et al., 2008) y en una muestra pura de personas con trastorno depresivo mayor (Grunebaum et al., 2005; como se cita en Nakagawa et al., 2008). De acuerdo con Nakagawa et al. (2008), esto podría vincularse con la asociación entre la ansiedad y el miedo a eventos futuros como el daño físico o la muerte.

Por otro lado, Nakagawa et al. (2008) hallaron una mayor correlación con ideación suicida severa y mayor probabilidad de intentos suicidas previos en sujetos bipolares con comorbilidad de trastornos de personalidad del Cluster B. Es posible que este riesgo elevado de conducta suicida en estos trastornos de personalidad se vincule, en parte, con la presencia de rasgos de agresividad e impulsividad, que constituyen factores de riesgo de suicidio (Mann et al., 1999; Horesh et al., 2003; Michaelis et al., 2004; como se cita en Nakagawa et al., 2008).

3.2.3.2. Comorbilidad entre trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias

El DSM-IV-TR (APA, 2002) define el abuso de sustancias como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias caracterizado por uno o más de los siguientes, por un período de 12 meses: incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa; consumo en situaciones en que es físicamente peligroso hacerlo; problemas legales repetidos; y consumo continuado a pesar de los problemas sociales que trae como consecuencia. Por otro lado, la dependencia de sustancias se define por la presencia de tres o más de los siguientes, durante un período de 12 meses: tolerancia; abstinencia; consumo en cantidades crecientes o por un período de tiempo mayor al que se pretendía; esfuerzos infructuosos por interrumpir el

consumo; empleo de gran cantidad de tiempo en actividades vinculadas a la sustancia (obtención, consumo o recuperación de sus efectos); reducción de actividades sociales, laborales o recreativas; continuación del consumo a pesar del conocimiento de sus efectos psicológicos y físicos (APA, 2002).

Regier et al. (1990; como se cita en Brown, Sunderajan, Hu, Sowell & Carmody, 2012) hallaron un 61% de prevalencia de abuso de sustancias en trastorno bipolar I y un 48% entre pacientes bipolares II. El abuso y la dependencia de sustancias estimulantes, como la cocaína, son comunes entre las personas con trastorno bipolar. Mueser et al. (1992; como se cita en Brown et al., 2012) vieron una prevalencia de abuso de estimulantes del 34% entre pacientes bipolares hospitalizados.

Albanese y Pies (2004) consideran que, entre pacientes con trastornos del estado del ánimo, la mayor comorbilidad está dada entre trastorno bipolar y abuso o dependencia de alcohol. Winokur et al. (1995; como se cita en Albanese & Pies, 2004) realizaron un estudio en el que compararon pacientes bipolares con controles sanos y encontraron que el 16% de los controles eran alcohólicos, frente al 73% de los pacientes bipolares.

Según Albanese y Pies (2004), el abuso de sustancias aumenta el riesgo y complica el cuadro de los sujetos bipolares. Por ejemplo, se han observado tasas más elevadas de episodios mixtos y manía de ciclado rápido en pacientes bipolares alcohólicos, siendo estos pacientes más resistentes al tratamiento con litio, tardando más tiempo en recuperarse (Dunner et al., 1976; Himmelhoch, 1976; Keller et al., 1986; Post et al., 1991; como se cita en Albanese & Pies, 2004).

Además, los pacientes bipolares con un trastorno por abuso de sustancias comórbido presentan un inicio más temprano del trastorno afectivo, mayor probabilidad de tener un trastorno comórbido del Eje I del DSM-IV (APA, 1994; como se cita en Albanese & Pies, 2004), niveles más altos de ansiedad y mayor cantidad de internaciones psiquiátricas (Reich, Davies & Himmelhoch, 1974; Brady et al., 1991; Young et al., 1993; Sonne, Brady & Morton, 1994; como se cita en Albanese & Pies, 2004). Feinman y Dunner (1996; como se cita en Albanese & Pies, 2004) vieron que los intentos de suicidios son también más frecuentes entre pacientes bipolares alcohólicos que en aquellos que no padecen alcoholismo. En un estudio de cohorte, Winokur et al. (1999; como se cita en Albanese & Pies, 2004) hallaron que el abuso de alcohol disminuyó en el tiempo al conseguir los pacientes estabilización anímica efectiva. De la misma forma, se ha visto que las enfermedades psiquiátricas vuelven menos efectivo el tratamiento por abuso de sustancias, a la vez que la eficacia de este tratamiento disminuye cuando el trastorno psiquiátrico empeora (McLellan et al., 1983; como se cita en Albanese & Pies, 2004). Quello, Brady y Sonne (2005) consideran que, en general, las teorías propuestas para explicar la alta co-ocurrencia del abuso de sustancias y los trastornos del estado del ánimo caen dentro de alguna de las siguientes tres categorías. Una de estas teorías supone que los efectos patológicos de un trastorno afectivo o por uso de sustancias puede aumentar el riesgo de desarrollo del otro. Por ejemplo, el trastorno del estado del ánimo puede motivar el consumo de drogas y alcohol para lidiar con los estados afectivos negativos. Así, las sustancias pueden minimizar o moderar inicialmente los síntomas afectivos, pero la abstinencia y el abuso crónico

exacerban la degradación anímica, conduciendo a un mayor abuso y finalmente a la dependencia.

Este modelo de automedicación sugiere, entonces, que los trastornos afectivos aumentan el riesgo de abuso de sustancias, pero lo opuesto es también posible. El abuso crónico de sustancias puede desenmascarar un trastorno bipolar u otros trastornos del estado del ánimo, en el sentido de que puede disparar un aumento en la severidad de los síntomas, desde un nivel subclínico a uno clínicamente significativo. Esto sucede en sujetos genéticamente vulnerables, en los que las drogas exacerban cambios fisiopatológicos en sistemas de neurotransmisión o de transducción de señales que ya son anormales, a los que subyace el trastorno anímico (Markou, Kosten & Koob, 1998; como se cita en Quello et al., 2005).

La segunda teoría mencionada por Quello et al. (2005) refiere a la superposición de vías neurobiológicas. Tanto el alcohol como la cocaína sensibilizan las neuronas, y es esa sensibilización incrementada la que puede contribuir al pasaje de un uso ocasional a otro más frecuente e intenso. Esta explicación se basa en el modelo de kindling, asociado comúnmente a la epilepsia, por el que perturbaciones repetidas, como las que ocurren durante las convulsiones, sensibilizan a las neuronas, de manera que cuanto más sensibilizadas están, menos estimulación es requerida para excitarlas. Los trastornos afectivos suelen seguir un curso similar, de episodios sintomáticos cada vez más disruptivos seguidos por períodos de remisión cada vez más breves.

Esto puede sugerir que los trastornos del estado del ánimo también pueden intensificarse a partir del proceso de kindling (Post, Rubinow & Ballenger, 1984; como se cita en Quello et al., 2005).

Por lo tanto, esto permite suponer que, en individuos vulnerables, una tendencia neurobiológica subyacente a la sensibilización puede promover tanto la dependencia de sustancias como los trastornos del estado del ánimo.

En tercer lugar, Quello et al. (2005) destacan la importancia de factores de riesgo genéticos subyacentes para el desarrollo de abuso de sustancias y trastornos afectivos, demostrada a partir de numerosas investigaciones. Se ha visto que las familias con miembros con trastornos por uso de sustancias tienen más probabilidad de también tener miembros con trastornos del estado del ánimo, y viceversa, que aquellas que no los tienen. Esto da cuenta de la posibilidad de que algunas variantes genéticas puedan contribuir al riesgo de desarrollar ambas enfermedades.

Por su parte, Swann (2005) considera que el trastorno bipolar y el abuso de sustancias pueden ser en parte conceptualizados como trastornos de los sistemas reguladores de la motivación y la iniciación de la conducta. El trastorno bipolar y el abuso de sustancias se relacionan con una impulsividad aumentada, consistente con la desregulación en la iniciación de la conducta (Moeller, Barrat, Dougherty, Schmitz & Swann, 2001; Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham & Moeller, 2004; como se cita en Swann, 2005). Esta fuerte asociación entre el trastorno bipolar y el abuso de sustancias sugiere la existencia de mecanismos fisiológicos compartidos. Se cree que los pacientes con elevada susceptibilidad genética para el desarrollo de trastorno bipolar

pueden tener riesgo de episodios tempranos y una susceptibilidad aumentada al abuso de sustancias. Si esa predisposición genética es menor, se considera que podrían ser necesarios estresores farmacológicos o sociales, asociados al abuso de sustancias, para disparar un primer episodio afectivo (Swann, 2005).

3.3. Posturas encontradas: sobrediagnóstico de trastorno bipolar o nacimiento de un nuevo enfoque dimensional

Zimmerman, Ruggero, Chelminski y Young (2008) consideran al trastorno bipolar como un desorden serio caracterizado por morbilidad psicosocial significativa y mortalidad excesiva. Estos autores mencionan que, pocos años atrás, abundaban comentarios y artículos de investigación que sugerían que este trastorno era poco reconocido y detectado, y que muchos pacientes, especialmente aquellos diagnosticados con trastorno depresivo mayor, eran en realidad bipolares.

Incluso, destacan el hecho de que en los casos de aquellos que sí eran diagnosticados con trastorno bipolar, el tiempo transcurrido entre la búsqueda inicial de tratamiento y el diagnóstico correcto era de un promedio de diez años. El fracaso en reconocer y detectar este trastorno a tiempo en pacientes con depresión tuvo implicancias clínicas, tales como la baja prescripción de psicofármacos estabilizadores del ánimo y el incremento en el riesgo de ciclado rápido.

Sin embargo, Zimmerman et al. (2008) refieren que en los últimos años se ha producido el fenómeno opuesto, es decir, el sobrediagnóstico de trastorno bipolar. Los autores mencionan que han recibido pacientes con diagnóstico previo de trastorno bipolar, aunque no se identificó historia de episodio maníaco o hipomaníaco durante las evaluaciones, que incluían una entrevista semiestructurada (Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV, SCID-I) y observación clínica. A su vez, agregan que también han recibido pacientes con depresión en los que ellos hicieron el diagnóstico de trastorno bipolar. De todas formas, consideran que existe una mayor frecuencia de individuos falsos positivos que falsos negativos.

Tras una investigación, Zimmerman et al. (2008) comprobaron que existe sobrediagnóstico de trastorno bipolar, ya que la Entrevista SCID-I corroboró este diagnóstico en menos de la mitad de los casos que referían haber sido diagnosticados con este desorden.

Phelps (2006) vincula el potencial sobrediagnóstico de trastorno bipolar con una visión dimensional del mismo, por la que formas intermedias de este desorden (es decir, aquellos trastornos del estado del ánimo entre depresión unipolar y trastorno bipolar) son incluidas bajo un mismo cuadro. Según Otto y Applebaum (2010), ya a principios del siglo XX, fue Kraepelin quien inicialmente describió un continuum de bipolaridad entre la ciclotimia y el patrón maníacodepresivo completo. Kraepelin definió la ciclotimia como una forma débil de (o una predisposición hacia) un trastorno bipolar.

Vázquez (2007) considera que el constructo teórico de espectro afectivo refleja la creencia de que los trastornos anímicos encuentran sus orígenes en cuestiones hereditarias y/o biológicas y/o de desarrollo temprano semejantes, que luego se expresarán en fenotipos tales como las enfermedades unipolares o bipolares.

Por un lado, el beneficio potencial del abordaje del trastorno bipolar como un continuum puede ser la inclusión de cuadros psicopatológicos diversos bajo un único concepto organizador (dado por la inestabilidad anímica cíclica que caracteriza al trastorno bipolar) y la extensión en la aplicación de estrategias de tratamiento específicas para este trastorno a más pacientes. Por otro lado, la desventaja de este enfoque es el sobrediagnóstico potencial de diferentes características subclínicas que no deberían incluirse bajo la rúbrica del trastorno bipolar, ni compartir intervenciones con él. Como se mencionó, la disquisición entre la concepción del trastorno como continuum y las críticas al sobrediagnóstico ha estado presente desde los tiempos de Kraepelin, y continúa en la actualidad con las propuestas sobre la conceptualización de un Espectro Bipolar (Otto & Applebaum, 2010).

Paris (2009) señala que una de las razones que llevó a los psiquiatras a considerar el hecho de incorporar a este espectro a pacientes que no se incluían en otras categorías diagnósticas fue el hecho de que el litio ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la manía y en la prevención de recaídas. Por lo tanto, se pensó que en realidad podrían ser casos de trastorno bipolar. Este autor menciona que la evidencia más convincente para la redefinición de los diagnósticos fue que ciertos pacientes, inicialmente diagnosticados con esquizofrenia, podían ser tratados con litio de manera exitosa.

Sin embargo, Paris (2009) considera que la respuesta farmacológica por sí misma no puede establecer fronteras diagnósticas válidas. En última instancia, una prevalencia “inflada” podría conducir a la prescripción de drogas a pacientes que, en realidad, no se beneficiarían con ellas o que no las necesitan. Si drogas tales como los estabilizadores del estado del ánimo y los antipsicóticos fueran prescritas a un grupo de potenciales pacientes bipolares sin una adecuada confirmación diagnóstica, el concepto de Espectro Bipolar estaría generando una práctica clínica inadecuada.

Paris (2009) propone que la mejor alternativa a la interpretación de las variaciones en el estado de ánimo como fenómenos de bipolaridad es el concepto de inestabilidad o labilidad afectiva, o desregulación emocional. Éste alude a cambios breves en el estado de ánimo, que se caracterizan por su inestabilidad temporal, alta intensidad y lenta recuperación de los estados de disforia. Así, este constructo permite distinguir entre cambios en el ánimo de corta duración y desencadenados a partir de la interacción con el ambiente, de aquellos cambios en el ánimo de larga duración y espontáneos (vinculados los últimos al trastorno bipolar y la depresión unipolar).

La desregulación emocional, además, describe un fenómeno visible en pacientes con diversos trastornos psicopatológicos.

3.3.1. El trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad como categorías diagnósticas independientes

Desde una postura crítica respecto del Espectro Bipolar, Paris (2009) considera que la consecuencia de mayor importancia que traería la expansión de la bipolaridad sería el hecho

de que otros trastornos serían incluidos en el espectro y se beneficiarían de un tratamiento similar.

Entre ellos, pueden mencionarse la depresión unipolar, los trastornos de la conducta en niños y los trastornos de control de los impulsos. Respecto de estos últimos, es interesante agregar que se ha propuesto que aquellos trastornos de la personalidad que pueden presentar síntomas de impulsividad vinculados a la labilidad anímica podrían representar una forma de bipolaridad.

Sin embargo, Paris (2009) menciona que varios estudios han reflejado que, en pacientes con trastorno límite de personalidad, los cambios rápidos en el ánimo son cualitativamente distintos de aquellos vistos en el trastorno bipolar II. Además, Paris (2004), refiere que existe poca evidencia que refleje que las familias de pacientes con trastorno límite de la personalidad tengan mayor probabilidad de presentar una prevalencia mayor de trastorno bipolar I o II. En la misma línea, de acuerdo con Gunderson et al. (2006), sólo un grupo pequeño de investigaciones refiere a la interfase entre trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar, y de ellos, muy pocos apoyan la hipótesis de una relación dentro de un espectro entre estos trastornos.

