

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos
con trastorno bipolar "

Autor: Irina Mindlis

Tutor: Manuel Rotman

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	3
1.1OBJETIVO GENERAL.....	3
1.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
1.3HIPÓTESIS.....	3
1.4TIPO DE ESTUDIO.....	4
1.5TIPO DE DISEÑO.....	4
2.MARCO TEÓRICO	5
2.1Cognición social.....	5
2.1.1Teoría de la mente.....	5
2.1.2Tests de cognición social.....	6
2.2Historia del trastorno bipolar como categoría diagnóstica.....	6
2.3Diagnóstico.....	6
2.3.1Episodio maníaco.....	7
2.3.2Criterios DSM-IV para el episodio hipomaníaco.....	7
2.3.3Episodio depresivo mayor.....	7
2.3.4Trastorno bipolar I.....	7
2.3.5Trastorno bipolar II.....	7
2.3.7Escala y cuestionarios diagnósticos.....	8
2.3.7.1Escala de Depresión de Hamilton.....	8
2.3.7.2Escala de Manía de Young.....	8
2.4Epidemiología.....	8
2.5Funciones cognitivas en pacientes con trastorno bipolar.....	9
2.6Cognición social y teoría de la mente en pacientes bipolares.....	9
3.METODOLOGÍA.....	11
3.1Participantes.....	11

3.2Instrumentos.....	11
3.3Procedimiento.....	12
6.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

INTRODUCCIÓN

La práctica profesional fue llevada a cabo durante tres meses en el Servicio de Consultorios Externos de un hospital psiquiátrico donde se ofrecen evaluaciones neuropsicológicas. El objetivo de éstas fue brindar una herramienta de apoyo al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los pacientes que se atienden a través de los consultorios externos. Mediante el uso de diversos tests y escalas psicométricas, es posible evaluar funciones cognitivas tales como memoria, atención, concentración y lenguaje, entre otras, para poder determinar que áreas de funcionamiento pueden estar comprometidas.

Dicha práctica se realizó durante 280 horas de trabajo en la institución. El interés del trabajo final de integración surge a partir de las herramientas específicas con las que se trabaja en el servicio, y el tipo de pacientes que reciben.

Las principales tareas efectuadas fueron las siguientes: participación en la aplicación de tests, interpretación de los mismos, tabulación de datos y realización de informes para los profesionales intervinientes que habían realizado la demanda de evaluación neuropsicológica para sus pacientes.

1.1

OBJETIVO GENERAL

Analizar si existen diferencias en el desempeño en teoría de la mente entre pacientes eutímicos con trastorno bipolar y un grupo control normal.

1.2

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 5
trastorno bipolar

?

Analizar si existen diferencias en atribución de estados mentales como primera etapa de la teoría de la mente, evaluado por el test de las miradas entre pacientes eutímicos con trastorno bipolar y un grupo control normal.

Analizar si existen diferencias en medidas avanzadas de teoría de la mente, evaluado por el test Faux Pas entre pacientes eutímicos con trastorno bipolar y un grupo control normal.

Analizar si existe una relación dentro del grupo de pacientes eutímicos con trastorno bipolar entre el desempeño en tests que evalúan teoría de la mente y el tiempo desde el último episodio agudo.

Analizar si existe una relación dentro del grupo de pacientes eutímicos con trastorno bipolar entre el desempeño en tests que evalúan teoría de la mente y la edad al momento del primer episodio agudo.

?

?

?

1.3

?

?

?

HIPÓTESIS

Los pacientes con trastorno bipolar eutímicos tienen un desempeño inferior al grupo control en medidas de teoría de la mente.

La cantidad de meses eutímicos no se relaciona con el desempeño en tests de teoría de la mente en pacientes bipolares eutímicos.

La edad al momento del primer episodio agudo no se relaciona con el desempeño en tests de teoría de la mente en pacientes bipolares eutímicos.

1.4

?

TIPO DE ESTUDIO

Correlacional.

1.5

?

TIPO DE DISEÑO

Diseño no experimental, transversal.

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 6
trastorno bipolar

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 7
trastorno bipolar

2.

2.1

MARCO TEÓRICO

Cognición social

Una manera de definir la cognición social sería como el proceso cognitivo que elabora la conducta social entre sujetos de la misma especie, ya que para tener una interacción social correcta debemos responder de manera adecuada a los estímulos sociales y emocionales que permanentemente recibimos (Butman, 2007). Brothers (1990) la define como el procesamiento

de información de cualquier tipo que tenga como resultado una percepción correcta de los estados e intenciones de otros individuos.

Considerando a la cognición social como una sumatoria de varios subprocesos (Butman, 2007), esta función comprendería 3 capacidades distintas: 1) la identificación de un estímulo emocional o social dentro de un contexto, 2) la asignación de una valencia (positiva o negativa)

que determina la motivación, lo cual a su vez determina conductas de alejamiento o acercamiento, y 3) la elaboración consciente de la situación social o emocional que hasta este momento operaba de forma no consciente. Se trata por ende de una función compleja, que además de contar con distintos subprocesos, se halla relacionada con otros procesos cognitivos tales como los lingüísticos.

El estudio de la cognición social es especialmente relevante, dada la relación que tiene con el funcionamiento social, el grado de ajuste a la vida cotidiana, las posibilidades ocupacionales y las relaciones sociales (Martinez Aran et al., 2004).

2.1.1 Teoría de la mente

El concepto de Teoría de la Mente fue postulado por Premack y Woodruff (1978) en un trabajo sobre cognición en chimpancés. La teoría de la mente se entiende como la capacidad de

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 8
trastorno bipolar

atribuir estados mentales como intenciones, deseos, creencias, pretensiones y conocimiento a otras personas - y a uno mismo - , y a que éstas pueden diferir entre distintos individuos. Es una

habilidad que permite, a partir de estas atribuciones, explicar o predecir el comportamiento de los demás.

Los conceptos de mentalización, lectura de la mente o inteligencia social son sinónimos de teoría de la mente, y se superpone al concepto de empatía, entendido como la posibilidad de

ponerse en el lugar del otro (Butman, 2007). Según Butman (2007), la teoría de la mente también

incluye la capacidad de realizar inferencias acerca de lo que creen otras personas, la habilidad de

predecir el comportamiento de los otros en base a la atribución de intenciones y deseos, el darse

cuenta de que uno mismo u otra persona pueden tener una creencia errónea de la realidad (y por

ende generar una situación social inapropiada, aunque sin intención), y también en la capacidad

de entender chistes, metáforas, mentiras e ironías.

Según García García, González Marqués y Maestú Unturbe (2011), comprendemos, interpretamos, explicamos y predecimos las acciones de los demás mediante la adscripción de estados mentales (pensamientos, creencias, intenciones). Esto es posible porque el cerebro humano está dotado de sistemas neurales o módulos más específicos, y nos permite construir teorías acerca de las otras personas (como un científico que pone a prueba sus hipótesis). Esta capacidad de predecir y explicar la conducta es condición necesaria para que las relaciones interpersonales y el mundo social sean posibles y tengan sentido.

En estudios con PET de teoría de la mente, se encontró que cuando se aplicaban tests verbales de teoría de la mente, se observaba una activación de regiones cerebrales dispersas, que

cumplen una función importante en la representación de los estados mentales propios y ajenos,

rescatando de la memoria experiencias personales, y coordinando y controlando la ejecución general de la prueba. Las activaciones de la corteza frontal medial reproducen los resultados de pruebas realizadas anteriormente en teoría de la mente, y la activación del cerebelo confirma los

resultados cada vez más concluyentes de que el cerebelo cumple funciones cognitivas en el encéfalo humano (Calarge, Andreasen, & O'Leary, 2004).

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 9

trastorno bipolar

Baron-Cohen (1991) identificó como precursor del desarrollo de la teoría de la mente a la capacidad de los niños de entre 7 y 9 meses para comprender la direccionalidad de la atención de

los demás. Esta atención puede ser dirigida y compartida por el hecho de señalar algo,

constituyendo un comportamiento de atención compartida que requiere tener en cuenta el estado

mental del otro. Baron-Cohen señala este hecho, la intención de “compartir mundos” con los demás, como el motivo detrás de todas las comunicaciones humanas.

Dentro de los primeros estudios sobre alteraciones de la teoría de la mente se destaca el trabajo de Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985) sobre la posibilidad de que los niños con autismo no tuvieran la capacidad de operar con este concepto, originando dificultades en tareas que requieren que el niño comprenda las creencias de otra persona. Baron-Cohen (1991) postula que

las personas con autismo tienen grandes dificultades en asignar estados mentales a los demás, y

parecieran no contar en absoluto con una teoría de la mente.

Otros autores encontraron que existían alteraciones en la teoría de la mente en otras

patologías además del autismo, como por ejemplo en la esquizofrenia, en el trastorno por déficit

atencional y en el abuso crónico de alcohol (Korkmaz, 2011). Korkmaz propone que la teoría de la mente, como componente fundamental de la cognición social, se desarrolla sobre la base de habilidades cognitivas, y que puede hallarse alterada incluso en casos de personas normales o con altos puntajes en tests de inteligencia y otras funciones superiores. Sostiene que en gran medida, los niños son socializados a través de la teoría de la mente. Un número de trastornos del

neurodesarrollo, como los trastornos del espectro autista, el trastorno por déficit de atención con

hiperactividad, los trastornos del lenguaje y la esquizofrenia, además de los trastornos adquiridos

del hemisferio derecho del cerebro (y resultados de traumas al cerebro) pueden dañar el desarrollo de esta función. La teoría de la mente es entendida como una función compuesta, que

involucra la memoria, la atención conjunta, el reconocimiento de estímulos visuales complejos (como procesamiento de caras y miradas), el lenguaje, las funciones ejecutivas (como el reconocimiento de intenciones, objetivos y razonamiento moral), el reconocimiento y

procesamiento de emociones, la empatía y la imitación. En consecuencia, el desarrollo de esta

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 10

trastorno bipolar

función depende de la maduración de distintos sistemas del cerebro y está moldeada por la crianza, las relaciones sociales, el entrenamiento y la educación, constituyendo un ejemplo de la

densa interacción que tiene lugar entre el desarrollo del cerebro y el ambiente (social). El desarrollo de la teoría de la mente tiene consecuencias importantes para el desempeño de la comunicación social, las interacciones y el comportamiento en conversaciones, negociaciones, juegos y relaciones de amistad, que involucran una sensibilidad interpersonal en la vida familiar,

académica, laboral y comunitaria. En pacientes con esquizofrenia el déficit en teoría de la mente

puede estar causado por la imposibilidad de seguir sus propios estados mentales, además de los

de los otros. También se han hallado alteraciones en pacientes con trastornos de la personalidad

esquizoide, esquizotípico, antisocial, narcisista, limítrofe y paranoide (Korkmaz, 2011).

Existen diferentes conceptualizaciones teóricas sobre teoría de la mente (Brüne & Brüne-Cohrs, 2006). Uno de los modelos sigue la línea de la modularidad de la mente propuesta por Fodor, y sus teóricos proponen la existencia de un módulo específico para la teoría de la mente.

Así como otras capacidades cognitivas de dominio específico representadas en el cerebro procesan solo cierto tipo de información, los mecanismos de teoría de la mente procesarían información restringida a las inferencias sociales. De acuerdo con la hipótesis de la modularidad

de la mente, el desarrollo de la teoría de la mente depende de la maduración neurológica de las

estructuras cerebrales involucradas en su funcionamiento. La experiencia puede poner en marcha

la acción de la teoría de la mente, pero no determina la constitución del mecanismo.

Otra línea es la que sigue la Teoría Metarepresentacional, con autores como Perner y Flavell (como se cita en Brüne & Brüne-Cohrs, 2006). Estos teóricos proponen que las entidades

y los principios causales de la teoría de la mente son específicos (por ejemplo creencias, deseos,

pensamientos), lo cual es similar a lo que postulan los teóricos de la modularidad. Por otro lado,

los ingredientes de la habilidad que supone la teoría de la mente se encuentran interconectados,

por ejemplo, podemos reconocer que nuestras creencias tienen un impacto sobre lo que percibimos. En contraste con la teoría de la modularidad, sin embargo, aquí la experiencia juega

un rol más importante en el desarrollo de estas habilidades.

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 11

trastorno bipolar

La teoría de la simulación propone que la teoría de la mente se relaciona con la habilidad “imaginativa” de ponerse en el lugar del otro, tal como proponen Davies y Stone (como se cita en Brüne & Brüne-Cohrs, 2006). En contraste con las otras dos teorías, los teóricos de la simulación proponen que la apreciación de los estados mentales de otros depende de la introspección, resaltando el rol de la experiencia en el modelado de estas habilidades. Los estudios empíricos de los últimos años parecen indicar que esta habilidad cognitiva tiene componentes innatos, se vale de la introspección, y al mismo tiempo se modifica con la experiencia, lo cual resalta la necesidad de una teoría integrativa, que englobe a los tres modelos descriptos.

En cuanto a la importancia de lograr interacciones sociales exitosas en la vida cotidiana, Ahmed y Miller (2011) plantean que la posibilidad de incorporar las perspectivas ajenas es de suma importancia para el colegio, el trabajo, y las relaciones sociales e íntimas. Por ejemplo, en

la escuela no sólo se espera que un niño pueda comprender el material pedagógico, también se

espera que pueda comunicarse exitosamente con sus compañeros y maestros. Una parte significativa del trabajo académico se realiza a través de actividades grupales, por ejemplo presentaciones grupales. La habilidad de trabajar como un miembro eficiente de un grupo se extiende más allá de la escuela. En el mundo laboral, es importante poder trabajar correctamente

con los demás. Una persona tiene que poder escuchar lo que los otros miembros del grupo dicen

y entender porque han tomado cierta perspectiva, sobre todo cuando difiere de la propia, como

generalmente sucede. Adicionalmente, las habilidades de teoría de la mente son necesarias durante las entrevistas laborales y las interacciones con supervisores, ya que es importante poder

considerar la perspectiva del entrevistador o del supervisor además de poder reconocer que es lo

que constituye una respuesta social inapropiada. Otra área que requiere de habilidades de teoría

de la mente es la amistad. Los seres humanos son criaturas sociales que necesitan interacción social. Al establecer amistades, uno necesita habilidades de teoría de la mente para comprender a

los otros. Esto se vuelve aún más importante al buscar una pareja. Dado que la vida cotidiana necesita de interacciones sociales exitosas, cualquier déficit de teoría de la mente puede impactar

significativamente en la vida propia. La inhabilidad de interactuar con los otros puede impedir el

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 12

trastorno bipolar

desarrollo exitoso de las actividades académicas, laborales, y sociales. Esto puede llevar a una falta de relaciones sociales positivas, lo cual a su vez puede causar sentimientos de aislamiento,

ansiedad y depresión. Estos autores, sin embargo, remarcan una diferencia fundamental en cuanto a las distintas medidas de evaluación que se utilizan en teoría de la mente: el trabajo que

desarrollaron examinó la relación entre las funciones ejecutivas y la teoría de la mente utilizando

el Sistema de Funciones Ejecutivas Delis-Kaplan (D-KEFS) y tres tests de teoría de la mente: el Test de Miradas, el Test de Historias, y el Test de Faux Pas (metidas de pata). Se realizaron análisis de regresión por separado, y hallaron que las predicciones para las funciones ejecutivas variaban según el test aplicado. Las diferentes funciones ejecutivas no explicaban una gran proporción de la varianza en los resultados del Test de Miradas, solamente el CI resultó un predictor significativo del desempeño en este test. La fluencia verbal y el razonamiento deductivo resultaron predictores significativos de desempeño en el Test de Historias, mientras que el género explicaba una porción significativa de la varianza en el Test de Faux Pas. Estos resultados sugieren que los tests de teoría de la mente utilizados se valen de diferentes mecanismos cognitivos.