Paris (2004) considera que la cuestión central es saber si la labilidad anímica es la causa del trastorno de la personalidad (como se propone desde la perspectiva del espectro bipolar), o si el trastorno de personalidad es la causa de la labilidad anímica (defendiendo el estatus de trastorno de la personalidad de la patología límite). Sin embargo, el autor considera que, así como es posible que la labilidad anímica refleje la existencia de un proceso patológico semejante en grupos diagnósticos diferentes, puede también ser que esa labilidad emocional resulte de mecanismos únicos dentro de categorías distintas. Por esta razón, Paris (2004) considera que los estudios de comorbilidad no logran reflejar completamente la relación entre la bipolaridad y el trastorno límite de personalidad.

De acuerdo con Paris (2003; como se cita en Paris 2004), las características de curso de la mayoría de los trastornos del ánimo clásicos no son compartidas con los trastornos de la personalidad, que comienzan a edad más temprana y suelen reflejar un patrón de cronicidad. Los trastornos del ánimo también pueden ser crónicos (Akiskal, 2002; como se cita en Paris, 2004), pero pueden iniciarse a cualquier edad, mostrando generalmente un patrón de exacerbación y remisión. En cambio, la mayoría de los pacientes con trastorno límite de la personalidad presenta un curso fluctuante, sin períodos asintomáticos claros (Grilo, McGlashan & Skodol, 2001; Paris, 2003; como se cita en Paris, 2004).

Desde el punto de vista de Paris (2004), si bien la labilidad anímica es un aspecto central del trastorno límite de personalidad, no explica la totalidad de la patología de estos pacientes.

Mientras un estudio de Silverman et al. (1991; como se cita en Paris, 2004) sugirió que la labilidad anímica está aumentada en los familiares de primer grado de los pacientes límite, investigaciones más consistentes (Zanarini, 1993; Links, Heslegrave & van Reekum, 1999; White, Gunderson, Zanarini & Hudson, 2003; como se cita en Paris, 2004) han demostrado que las familias de los pacientes límite muestran una alta prevalencia del espectro de trastornos de los impulsos (trastorno antisocial de la personalidad y abuso de sustancias). A su vez, Paris

(2004) menciona que el pronóstico a largo plazo de los pacientes límite está dado por el curso de la impulsividad, puntualmente por la presencia o ausencia del abuso de sustancias (Links, Helesgrave, Mitton & van Reekum, 1995; como se cita en Paris, 2004). Paris (2004) considera que el efecto relativamente débil de los estabilizadores del ánimo para tratar el trastorno límite de personalidad sugiere que la labilidad anímica podría ser un fenómeno único, con un mecanismo neurobiológico específico. Es por esto que no hay ventaja alguna en redefinir al trastorno límite de la personalidad como un trastorno perteneciente al espectro bipolar, especialmente porque no responde a los mismos fármacos. Menciona, además, que ante la fuerte evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia en pacientes límite (Linehan, 1993; Bateman & Fonagy, 1999; como se cita en Paris, 2004), podría ser contraproducente incluirlos dentro de un grupo de pacientes para el que el tratamiento principal es el farmacológico.

3.4. El Espectro Bipolar

3.4.1. El concepto de espectro bipolar según Hagop Akiskal

Por su parte, Akiskal y Vázquez (2006) afirman que las fronteras de la bipolaridad se expandieron, y consideran que esto se ve reflejado en los datos arrojados por investigaciones sólidas sobre el trastorno bipolar que se desarrollaron en la última década. El reciente reconocimiento de las diversas variantes de los trastornos bipolares deriva de novedosos avances en materia de epidemiología, psicopatología y farmacoterapia (Akiskal et al., 2000; Akiskal & Katona, 2001; Maj, Akiskal, Lopez-Ibor & Sartorius, 2002; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006).

De acuerdo con Akiskal y Vázquez (2006), el riesgo de padecer un trastorno bipolar a lo largo de la vida es del 1% para el fenotipo principal (trastorno bipolar tipo I). Esto significa que este trastorno es, luego, tan prevalente como la esquizofrenia. Desde la clínica se observa un número creciente de pacientes que son admitidos en instituciones psiquiátricas y asignados a la categoría de manía, así como también está en aumento el reconocimiento de variantes clínicas más atenuadas, que se incluyen dentro del espectro bipolar. En la actualidad, se considera que los trastornos correspondientes al espectro bipolar (trastorno bipolar II y otras formas clínicas) tienen una prevalencia de por lo menos el 5% (Angst et al., 2003; Judd & Akiskal, 2003; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006).

Lish, Dime-Meenan, Whybrow, Price y Hirschfeld (1994; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006) han hallado que el período de latencia entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico apropiado de trastorno bipolar es de diez años. Esto constituye un dato sumamente importante, en tanto el suicidio en pacientes bipolares ocurre más frecuentemente en los primeros estadios. Es evidente, entonces, que el diagnóstico temprano constituye un punto crítico.

3.4.1.1. Origen del concepto

A pesar de considerar que el trastorno bipolar continúa siendo escasamente comprendido por la población general y el personal de salud, Akiskal y Vázquez (2006) entienden que la trascendencia clínica del trastorno bipolar ha crecido en las últimas décadas, gracias al

desarrollo de un concepto de carácter sindrómico, más amplio que la enfermedad clásicamente definida, denominado espectro bipolar.

Akiskal, Djenderejian, Rosenthal y Khani (1977; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006) emplearon por primera vez este término en su estudio de ese año sobre el curso de los pacientes ciclotímicos ambulatorios. Los individuos que constituían la muestra de la investigación acudían al servicio clínico comunitario de salud mental con antecedentes de relaciones interpersonales tempestuosas y presentaban cambios anímicos que no alcanzaban a cumplir con los criterios sintomatológicos y temporales requeridos para la configuración de un diagnóstico de depresión e hipomanía. Sin embargo, el seguimiento prospectivo de esos pacientes reflejó la aparición de episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos en orden creciente de frecuencia. También, se evidenció ciclación causada por antidepresivos. Todo esto sustentó evidencia a favor de la propuesta de un espectro bipolar ciclotímico-bipolar. Akiskal y Vázquez (2006) postulan que a partir de este estudio de 1977 puede leerse la clasificación de los trastornos bipolares según el DSM como un continuum de severidad descendente entre los trastornos bipolar I, II, NOS (no especificado) y el trastorno ciclotímico, a pesar de que dicho manual omite el uso del término “espectro”.

Según Akiskal y Pinto (1999; como se cita en Akiskal y Vázquez, 2006), los fenotipos prototípicos que dominan el espectro clínico en la actualidad se corresponden con los tipos I (bipolar I o maníaco- depresivo), II (bipolar II), III (hipomanía asociada a antidepresivos) y IV (depresión en pacientes hipertímicos). Sin embargo, Akiskal y Vázquez (2006) reconocen que en la práctica clínica se evidencian, además, fenotipos intermedios: bipolar ½ (esquizobipolar), I ½ (depresiones con hipomanías prolongadas), II ½ (depresiones con inestabilidad anímica) y III ½ (cambios anímicos en relación al abuso de alcohol o sustancias).

3.4.1.2. Descripción de los fenotipos propuestos por Akiskal

Akiskal y Vázquez (2006) describen el fenotipo bipolar I como la variante clásicamente definida por la ocurrencia de episodios maníacos que pueden incluir sintomatología psicótica grave. Las manías que caracterizan al trastorno bipolar I suelen ser de carácter eufórico en sus inicios, derivando en el tiempo hacia cuadros disfóricos o mixtos.

El trastorno bipolar II fue descrito por primera vez por Dunner, Gershon y Goodwin en 1976 (como se cita en Akiskal y Vázquez, 2006), y se caracteriza por presentar depresión anérgica recurrente e hipomanía. Este orden (depresión y luego hipomanía) se evidencia en la mayoría de los casos como más frecuente que el caso inverso (primero hipomanía y luego depresión). Estos pacientes presentan la variante bipolar que Akiskal, Hantouche y Allilaire (2003; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006) han denominado “soleada”, ya que presentan episodios poco frecuentes. Además, suelen beneficiarse de los períodos hipomaníacos, en tanto estos resultan “adaptativos”, al evidenciarse un aumento de la alegría, la gregariedad y contacto social, el contacto y deseo sexual, la confianza y el optimismo, desinhibición y conductas descuidadas, sobre-ocupación en nuevos proyectos, y necesidad de dormir reducida, en comparación con el estado habitual o basal del individuo. De acuerdo al DSM, estos pacientes se incluirían en el cuadro bipolar II con hipomanías iguales o mayores a cuatro días.

El tipo bipolar II ½ constituye el fenotipo bipolar más inestable, denominado “oscuro” en contraposición al carácter “soleado” del tipo II. Estos pacientes presentan una elevada recurrencia de depresiones e hipomanías breves e irritables, y estados interepisódicos en presencia de labilidad anímica (Akiskal & Pinto, 1999; Akiskal, 2003; Akiskal, 2003; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006). En este caso, la desregulación anímica o emocional es de mayor severidad que en el fenotipo II, y los estados afectivos y el temperamento no son fácilmente distinguibles en estos pacientes (la mayoría de los cuales son de sexo femenino). Así, el humor lábil y hostil con depresión resulta en cuadros mixtos inestables, con una evolución que Akiskal y Vázquez (2006) denominan “en montaña rusa”, y que puede ser malinterpretado como “personalidad borderline” o trastorno límite de la personalidad, tal como lo define el DSM-IV-TR. El estudio prospectivo de Akiskal y colaboradores, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU del año 1995 (como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006) demostró que la labilidad anímica ciclotímica constituye el mejor predictor de viraje hacia el tipo bipolar II en los pacientes diagnosticados con depresión unipolar.

Akiskal et al. (2003; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006) proponen la farmacoterapia con antidepresivos y la aplicación otros tratamientos somáticos (entre ellos, terapia lumínica, privación de sueño y la terapia electroconvulsiva) como factor desencadenante de la hipomanía por primera vez en el tipo bipolar III. En los individuos con trastorno bipolar III la hipomanía suele ser breve y de baja tasa de recurrencia. Los pacientes presentan un temperamento depresivo o distímico, que puede llegar a configurar una “depresión doble” a la que se añade historia familiar de bipolaridad.

El tipo bipolar III ½ se caracteriza por períodos de excitación y depresión menor estrechamente vinculados al abuso de alcohol y sustancias, de forma tal que resulta difícil discriminar su pertenencia al campo de las adicciones o al espectro bipolar (Akiskal & Pinto, 1999; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006). El diagnóstico diferencial debe realizarse partiendo de la presencia o ausencia de cambios anímicos frecuentes, fundamentalmente en períodos de abstinencia.

El fenotipo bipolar IV refiere a un temperamento hipertímico al que se superponen estados depresivos en sujetos con historia familiar de trastorno bipolar, siendo esto último lo que justifica su inclusión dentro del espectro (Cassano, Akiskal, Savino, Musetti & Perugi, 1992; Akiskal & Pinto, 1999; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006). Frecuentemente los pacientes presentan un episodio depresivo anérgico de comienzo tardío (mayores de 50 años) por el que se los medica con distintos antidepresivos (sin resultados), con el posterior desarrollo de un estado mixto, depresivo y excitado. En general, estos pacientes (en su mayoría hombres) solían ser ejecutivos con gran energía y confianza, ambiciosos y extrovertidos en situaciones sociales. Por lo tanto, y a diferencia del tipo bipolar II, en este caso las características hipomaniacas o hipertímicas corresponden a los rasgos temperamentales que caracterizó a estos pacientes a lo largo de su vida.

Akiskal y Vázquez (2006) mencionan que este contraste entre el funcionamiento habitual en “velocidad alta” y el pasaje a una nueva “velocidad baja” es peligroso, y podría ser una causa importante de suicidio. Desde el paradigma del DSM-IV, estos pacientes podrían incluirse bajo la rúbrica del trastorno narcisista de la personalidad.

Akiskal y Vázquez (2006) también describen los tipos bipolares V y VI como potencialmente pertenecientes al espectro bipolar.

El fenotipo bipolar V se caracteriza por la elevada tasa de recurrencia depresiva en pacientes que, a partir del análisis prospectivo, podrán ser diagnosticados como bipolares. Según Akiskal et al. (1983; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006) la historia familiar de bipolaridad constituye un validador externo de la inclusión de estos pacientes en el espectro bipolar, aún cuando éstos no presenten episodios concretos de hipomanía. Akiskal (1983; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006) considera a estos pacientes “fenotípicamente unipolares” y “genotípicamente bipolares”.

Además, estos pacientes también desarrollan sintomatología hipomaniaca durante los episodios depresivos.

Akiskal, Pinto y Lara (2005; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006) mencionan que el tipo bipolar VI refiere a aquellos pacientes con demencia temprana que presentan labilidad anímica, desinhibición sexual, agitación y conducta impulsiva. Estas manifestaciones pueden aparecer durante el tratamiento farmacológico con antidepresivos, o pueden verse agudizadas por su incorporación. Estos pacientes pueden presentar antecedentes de sintomatología hipomaniaca o historia familiar de bipolaridad. Si bien el fenotipo VI es el que cuenta con menor validación entre los que configuran el espectro bipolar, se lo incluye en éste a partir de la observación del empeoramiento de los pacientes al administrárseles antidepresivos.

3.1.1.3. Temperamento hipertímico y estado hipomaniaco: rol en la conceptualización del espectro

Akiskal y Vázquez (2006) refieren que los datos disponibles en la actualidad no permiten distinguir con certeza una frontera inequívoca entre el temperamento hipertímico y la normalidad, y ofrecen como criterio de posible discriminación de anormalidad la aparición de un cuadro depresivo. Por otro lado, la inclusión de estos pacientes de temperamento hipertímico con estados depresivos dentro del espectro bipolar implicaría una reducción de la prevalencia de la depresión unipolar entre 10 y 20%, según Cassano et al. (1992; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006).

Esta afirmación encuentra sustento empírico en numerosos estudios realizados en EEUU y Europa, en los que se ha visto que entre el 30 y el 70% de los pacientes que presentan un episodio depresivo mayor cumplen criterios para el tipo bipolar II (Akiskal et al., 2000; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006). El estudio colaborativo de San Diego y Ravenna de Akiskal y Benazzi (2005; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006) permitió detectar una tasa del 70% de pacientes pertenecientes a los distintos tipos incluidos en el espectro bipolar entre los individuos que acuden a una práctica privada. Cabe destacar que, en 1987, Akiskal y Mallya (Akiskal & Vázquez, 2006) fueron los primeros en observar una relación 1:1 entre pacientes unipolares y bipolares de un centro de salud mental. Toda esta evidencia rebate la creencia de que el trastorno bipolar es poco común, reflejando elevados porcentajes de depresión bipolar.