Malhi et al. (2008) sugieren que si bien en contextos sociales, los pacientes bipolares eutímicos parecerían tener la capacidad de resolver aspectos de teoría de la mente, podrían hallarse limitados en su habilidad de mentalización, especialmente en comparación con sujetos normales. Si bien las diferencias pueden resultar leves, estos déficits son lo suficientemente significativos como para posiblemente afectar la capacidad de comprender las emociones e intenciones ajenas, y limitar el conocimiento y grado de consciencia sobre los propios síntomas, enfermedad y situación. La limitación en la habilidad de mentalización podría afectar la capacidad de comprender las emociones e intenciones ajenas, lo cual a su vez afectaría la posibilidad de alcanzar relaciones sociales positivas, y contribuiría a las alteraciones que los pacientes presentan en cuanto a sus logros académicos, laborales y sociales.

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 13

trastorno bipolar

2.1.2 Tests de cognición social

?

Test de Miradas (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001). Este test fue diseñado a partir de los conceptos propuestos por la Teoría de la Mente que propone que los sujetos sanos pueden determinar el estado mental de otra persona a través de la expresión de la mirada. Está compuesto por 36 fotografías de personas, donde se muestra únicamente la zona de los ojos, y el participante debe seleccionar entre cuatro opciones de emociones que la mirada está expresando. Implica la capacidad de procesar en tres niveles: una percepción no consciente (automática) de una mirada, el otorgamiento de una valencia junto a la detección de la dirección de la mirada, que influye a su vez en la detección del estado mental, y el procesamiento consciente para elegir entre las cuatro opciones la que mejor se adapte a la tarea (Butman, 2007).

?

Test de Metidas de Pata o Faux-Pas (Baron-Cohen, O’Riordan, Stone, Jones & Plaisted, 1999). Este test permite calcular un índice de Teoría de la Mente a partir de 20 historias que el paciente lee, donde hay que detectar que se “mete la pata” al decir algo que no se debería haber dicho. Butman (2007) plantea que el test se basa en que a partir de los 9 y 11 años (aproximadamente), los niños normales pueden detectar que se “mete la pata” cuando alguien dice algo que no debería haber dicho. Una metida de pata se define como una interacción en la cual una persona sin darse cuenta hace un comentario inapropiado que produce sentimientos negativos en otra persona (Ahmed y Miller, 2011).

?

Test de Reconocimiento Emocional en Caras (Baron Cohen, Wheelwright & Jolliffe, 1997):

Este test consiste en fotografías de una misma persona realizando diferentes expresiones faciales, 10 emociones básicas y 10 complejas. El evaluado debe elegir la palabra que mejor describe lo que la persona en la fotografía está pensando o sintiendo.

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 14 trastorno bipolar

☐

Test de Historias ToM (Happé, 1994): Se trata de 16 historias, en las cuales la mitad refieren a Teoría de la Mente (Historias ToM), y la otra mitad no (Historias Físicas). Las historias que refieren a Teoría de la Mente evalúan la capacidad de inferir estados mentales. El evaluado debe responder las preguntas del evaluador sobre la historia. El desempeño en este test está relacionado con el desempeño que los sujetos obtienen en medidas de teoría de la mente. Sin embargo, grupos de pacientes con autismo que tuvieron un buen desempeño en medidas de teoría de la mente mostraron déficits en este test de Historias TOM, comparados con sujetos normales.

2.2 Historia del trastorno bipolar como categoría diagnóstica

Aproximadamente en el año 400 a.C., Hipócrates utilizó los términos “manía” y “melancolía” para describir trastornos mentales. En 1686, Bonet describió una enfermedad mental a la que denominó maniaco-melancholicus (Kaplan & Sadock, 1999). En 1854, Falret describe la folie circulaire (locura circular), caracterizada por la reproducción sucesiva y regular del estado maníaco, luego melancólico, y luego un estado lúcido más o menos largo. El mismo año, Baillarger describe la folie à double forme (locura de doble forma), caracterizada por la sucesión de dos períodos, uno de excitación y otro de depresión (Ey, Bernard & Brisset, 1978). En 1899, basándose en trabajos previos de psiquiatras franceses y alemanes, Kraepelin definió la “psicosis maníaco-depresiva”, con la mayoría de los criterios que los psiquiatras utilizan actualmente para diagnosticar el trastorno bipolar I. La ausencia de una evolución que llevara al deterioro y a la demencia la diferenciaba de la demencia precoz, como se denominaba

a la esquizofrenia en ese entonces (Kaplan & Sadock, 1999). Kraepelin observó que muchos pacientes depresivos, al realizárseles un seguimiento longitudinal, desarrollaban hipomanía o manía, mientras que otros depresivos tenían una historia familiar de psicosis maníaco-depresiva.

Notó también que así como durante un episodio de manía podían aparecer síntomas depresivos,

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 15

trastorno bipolar

también había evidencia de la intrusión de hipomanías en estados depresivos, en un número considerable de pacientes (estados mixtos). Kraepelin afirmaba que las disposiciones personales,

predeterminadas constitucionalmente (el temperamento) representan los estados fundamentales

desde donde surgen los distintos estados afectivos. La hipótesis era que existiría una disregulación afectiva en algunos cuadros clínicos, incluyendo psicosis confusionales agudas, estados maníacos agudos y crónicos, depresiones, melancolías agitadas, manía ansiógena-depresiva, depresión con fuga de ideas, y otros estados afectivos con labilidad afectiva en un continuum con estados eutímicos (Akiskal, 2008).

2.3

Diagnóstico

2.3.1 Episodio maníaco

Según Flaherty, Channon y David (1988), la manifestación clínica esencial de un episodio maníaco se caracteriza por un estado de ánimo elevado, expansivo e irritable. Los síntomas que se asocian con un episodio maníaco incluyen hiperactividad, discurso explosivo, fuga de ideas, menor necesidad de sueño, aumento de la autoestima hasta extremos de grandeza, distracción extrema, atención breve y juicio deficiente. La manía se describe en términos de aumento de la actividad psicomotora, según estos autores. En pacientes maníacos se observa que hablan, piensan y se mueven más rápido. El discurso suele ser explosivo y acelerado, y resulta

prácticamente imposible interrumpirlo. Con frecuencia duermen solo una o dos horas por noche,

y sin embargo poseen una energía ilimitada. El estado de ánimo a veces es eufórico, pero puede

caracterizarse por un grado extremo de irritabilidad y una escasa tolerancia a la frustración. La combinación de un juicio social defectuoso y el aumento de la autoestima (sensación de grandeza) pueden conducir a situaciones como pérdidas de grandes cantidades de dinero o bienes, y otras conductas con un alto potencial de producir consecuencias negativas y riesgosas.

El DSM-IV-TR agrega a estos criterios diagnósticos que el episodio debe durar al menos una semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización) y que no debe cumplir los

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eufímicos con 16

trastorno bipolar

criterios para un episodio mixto. Por otro lado, la alteración del estado de ánimo es lo suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay presencia de síntomas psicóticos. Debe descartarse que los síntomas se deban a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento u otro tratamiento), o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

El examen del estado mental de los pacientes maníacos, según Kaplan y Masoch (1999), muestra euforia, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración y labilidad emocional. En el lenguaje se observa fuga de ideas, ensalada de palabras y neologismos. El 75% de los pacientes maníacos presenta alteraciones perceptivas, que refieren a riquezas, poderes o capacidades extraordinarias. El pensamiento evidencia autoconfianza y autograndiosidad, y el flujo de ideas es acelerado y desinibido. El 75% presenta alteraciones en el control de los impulsos, en forma de agresividad y conductas amenazadoras.