De acuerdo con Akiskal y Vázquez (2006), el punto crítico para definir las condiciones de bipolaridad que configuran el espectro, que se encuentran por debajo del umbral de la manía, está dado por el estado hipomaniaco. Esta concepción dimensional de la enfermedad bipolar, como se dijo, está presente ya en los trabajos de Kraepelin (1909-1915; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006) y Kretschmer (1936; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006), quien consideró las enfermedades afectivas dentro de una vasta gama de estados graves a leves, adentrándose a partir de estos últimos en el ámbito de la predisposición personal o temperamento. En la literatura clásica, sin embargo, la ciclotimia refería a todas las manifestaciones entre los estados maniaco y depresivo. En la actualidad, en cambio, la ciclotimia se aplica a las condiciones bipolares más leves, que pueden referirse a características del temperamento (Vázquez & Akiskal, 2005). Es así que el estado predominante depresivo o irritable, o bien hipertímico, puede mantenerse en estos pacientes sin evolucionar hacia episodios afectivos mayores, como también pueden llegar a configurar estados prodrómicos de un trastorno afectivo de mayor gravedad.

3.4.1.4. Trastorno límite de la personalidad y espectro bipolar

Según Akiskal (2004), el trastorno límite de la personalidad divide a los profesionales de la salud mental entre aquellos que defienden su estatus nosológico único, y aquellos que prefieren reclasificarlo bajo la rúbrica de trastornos psiquiátricos más familiares, por ejemplo, los afectivos.

Algunos investigadores que representan la primera postura, como Gunderson et al. (2004; como se cita en Akiskal, 2004) minimizan la relación entre el trastorno límite y los trastornos afectivos. Akiskal (2004) encuentra esto puntualmente interesante, en cuanto datos de sus investigaciones (Zanarini, Gunderson & Frankenburg, 1989; como se cita en Akiskal, 2004) reflejaron que la totalidad de los pacientes límite que configuraban la muestra cumplía con criterios para diversos tipos de depresión. Otro estudio también reflejó que uno de los mayores indicadores de suicidalidad es la inestabilidad afectiva o labilidad anímica (Yen et al., 2004; como se cita en Akiskal, 2004).

Akiskal (2004) menciona que, a pesar de estos resultados, estos investigadores continúan considerando que el papel de la afectividad en el trastorno límite de personalidad es "atípico" (Gunderson & Phillips, 1991; como se cita en Akiskal, 2004). Siguiendo a Akiskal (2004), esto puede deberse a que estos autores consideran como único marco de referencia en cuanto a trastornos afectivos a la depresión, dejando por fuera el hecho de que la labilidad anímica y la ciclotimia son características centrales en el trastorno bipolar II (Akiskal et al., 1995; Akiskal, Hantouche & Lancrenon, 2003; como se cita en Akiskal, 2004).

Zanarini et al. (2004) realizaron un estudio en el que compararon la comorbilidad de trastornos del Eje II de dos grupos de pacientes límite, aquellos que habían alcanzado la remisión de dicho trastorno en algún momento de los seis años del análisis prospectivo, y aquellos que no lo lograron. Otro de sus objetivos fue determinar la relación entre la comorbilidad y el tiempo de remisión del trastorno límite. Estos investigadores vieron que la mayoría de los trastornos comórbidos del Eje II remitieron acentuadamente con el paso del tiempo (aún en pacientes

cuyo trastorno límite no remitió). Respecto de la posibilidad de remisión en un trastorno de la personalidad, Zanarini et al. (2004) consideran que este hecho sugiere que la actual definición de los trastornos de personalidad como condición crónica debería modificarse en los sistemas de nomenclatura, para referir a condiciones que toma tiempo cambiar. Según Akiskal (2004), el hecho de que estos investigadores, tras haber comprobado la remisión del trastorno límite de dos tercios de la muestra de pacientes en pocos años, no cuestionen su concepción básica de los trastornos de personalidad, es por lo menos sorprendente. Cabe destacar que en el DSM-IV-TR (APA, 2000; como se cita en Akiskal, 2004) se contempla la remisión del trastorno límite en el período de un año, lo que constituye una contradicción para un constructo que refiere a la personalidad de un sujeto. Akiskal (2004), además, considera que el trastorno límite tiene escaso valor discriminatorio, en tanto se solapa no sólo con otros trastornos de la personalidad del Cluster B, sino también con aquellos de los Clusters A y C del Eje II. Zanarini (2004; como se cita en Akiskal, 2004) atribuyó a este solapamiento las dificultades en la remisión del trastorno límite en un tercio de su muestra. Akiskal (2004) concluye, luego, en que el trastorno límite, más que configurar un trastorno de la personalidad específico, constituye un ensamble de varios trastornos del Eje II.

Deltito et al. (2001) realizaron una investigación en la que estudiaron evidencias de bipolaridad en una cohorte de pacientes con trastorno límite de la personalidad. A través de entrevistas clínicas abiertas y entrevistas diagnósticas estructuradas (SCID), se rastrearon características de bipolaridad, a partir de cinco indicadores: historia de manía espontánea, historia de hipomanía espontánea, temperamentos bipolares, respuesta farmacológica típica del trastorno bipolar y antecedentes familiares de bipolaridad. Los resultados obtenidos, considerando la forma más “rigurosa” de bipolaridad a la manía, y la más “soft” a los antecedentes familiares, indicaron que entre el 13 y el 81% de los pacientes límite mostraban signos de bipolaridad. Deltito et al. (2001) estiman que el 44% de los pacientes se distribuía entre los tipos I y II de trastorno bipolar, y si se consideran los casos de switch hipomaniaco durante el tratamiento con antidepresivos, la tasa de bipolaridad hallada en los pacientes límite aumenta al 69%. Además, se observó que la mayoría de los pacientes tuvo una respuesta negativa a los antidepresivos, y positiva a los estabilizadores del ánimo. Así, Deltito et al. (2001) vieron que los pacientes límites pueden verse beneficiados con tratamientos para los trastornos del espectro bipolar, ya que, como Akiskal en 1996 (citado en Deltito et al., 2001), consideran que las diferencias entre ambos trastornos son más de cantidad que de cualidad, por lo que entienden al trastorno límite como un trastorno bipolar de ciclado ultrarápido. Es así que Akiskal (2004) ve al universo afectivo de forma dimensional, en constante pasaje entre rasgo y estado. La desregulación del estado del ánimo en el período de horas o de un día (característico del tipo bipolar I) se continúa con el tipo bipolar II, que se define por hipomanía más sostenida.

Por último, para Akiskal (2004) cabe destacar que la naturaleza bipolar de la reactividad emocional extrema en el trastorno límite de la personalidad es, a menudo, poco registrada, porque la disforia impregna los breves períodos de entusiasmo que estos pacientes experimentan. Esta diátesis es característica del tipo bipolar II ½. Akiskal (1992; como se cita en Akiskal, 2004) describe el temperamento de estos pacientes como sensible, reactivo, excitable, lábil, hostil e impulsivo (incluso pudiendo llegar a estar predispuesto a la violencia). Estos sujetos responden al estrés interpersonal regular con avalanchas emocionales, seguidas por

valles depresivos con síntomas atípicos. Esta predisposición ciclotímica-sensible parece configurar el denominador común del complejo patrón sindrómico de los trastornos de ansiedad, del ánimo y del control de los impulsos. Esto apoya la hipótesis de que la depresión atípica, la personalidad límite, la ciclotimia y el tipo bipolar II constituyen manifestaciones solapadas de una diátesis subyacente común.

3.4.2. El espectro bipolar según Nassir Ghaemi

Según Ghaemi, Ko y Goodwin (2002) el mal diagnóstico y el consecuente mal tratamiento del trastorno bipolar son cuestiones que pueden potencialmente poner en riesgo la vida de los pacientes. Se cree que una sinergia de factores culturales y clínicos puede alimentar el mal diagnóstico. Baldessarini (1944-1994; 2000; como se cita en Ghaemi et al., 2002) consideró que la cultura de la práctica médica moderna parece guiarse a partir de una “visión farmacocéntrica del mundo”. Esto se traduce en que el porcentaje de diagnósticos de una enfermedad y el interés científico en un determinado desorden puede estar frecuentemente estimulado por la introducción de nuevos medicamentos para tratarlos (Stoll et al., 1972-1988; 1993; como se cita en Ghaemi et al., 2002). De esta forma, el número de antidepresivos disponibles podría influenciar el diagnóstico de depresión unipolar mayor, en detrimento del trastorno bipolar. A su vez, esto podría verse exacerbado por el hecho de que prácticamente todos los pacientes con trastorno bipolar experimentan largos períodos de depresión, que usualmente provoca mayor sufrimiento subjetivo que la manía (Goodwin & Jamison, 1990; como se cita en Ghaemi et al., 2002). Por otro lado, las limitaciones en la nosología del DSM-IV podría limitar el diagnóstico de trastorno bipolar, en tanto éste presenta criterios más amplios para el trastorno depresivo mayor.

Ghaemi et al. (2002) consideran que el problema del mal diagnóstico del trastorno bipolar ocurre no sólo con el desorden maníaco-depresivo clásico, sino también con formas menos clásicas de la enfermedad bipolar, en las que no se evidencia manía o hipomanía espontánea. Los trabajos de Akiskal et al. en 1977, Akiskal en 1996, y Akiskal y Pinto en 1999 (como se cita en Ghaemi et al., 2002) a lo largo de dos décadas, abordaron los “signos suaves” de la bipolaridad. Angst (1998; como se cita en Ghaemi et al., 2002) realizó una revisión de seis estudios a partir del año 1978 que sugiere que la ampliación del criterio bipolar para incluir otros aspectos del espectro bipolar (hipomanía y ciclotimia) refleja un rango de prevalencia de entre 3 y 8,8%, más alto de lo que se suele creer. Por otro lado, Baldessarini (2000; como se cita en Ghaemi et al., 2002) señaló que esta ampliación del diagnóstico de bipolaridad más allá de trastorno bipolar I podría retardar la comprensión de la enfermedad, y además considera que los estudios biológicos y genéticos generalmente emplean parámetros diagnósticos más estrechos. Ante esta situación, Ghaemi et al. (2002) consideran que el abordaje del subdiagnóstico del trastorno bipolar conduce naturalmente a una discusión sobre la amplitud del espectro diagnóstico de bipolaridad. La información clínica y genética sugiere que las dimensiones menos clásicas del espectro bipolar (es decir, trastorno bipolar II, trastorno bipolar no especificado y ciclotimia) son más comunes que el tipo bipolar I (Akiskal & Pinto, 1999; como se cita en Ghaemi et al., 2002). De hecho, se cree que la enfermedad maníaco-depresiva clásica puede diferir en muchos aspectos respecto de formas menos típicas de bipolaridad, puntualmente en cuanto a la respuesta al litio. De acuerdo con la conceptualización del espectro afectivo aportada por Ghaemi et al. (2002), las manifestaciones

incluidas reflejan manía menos severa, pero síntomas depresivos no menos intensos. Además de la mayor comorbilidad y riesgo sustancial de suicidio que dicha sintomatología depresiva implica, las distintas variantes bipolares conllevan vidas inestables, carreras fallidas, alta tasa de divorcios y biografías tempestuosas (Goodwin & Jamison, 1990; como se cita en Ghaemi et al., 2002).

En la misma línea que Akiskal, Ghaemi et al. (2002) postulan que el problema del subdiagnóstico de bipolaridad está altamente relacionado con el fracaso en reconocer estados del espectro bipolar tales como la hipomanía. Uno de los motivos principales por los que los especialistas encuentran dificultades a la hora de diagnosticar esta condición es el hecho de que la hipomanía es el único trastorno mayor del DSM-IV en el que no es requerido el cumplimiento del criterio de deterioro laboral o social. De esta forma, puede decirse que la hipomanía se distingue de la manía principalmente a partir de un criterio funcional, más que sintomático. Es así que la hipomanía puede ser subdiagnosticada como “normalidad”, y la manía ser erróneamente considerada hipomanía (Gershon & Guroff, 1984; como se cita en Ghaemi et al., 2002). Además, se considera que tanto en el DSM-III y IV no se esboza una clara relación entre el trastorno bipolar y las formas recurrentes de depresión unipolar. En general, la bipolaridad es diagnosticada cuando se evidencia hipertimia. Sin embargo, los estudios fenomenológicos desde Kraepelin ponen el énfasis en el curso de la enfermedad, y consideran al ciclado tan importante como la polaridad.

Según Goodwin y Jamison (1990; como se cita en Ghaemi et al., 2002), aquellos casos de depresión recurrente tengan más probablemente características genéticas y respuesta al tratamiento similares a la bipolaridad. Estos pacientes con sintomatología depresiva dominante pueden exhibir otras características, que los vinculan a una posible bipolaridad. Estas son, según Ghaemi, Ko y Goodwin (2001; como se cita en Ghaemi et al., 2002): episodios depresivos mayores recurrentes (más de tres), edad temprana de presentación del primer episodio depresivo mayor (menos de 25 años), historia familiar de trastorno bipolar en parientes de primer grado, personalidad hipertímica (como temperamento de base, en estados no depresivos), síntomas atípicos de depresión (según los criterios del DSM-IV), episodios depresivos mayores breves (en promedio, de menos de tres meses de duración), episodios depresivos mayores con sintomatología psicótica, depresión posparto, manía o hipomanía inducida por antidepresivos, “no efecto” de antidepresivos (es decir, respuesta adecuada pero no profiláctica a los mismos), y falta de respuesta a tres o más pruebas de tratamiento con antidepresivos.

Ante esta situación, Ghaemi et al. (2002) proponen una definición heurística del trastorno del espectro bipolar, incluyendo en este último a todas las versiones de enfermedad bipolar por fuera de los tipos bipolares I y II, a diferencia de otros autores (como Klerman, 1981, y Akiskal & Pinto, 1996; como se cita en Ghaemi et al., 2002), que sugirieron diversos tipos dentro de la enfermedad bipolar más allá del I y II. Los autores que proponen un diagnóstico de trastorno del espectro bipolar consideran que, eventualmente, éste podrá reemplazar al actual trastorno bipolar no especificado del DSM-IV.

3.4.2.1. Predictores de trastorno bipolar en depresión unipolar

Como puede observarse, los criterios diagnósticos delineados por Ghaemi et al. (2002) para el trastorno del espectro bipolar incluyen varios de los signos potenciales de bipolaridad mencionados previamente al referir a pacientes con sintomatología predominantemente depresiva con determinadas características vinculadas a la bipolaridad, con mayor peso dado a la historia familiar y los síntomas maníacos e hipomaníacos inducidos por antidepresivos (Akiskal et al., 1983; como se cita en Ghaemi et al., 2002). De acuerdo a esta propuesta, podría diagnosticarse un trastorno del espectro bipolar aún en pacientes sin sintomatología maníaca o hipomaníaca espontánea si éstos presentan episodios depresivos mayores con cierto número de signos de bipolaridad.

Ghaemi et al. (2002) destacan el hecho de que Akiskal haya notado esto también en un estudio de 1983, en el que el seguimiento prospectivo de varios pacientes con hipomanía asociada a antidepresivos demostró que el cuadro, luego de meses o años, progresó hacia estados bipolares con manía o hipomanía espontánea. En ese estudio, la hipomanía inducida por antidepresivos fue 100% específica como eventual indicador de trastorno bipolar, seguido por historia familiar de bipolaridad (con una especificidad del 98%). Por lo tanto, estos dos factores constituyen dos predictores de gran peso de enfermedad bipolar.