2.3.2 Criterios DSM-IV para el episodio hipomaniaco

La diferencia principal con el episodio maniaco, según los criterios del DSM-IV-TR, es que en este caso las alteraciones no resultan lo suficientemente graves como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

La duración del episodio se estipula en cuatro días de un estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable, que es claramente diferente del estado de ánimo habitual. Este cambio en la actividad del individuo y en su estado de ánimo debe ser claramente distinto al del

sujeto cuando se encuentra asintomático, y debe ser observable por los demás. Debe descartarse

asimismo que los síntomas no sean debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 17

trastorno bipolar

2.3.3 Episodio depresivo mayor

Según el DSM-IV-TR, se requiere la presencia, en un período de dos semanas, de al menos cinco de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día casi cada día, anhedonia, cambios en el peso (al menos 5%) o en el apetito, insomnio o hipersomnia,

agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad

o culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, pensamientos de muerte o ideación suicida. Los síntomas deben estar presentes durante la mayor parte del día, casi cada día, y al menos uno de ellos debe ser estado de ánimo deprimido o anhedonia. Deben representar un cambio con respecto a la actividad previa del

sujeto, y no cumplir los criterios para un episodio mixto. Los síntomas presentes deben provocar un malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, y debe descartarse que sean debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica. Por último, es necesario descartar que los síntomas se deban a un proceso de duelo.

Según Kaplan y Masoch (1999), en el examen del estado mental se encuentra que la depresión es el síntoma clave en lo respectivo al ánimo, afectividad y sentimiento. En el área del lenguaje se evidencia una reducción en la velocidad y amplitud del discurso. En cuanto al pensamiento, los pacientes muestran una visión negativa del mundo y de sí mismos. El contenido de su pensamiento suele consistir en rumiaciones no delirantes sobre pérdidas, culpa, suicidio y muerte. Entre el 50% y el 75% de los pacientes deprimidos presenta deterioro cognoscitivo, y quejas sobre dificultades para la concentración y olvidos frecuentes. La tasa de suicidio es entre el 10% y el 15%, y dos tercios de los pacientes deprimidos presentan ideación suicida.

2.3.4 Trastorno bipolar I

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 18

trastorno bipolar

El DSM-IV define subtipos diferentes del trastorno bipolar I (episodio maníaco único o recurrente) de acuerdo con los síntomas del episodio más reciente. En pacientes con trastorno bipolar I se alternan los episodios maníacos floridos con los de depresión mayor. La denominación “trastorno bipolar I” es sinónima de lo que antes se conocía simplemente como trastorno bipolar, es decir, un síndrome con un conjunto de síntomas maníacos durante el curso del trastorno (Kaplan & Sadock, 1999). El DSM-IV excluye a los episodios maníacos claramente

precipitados por el tratamiento antidepresivo (por ejemplo, farmacoterapia o terapia electroconvulsiva), que no se incluyen en la categoría del trastorno bipolar I. Un paciente debe estar sufriendo su primer episodio maníaco para cumplir los criterios diagnósticos del trastorno bipolar I, episodio maníaco I, según el DSM-IV, ya que los pacientes que sufren el primer episodio depresivo del trastorno bipolar I no pueden ser diferenciados de quienes sufren un trastorno depresivo mayor. Para poder realizar un diagnóstico de trastorno bipolar I recurrente, es necesario especificar el episodio más reciente: maníaco, mixto, depresivo y no especificado.

2.3.5 Trastorno bipolar II

Se caracteriza por la presencia o historia de uno o más episodios depresivos mayores, y de al menos un episodio hipomaníaco. No debe haber existido ningún episodio maníaco ni mixto.

Se debe realizar un diagnóstico diferencial con trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno

esquizofreniforme, trastorno delirante y trastorno psicótico no especificado. Los síntomas deben

provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.

2.3.6

Espectro bipolar

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 19

trastorno bipolar

Existe un importante debate con respecto a los límites entre los diferentes subtipos de los trastornos del estado de ánimo. Akiskal (2008) propone un nuevo paradigma para entender el espectro bipolar. Éste representaría un retorno parcial al concepto más amplio de depresión maníaca propuesto por Kraepelin, que incluía depresiones recurrentes. Akiskal critica la nosología propuesta por el DSM-IV-TR, principalmente por la dificultad de traducir las

definiciones de manía e hipomanía a la práctica clínica cotidiana. Plantea que las definiciones de ambas están formuladas en un lenguaje casi idéntico, exceptuando la presencia de síntomas psicóticos en la manía, y el hecho de que la hipomanía no causa un deterioro significativo en las actividades del paciente. Critica también que el espectro de la bipolaridad, en sus modalidades subsindrómicas, corre el riesgo de ser relegada como episodios depresivos, o trastornos del Eje II. Es lo mismo que sucedía dos décadas atrás, según este autor, con la tendencia a diagnosticar como esquizofrénicos a los pacientes bipolares.

Este autor indica que existe evidencia de que la forma más común es el trastorno bipolar II, caracterizado por hipomanías de duración más corta que los cuatro días que define el DSM-IV, y que las depresiones ciclotímicas representan una variación del trastorno bipolar II. Nota también la existencia de depresiones clínicas superpuestas con temperamentos hipertímicos, lo cual refiere a individuos con rasgos de hipomanía sub-umbral, más que episodios. Utilizando las categorías propuestas, la prevalencia del espectro bipolar aumentaría al 5%, y al 6% para el temperamento ciclotímico. 1 de cada 10 individuos en la población tendría trastorno bipolar, o estaría en riesgo de desarrollarlo a lo largo de su vida.

2.3.7 Escalas y cuestionarios diagnósticos

Según Vázquez (2007), las escalas más utilizadas son el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Depresión de Zung, la Escala de Depresión de Hamilton, la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg y la Escala de Manía de Young. Como criterio de exclusión de este trabajo se trabajó con las siguientes:

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 20
trastorno bipolar

2.3.7.1

Escala de Depresión de Hamilton

Fue diseñada para ser utilizada en la evaluación sintomática de pacientes que ya han sido diagnosticados con un trastorno del estado de ánimo de tipo depresivo (Hamilton, 1980). Esta escala permite evaluar parámetros no cognitivos, además de no verse afectada por el analfabetismo y la desorganización severa. Es la más utilizada en la actualidad, con una muy alta fiabilidad entre los evaluadores y evidencias importantes de validez (Vázquez, 2007).

2.3.7.2

Escala de Manía de Young

Esta escala está diseñada para cuantificar síntomas de exaltación, tales como euforia, hiperactividad, impulso sexual, sueño, irritabilidad, expresión verbal, trastornos del lenguaje y curso del pensamiento, contenido del pensamiento, conductas agresivas/disruptivas, apariencia y consciencia de enfermedad (Vázquez, 2007).

2.4

Epidemiología

La prevalencia del trastorno bipolar I en las muestras de población general varía entre el 0,4 y el 1,6 %, según el DSM-IV. La frecuencia sería prácticamente idéntica en varones y en mujeres, aunque el sexo estaría relacionado con el orden de aparición de los episodios maníacos y depresivos mayores. En los varones es más probable que el primer episodio sea un episodio maníaco. En las mujeres es más probable que sea un episodio depresivo mayor. Más del 90 % de los sujetos que tienen un primer episodio maníaco presentarán futuros episodios. El trastorno bipolar II parece ser más frecuente en las mujeres que en los varones. Los estudios en la población general sugieren que la prevalencia del trastorno bipolar II es aproximadamente del

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 21

trastorno bipolar

0,5 %. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), en el año 2000

la prevalencia siguiendo los lineamientos diagnósticos del CIE-10 era de 466.6 cada 100.000 para hombres, y de 472.1 cada 100.000 mujeres. La mortalidad fue reportada en 0.1 cada 100.000, sin diferencias entre géneros. En el año 2012, la OMS estimó que entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la incidencia del trastorno bipolar sería del 0,8%.

La edad de inicio abarca un intervalo que va desde la infancia (a partir de los 5 o 6 años) hasta los 50 años generalmente, y la edad promedio es de 30 años. Es más común entre personas

solteras y divorciadas que entre casadas, pero esta diferencia podría deberse a la edad de inicio temprana, y a los conflictos matrimoniales que podría ocasionar el trastorno mismo. Parece haber

más incidencia entre los grupos socioeconómicos más altos, probablemente debido a una práctica

diagnóstica sesgada. El hecho de que sea más frecuente entre personas que no han finalizado sus

estudios apunta también al inicio relativamente temprano (Kaplan & Sadock, 1999).

Es importante resaltar que estas estadísticas están basadas en el trastorno bipolar tal como es definido por el DSM-IV-TR (o el CIE-10 en el caso de las reportadas por la OMS). El concepto de espectro bipolar sugeriría que la prevalencia de este trastorno sería mayor.

2.5

Funciones cognitivas en pacientes con trastorno bipolar

Las investigaciones realizadas en el campo de las funciones cognitivas de pacientes con trastorno bipolar muestran que éstas se encuentran afectadas en las fases depresivas y maníacas.

En los estados agudos, los pacientes exhiben disfunciones en atención, funciones ejecutivas, aprendizaje, memoria y velocidad psicomotriz (Martinez Aran et al., 2004). Sin embargo, la cantidad de trabajos que estudian si estas disfunciones persisten en estados eutímicos es menor, y

los resultados están divididos. Mientras algunos estudios muestran que algunas disfunciones cognitivas persisten en pacientes eutímicos (Martinez Aran et al., 2004, Thompson et al., 2005),

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 22

trastorno bipolar

otros no muestran diferencias significativas entre éstos y el grupo control, sobre todo en algunas

funciones como atención y velocidad psicomotriz (Goswami et al., 2006, Castañeda Franco & Tirado Duran, 2008).

El concepto tradicional de trastorno maníaco-depresivo parecía indicar que los individuos afectados sólo tenían dificultades cognitivas durante las etapas agudas, distinguiéndolo de trastornos como la esquizofrenia. Aunque en la actualidad este hecho es ampliamente refutado,

sigue existiendo la creencia de que los pacientes en remisión pueden alcanzar una competencia

profesional y social completa. La persistencia de estas disfunciones en los estados de remisión sería evidencia para la demostración de que los déficits pueden ser crónicos en este grupo de pacientes. Por otro lado, esto puede tener implicaciones relacionadas con el grado de funcionamiento psicosocial de las personas con trastorno bipolar, con sus relativas consecuencias

en el grado de ajuste a la vida cotidiana, las posibilidades ocupacionales y las relaciones sociales

(Martinez Aran et al., 2004).

Para Castañeda Franco y Tirado Durán (2008) los déficits que presentan los pacientes con trastorno bipolar en evaluaciones de funciones cognitivas están relacionados con la planificación,

organización, control de la acción, formación de conceptos y flexibilidad cognitiva. Esto origina una tendencia a perseverar al repetir sus errores, o a usar estrategias inadecuadas para corregirlos. Estos autores encontraron que durante la fase depresiva se evidencia un desempeño

pobre en tareas de toma de decisiones y formación de conceptos, y en algunos casos en tareas de

fluidez verbal. Durante las fases maníacas o hipomaníacas, aparecen asimismo déficits en tareas

de formación de conceptos, pero sobre todo en el sistema de control de los impulsos. En pacientes eutímicos estos autores no encontraron diferencias significativas en relación al grupo control, aunque si se destaca un enlentecimiento en la velocidad de procesamiento y en tareas de fluidez verbal semántica.

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 23

trastorno bipolar

Algunas variables como sexo, inicio tardío, estado civil, bajo nivel socioeconómico, número de episodios previos, número de hospitalizaciones previas, duración de la enfermedad, episodios

mixtos, presencia de psicosis y abuso de sustancias han sido identificados como predictores de baja funcionalidad en pacientes bipolares, al igual que la presencia de déficits neuropsicológicos

(Rosa et al., 2009). Las funciones cognitivas en particular se asociarían sobre todo con los síntomas depresivos y el número previo de episodios mixtos. En un estudio de Rosa et al. (2009),

estas dos variables explican el 31% de la varianza reportada. En el California Verbal Learning Test (CVLT), todas las medidas excepto "reconocimiento" se hallaban inversamente correlacionadas con variables clínicas tales como duración de la enfermedad, número total de hospitalizaciones, episodios maníacos e intentos de suicidio. Esto apuntaría a una relación significativa entre desempeño en memoria verbal y el trastorno bipolar. Estos autores sugieren que los déficits en memoria, atención y planificación en pacientes bipolares en remisión pueden

llevar a disfunciones sociales, interpersonales y laborales. Encontraron también que la edad avanzada de los pacientes estaría fuertemente asociada con la disfuncionalidad, aunque esto podría deberse a déficits neurocognitivos (especialmente velocidad de procesamiento y desempeño pobre en funciones ejecutivas), asociados con el envejecimiento normal.

Bonnin et al. (2012), en un estudio con pacientes bipolares, reportan diferencias entre un

grupo de pacientes asintomático y un grupo control normal, especialmente en velocidad de procesamiento. También hallaron diferencias entre ambos grupos en medidas de aprendizaje verbal y memoria, señalando la importancia que estos resultados tendrían en considerar estos déficits como marcadores de rasgo, y no de estado. Existe cada vez más evidencia de que los déficits neurocognitivos en el trastorno bipolar aparecen desde los inicios de los síntomas, en los primeros episodios, o incluso antes de los episodios en sí, en la fase prodrómica (Lewandowski, Cohen & Öngur, 2011). Con respecto a la atención y velocidad psicomotriz (evaluada a través del TMT-A), se encontró que los pacientes asintomáticos tenían una diferencia medianamente marcada con respecto al grupo control normal (Bonnín et al., 2012).

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 24 trastorno bipolar

Algunos factores clínicos, como el número de episodios (especialmente del tipo maníaco) y cronicidad (definida como cantidad de años desde el comienzo del trastorno), podrían afectar el funcionamiento cognitivo en pacientes bipolares (Martinez Aran et al., 2004). Van Gorp et al. (1998) encontraron que en sujetos con trastorno bipolar, la cantidad de tiempo que estuvieron en una fase aguda (manía o depresión) estaba correlacionado negativamente con el desempeño en memoria verbal y distintas funciones ejecutivas (a mayor cantidad de tiempo en una fase aguda, peor desempeño en tests que evalúan memoria verbal y diversas funciones ejecutivas). En un estudio de Tsai et al. (2007) se encontraron que de 52 pacientes con trastorno bipolar de inicio a una edad temprana, el 42.3% mostraban déficits cognitivos en comparación con el grupo control normal. Sin embargo, variables como años de educación y tiempo transcurrido desde el último episodio maniaco/hipomaniaco tenían más influencia en esos resultados. El desempeño en tests

de aprendizaje verbal y memoria estarían correlacionados con funcionamiento psicosocial, cronicidad, número de hospitalizaciones, intentos de suicidio y cantidad de episodios maníacos (Martínez Aran et al., 2004). Bonnín et al. (2012), en cambio, no encontró ninguna relación entre

funcionamiento cognitivo y variables como CI premórbido, edad actual, nivel educativo, edad de

inicio, edad de primera hospitalización y número de internaciones.

Según un estudio meta-analítico de Lewandowski et al. (2011), los pacientes con trastorno bipolar exhiben déficits neuropsicológicos persistentes después y también antes de la presentación de los primeros síntomas de la enfermedad. Los pacientes con trastorno bipolar muestran déficits cognitivos en comparación con adultos normales, especialmente en memoria,

funcionamiento ejecutivo y velocidad de procesamiento. Si bien algunas habilidades empeoran con la exacerbación de los síntomas en las fases agudas, existen disfunciones neuropsicológicas durante todas las fases. Estas disfunciones pueden también estar relacionadas con el tipo de síntomas, la severidad, y con la edad de inicio temprana. Las investigaciones retrospectivas sugieren que los niños que luego desarrollan trastorno bipolar tienen un buen desempeño académico previo a la presentación de los primeros síntomas. Un grupo de sujetos de 16 y 17 años que luego desarrollaron trastorno bipolar no difería de un grupo de pacientes normales en

medidas neuropsicológicas. Sin embargo, un estudio prospectivo sobre funciones ejecutivas en

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 25

trastorno bipolar

adolescentes en riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo encontró que los participantes que luego desarrollaron trastorno bipolar exhibían déficits en el WCST (Wisconsin Card Sorting Test) en comparación con otros que luego desarrollaron depresión unipolar u otros

que no desarrollaron ningún trastorno. También se encontró que el razonamiento visoespacial en

jóvenes sanos de 19 años mostraba déficits premórbidos en relación con el posterior desarrollo de trastorno bipolar. Los niños y jóvenes, previos a desarrollar un trastorno bipolar, no muestran

el mismo nivel de déficit en comparación, por ejemplo, con el grupo que luego desarrolla esquizofrenia, pero sin embargo pueden encontrarse anormalidades neurocognitivas sutiles.