Otro de los indicadores más fiables para el diagnóstico de trastorno bipolar en pacientes con depresión mayor lo constituye la edad de comienzo de la enfermedad (Vázquez, Lolich, Leiderman, Tondo & Baldessarini, 2011; Baldessarini et al., 2012). Vázquez et al. (2011) analizaron la información clínica y la edad de comienzo de la enfermedad de una muestra de 648 pacientes argentinos con los algunos de los principales trastornos del estado del ánimo contemplados en el DSM-IV (tipos bipolar I, II y no especificado, y depresión unipolar o trastorno depresivo mayor). Se obtuvo que la edad promedio de inicio de los tipos I y II de trastorno bipolar (26 años en mujeres y 25 años en varones) fue bastante menor a la edad promedio de inicio de la depresión unipolar (37 años en mujeres y 38 años en varones). Con respecto a los pacientes con trastorno bipolar no especificado, el rango de edad de inicio de la enfermedad se vio superpuesto a las edades señaladas para el trastorno bipolar I y II. Aunque la similitud entre las edades de inicio de la enfermedad entre los pacientes con trastorno bipolar no especificado y aquellos con depresión unipolar no fue aún explicada, esto podría estar reflejando la dificultad en la discriminación entre ambos cuadros, dado que los pacientes con trastorno bipolar no especificado presentan episodios afectivos con características que pueden cumplir o no con los criterios definidos en el DSM. Puede pensarse que el no cumplimiento de todos los criterios para trastorno depresivo mayor tiene alguna relación con la presencia de sintomatología maníaca o, principalmente, hipomaníaca, en los casos de trastorno bipolar no especificado.

Baldessarini et al. (2012) recogieron información de un total de 1665 pacientes diagnosticados en edad adulta con trastorno bipolar I (a partir de los criterios señalados en el DSM-IV) en siete centros de salud mental de Italia, Argentina, Estados Unidos, España, Suiza y Turquía, para analizar la relación entre la historia familiar de bipolaridad y datos sintomatológicos y funcionales en adultos respecto de la edad de inicio de la enfermedad. Se observó que en el 5% de los casos la enfermedad inició en la niñez (edades menores a 12 años), el 28% en la

adolescencia (12 a 18 años), siendo que el 53% de los casos tuvo su inicio de enfermedad entre los 15 y 25 años. El análisis multivariado reflejó que la historia familiar y el funcionamiento limitado (aunque no sintomático) se asocian con una edad de inicio de enfermedad en la niñez.

Entre los indicadores de desempeño funcional favorable en adultos se enumeran la ocupación, vivir de manera independiente, matrimonio e hijos, y nivel educativo. A partir del estudio de estos indicadores, se vio que el mejor desempeño funcional fue alcanzado por aquellos pacientes cuyo inicio de enfermedad ocurrió durante su adultez, seguidos por los pacientes cuya enfermedad inició en la adolescencia, siendo que el inicio a edades tempranas demostró estar altamente relacionado con un desempeño funcional pobre (más allá de la morbilidad sintomatológica), y con historia familiar de bipolaridad.

3.4.3. Evaluación del estado del ánimo y del temperamento desde el Espectro Bipolar

3.4.3.1. Estado del ánimo y Espectro Bipolar

Según Berrocal et al. (2006), la evidencia de la significancia clínica de los estados subclínicos y atípicos indica que las fronteras de los trastornos mentales definidas por sistemas diagnósticos categoriales (como el DSM-IV-TR y la CIE-10) son arbitrarias y necesitan ser reevaluadas tanto a nivel conceptual como práctico (Maser et al., 2002; como se cita en Berrocal et al., 2006). Así, surgieron nuevos enfoques, tendientes a minimizar las distinciones abruptas entre categorías, a partir de una mirada dimensional que permitiera una mejor representación conceptual de los trastornos del estado del ánimo. El Proyecto Espectro (Cassano et al., 1997, 1999, 2002; Shear et al., 2002; como se cita en Berrocal et al., 2006) pertenece a esta nueva línea de investigación, y fue iniciado por un grupo de clínicos e investigadores de la Universidad de Pisa, la Universidad de California en San Diego, la Universidad de Pittsburgh y la Universidad de Columbia en Nueva York. Cassano y otros colegas destacaron la utilidad potencial de una evaluación dimensional rigurosa del continuo psicopatológico que, además de los síntomas típicos, reuniera una amplia gama de manifestaciones de los trastornos, incluyendo síntomas atípicos, subclínicos, residuales y de rasgo.

Además de realizar una reconceptualización de la psicopatología del estado del ánimo, los autores desarrollaron diversos instrumentos basados en el concepto de espectro bipolar, entre ellos, el MOODS-SR (Mood Spectrum Self-Report). Berrocal et al. (2006) consideran que el MOODS-SR fue el primero de los instrumentos en evaluar dimensiones múltiples y clínicamente significativas de la psicopatología anímica. Cabe mencionar que este cuestionario también constituye un medio de testeo de nuevos enfoques conceptuales para el entendimiento de los trastornos mentales (por ejemplo, una perspectiva dimensional vital).

El MDQ (Mood Disorder Questionnaire) (Hirschfeld et al., 2003) es un instrumento de screening para trastornos del espectro bipolar. En un estudio, Zaratiegui et al. (2011) hallaron que el MDQ resultó más efectivo para detectar bipolaridad, a partir de su buen grado de especificidad para detectar tendencias bipolares en la población general, siendo su sensibilidad de 70% para el trastorno bipolar I y de 30% para el trastorno bipolar II y trastorno bipolar no especificado (Miller, Klugman, Berv, Rosenquist & Ghaemi, 2004; como se cita en Chiasson et

al., 2011). Sin embargo, Zaratiegui et al. (2011) vieron que su sensibilidad es baja para detectar síntomas del espectro bipolar.

Chiasson et al. (2011) estudiaron la especificidad del MDQ para detectar trastornos del espectro bipolar entre sujetos con trastorno por abuso de sustancias. En este estudio, se obtuvo un alto número de falsos positivos, lo que podría sugerir que el MDQ tiene una especificidad baja para esta población de pacientes. Como los síntomas producidos por el consumo de sustancias pueden imitar a la sintomatología anímica, dándose el ciclado entre euforia durante el consumo de la sustancia y los estados depresivos subsecuentes durante la abstinencia, existe la posibilidad de sobrediagnóstico de trastornos del espectro bipolar en esta población. Por eso, los resultados obtenidos sugieren que los efectos de las sustancias sobre el estado de ánimo de un individuo interfieren con la especificidad del MDQ.

Otra de las herramientas diagnósticas de relevancia es la escala BSDS (Bipolar Spectrum Diagnostic Scale), que fue diseñada para ser particularmente sensible a las variantes más sutiles del trastorno bipolar (Zimmerman, Galiope, Chelminski, Young & Ruggero, 2010). De acuerdo con Vázquez et al. (2010), la Escala Diagnóstica del Espectro Bipolar fue desarrollada por Ronald Pies y luego refinada y testada por Ghaemi et al. (2005; como se cita en Vázquez et al., 2010).

La escala BSDS surge de la experiencia de Pies como consultor psicofarmacológico, quien solía ser contactado para asistir casos de la llamada “depresión resistente al tratamiento”. Pies vio que la mayor parte de estos casos eventualmente resultó corresponder al trastorno del espectro bipolar.

Los 19 ítems que componen la versión en inglés del BSDS se redactaron en base a aquellas características que Pies encontró más útiles para detectar casos severos de trastorno bipolar y, sobre todo, aquellos que pertenecen al extremo más “soft” del espectro bipolar, por ejemplo, pacientes con historia de episodios depresivos mayores con uno o dos episodios de ánimo y energía elevados por uno a tres días (y por lo tanto, no llegando a cumplir con los criterios del DSM-IV-TR para hipomanía).

3.4.3.2. Temperamento y Espectro Bipolar

Vázquez y Akiskal (2005) mencionan que las entidades clínicas actuales que se incluyen bajo la rúbrica del espectro bipolar son: el trastorno esquizobipolar, la manía, los estados mixtos, las depresiones con hipomanías (independientemente de la duración de las últimas), las hipomanías inducidas por fármacos (antidepresivos o drogas de abuso), las depresiones recurrentes con historia familiar de bipolaridad o con respuesta al litio (y demás estabilizadores del estado del ánimo), y las depresiones cimentadas sobre temperamentos ciclotímicos e hipertímicos. Cassano et al. (1989; como se cita en Vázquez & Akiskal, 2005) han hallado que en la depresión unipolar con temperamento hipertímico, tanto la historia familiar como la distribución por sexos son más semejantes a las de los pacientes con trastorno bipolar (I o II) que en muestras de pacientes depresivos unipolares sin temperamento hipertímico. Por lo tanto, puede decirse que los temperamentos afectivos expanden un poco más las fronteras del espectro bipolar.

Por su parte, Perugi (2010) considera que, además, muchos pacientes contemplados dentro del espectro bipolar, puntualmente aquellos con elevada recurrencia y cuyos períodos interepisódicos no están libres de manifestaciones afectivas, pueden cumplir criterios para trastornos de personalidad. En especial, esto es cierto para los pacientes ciclotímicos, que suelen ser frecuentemente mal diagnosticados con trastorno límite de la personalidad debido a sus inestabilidad afectiva y reactividad excesivas. Los pacientes ciclotímicos-bipolares II-bordeline exhiben una hiperreactividad duradera y estable a muchos estímulos psicológicos (por ejemplo, rechazo y separación) y físicos (comida, luz, drogas, entre otros). Esta acentuada reactividad de ánimo podría también explicar la comorbilidad frecuente con trastornos del control de los impulsos y el abuso de sustancias y alcohol. Según Perugi (2010), no hay motivos que justifiquen la separación del trastorno bipolar II con inestabilidad ciclotímica de la inestabilidad anímica estable del tipo límite, en tanto la labilidad anímica constituye una característica común a ambos trastornos.

Vázquez y Akiskal (2005) destacan la relevancia del estudio de 1986 de Klein, Depue y Slater, en el que se evaluó a estudiantes de Nueva York con antecedentes familiares de trastorno bipolar I, detectando que entre un 4% y 6% de ellos cumplía con los criterios de ciclotimia. La importancia de esta investigación radica en que, a partir de análisis prospectivos, reflejó la tendencia de la mayoría de los sujetos ciclotímicos a desarrollar episodios depresivos con o sin intentos de suicidio, y también abuso de sustancias.

Otro estudio mencionado por Vázquez y Akiskal (2005) es el estudio colaborativo de Pisa y San Diego de Akiskal et al. de 1998, en el que se abordó otro de los temperamentos fundamentales, el hipertímico. En esta investigación, el 8% de los estudiantes fue categorizado como hipertímico, sobre la base de rasgos hipomaniacos permanentes.

Así, el estudio de los temperamentos afectivos encuentra uno de sus principales puntos de interés en la posibilidad de evaluar la relevancia clínica de los rasgos subafectivos como predictores del desarrollo y manifestaciones interepisódicas de los trastornos del estado del ánimo dentro del espectro bipolar. El cuestionario TEMPS-A permite evaluar los cuatro temperamentos afectivos fundamentales (hipertímico, depresivo, ciclotímico e irritable) y el temperamento ansioso, y las subescalas que lo componen permiten registrar los ritmos anímicos, cognitivos, psicomotores y circadianos, que pueden predisponer a los trastornos del estado del ánimo (Vázquez & Akiskal, 2005).

4. MÉTODO

4.1. Tipo de estudio y diseño

Descriptivo. Análisis de caso único.

4.2. Participante

Se trata de una mujer argentina de 23 años, homosexual, de clase socioeconómica alta. Se recibió de abogada y tiene un empleo de medio tiempo que le permite mantenerse

económicamente por sus propios medios. Vive sola. Llega con derivación externa, dado que no estaba conforme con el tratamiento recibido hasta el momento. Su último tratamiento había sido brindado por el psiquiatra de su madre (diagnosticada con trastorno límite de la personalidad), quien diagnosticó a la paciente con trastorno bipolar tipo II, y la medicó con litio. Este tratamiento farmacológico fue sostenido por la paciente en forma intermitente entre dos y tres años. Había sido anteriormente tratada con antidepresivos.

Al comenzar el proceso terapéutico en esta institución, la consultante tenía 22 años, no trabajaba y presentaba abuso de alcohol y sustancias (marihuana y cocaína). Se mostraba renuente a aceptar su homosexualidad, a la vez que atravesaba el duelo por la ruptura con su primera pareja gay.

4.3. Instrumentos

Los instrumentos administrados a la paciente por parte de la terapeuta (heteroplicados) fueron los siguientes:

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview) (Sheehan et al, 1998)

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada que indaga sobre los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Los estudios han revelado que este instrumento tiene una puntuación alta en validez y confiabilidad. Además, su administración ocupa un período breve de tiempo (media de 15 minutos).

Esta entrevista está dividida en módulos, cada uno de los cuales está identificado por una letra y corresponde a una categoría diagnóstica. Al principio de cada módulo (excepto el correspondiente a trastornos psicóticos), se presenta una serie de preguntas “filtro”, que refieren a los criterios diagnósticos centrales de cada trastorno. Por otro lado, todas las preguntas deben ser codificadas, anotando Sí o No a la derecha de cada una. Aquellos síntomas que se explican mejor por causa médica o uso de alcohol o drogas no deben codificarse Sí. Escala GAF (Global Assessment of Functioning Scale) (APA, 2002)

El Eje V del DSM-IV-TR contempla la opinión profesional del clínico tratante respecto del nivel general de actividad del sujeto. Éste puede registrarse a partir de la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG, o GAF en inglés), considerando un hipotético continuum entre salud y enfermedad, respecto del que se evalúa la actividad psicológica, social y laboral de un sujeto en un determinado momento.

La EEAG se divide en diez niveles de actividad, de diez puntos cada uno. El profesional debe seleccionar un único valor que de cuenta, de la mejor forma posible, del nivel global de actividad del individuo. Cada uno de estos niveles tiene dos componentes, el primero se

refiere a la gravedad de los síntomas y el segundo a la actividad. Cuando la puntuación de cada componente sea discordante con la del otro, la puntuación final será dada por el peor de los dos componentes. La puntuación de la EEAG varía entre 1 y 100 (donde 1 refleja peligro persistente de dañar en forma grave a sí mismo o terceros, y 100, ausencia de síntomas). CGI-BD (Clinical Global Impression for Bipolar Disorder) (Vieta et. al., 2002)

La escala CGI-BD permite al profesional plasmar su impresión clínica global respecto del cuadro de bipolaridad de un paciente. Comprende tres subescalas: Depresión, Manía y General, a las que el profesional asigna una puntuación a partir de una escala Likert de 1 a 7, siendo 1: Normal; 2: Mínima; 3: Ligera; 4: Moderado; 5: Marcada; 6: Grave; y 7: Muy grave. Las subescalas Depresión y Manía reflejan la gravedad de los síntomas en la semana anterior. Los estados mixtos se evalúan teniendo en cuenta la puntuación más alta entre las subescalas Depresión y Manía. La subescala General es de evaluación longitudinal y da cuenta de la gravedad de los síntomas presentes en el tiempo que el paciente lleva en el tratamiento actual, focalizando en los episodios más recientes (también puede tomarse como referencia el año previo).

Índice de bipolaridad

De acuerdo con Sachs (2004; como se cita en Goikolea, s.f), esta escala entiende la enfermedad bipolar como un continuum, y se compone de 100 puntos, a partir de marcadores de bipolaridad no-maníacos (variables del curso de la enfermedad: edad de inicio menor a los 20 años, inicio en el posparto, recurrencia mayor a 5 episodios, ciclación rápida, episodios con duración menor a 3 meses; fenomenología de los síntomas: rasgos atípicos, labilidad emocional, entre otros; historia familiar: presencia de trastorno bipolar en familiares de primer grado; estados depresivos con sintomatología mixta; e inestabilidad afectiva: vinculada a trastornos de la personalidad).

El índice de bipolaridad refleja la opinión del profesional respecto del grado de bipolaridad que considera que el paciente presenta a partir de los datos clínicos. La puntuación puede ser de 0 a 100, siendo que un índice mayor o igual a 60 puntos es altamente indicador de bipolaridad.

Criterios de espectro bipolar (Ghaemi)

Otro de los instrumentos en el Cuadernillo de escalas heteroaplicadas es una grilla en la que se enumeran los criterios postulados por Ghaemi para el trastorno del espectro bipolar. El profesional a cargo debe indicar si el paciente cumple o no con estos criterios, y mencionar si el diagnóstico es positivo o negativo para trastorno del espectro bipolar. Se considera que el resultado es positivo para espectro bipolar cuando se cumple alguna de las siguientes combinaciones: criterio A, criterio B, ítems 1 y 2 del criterio C y al menos 1 ítem del criterio D; criterio A, criterio B, ítems 1 ó 2 del criterio C y al menos 2 ítems del criterio D; o criterio A, criterio B y al menos 6 ítems del criterio D.

Los instrumentos autoadministrados (autoaplicados) fueron los descritos a continuación: Cuestionario de Espectro del Ánimo (Mood Spectrum Self-Report, MOODS-SR) (Berrocal et al., 2006)

Este instrumento fue diseñado para evaluar una amplia gama de manifestaciones de la psicopatología del ánimo. Permite distinguir entre pacientes con trastorno del ánimo y pacientes control, y entre pacientes con trastorno bipolar y pacientes con depresión unipolar. Está compuesto por 161 ítems divididos en tres dominios generales: depresión, manía/hipomanía y ritmicidad/funciones vegetativas. A su vez, los dominios de depresión y manía/hipomanía se dividen en tres subdominios: ánimo, cognición y energía.

Se pide al sujeto que responda Sí o No respecto de cada pregunta referida a períodos de tiempo de al menos 3 a 5 días a lo largo de su vida, incluso en la niñez. Cada ítem se responde por Sí (1 punto) o No (0 puntos). Los ítems de impairment (28, 57, 67, 80, 108, 131 y 161) no se puntúan. El puntaje de ánimo depresivo está dado por la suma de ítems 1 a 27; ánimo maníaco, de 29 a 56; energía depresiva, de 58 a 66; energía maníaca, de 68 a 79; cognición depresiva, de 81 a 107; cognición maníaca, 109 a 130; y ritmicidad, 132 a 160. A partir del recuento de puntos, se analiza comparativamente la preponderancia de los dominios depresión y manía/hipomanía en las tres áreas evaluadas.

El MOODS-SR ha demostrado tener una buena consistencia interna y confiabilidad test –retest.

Mood Disorder Questionnaire (MDQ) (Hirschfeld et al., 2000; Miller, Klugman, Berv, Rosenquist & Ghaemi, 2004; Zaratiegui, Lorenzo & Vázquez, 2011)

Es un cuestionario autoadministrable breve, diseñado para evaluaciones de screening (no debe ser usado como herramienta diagnóstica). Permite detectar la presencia de trastorno del espectro bipolar (que incluye trastorno bipolar I, II y NOS) al indagar en la presencia de sintomatología maníaca/hipomaníaca y el grado de deterioro social y laboral concomitante. La sensibilidad total del MDQ ha demostrado ser 0.58, siendo más alta en la detección de individuos con trastorno bipolar I (0.69) que en aquellos con trastorno bipolar II y trastorno bipolar no especificado (0.30).

Según la versión de Hirschfeld et al. (2000), hay presencia de trastorno del espectro bipolar cuando hay siete o más respuestas afirmativas en la pregunta I (conformada por 13 ítems), respuesta afirmativa a la pregunta II y se reconocen al menos “Problemas mínimos” en la pregunta III. De seleccionarse “Pequeños problemas” o “Ningún problema”, el protocolo se estima dudoso. En la versión argentina (Zaratiegui et al., 2011) se considera que el protocolo es positivo cuando hay cinco o más respuestas afirmativas a la pregunta I y respuesta afirmativa a la pregunta II (no se contempla la respuesta a la pregunta III).

BSDS (Bipolar Spectrum Diagnostic Scale) (Ghaemi et al., 2005; Vázquez et al., 2010; Zimmerman et al., 2010; Zaratiegui et al., 2011)

La escala BSDS se compone de dos partes. La primera sección es un párrafo que contiene 19 afirmaciones que describen muchos de los principales síntomas de los trastornos del espectro bipolar. Cada frase se sigue de un espacio en blanco, en el que el sujeto debe colocar una cruz si considera que tal expresión es una descripción acertada de sus comportamientos o sentimientos. Cada ítem seleccionado se cuenta como 1 punto. La segunda parte de la escala BSDS consiste en una pregunta de multiple choice con respuesta única, en la que se pide al sujeto que indique el grado en que el párrafo de 19 ítems de la primera sección describe su

experiencia personal. Las opciones posibles son: “Esta historia me describe muy bien o casi perfectamente” (6 puntos),

“Esta historia me describe bastante bien” (4 puntos), “Esta historia me describe hasta cierto punto, pero no en todos los aspectos” (2 puntos) y “Esta historia no me describe en lo absoluto” (0 puntos).

Los puntajes de la escala BSDS pueden variar entre 0 y 25 puntos. Un puntaje total de 20 a 25 puntos indica una alta probabilidad de trastorno bipolar. De 13 a 19 puntos, refleja una probabilidad moderada; de 7 a 12, baja probabilidad; y entre 0 y 6 puntos, evidencia que es altamente improbable hacer un diagnóstico de bipolaridad.

La sensibilidad y especificidad de la escala BSDS halladas por Zaratiegui et al. (2010) son 0.67 y 0.81, respectivamente.

IPDE (International Personality Disorder Examination) (Loranger, Janca & Santorius, 2007)

El cuestionario y la entrevista IPDE fueron desarrollados en forma conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU. (NIH), y permiten un abordaje uniforme de los trastornos de personalidad para los sistemas de clasificación de DSM-IV y de CIE-10. El cuestionario IPDE es una herramienta de screening (por lo que no debe ser usado para hacer diagnóstico ni cálculos en términos de puntuaciones dimensionales de los trastornos de personalidad), es autoadministrable, y contiene 77 ítems que el paciente responde por Verdadero o Falso. Luego, puede administrarse la entrevista clínica IPDE.

La institución brinda a sus profesionales un resumen de puntuación del cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV. Consiste en una grilla en la que se codifica la puntuación de los ítems que refieren a cada trastorno de la personalidad. Si la respuesta al ítem es Verdadero, en la grilla deberá marcarse dicho ítem, siempre y cuando no esté seguido de la letra F. Si la respuesta al ítem es Falso, deberá marcarse dicho ítem en la grilla, siempre que esté seguido de la letra F. Finalmente, se procede al recuento; si 3 o más ítems de un trastorno han sido marcados en la grilla, el sujeto ha puntuado de manera positiva en la evaluación de ese trastorno, por lo que deberá ser entrevistado.

Cuestionario de Evaluación del Temperamento de Memphis, París, Pisa y San Diego (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire, TEMPS-A) (Akiskal et al., 2005; Adaptación y validación en Argentina de Vázquez et al., 2007)

El TEMPS-A permite evaluar rasgos afectivos del temperamento presentes a lo largo de la vida. Es un cuestionario autoadministrable compuesto por 110 ítems ordenados en 5 escalas dimensionales (Depresión, Ciclotimia, Hipertimia, Irritabilidad y Ansiedad). Las subescalas permiten registrar los ritmos cognitivos, anímicos, psicomotores y circadianos que pueden predisponer al desarrollo de un trastorno del estado del ánimo.

Los sujetos a los que se aplica el TEMPS-A deben marcar Verdadero (1 punto) o Falso (0 puntos), según la frase de cada ítem sea o no aplicable a sí mismo durante la mayor parte de la

vida. Los ítems 1 a 21 refieren al temperamento distímico; 22 a 42, al ciclotímico; 43 a 63, al hipertímico; 64 a 84 al irritable; y 85 a 110, al ansioso. Luego, se comparan los puntajes totales para cada subescala (a mayor puntuación, mayor presencia de rasgo).

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, SCID-II) (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997; Versión en español: First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1999)

Consiste en una entrevista semiestructurada (incluye preguntas de respuesta abierta, cerrada, y Sí o No) y un cuestionario de detección (cuya aplicación es opcional), que evalúan los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV, y los trastornos de personalidad depresiva y pasivoagresiva.

La entrevista consta de 119 preguntas, al igual que el cuestionario (además de otras preguntas adicionales sobre trastorno antisocial), aplicables a adultos con posible trastorno de personalidad, y se administra en la evaluación pre-tratamiento.

Los criterios se evalúan siguiendo el siguiente código: "1", si está ausente o responde Falso; "2", si es subclínico; "3", si está presente o responde Verdadero; y "¿", cuando la información es inadecuada.

La confiabilidad es de 0.74 para la presencia de trastorno de personalidad en pacientes internados. Respecto de la validez de este instrumento, se observan correlaciones de 0.02 – 0.55 con PDE (Examen de los Trastornos de la Personalidad) y PDQ-R (Cuestionario para los Trastornos de Personalidad Revisado). Por otro lado, se obtuvo baja coincidencia con MCMI (Inventario Multiaxial Clínico de Millon).

Entrevista a la psicóloga tratante

Una entrevista semi-dirigida elaborada por la pasante permitió obtener información cualitativa sobre los antecedentes de tratamiento de la paciente, y la etapa de diagnóstico del proceso terapéutico actual, a través de la narrativa de su terapeuta.

(En el apartado Anexo se adjuntan únicamente los protocolos de las pruebas autoadministradas, dada la naturaleza de las pruebas heteroaplicadas, cuyos protocolos no fueron contestados por la paciente. Además, se anexan una tabla con los puntajes obtenidos en todos los instrumentos y la entrevista realizada a la terapeuta de la paciente).

4.4. Procedimiento

A través de una entrevista con la psicóloga tratante, se obtuvo información sobre el caso abordado en este trabajo. Se evaluaron las respuestas dadas por la paciente al iniciar su tratamiento psicoterapéutico en pruebas heteroaplicadas (MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, Escala GAF, CGI-BD e Índice de bipolaridad) y autoaplicadas (MOODS-SR, MDQ, BSDS, IPDE, TEMPS-A y SCID-II). Esta información fue aportada por la terapeuta entrevistada, quien además permitió el acceso a los protocolos administrados y los puntajes obtenidos. Así,

se extrajeron conclusiones sobre las características del estado de ánimo, del temperamento y de personalidad de la paciente al inicio del tratamiento en esta institución.

Todos estos datos fueron interpretados en el marco del material obtenido a través del relato de la terapeuta tratante sobre los antecedentes de tratamiento y la etapa de diagnóstico en el proceso terapéutico actual. Por último, se propuso una hipótesis diagnóstica desde la perspectiva del Espectro Bipolar.

5. DESARROLLO

5.1. Antecedentes de tratamiento y de conductas problema de la paciente .La información desarrollada a continuación fue obtenida a partir de una entrevista que la pasante realizó a la psicóloga de la paciente cuyo caso se aborda en este trabajo. Dicha entrevista apuntó a recabar datos pertinentes a los antecedentes de tratamiento de la paciente (tanto psicoterapéutico como psiquiátrico), sus antecedentes familiares y las conductas de abuso de alcohol y sustancias que la paciente exhibía al ingresar (Ver Anexo).

La paciente inició el tratamiento a sus 22 años. Comenzó a manifestar síntomas vinculados a la inestabilidad anímica a temprana edad, entre los 10 y 11 años. Durante su infancia fue víctima de maltrato físico y verbal por parte de su madre, quien fue diagnosticada con trastorno límite de la personalidad por su psiquiatra. Según la paciente, el psiquiatra de su madre considera “gravísimo” el caso de la mujer. La madre lleva entre 15 y 20 años de tratamiento psiquiátrico. La psicóloga entrevistada considera que la mujer carece de capacidad de insight respecto de su propia patología. Por su parte, la paciente refiere que la problemática de la madre es un tema del que no se puede hablar en el seno de su familia (cuyos otros miembros son su padre y su hermano, dos años menor que ella). La madre ha tenido numerosos intentos de suicidio hasta la actualidad, y suele adjudicar a la paciente la responsabilidad por los mismos.

Además, se caracteriza por una elevada agresividad e impulsividad que despliega en conductas temerarias y/o parasuicidas en las que involucra a su hija. La paciente ha experimentado tales situaciones como traumas. De hecho, su primer recuerdo traumático es la amenaza de su madre de chocar el auto en que las dos viajaban y de esa forma terminar con la vida de ambas, mientras manejaba de manera imprudente y a una velocidad muy alta. La paciente tenía 11 años en ese momento.

La mujer expuso a su hija a esta misma situación repetidas veces, como así también la hizo partícipe y la ha responsabilizado por sus conductas de consumo de altas dosis de medicamentos, mientras amenazaba con quitarse la vida.

El sufrimiento al que la paciente era sometida y el gran monto de malestar experimentado la llevaron a tener su primer y único intento de suicidio a los 11 años, en un episodio de sobreingesta medicamentosa. Entre los 13 y los 15 años, la paciente incurrió en conductas autolesivas (autocortes en extremidades que no revestían gravedad).

La historia de tratamiento de la paciente comienza a sus 13 años, cuando su madre empezó a llevarla a consulta con distintos profesionales psicólogos y psiquiatras, ya que ella consideraba que su hija era bipolar. Tal es así que acudía con su hija a consulta con la intención de

convencer a los médicos de que la adolescente debía recibir tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos o litio.

A partir de los 13 años y durante su adolescencia, la paciente estuvo en tratamiento psicoterapéutico con dos psicoanalistas. Cabe destacar que estos profesionales no comunicaron un diagnóstico determinado a la paciente, ni se aplicaron instrumentos durante el período de pretratamiento que contribuyeran a la realización de un diagnóstico formal.

En lo que respecta a medicación psiquiátrica, la paciente ha sido tratada con antidepresivos, bajo los cuales ha experimentado períodos de de hipomanía subclínica. Sin embargo, la paciente no refirió indicios que permitan concluir que efectivamente se produjo switch a hipomanía o manía, sea por antidepresivos o causas naturales.