Luego de la presentación de los primeros síntomas, los adolescentes con trastorno bipolar muestran un deterioro significativo rápido en lo cognitivo y en lo social. Por último, los pacientes que tuvieron un solo episodio tienen un desempeño significativamente inferior en funciones ejecutivas y atención sostenida que los que han pasado ya por varios episodios.

Por último, se encontraron resultados similares - aunque más leves - de estos déficits en familiares de primer grado de pacientes con trastorno bipolar. Estos resultados son considerados

como evidencia de que el déficit en el desempeño neurocognitivo en estos pacientes constituiría

un componente crónico de la neuropsicopatología del trastorno, y no puede ser considerado como un efecto secundario del estado de ánimo o del tratamiento farmacológico (Samamé, Martino & Strejilevich, 2012).

2.6

Cognición social y teoría de la mente en pacientes bipolares

A pesar de que existe gran cantidad de estudios sobre aspectos neuropsicológicos del trastorno bipolar, la cognición social es un área donde no se ha desarrollado aún una cantidad significativa de estudios (Samame, Martino & Strejilevich, 2012). Samame et al. (2012), en un trabajo meta analítico, encontró que los tres procesos centrales de la cognición social en que se

ha investigado es teoría de la mente, procesamiento de las emociones y toma de decisiones. En

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 26

trastorno bipolar

esta revisión se halló que todas estas capacidades están comprometidas en pacientes bipolares en

remisión. Los autores resaltan que no todos los dominios de la cognición social se hallan

igualmente alterados, subrayando la importancia de conceptualizar la cognición social como un conjunto complejo de procesos diferentes, que no necesariamente tienen relación entre sí, y que

pueden tener distintos mecanismos neurales. De esta revisión meta analítica también surge la evidencia preliminar de que el déficit en el procesamiento de las emociones podría ser un marcador de rasgo, y un posible endofenotipo del trastorno bipolar.

En un estudio de Kerr, Dunbar y Bentall (2003), se compararon las habilidades en teoría de la mente en pacientes bipolares maníacos, deprimidos y en remisión, y se contrastaron también con un grupo control normal. A través de la administración de tests de creencias falsas de primero y segundo orden, se halló que si bien había un desempeño inferior en los grupos deprimidos y maníacos, no existían diferencias significativas entre el grupo de pacientes en remisión y el grupo control. Bora et al. (2005) proponen que estos resultados pueden deberse a

que los tests utilizados pueden no ser lo suficientemente sensibles para detectar déficits leves en

teoría de la mente, especialmente porque muchos pacientes con autismo y asperger también logran alcanzar resultados promedio. Utilizando el test de las miradas y el Hinting Task, estos autores encontraron que incluso los pacientes eutímicos pueden mostrar déficit en medidas avanzadas de teoría de la mente. En el test de las miradas, el sujeto debe trabajar sobre representaciones sociales y tomar decisiones sobre el estado mental del otro, que se infieren a través de fotografías que muestran solo la región de los ojos. En el Hinting Task, los participantes deben inferir el estado mental de los personajes a través de la interpretación del material verbal, lo cual supone una mayor complejidad que las tareas enfocadas en creencias erróneas de primero y segundo orden. Es un test que evalúa la habilidad de los sujetos para inferir las intenciones reales detrás de lo expresado verbalmente. Está compuesto por 10 viñetas

que describen la interacción entre dos personajes, que finaliza con uno de los personajes dándole

a entender algo al otro. El participante debe inferir lo que el personaje realmente quiso decir. Los

autores proponen también que no habría ninguna relación entre el número de episodios o

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 27

trastorno bipolar

cualquier otra variable relacionada con la cronicidad del trastorno, e interpretan esto como evidencia de que los déficits en teoría de la mente en el trastorno bipolar son de rasgo, y no de estado.

2.6.1

Bases biológicas

En individuos sanos, la base neural de la cognición social está compuesta por una red compleja de áreas cerebrales involucradas en procesos afectivos y cognitivos (Cusi et al., 2012).

Las regiones más relevantes para estos procesos incluyen el área prefrontal, por ejemplo la corteza prefrontal ventromedial (involucrada en la regulación de las emociones y evaluación de las recompensas) y la corteza prefrontal dorsolateral (implicada en procesos cognitivos de orden

superior, como control cognitivo y funciones ejecutivas). La corteza anterior cingulada, involucrada en el monitoreo de conflictos y la integración de la información para motivar la conducta también está implicada en la cognición social. La amígdala, crítica para el procesamiento y la evaluación de estímulos emocionales, también constituye una región central

de la red de la cognición social. Las regiones temporales, implicadas en la memoria, también son

importantes en teoría de la mente, empatía, y procesamiento de las emociones faciales. Muchas

de las áreas que mediarían en los procesos cognitivos y afectivos necesarios para la cognición social se ven implicadas en pacientes con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor, que

muestran un funcionamiento metabólico alterado y/o anomalías estructurales.

Malhi et al. (2008) sugieren que si bien en contextos sociales los pacientes bipolares eutímicos parecieran tener la capacidad de resolver aspectos de teoría de la mente, podrían estar

limitados en su habilidad de mentalización en comparación con sujetos normales. Si bien las diferencias pueden ser leves, el efecto podría comprometer su comprensión de las emociones e

intenciones ajenas, y asimismo limitar su conocimiento y grado de consciencia en relación con

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 28

trastorno bipolar

sus propios síntomas. Uno de los modelos funcionales que intentan explicar la etiología del trastorno bipolar se deriva de los hallazgos de que la actividad prefrontal estaría disminuida en estos pacientes, y que esto incidiría en la regulación afectiva, y exacerbaría la labilidad del estado de ánimo. Esto podría contribuir, al menos en parte, al déficit que se halla en el grupo de

pacientes estudiados en relación con la teoría de la mente. En este estudio se halló que los sujetos

normales, al resolver tareas de teoría de la mente, muestran una importante activación en las regiones de la unión temporo parietal, el surco temporal superior, la corteza temporal y la corteza

prefrontal, y también en respuestas subcorticales en el hipocampo, tálamo y putamen. En comparación, los sujetos bipolares eutímicos mostraron un patrón de activación cerebral marcadamente distinto, con menos involucración cortical, y limitada al cíngulo anterior, precuneus y el cuneus (Malhi et al., 2008).

2.6.2

Pacientes con trastorno bipolar en remisión y eutímicos

En los reportes clínicos puede verse que los pacientes en remisión constituyen un grupo muy heterogéneo con respecto a su competencia en el ámbito social: mientras algunos logran un

alto nivel de funcionamiento social y laboral, un número significativo de pacientes con trastorno

bipolar muestra disrupciones sociales persistentes (Samamé et al., 2012). Estos autores encontraron que existen diferencias significativas entre grupos de pacientes eutímicos y grupos control, lo cual apuntaría a un déficit en sus capacidades de mentalización. Para los tests básicos

de teoría de la mente se encontraron efectos moderados, y para los tests complejos los efectos fueron aún mayores. En cuanto a otras variables que pudieran influir en estos resultados, se encontró que las diferencias en edad, nivel educativo, duración de la enfermedad y sexo no influían significativamente en medidas de teoría de la mente y reconocimiento de emociones (entendiendo ambas como medidas de evaluación de la cognición social). También se descartó una asociación entre los resultados obtenidos en tests de cognición social y el tratamiento con

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 29

trastorno bipolar

benzodiazepinas, antidepresivos y antipsicóticos, por lo cual los resultados obtenidos no pueden

adjudicarse al tratamiento psicofarmacológico.

Inoue, Tonooka, Yamada y Kanba (2004) estudiaron a 50 pacientes con trastorno bipolar en estado de remisión y 50 controles sanos. Utilizaron imágenes de caricaturas que se relacionan

con creencias de primer y segundo orden, y comprobaron un déficit en el grupo de bipolares en

remisión, en comparación con el grupo de participantes del grupo control. Estos autores sugieren

que estos resultados se explican porque la recuperación tras los episodios afectivos no es total, y

que persistiría una alteración en la comprensión de las interacciones sociales, consideradas decisivas para la adaptación social.