A la edad aproximada de 19 años, la paciente comienza a ser tratada por el psiquiatra de su madre. Este profesional hizo diagnóstico de trastorno bipolar II y prescribió tratamiento psicofarmacológico con litio. La paciente cumplió con esta medicación de manera interrumpida entre dos y tres años.

Como se mencionó anteriormente, la paciente inicia su tratamiento en tras ser admitida por uno de los psiquiatras de la institución. Fue derivada por el psiquiatra de su madre, ya que, según dichos de la paciente, él consideró mejor para ella continuar su tratamiento con un profesional ajeno a la familia. Por su parte, la paciente refirió inconformidad respecto del tratamiento brindado por el psiquiatra.

El motivo de consulta expresado por la paciente al llegar a la institución es su rechazo ante su propia orientación sexual (hacia personas del mismo sexo), que identificó por primera vez a los 13 años. Además, la paciente manifestaba ira y angustia ante la ruptura con su primera pareja homosexual. Esta ruptura se produjo el año anterior a la consulta en la institución, por lo que se consideró que se trataba de un duelo irresuelto.

Al inicio del tratamiento, la psicóloga tratante llevó adelante el proceso diagnóstico a partir de la entrevista clínica y la administración de distintos instrumentos que permitieron evaluar la presencia de trastornos de los ejes I y II del DSM-IV-TR, así como también herramientas que aportaron información sobre las características del estado del ánimo, del temperamento y de la personalidad. Es de destacar que el psiquiatra de la institución que la evaluó en un principio decidió retirar la medicación con litio, y no prescribió otro tratamiento farmacológico.

El proceso diagnóstico permitió detectar conductas de abuso de sustancias y alcohol, que fueron interpretadas por la psicóloga tratante como manifestaciones subsindrómicas de un trastorno por abuso de sustancias. Cabe mencionar que la paciente consideró tener “bajo control” dichas conductas. Por otro lado, el diagnóstico según DSM-IV-TR al que la psicóloga entrevistada arribó fue trastorno ciclotímico en comorbilidad con ansiedad social en el Eje I, y marcados rasgos de personalidad evitativa.

Desde el punto de vista de la profesional entrevistada, el abuso de alcohol, marihuana y cocaína configuró una estrategia de afrontamiento desadaptativa de la que la paciente se valió para sobrellevar la ansiedad social. También contempla la hipótesis de que el abuso de sustancias funcione como una forma de regulación o tolerancia al malestar frente a esa

ansiedad. Así, la psicóloga tratante concibe las conductas problema mencionadas en relación a la evitación de situaciones sociales en las que la paciente experimentaba un incremento en su ansiedad, siendo éste particularmente disparado en ocasiones donde podía quedar expuesta su homosexualidad. Por otro lado, la psicóloga identifica dos disparadores principales de la desregulación emocional en la paciente: el no lograr rendir los últimos exámenes de la carrera para así poder recibirse, y los repetidos intentos de suicidio de su madre, y la carga que esto significaba para ella, en tanto su madre continuaba culpabilizándola por estos episodios.

Por último, los objetivos a corto y mediano plazo que se sentaron al inicio del trabajo psicoterapéutico refirieron, en primera instancia, a las conductas problema (de abuso de sustancias y evitación social). Se apuntó a psicoeducar a la paciente para que pudiera reconocer los disparadores de la desregulación emocional, que a su vez terminaba desencadenando dichas conductas problema, y reconocer cómo estas últimas se mantenían, para poder conocer el mecanismo de interacciones entre las distintas variables que mediaban el proceso de consumo y evitación.

Al momento de la entrevista, la paciente llevaba ocho meses de tratamiento psicoterapéutico. Según la psicóloga tratante, en ese tiempo la paciente logró reducir el consumo, pudo rendir las últimas materias de la carrera y graduarse, consiguió un trabajo de medio tiempo que le permitió mantenerse por sus propios medios, y pudo alquilar un departamento para vivir sola. Además, ha logrado aceptar y asumir su homosexualidad, pudiendo dar a conocer su condición en ciertos espacios sociales.

5.2. Sintomatología psiquiátrica general y características del estado del ánimo, temperamento y personalidad

5.2.1. Instrumentos heteroaplicados

Son aquellos cuestionarios y/o entrevistas que el profesional a cargo administra a cada nuevo paciente que ingresa a tratamiento. La información obtenida a partir de los mismos fue cedida por la psicóloga entrevistada en formato de planilla (Ver Anexo).

- MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

A partir de la aplicación de esta entrevista, la psicóloga arribó al diagnóstico de trastorno ciclotímico en el Eje I.

Los criterios del DSM-IV-TR para el trastorno ciclotímico (APA, 2002) contemplan la presencia, durante al menos dos años, de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. Durante ese período, la persona no ha dejado de presentar los síntomas mencionados durante un tiempo superior a los dos meses. Además, durante los primeros dos años no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto. Por otro lado, los síntomas mencionados no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

La profesional consultada concluyó que tales criterios se cumplen para el caso en cuestión,

en tanto el relato de la paciente, tanto de sus vivencias al momento de la consulta como las de su niñez y adolescencia, refleja la presencia de varios síntomas hipomaniacos y depresivos de manera recurrente.

Si bien no se especifica explícitamente en la grilla aportada por la profesional consultada, puede agregarse que la paciente no presentó al momento del diagnóstico una enfermedad médica (no presenta hipotiroidismo), por lo que puede decirse que no hay trastornos en el Eje III.

Respecto del Eje IV, la psicóloga tratante tampoco ha especificado los problemas psicosociales y ambientales que la paciente presenta. Sin embargo, puede inferirse que la paciente presentaba problemas relativos al grupo primario de apoyo.

- Escala GAF (Global Assessment of Functioning Scale)

A partir de su juicio clínico, la psicóloga entrevistada estimó una puntuación de 85/100 respecto del cuadro de la paciente al momento de iniciar tratamiento. Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), tal puntaje da cuenta de síntomas ausentes o mínimos y buena actividad en todas las áreas. Los puntajes estimados entre 81 y 90/100 dan cuenta de un sujeto interesado e implicado en una amplia gama de actividades, eficaz en ámbitos sociales, satisfecho con el estado de su vida en general, sin mayores preocupaciones que las cotidianas (por ejemplo, una discusión ocasional entre miembros de la familia).

- CGI-BD (Clinical Global Impression for Bipolar Disorder)

En este caso, la psicóloga refirió los siguientes puntajes en las subescalas que componen la

CGI-BD:

Manía: 0

Depresión: 1

General: 1

Estos puntajes indican que la psicóloga no ha registrado información que permita pensar en la presencia de sintomatología maníaca (o hipomaniaca), a la vez que ha considerado Normal la gravedad de los síntomas depresivos de la paciente, así como también la severidad del cuadro en general.

- Índice de Bipolaridad

En la grilla aportada por la psicóloga, se observó que el puntaje estimado para la paciente fue de 64 puntos. Por lo tanto, puede deducirse que la profesional identificó la presencia de ciertos marcadores de bipolaridad no-maníacos en un grado tal que da cuenta de sintomatología bipolar relativamente significativa.

- Criterios de espectro bipolar (Ghaemi)

En este caso, la psicóloga tratante ha considerado que la paciente no cumple con criterios del espectro bipolar según lo plantea Ghaemi (Ver Anexo). Cabe mencionar que, si bien en la grilla cedida por la terapeuta los criterios de Ghaemi figuran dentro de la categoría de Instrumentos Autoaplicados, corresponde en realidad al grupo de Instrumentos Heteroaplicados.

5.2.2. Instrumentos autoaplicados

Estos instrumentos han sido especialmente seleccionados por los profesionales para evaluar las características del ánimo, temperamento y personalidad de los nuevos pacientes, y conforman el Cuadernillo de escalas autoadministradas que se entrega a cada paciente para completar al iniciar el tratamiento en la institución (Ver Anexo).

- MOODS-SR

A partir del protocolo completado por la paciente y las puntuaciones cedidas por la terapeuta (ver Anexo), se observó la preponderancia del espectro depresivo por sobre el maníaco en los tres subdominios contemplados (ánimo, energía y cognición) a lo largo de su vida.

En cuanto al ánimo, la paciente reflejó una modalidad completamente depresiva, reflejada por su respuesta positiva a los siguientes ítems: 3) Se sentía muy solo; 4) Se mostraba serio, introvertido o melancólico; 10) Se sentía continuamente triste, vacío, deprimido, abatido; 13) Se sentía como si nada tuviera sentido; 21) No sentía interés ni disfrutaba estando con los demás, y prefería pasar la mayor parte del tiempo a solas, aislada de sus familiares y amigos/as.

Respecto de la energía, se observó una leve primacía de la modalidad depresiva por sobre la maníaca, dada por la respuesta positiva a estos ítems: 59) Se sentía físicamente “enlentecido”, como si sus movimientos se produjeran a “cámara lenta”; 65) Se sentía fatigado, débil o cansado, como si la tarea más pequeña requiriese un gran esfuerzo y una gran cantidad de energía.

Cabe mencionar que la paciente respondió de manera positiva a los siguientes ítems referidos a la modalidad maníaca de energía: 73) Tenía tantas ideas y pensamientos al mismo tiempo que le resultaba difícil expresarlos; 77) Se sentía fuerte, vital y lleno de energía.

La paciente presentó una modalidad cognitiva mayoritariamente depresiva, como lo demuestra su respuesta afirmativa a estos ítems: 81) Se mostraba excesivamente crítico o escéptico sobre cuestiones que, normalmente, los demás consideraban importantes en la vida; 93) Tenía sentimientos de culpa o remordimientos; 95) Se sentía rodeado de hostilidad, como si todo el mundo estuviese en contra de usted; 99) Veía el futuro muy negro o pensaba que no podía hacer nada para cambiar las cosas; 106) ¿Alguna vez ha intentado realmente hacerse daño o quitarse la vida? Por otro lado, la paciente respondió afirmativamente a algunas preguntas que aluden a la modalidad maníaca de cognición, viéndose duplicadas en número por las respuestas enumeradas en el párrafo anterior. Sin embargo, se considera relevante mencionar el contenido de las mismas:

110) Tenía momentos de intensa inspiración y creatividad artística; 112) Era excesivamente

curioso y se interesaba por todo y por todos; 113) Notó que las tareas que tenía bajo su responsabilidad mejoraron considerablemente; 115) Sentía que era muy agudo, brillante e inteligente; 120) Tenía una gran estima de sí mismo, sentimientos de superioridad, o creía poseer una extraordinaria capacidad, talento, conocimiento o poder.

Finalmente, la paciente ha respondido de manera positiva a los siguientes ítems correspondientes a la dimensión ritmicidad, relativos a los cambios en el sueño y la rutina: 137) ¿Es usted el tipo de persona que sufre cambios en el estado del ánimo, el nivel de energía o de bienestar físico según el tiempo, la estación del año o con los cambios de estación, después de viajes con variaciones horarias mayores a 4 horas, y/o en función del ciclo menstrual?; 144) En alguna ocasión ha tenido grandes dificultades para quedarse dormido antes o después de llevar a cabo algún tipo de actividad física, social o laboral estimulante; 153) Disminuyó considerablemente su apetito o su peso.

- MDQ

La paciente obtuvo un puntaje de 10 puntos totales en este cuestionario, repartidos de la siguiente forma (se indican algunas de las respuestas afirmativas): Se sentía mucho más seguro/a de sí mismo/ a que lo habitual; Le pasaban ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía hacer que su mente fuera despacio; Se distraía tan fácilmente con cosas de su alrededor que tenía dificultades para concentrarse o para seguir con lo que estaba haciendo; Era mucho más activo/a o hacía muchas más cosas que de costumbre; Hacía cosas que eran inusuales en usted o que otras personas podrían haber considerado excesivas, insensatas o arriesgadas. La paciente refirió que estas situaciones ocurrieron durante el mismo período de tiempo y que no le causaron ningún problema.

Es importante mencionar que, según las observaciones de la psicóloga tratante respecto de este instrumento (ver Anexo), se infiere que se ha empleado la versión de Hirschfeld et al. (2000), en tanto la profesional consideró la puntuación mayor o igual a siete puntos en la Pregunta I como indicador de presencia de un trastorno del estado del ánimo. Sin embargo, en esta versión se requiere, además, una respuesta afirmativa a la Pregunta II, y al menos indicar "Pequeños problemas" como respuesta en la pregunta III. Como se dijo, la paciente indicó la opción A (Ningún problema) como respuesta a esta última pregunta. Por lo tanto, podría decirse que, desde la versión de Hirschfeld et al. (2000), la presencia de trastorno del estado del ánimo es dudosa (se cumple con siete o más ítems positivos en I, respuesta afirmativa en II, y opciones A: "Ningún problema", o B: "Pequeños problemas" en III).

Por otro lado, de haberse empleado la adaptación argentina (Zaratiegui, Lorenzo & Vázquez, 2011), la presencia de trastorno anímico en la paciente sería indudable, en tanto los requisitos para que un protocolo sea positivo según esta versión son: cinco o más ítems positivos de la Pregunta I y respuesta afirmativa a la Pregunta II, independientemente de la respuesta a la Pregunta III.

- BSDS

Es interesante analizar el resultado obtenido a partir de este instrumento, dado que la paciente ha indicado que la historia relatada en el párrafo no la describe en absoluto. Por lo

tanto, ante tal consideración, no procedió al marcado de aquellas oraciones que podían describirla. Se desconoce si la terapeuta ha indagado en la respuesta de la paciente en sesión, o cómo entiende esta profesional el resultado obtenido.

Por un lado, puede decirse que el hecho de que la paciente no se identificara con la historia contemplada en la Escala Diagnóstica del Espectro Bipolar concuerda con la visión de la terapeuta respecto del incumplimiento con los criterios suficientes propuestos por Ghaemi para el trastorno del espectro bipolar.

Sin embargo, a partir del análisis de los ítems a los que la paciente respondió de manera afirmativa en los instrumentos ya abordados (MOODS-SR y MDQ), es evidente cierta contradicción.

El resultado obtenido es paradójico, además, en el sentido de que el BSDS ha demostrado tener una mayor sensibilidad que el MDQ para detectar las formas más “soft” del espectro bipolar.

Sin embargo, en este caso se ha obtenido un resultado indicador de presencia de trastorno anímico en el MDQ, pero no así en el BSDS.

- TEMPS-A

Las respuestas dadas por la paciente a los ítems de esta escala reflejan cuáles son aquellas características más salientes de su temperamento afectivo.

La paciente ha presentado un marcado componente distímico en su temperamento, como lo reflejan sus respuestas positivas a los siguientes ítems: 1) Soy una persona infeliz, triste; 3) He sufrido mucho en la vida; 8) No tengo tanta energía como otras personas; 11) Me siento muy inseguro al conocer gente nueva; 13) Me siento fácilmente herido por las críticas o el rechazo; 19)

Soy el tipo de persona que duda de todo; 20) Mi deseo sexual ha sido siempre bajo. A la vez, es también significativo el componente ansioso del temperamento de la paciente, identificable a partir de la respuesta afirmativa a los ítems: 92) A menudo me siento muy inquieto por dentro; 94) A menudo tengo molestias en el estómago; 103) Soy, por naturaleza, una persona muy cautelosa; 106) Cuando estoy estresado siento una sensación desagradable en el pecho; 107)

Soy una persona insegura. Cabe mencionar que las respuestas de la paciente reflejan un moderado componente ciclotímico del temperamento, a partir de la selección de los ítems: 23) Tengo cambios repentinos de humor y de energía; 33) Me dicen que a menudo me pongo pesimista y que olvido los tiempos felices del pasado; 34) Paso de tener mucha confianza en mí mismo a sentirme inseguro; 35) Paso de ser abierto a ser retraído con los demás.