Olley et al. (2005) hallaron que la habilidad de los pacientes bipolares eutímicos en teoría

de la mente se hallaba disminuida con respecto al grupo control sano (evaluado a través de tareas

verbales), e incluso intra grupo cuando se realizaban evaluaciones de otras funciones cognitivas,

en donde no mostraron diferencias. Si bien los resultados no mostraban una gran disfunción (una

desviación estándar por debajo de la media), el grupo de pacientes bipolares eutímicos no

lograron alcanzar resultados tan altos como los que logró el grupo control, lo que apunta a que

los déficits presentes son más leves. En este estudio los pacientes eutímicos no estaban

funcionando a un nivel que pueda ser considerado realmente deficitario (su desempeño era de

una desviación estándar por debajo de la media del grupo control), sin embargo no tuvieron

resultados tan altos como los del grupo control. Estos resultados sugieren que los déficits de

estos pacientes en medidas de teoría de la mente serían sutiles, aunque significativos.

Por último, en un estudio de Wolf, Brüne y Assion (2010) donde se compara a pacientes con

trastorno bipolar en estado maníaco, depresivo y eutímico, junto con controles, los tres grupos

clínicos mostraron un desempeño más pobre en tareas de teoría de la mente que los sujetos

control. Se halló que estas diferencias reportadas persistían aun cuando se controlaba para las

variables de edad, inteligencia, flexibilidad cognitiva, y habilidades para la planificación

ejecutiva. Estos autores no encontraron ninguna relación entre la severidad de los síntomas y el

desempeño en teoría de la mente, en consonancia con otros estudios que muestran alteraciones

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 30

trastorno bipolar

en cognición social en pacientes eutímicos, y estudios que muestran que una historia de síntomas

psicóticos no implica un agravamiento de los déficits cognitivos en el trastorno bipolar. En este

estudio no se encontró ninguna diferencia entre los pacientes maníacos y deprimidos en tareas

neurocognitivas ni en teoría de la mente, aunque si se halló que el grupo eutímico era el que peor

desempeño mostraba de los tres. Análisis posteriores revelaron que esta diferencia reportada no

se debía a las distinciones entre grupos relativas a la edad de inicio de la enfermedad, ni a la cantidad de años desde que la persona había sido diagnosticada. Esto apuntaría a que la cronicidad del trastorno bipolar no sería una explicación válida de porque los pacientes eutímicos

tienen un desempeño más pobre que los maníacos o deprimidos. Los autores resaltan que esto apoya la hipótesis planteada de que los déficits en teoría de la mente se hallan presentes en las fases eutímicas del trastorno bipolar, lo cual representaría un marcador de rasgo, y no de estado.

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 31
trastorno bipolar

3.

3.1

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra está compuesta por 12 pacientes con trastorno bipolar eutímicos, integrada por 11 hombres y 1 mujer. El promedio de edad es de 47,5 (mínima: 26, máxima: 63). El grupo control está conformado por 12 participantes sin antecedentes psiquiátricos, de los cuales 11 son hombres y 1 mujer. El promedio de edad es de 44,41 (mínima: 21, máxima: 72).

Respecto al lugar de residencia, tanto los pacientes como los controles residen en la Capital Federal.

El nivel de estudios de los participantes indica que el 58,33% del grupo de pacientes (n=7) tiene el secundario completo, el 25% (n=3) atravesó por la educación básica (primaria completa),

y que el 16,66% (n=2) cursó algún tipo de estudio terciario o universitario.

El nivel de estudios del grupo control indica que el 41,66% del grupo de pacientes (n=5) tiene el secundario completo, el 8,33% (n=1) atravesó por la educación básica (primaria completa), y que el 50% (n=6) cursó algún tipo de estudio terciario o universitario.

3.2

Instrumentos

Los datos fueron recabados a partir de los siguientes instrumentos:

☐

Test de Miradas (Baron-Cohen et al., 2001. Traducción y Adaptación al español rioplatense de Serrano, C., Grañana, N., Allegri, R.). Este test fue diseñado a partir de los conceptos propuestos por la Teoría de la Mente que propone que los sujetos sanos pueden determinar el

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 32

trastorno bipolar

estado mental de otra persona a través de la expresión de la mirada. Está compuesto por 36 fotografías de personas, donde se muestra únicamente la zona de los ojos, y el participante debe

seleccionar entre cuatro opciones de emociones que la mirada estaría expresando. Las imágenes

son presentadas de a una por vez en un orden fijo. Cada estímulo tiene a su alrededor cuatro palabras que describen emociones, entre las cuales el paciente tiene que elegir aquella que mejor describa lo que la persona está pensando o sintiendo. Se le pide al paciente que: “Para cada par de ojos, elija qué palabra mejor describe lo que la persona en la foto está pensando o sintiendo. Usted puede sentir que más de una palabra es aplicable, pero por favor elija sólo una

palabra, la palabra que considera más adecuada”. Se obtiene un punto por cada respuesta correcta; el puntaje máximo es de 36 (ver anexos).

☐

Test de Metidas de Pata o Faux-Pas (Baron-Cohen et al., 1999. Traducción y Adaptación al español rioplatense de Serrano, C., Grañana, N., Allegri, R.). Este test permite calcular un

índice de Teoría de la Mente a partir de 20 historias que el paciente lee, donde hay que detectar que se "mete la pata" al decir algo que no debería haber dicho. Mide la habilidad para detectar cuando alguien dijo algo inapropiado pero sin mala intención, porque era o podría haber resultado hiriente para otra persona. La mitad de las historias contiene un faux pas social (paso en falso o metida de pata) y la otra mitad son historias control que describen un conflicto menor, que no constituye un faux pas. Se le dice al sujeto: "Le voy a leer unas breves historias y hacerle unas preguntas acerca de ellas. Usted tiene una copia de la historia delante suyo así que puede leer mientras yo se las leo y también, volver a leerlas si es que lo necesita". Las historias se presentan una por vez, en orden fijo, cada una en una hoja aparte. El texto se coloca frente al participante, y el examinador lo lee en voz alta. Existen preguntas de detección del faux pas, y preguntas de memoria que chequean la comprensión de detalles de la historia. Se suma un punto por cada respuesta correcta en las preguntas que evalúan teoría de la mente en aquellas historias que contienen errores sociales, y un punto por cada respuesta correcta en la pregunta control en aquellas historias que no contienen errores sociales. Luego, la puntuación

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 33

trastorno bipolar

bruta obtenida por el sujeto evaluado se divide por la puntuación total posible, de lo que surge una medida del desempeño en esta evaluación (ver anexos).

☐☐Escala de Depresión de Hamilton (1980). El cuestionario está compuesto de 21 ítems con escala

Likert: estado de ánimo triste o deprimido, sentimientos de culpa, ideación suicida, insomnio, malestar laboral o social, enlentecimiento/agitación psicomotora, ansiedad psicológica y somática, síntomas somáticos gastrointestinales, generales y sexuales, hipocondría, pérdida de peso, insight, variación de estado según hora del día (sin variación, peor por las mañanas, peor por las tardes-noches), experiencias de despersonalización, síntomas paranoides, y

pensamientos obsesivos y compulsivos. Las puntuaciones de 0-7 se consideran normales, y las puntuaciones por encima de 7 son consideradas evidencia de la presencia de síntomas depresivos.

☒☒ Escala de Manía de Young (1978). Consta de 11 ítems (Likert), y está diseñada para cuantificar

síntomas de exaltación: euforia, hiperactividad, impulso sexual, sueño, irritabilidad, expresión verbal, trastornos del lenguaje y curso del pensamiento, contenido del pensamiento, conductas agresivas/disruptivas, apariencia y consciencia de enfermedad. Una puntuación menor o igual a

6 es compatible con eutimia, y mayor a 20 es compatible con un episodio maníaco.