La preponderancia de los rasgos temperamentales distímico y ansioso por sobre el ciclotímico puede ser una explicación al puntaje obtenido en la escala BSDS (0 puntos), en tanto es posible que la paciente en realidad no experimente las alternancias en su ánimo como una ruptura respecto del estado anterior, gracias a este componente primordialmente distímico y ansioso,

que configura una característica de rasgo, y por lo tanto, se sostiene en el tiempo y a través de las diversas situaciones experimentadas por la paciente.

- IPDE

La paciente ha obtenido puntajes mayores a 3 para varios trastornos de personalidad contemplados en el cuestionario IPDE, entre ellos, trastorno paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, límite y evitativo de la personalidad. A partir de una entrevista, la terapeuta pudo discriminar entre aquellos que sólo configuraban rasgos de personalidad (es decir, subclínicos), y el único trastorno de personalidad que fue corroborado como tal fue el trastorno de personalidad por evitación. Este resultado coincide con el diagnóstico en el Eje II obtenido a partir de la aplicación del cuestionario y entrevista SCID II.

- SCID II (Cuestionario)

La aplicación de la entrevista SCID II, así como también las respuestas dadas por la paciente al cuestionario autoadministrado correspondiente a este instrumento (ver Anexo), arrojó información concordante con la obtenida a partir del cuestionario IPDE. Es decir, se observó presencia de rasgos de personalidad depresiva, paranoide, esquizoide y límite, sin llegar a cumplir los criterios estipulados en el DSM-IV-TR para dichos trastornos. Por otro lado, así como se vio en el IPDE, sólo se cumplen criterios para el trastorno de personalidad por evitación. A diferencia del IPDE (que es un instrumento de screening), la SCID II permite hacer diagnóstico de trastorno de personalidad en el Eje II.

Los criterios del DSM-IV-TR para el trastorno de la personalidad por evitación (APA, 2002) describen un patrón general de inhibición social, sentimientos de incapacidad e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes: evitación de trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo; reactancia a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar; represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado; preocupación por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales; inhibición en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de incapacidad; visión de sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás; rechazo extremo a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

La terapeuta consultada consideró que todos estos criterios se cumplían en el caso de la paciente estudiada, siendo un disparador clave de su ansiedad aquellas situaciones sociales en las que existía la posibilidad de ser revelada su homosexualidad.

5.2.3. Diagnóstico realizado por la psicóloga .

En base a la información obtenida a partir de los instrumentos examinados, puede decirse que el diagnóstico al que arribó la terapeuta consultada es, para el Eje I del DSM-IV-TR, trastorno ciclotímico en comorbilidad con trastorno por abuso de sustancias subclínico y sintomatología propia de la ansiedad social (esta última se corresponde con el diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación en el Eje II). Además, se obtuvo evidencias de ánimo depresivo y

temperamento de características distímicas y ansiosas.

Cabe mencionar que, en el marco de la conceptualización de caso realizada por la psicóloga, el abuso de sustancias es visto como un intento de la paciente por evitar la experimentación de ansiedad frente a situaciones sociales en las que podía quedar expuesta su orientación sexual.

5.3. Hipótesis diagnóstica desde la perspectiva del Espectro Bipolar

Hacia el final de la entrevista a la psicóloga tratante, se le preguntó acerca de los conceptos teóricos que influyeron en la realización del diagnóstico. La terapeuta explicó que basó su abordaje del proceso de evaluación y del tratamiento principalmente en la literatura científica, es decir, en artículos o publicaciones resultantes de investigaciones, ya que tanto para ella como para todo el equipo de profesionales, es central el conocimiento basado en datos empíricos que den cuenta de la validez y la eficacia de los instrumentos, técnicas y protocolos de tratamientos a implementar. Es por eso que se valió de herramientas basadas en criterios de consenso internacional, tales como los del DSM-IV-TR y la CIE-10 a la hora de diagnosticar.

Sin embargo, la terapeuta agrega que también se han integrado los aportes de otras teorías (sustentadas en estudios científicos) que han ido ganando terreno en el campo del diagnóstico y tratamiento en psicología y psiquiatría, como son los enfoques dimensionales, que permiten concebir los trastornos como cuadros sindrómicos, de manera que representan una alternativa enriquecedora, puntualmente en materia de diagnóstico diferencial y comorbilidades.

Particularmente, respecto de la perspectiva del espectro bipolar, la profesional entrevistada destaca los aportes de Ghaemi y Akiskal, reconociendo como antecedente de este enfoque a Kraepelin.

De acuerdo con Angst, Dunner, y Akiskal, Hantouche y Allilaire (1998; 1998; 2003; como se cita en MacKinnon & Pies, 2006), el DSM ha adoptado una postura conservadora respecto de la inclusión de distintos trastornos dentro del espectro bipolar, siendo que el trastorno bipolar II fue incluido recién en la versión IV-TR, no sin especificar un criterio de duración de cuatro días para las hipomanías, que estos autores consideran arbitraria y hasta demasiado estricta.

Según MacKinnon y Pies (2006), el DSM-IV refleja una prevalencia de entre 0.4% y 1.6% para el tipo bipolar I, y un 0.5% para el tipo II. Sin embargo, entendiendo al trastorno bipolar como un concepto más amplio, Goodwin y Ghaemi (2001; como se cita en MacKinnon & Pies, 2006) estiman la prevalencia del amplio espectro del trastorno bipolar entre un 2 y 5%. Por su parte, Akiskal (1996; como se cita en MacKinnon & Pies, 2006), a partir de una concepción aún más amplia del trastorno bipolar, al incluir en él la inestabilidad temperamental durante episodios hipomaniacos, sugirió una prevalencia del 5 a 7% para todo el espectro de trastornos bipolares.

Como se ha mencionado, Ghaemi y Goodwin (2001; como se cita en MacKinnon & Pies, 2006) y Ghaemi (2002) agrupan todos los subgrupos de trastornos bipolares que no corresponden a los tipos I o II en una única clase genérica, denominada trastorno del espectro bipolar. Se considera que el cuadro de la paciente analizado en este trabajo podría incluirse bajo la rúbrica de este concepto unificador. Si bien Goodwin y Jamison (1990; como se cita en Ghaemi, 2002) se refirieron únicamente a los casos de depresión recurrente al sugerir que tales pacientes

podrían compartir características genéticas y respuesta al tratamiento farmacológico con la enfermedad bipolar, podría también suponerse que el caso de la paciente estudiada, que presenta diagnóstico de trastorno ciclotímico, temperamento fundamentalmente distímico y ansioso, y una modalidad afectiva en principio depresiva (a nivel anímico, energético y cognitivo), también podría contemplarse dentro del espectro bipolar. Esta suposición gana mayor sustento al presentar la paciente algunas de las características que Ghaemi, Ko y Goodwin (2001; como se cita en Ghaemi, 2002) que vinculan a la bipolaridad. Por ejemplo, la edad temprana de presentación de la sintomatología anímica (a sus 11 años), historia familiar de inestabilidad anímica o desregulación emocional en pariente de primer grado (sería interesante evaluar comorbilidad de trastorno borderline con bipolaridad en el caso de la madre), síntomas atípicos de depresión, e hipomanía (subclínica) inducida por antidepresivos. Cabe recordar los estudios realizados por Akiskal (1983; como se cita en Ghaemi, 2002), que indicaron que la hipomanía inducida por antidepresivos y la historia familiar de bipolaridad constituían dos predictores significativos de trastorno del espectro bipolar.

Sin embargo, los instrumentos aplicados a la paciente (en particular, Criterios de espectro bipolar de Ghaemi y BSDS) no respaldaron esta conjetura. A este respecto, cabe mencionar que la evaluación de los criterios para trastorno del espectro bipolar fue realizada por la terapeuta, quien a pesar de haber incluido esta herramienta a los fines de ampliar el espectro y obtener mayor cantidad de información respecto del cuadro de la paciente, a la hora del diagnóstico se mantuvo dentro de los márgenes estipulados por el DSM-IV-TR. Por otro lado, las respuestas dadas al cuestionario BSDS por la paciente fueron llamativas, en tanto era esperable una mayor correspondencia entre los ítems seleccionados en este instrumento y los marcados en el MOODSSR y MDQ.

Por su parte, Klerman y Akiskal y Pinto (1981; 1996; como se cita en Ghaemi, 2002) propusieron la existencia de distintos tipos de bipolaridad, además de los tipos I y II. De acuerdo con McKinnon y Pies (2006), este enfoque se caracteriza por la división del espectro bipolar en varios subgrupos, en base a criterios muy específicos. Desde esta perspectiva, se considera que el caso de la paciente en cuestión podría ser considerado un cuadro de trastorno bipolar III $\frac{1}{2}$. Según Akiskal y Pinto (1999; como se cita en Akiskal & Vázquez, 2006), en el tipo bipolar III $\frac{1}{2}$ los sujetos experimentan períodos de excitación y depresión menor relacionados de manera íntima con el abuso de sustancias y alcohol. El diagnóstico diferencial, por lo tanto, recae sobre la identificación de cambios anímicos frecuentes, especialmente durante períodos de abstinencia.

La hipótesis que la psicóloga tratante construyó propone las variaciones anímicas de la paciente como resultantes de sus conductas evitativas (sostenidas en un temperamento de características distímicas y ansiosas, así como en un espectro del ánimo principalmente depresivo) respecto del entorno social. En esta conceptualización, las conductas de consumo son entendidas como estrategias de afrontamiento desadaptativas frente al malestar generado por la ansiedad social. Se considera que esta conjetura es acertada, en tanto explica de manera satisfactoria la sintomatología y las relaciones entre trastornos comórbidos.

Sin embargo, al momento del proceso diagnóstico, la paciente mantenía las conductas de consumo, y fue diagnosticada con trastorno ciclotímico y abuso de sustancias (de

características subclínicas). Cabe, entonces, cuestionar el vínculo entre ambos cuadros, siendo posible pensarlo también como un caso dentro del mencionado tipo bipolar III ½. Hay diversas teorías que intentan explicar la comorbilidad entre los trastornos anímicos y el abuso de sustancias. Según Quello et al. (2005), una de las teorías explica el aumento del riesgo del desarrollo de un trastorno por los efectos patológicos del otro, a partir de un modelo de automedicación, que conduce a la dependencia. Otras teorías suponen el funcionamiento de mecanismos neurobiológicos de conducción de impulsos y sensibilización progresiva, mientras que algunas teorías ponen el acento en la predisposición genética, sustentadas en los estudios en familias, que permiten suponer que ciertas variantes genéticas contribuyen al desarrollo de ambas enfermedades. Otros autores, como Swann (2005) entienden al trastorno bipolar y el abuso de sustancias como trastornos de los sistemas reguladores de la motivación y la iniciación de la conducta.

Respecto de los antecedentes familiares, es importante mencionar que un estudio de Silverman et al. (1991; como se cita en Paris, 2004) reflejó un aumento en la labilidad anímica en familiares de primer grado de pacientes borderline (como la madre de la paciente). Por otro lado, otros autores (Zanarini, 1993; Links et al., 1999; White et al., 2003; como se cita en Paris, 2004) sugirieron una elevada prevalencia de trastornos del espectro de los impulsos (como el abuso de sustancias) en familiares de pacientes límite. En ambos casos, las investigaciones demuestran una fuerte asociación entre el componente genético, la inestabilidad anímica o desregulación emocional (cristalizada en un trastorno clínico, como el ciclotímico y/o en un trastorno de personalidad, como el límite), la impulsividad y el abuso de sustancias.

6. CONCLUSIONES

El objetivo general que guió este Trabajo Final de Integración de la Licenciatura en Psicología fue el de evaluar la sintomatología psiquiátrica general, las características del estado de ánimo, del temperamento y de la personalidad de una paciente con diagnóstico de trastorno bipolar II, y proponer una hipótesis diagnóstica alternativa desde la perspectiva del Espectro Bipolar.

En primer lugar, se comenzó por describir los antecedentes de tratamiento de la joven, información obtenida a partir de la entrevista realizada por la pasante a la psicóloga tratante. En esa entrevista, la terapeuta explicó detalladamente la problemática de la paciente respecto de la relación con su madre y la patología que esta padece, y cómo el trastorno de la madre marcó los años de crecimiento de la paciente, afectando el periodo de construcción de su identidad y personalidad. Se indagó también sobre los antecedentes de tratamiento psicológico y psiquiátrico de la paciente, los que inició en su pubertad. Además, se obtuvo información sobre la llegada de la paciente a la consulta y el motivo de la misma, tratándose de un duelo irresuelto por ruptura con una pareja y conflictos relativos a la propia homosexualidad. También, se obtuvo información sobre las conductas problema de la paciente, relativas al abuso de sustancias.

Luego, se consultó sobre la realización del diagnóstico. Cabe mencionar que la paciente había sido diagnosticada anteriormente con trastorno bipolar II por el psiquiatra de su madre, quien fue el profesional a cargo de su tratamiento durante aproximadamente tres años (previos a la consulta). La profesional entrevistada hizo diagnóstico de trastorno ciclotímico y abuso

subclínico de sustancias (en el Eje I), y trastorno de personalidad por evitación (en el Eje II), a partir de herramientas diagnósticas acordes al DSM-IV-TR (instrumentos heteroaplicados).

Además, se indagó sobre los instrumentos autoaplicados que conforman un cuadernillo que recibe cada nuevo paciente que llega a Fundación Foro, luego de una admisión en la que se detecta una problemática en la regulación de las emociones. La psicóloga amablemente cedió las puntuaciones por ella calculadas y los protocolos originales completados por la paciente, en el caso de las pruebas autoadministradas. A partir de estos, se procedió a la evaluación de la sintomatología psiquiátrica general, las características del temperamento, ánimo y personalidad de la paciente al momento de iniciar tratamiento en esta institución. El análisis de esta información, junto con la obtenida en la entrevista, permitió pensar el caso desde la perspectiva del Espectro Bipolar, representada por autores como Akiskal y Ghaemi. Este enfoque dimensional permite abordar los casos anímicos como un continuum, cuyo punto en común es la labilidad o inestabilidad anímica, también denominada desregulación emocional. Sin embargo, hay quienes se oponen a esta conceptualización del trastorno bipolar como un espectro que incluya al trastorno límite de personalidad, en tanto entienden que la inestabilidad anímica es distinta en un caso y en otro (Baldessarini, 2000). Así, en el primer caso se vincula más estrechamente con la distimia, mientras que en el otro se lo asocia con la impulsividad y agresividad.

El análisis de los instrumentos autoaplicados que refieren a la concepción dimensional del trastorno bipolar aportó información relevante. Se identificó un ánimo primordialmente depresivo, temperamento fundamentalmente distímico y ansioso, y características evitativas y depresivas de personalidad. Como se mencionó, se detectó un abuso subclínico de sustancias y alcohol, que fue interpretado por la terapeuta tratante como una estrategia mal adaptativa de afrontamiento frente al malestar generado por las conductas de evitación, que funcionan como refuerzo negativo de la ansiedad social experimentada por la paciente en relación a situaciones en que podía ser develada su sexualidad.

Sin embargo, la psicóloga tratante, a pesar de haber utilizado estos instrumentos para recabar esta información, no elaboró el diagnóstico en base a la perspectiva del Espectro Bipolar, sino que lo hizo desde los sistemas categoriales DSM-IV-TR y CIE 10.

Finalmente, se propuso una hipótesis diagnóstica alternativa desde el constructo de Espectro Bipolar, tomando principalmente los postulados de dos investigadores centrales, Ghaemi y Akiskal.

Desde lo propuesto por Ghaemi, se pensó que este caso puede ser explicado desde su concepto de trastorno del espectro bipolar, en tanto la paciente cuenta con historia familiar de labilidad emocional (a este respecto sería interesante conocer más sobre la historia del trastorno de la madre), presentación temprana de la sintomatología, hipomanía subclínica causada por antidepresivos y manifestaciones depresivas atípicas.

Considerando los aportes científicos de Akiskal, este caso puede pensarse como perteneciente al fenotipo bipolar III ½, en el que los sujetos presentan períodos de excitación y depresión

menor vinculados estrechamente al abuso de sustancias y alcohol. Sin embargo, para comprobar esta hipótesis debería evaluarse a la paciente luego de un período de abstinencia (no cuenta con información suficiente que permita suponer que dicha evaluación se haya realizado en el tratamiento actual). En caso contrario, probablemente pudiera ser contemplado su caso como perteneciente al espectro, pero tal vez como perteneciente a otro fenotipo. Esta suposición estaría, igualmente, sujeta al estudio del caso con una nueva hipótesis como guía. Son diversas las teorías que intentan abordar el vínculo comórbido entre el abuso de sustancias y los trastornos anímicos, la mayoría de las cuales vincula ambos trastornos a nivel de funcionamiento fisiológico o características genéticas determinantes en común.

Como aporte crítico a la experiencia, es importante mencionar que se concuerda con la perspectiva de la psicóloga tratante en cuanto al entendimiento de las conductas de consumo como forma desadaptativa de tolerancia al malestar. Sin embargo, se ahondaría en la relación que estas conductas guardan con el cuadro de ciclotimia. Además, se considera que una conceptualización del caso desde la concepción de un Espectro Bipolar, a nivel diagnóstico y de tratamiento (y no sólo ad hoc), enriquecería la visión del cuadro y daría un margen de mayor integración a todas las variables en él intervinientes. También, se pondría énfasis en la psicoeducación de la paciente como un caso dentro del espectro bipolar, en tanto se han identificado rasgos hipomaniacos (aunque subsindrómicos) suficientes como para que revista de importancia el entrenar a la paciente en detectar las fluctuaciones en su estado del ánimo y factores de vulnerabilidad ante los mismos. Por otro lado, cabe destacar que el tratamiento, a ocho meses de haber iniciado, parece ser exitoso, en tanto la paciente ha modificado las conductas problema, y ha logrado desempeñarse adaptativamente en el ámbito académico y laboral. En lo que respecta al tratamiento psicofarmacológico, resulta interesante que el psiquiatra que evaluó a la paciente al ser admitida en la institución haya decidido retirar la medicación con litio ya que, según Vázquez (2007), la eficacia antisuicida del litio ha sido probada en cualquier enfermedad mental, incluidos los trastornos afectivos. Esta intervención podría considerarse controversial, en tanto se trata de una paciente con un intento previo de suicidio, cuya madre tuvo numerosos intentos de suicidio, siendo que los intentos previos y la historia familiar de intentos suicidas constituyen los principales predictores de suicidio.

Respecto del trabajo realizado, se considera que se ha logrado responder a los objetivos planteados, enriqueciendo el análisis del caso a través de una exhaustiva búsqueda bibliográfica de artículos y publicaciones novedosas que dan cuenta del debate a nivel teórico sobre los diversos modelos del espectro bipolar y aquellos que defienden la división categorial. También, se cree que se ha realizado un análisis detallado de cada una de las evaluaciones de la paciente, buscando siempre integrar y vincular lo reflejado en instrumentos con los datos de la historia clínica aportados por su terapeuta.

Se reconocen limitaciones en cuanto a que no se ha tenido contacto con la paciente, siendo que no pudo entrevistársela, y la información fue referida por su terapeuta, quien también administró los instrumentos y luego difundió las puntuaciones. Además, se considera que, si bien se realizó una búsqueda profunda de bibliografía y se seleccionaron aquellos autores que se consideraron más apropiados para la finalidad del trabajo, quedaron por fuera muchas otras

perspectivas, ya que se trata de una discusión de nivel teórico muy amplia, y el tema es novedoso, al menos para la pasante, por cierto muy interesante pero también complejo.

Se considera importante continuar con la investigación en materia de espectro bipolar, sus manifestaciones, instrumentos sensibles a su detección, mecanismos de comorbilidad a nivel fisiológico con otros trastornos clínicos y a nivel tratamiento para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, que suelen ver demorado el diagnóstico y tratamiento adecuado, además de que suelen compartir historias de trauma y vínculos primarios patológicos, llevando a muchos de ellos a la tentativa de suicidio o vidas miserables. Es vital continuar estudiando para ayudarlos a crear una vida que valga la pena ser vivida.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akiskal, H. (2004). Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 110, 401 – 407. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00461.x
- Akiskal, H. & Vázquez, G. (2006). Una expansión de las fronteras del trastorno bipolar: validación del concepto de espectro. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 17, 340 – 346.
- Akiskal, H., Akiskal, K., Haykal, R., Manning, J. & Connor, P. (2005). TEMPS-A: Progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire. *Journal of Affective Disorders*, 85, 3 – 16. doi:10.1016/j.jad.2004.12.001
- Albanese, M. & Pies, R. (2004). The Bipolar Patient with Comorbid Substance Use Disorder. *CNS Drugs*, 18, 585 – 596. doi:10.2165/00023210-200418090-00004
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2002). *DSM-IV-TR Breviario: Criterios diagnósticos*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Baldessarini, R. (2000). A plea for integrity of the bipolar disorder concept. *Bipolar Disorders*, 2, 3 – 7. doi:10.1034/j.1399-5618.2000.020102.x
- Baldessarini, R., Tondo, L., Vázquez, G., Undurraga, J., Bolzani, L., Yildis, A. et al. (2012). Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients. *World Psychiatry*, 11, 32 – 38. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.01.006
- Berrocal, C., Ruiz Moreno, M., Merchán, P., Mansukhani, A., Rucci, P. & Stat, D. (2006). The Mood Spectrum Self-Report: Validation and adaptation into Spanish. *Depression and Anxiety*, 23, 220 – 235. doi:10.1002/da.20169
- Brown, S., Sunderajan, P., Hu, L., Sowell, S. & Carmody, T. (2012). A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Trial of Lamotrigine Therapy in Bipolar Disorder, Depressed or Mixed Phase and Cocaine Dependence. *Neuropsychopharmacology*, 37, 2347 – 2354. doi:10.1038/npp.2012.90
- Chiasson, J., Rizkallah, E., Stavro, K., Dussault, M., Pampoulova, T., Tourjman, V. et al. (2011). Is the Mood Disorder Questionnaire an appropriate screening tool in detecting bipolar spectrum disorder among substance use populations?. *The American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*, 37, 79 – 81. doi:10.3109/00952990.2010.538944
- Deltito, J., Martin, L., Riefkohl, B., Austria, A., Kissilenko & Morse, C. (2001). Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum?. *Journal of Affective Disorders*, 67, 221 – 228. doi:10.1016/S0165-0327(01)00436-0
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J. & Benjamin, L. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington DC: American Psychiatric Press.

- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J. & Benjamin, L. (1999). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II). Barcelona: Masson.
- Ghaemi, S., Ko, J. & Goodwin, F. (2002). "Cade's Disease" and beyond: Misdiagnosis, Antidepressant Use, and a Proposed Definition for Bipolar Spectrum Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 125 – 134.
- Ghaemi, S., Miller, C., Berv, D., Klugman, J., Rosenquist K. & Pies, R. (2005). Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *Journal of Affective Disorders*, 84, 273 – 277.
- Goikolea, J. (s.f). Trastorno Bipolar. Aspectos fenomenológicos y conceptuales. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. Recuperado de <http://www.acmcb.es/files/425-1159-DOCUMENT/JMGoikolea.pdf>
- Gunderson, J., Weinberg, I., Daversa, M., Kueppenbender, K., Zanarini, M., Shea, M., et al. (2006). Descriptive and Longitudinal Observations on the Relationship of Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1173 – 1178. doi:10.1176/appi.ajp.163.7.1173
- Hirschfeld, R., Williams, J., Spitzer, R., Calabrese, J., Flynn, L., Keck, P. et al. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1873 – 1875. doi:10.1176/appi.ajp.157.11.1873
- Hirschfeld, R., Holzer, C., Calabrese, J., Weissman, M., Reed, M., Davies, M. et al. (2003). Validity of the Mood Disorder Questionnaire: A General Population Study. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 178 – 180. doi:10.1176/appi.ajp.160.1.178
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1999). Sinopsis de psiquiatría. Madrid: Panamericana.
- Loranger, A., Janca, A. & Santorius, N. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorders: The International Personality Disorder Examination (IPDE). Cambridge: Cambridge University Press.
- MacKinnon, D. & Pies, R. (2006). Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorders*, 8, 1 – 14. doi:10.1111/j.1399-5618.2006.00283.x
- Miller, C., Klugman, J., Berv, D., Rosenquist, K. & Ghaemi, S. (2004). Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 81, 167 – 171. doi:10.1016/S0165-0327(03)00156-3
- MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (s.f). Recuperado el 1 de noviembre de 2011, de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/mini.pdf>
- Nakagawa, A., Grunebaum, M., Sullivan, G., Currier, D., Ellis, S., Burke, A. et al. (2008). Comorbid anxiety in bipolar disorder. Manuscrito del autor en base de datos PMC.

- Otto, M. & Applebaum, A. (2010). The Nature and Treatment of Bipolar Disorder and the Bipolar Spectrum. En D. Harlow (Ed.). The Oxford Handbook of Clinical Psychology (pp. 294 – 310). New York: Oxford University Press.

- Paris, J. (2004). Borderline or Bipolar? Distinguishing Borderline Personality Disorder from Bipolar Spectrum Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 140 – 145. doi: 10.1080/10673220490472373

- Paris, J. (2009). The Bipolar Spectrum: A Critical Perspective. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 206 – 213. doi: 10.1080/10673220902979888

- Perugi, G. (2010). Cyclothymic temperament and/or borderline personality disorder. Manuscrito del autor en base de datos PMC.

- Phelps, J. (2006). Bipolar Disorder: Particle or Wave? DSM Categories or Spectrum Dimensions?. *Psychiatric Times*, 23, 76 – 88.

- Quello, S., Brady, K. & Sonne, S. (2005). Mood Disorders and Substance Use Disorder: A Complex Comorbidity. *NIDA Science & Practice Perspectives*, 3, 13 – 21. doi:10.1151/spp053113

- Reisner, R. & Thompson, L. (2006). Trastorno bipolar. México: El Manual Moderno.

- Rosa, A., Bonnín, C., Vázquez, G., Reinares, M., Solé, B., Tabarés-Seisdedos, R., et al. (2010).

Functional impairment in bipolar II disorder: Is it as disabling as bipolar I? *Journal of Affective Disorders*, 127, 71 – 76. doi:10.1016/j.jad.2010.05.014

- Shalini Theodore, R., Ramírez Basco, M. & Biggan, J. (2012). Diagnostic Disagreements in Bipolar Disorder: The Role of Substance Abuse Comorbidities. Manuscrito del autor en base de datos PMC.

- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. et al. (1998).

The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22 – 23

- Swann, A. (2005). Bipolar Disorder and Substance Abuse: Two Disorders or One? *Journal of Dual Diagnosis*, 1, 9 – 23. doi:10.1300/J374v01n03_03

- The Spectrum Assessments website. Moods Spectrum Instruments (s.f). Disponible en <http://www.spectrum-project.org/questionnaires/moods.html>

- Vázquez, G. (2007). Trastornos del estado del ánimo: depresión y bipolaridad. Buenos Aires: Polemos.

- Vázquez, G. & Akiskal, H. (2005). Escala de temperamento de Memphis, Pisa, París y San Diego autoaplicada, versión argentina (TEMPS-A Buenos Aires). *Vertex Revista Argentina de*

Psiquiatría, 16, 89 – 94.

- Vázquez, G., Lolich, M., Leiderman, E., Tondo, L. & Baldessarini, R. (2011). Age-at-Onset of 648 Patients with Major Affective Disorders: Clinical and Prognostic Implications. *Mind & Brain, The Journal of Psychiatry*. Recuperado de <http://www.aapb.org.ar/act-cient/edadinicio.pdf>

- Vázquez, G., Romero, E., Fabregues, F., Pies, R., Ghaemi, N. & Mota-Castillo, M. (2010). Screening for bipolar disorders in Spanish-speaking populations: Sensitivity and specificity of the Bipolar Spectrum Disorder Scale – Spanish Version. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 552 – 556. doi:10.1016/j.comppsy.2010.02.007

- Vázquez, G., Nasetta, S., Mercado, B., Romero, E., Tifner, S., Ramón, M. et al. (2007). Validation of the TEMPS-A Buenos Aires: Spanish psychometric validation of affective temperaments in a population study of Argentina. *Journal of Affective Disorders*, 100, 23 – 29. doi: 10.1016/j.jad.2006.11.028

- Vieta, E., Torrent Font, C., Martínez-Arán, A., Colom Victoriano, F., Reinares Gabnepén, M., Benabarre Hernández, A. et al. (2002). Escala sencilla de evaluación del curso del trastorno bipolar: CGI-BP-M. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30.

- Zanarini, M., Frankenburg, A., Vujanovic, A., Hennen, D., Reich, D. & Silk, K. (2004). Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of a 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 416 – 420. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00362.x

- Zaratiegui, R., Lorenzo, L. & Vázquez, G. (2011). Validación del Mood Disorder Questionnaire en su versión argentina. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 22, 165 – 171.

- Zaratiegui, R., Vázquez, G., Lorenzo, L., Marinelli, M., Aguayo, S., Strejilevich, S. et al. (2011). Sensitivity and specificity of the mood disorder questionnaire and the bipolar spectrum diagnostic scale in Argentinean patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 132, 445 – 449. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.014

- Zimmerman, M., Ruggero, C., Chelminski, I. & Young, D. (2008). Is bipolar disorder overdiagnosed?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 935 – 940. doi:10.4088/JCP.v69n0608

- Zimmerman, M., Galione, J., Chelminski, I., Young, D. & Ruggero, C. (2010). Performance of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale in psychiatric outpatients. *Bipolar Disorders*, 12, 528 – 538. doi:10.1111/j.1399-5618.2010.00840.x