☒☒ Base de datos: Los datos clínicos y neuropsicológicos de los pacientes con trastorno bipolar fueron obtenidos de una base de datos realizada por la coordinadora de la práctica profesional realizada, en base a pacientes que concurrieron al servicio de consultorios externos del Hospital

Borda. La base de datos incluía los siguientes datos:

o

Sociodemográficos: Edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación, número de historia clínica y nombre.

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 34
trastorno bipolar

o

Datos clínicos: Número y tipo de fármacos que toma, número de internaciones, tiempo de tratamiento, edad al primer episodio, cantidad de episodios maníacos, cantidad de episodios depresivos, tiempo en remisión, comorbilidad con enfermedades no psiquiátricas, presencia de síntomas psicóticos.

o

Neuropsicológicos: Escalas de depresión y manía, escalas de funcionalidad,

tests de teoría de la mente, y tests de atención, memoria, fluencia verbal, fluencia semántica y funciones ejecutivas, detallados más adelante en este trabajo.

3.3

Procedimiento

Los datos se recopilaron a partir de las evaluaciones administradas a pacientes bipolares eutímicos que concurrieron al servicio, y fueron posteriormente compiladas en una base de datos junto con los datos clínicos y sociodemográficos. Se evaluó al grupo control con la misma batería (Test de Miradas y Test de Metidas de pata o Faux Pas), y luego se procedió a comparar los resultados de ambos grupos utilizando el programa SPSS (versión 15.0 en español) para los cálculos estadísticos. El grupo de pacientes concurre a tratamiento en el servicio de consultorios externos del Hospital Borda, y se seleccionó en base a su trastorno, tomando como criterios de exclusión que estén eutímicos. Para esto se aplicaron las escalas Young Mania Rating Scale (YMRS < 8) y Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD-17 < 6). Ambos grupos firmaron un consentimiento informado. La administración de pruebas de teoría de la mente tomó aproximadamente 30 minutos, en una sola sesión. El grupo control se seleccionó en base a sexo, edad y nivel de educación, buscando que se asemeje lo más posible al grupo de pacientes. A los participantes del grupo control se les realizó una breve entrevista para descartar antecedentes de tratamiento psiquiátrico, medicación, y patologías orgánicas que puedan producir efectos psiquiátricos. Se les aplicó la misma batería que al grupo de pacientes. Las administraciones al

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 35
trastorno bipolar

grupo de pacientes fueron realizadas por la coordinadora del servicio de evaluación

neuropsicológica de consultorios externos del Hospital Borda.

4. DESARROLLO

El hospital elegido es un centro de salud monovalente

El servicio de consultorios

externos del hospital ofrece la posibilidad de realizar evaluaciones neuropsicológicas a los pacientes que allí se atienden. Los pacientes son derivados a través de sus psiquiatras y psicólogos tratantes, que requieren más información con respecto a las funciones cognitivas de sus pacientes para evaluar deterioro, compromiso orgánico o definir diagnósticos difusos.

Los pacientes llegan al hospital a través de diversos modos, desde derivaciones judiciales, de otros hospitales, o han sido internados allí en algún momento de sus vidas, y siguen atendiéndose

allí luego de su alta, de forma ambulatoria.

La mayor parte de los pacientes residen en las cercanías del hospital.

Si bien no existen

estudios epidemiológicos sobre la población que se atiende en este servicio del hospital, la mayoría de los pacientes que concurren al servicio, como se pudo observar en la práctica profesional realizada, cuentan con un bajo nivel educativo, y provienen de familias con un bajo nivel socioeconómico. A las dificultades de los pacientes se suman las del centro de salud mismo, que atraviesa en la actualidad problemas de presupuesto, recursos humanos, edilicios y de gestión, por lo cual tanto los trabajadores como los pacientes se hallan movilizados, y sienten

que su permanencia allí está amenazada.

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 36

trastorno bipolar

La batería básica que se les toma a los pacientes suele incluir los siguientes tests:

?

?

?

Test de aprendizaje auditivo verbal de Rey (memoria: retención y evocación inmediata y diferida)

Figura Compleja de Rey-Osterrieth (visoconstrucción y memoria visual)

WAIS (subtests):

- o Dígitos-símbolos (ausencia de distractibilidad y velocidad de procesamiento)

- o Dígitos (ausencia de distractibilidad y memoria operativa)

- o Ordenamiento número-letra (memoria operativa)

- o Vocabulario (comprensión verbal)

Test fluencia fonológica FAS (fluencia verbal, atención y memoria)

Test fluencia semántica (fluencia verbal semántica)

Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (razonamiento abstracto, flexibilidad cognitiva, autocorrección, memoria de trabajo, mantenimiento de la atención, inhibición)

Test del trazo - TMT A (habilidades motoras, visoespaciales de búsqueda visual y atención sostenida)

Test del trazo - TMT B (habilidades motoras, visoespaciales de búsqueda visual, atención sostenida y dividida, y flexibilidad mental).

Test de colores y palabras o test de Stroop (control atencional, procesamiento selectivo, inhibición)

?

?

?

?

?

?

Estos tests forman parte de la batería fija que se les administra a los pacientes, excepto en los casos en que el nivel educativo o deterioro no permita que se tomen algunas de estas medidas de

evaluación.

En algunos casos se suman otras evaluaciones destinadas a evaluar el perfil afectivo de los pacientes, sobre todo en los casos donde existen dudas diagnósticas. Como parte de una investigación más amplia en pacientes con trastorno bipolar eutímicos, se les administró los tests

de teoría de la mente utilizados en el presente trabajo a todas aquellas personas derivadas a evaluación neuropsicológica que tenían un diagnóstico de trastorno bipolar, según lo que consta

en la historia clínica.

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 37

trastorno bipolar

4.1 Diferencias entre pacientes y controles en test de las miradas

Para cumplir con el primer objetivo del presente trabajo – analizar si existen diferencias en atribución de estados mentales como primera etapa de la teoría de la mente, evaluado por el

test de las miradas entre pacientes eutímicos con trastorno bipolar y un grupo control normal-, se

aplicó la Prueba t entre ambos grupos (pacientes y control).

Los resultados obtenidos (media pacientes = 22,08; media control = 26,5; $t = 3,19$; $p < 0,004$) implican que existe una diferencia significativa según el grupo evaluado. Esto significa que las medias obtenidas por grupo difieren, el grupo de pacientes obtiene una media significativamente menor al grupo de sujetos control, y esta diferencia entre medias no es atribuible al azar.

Tabla 1. Medias por grupo en test de las miradas

Grupo

n

Media

Desvío estándar

Pacientes

12

22.08

3.08

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 38
trastorno bipolar

Control

12

26.50

3.65

4.2 Diferencias entre pacientes y controles en test de Faux Pas

El segundo objetivo del presente trabajo era analizar si existen diferencias en medidas avanzadas de teoría de la mente, evaluado por el test Faux Pas entre pacientes eutímicos con trastorno bipolar y un grupo control normal. Para esto se realizó una Prueba t entre ambos grupos (pacientes y control).

Los resultados obtenidos (media pacientes = .72; media control = .93; $t = -4.19$; $p < .001$) implican que existe una diferencia significativa según el grupo evaluado. Esto significa que las medias obtenidas por grupo difieren, el grupo de pacientes obtiene una media significativamente menor al grupo de sujetos control, y esta diferencia hallada entre las medias de ambos grupos no es atribuible al azar.

Tabla 2. Medias por grupo en test Faux Pas

Grupo

n

Media

Desvío estándar

trastorno bipolar

Pacientes

12

.72

.16

Control

12

.93

.05

4.3 Integración de los resultados obtenidos a través de la diferencia de grupos entre pacientes y controles en relación a teoría de la mente

La teoría de la mente queda definida como la capacidad de atribuir estados mentales como intenciones, deseos, creencias, pretensiones y conocimiento a otras personas - y a uno mismo -, y a que éstas pueden diferir entre distintos individuos. Es una habilidad que permite, a

partir de estas atribuciones, explicar o predecir el comportamiento de los demás (Premack & Woodruff, 1978).

Mediante la evaluación con tests avanzados que miden estas capacidades, como son el test de las miradas y el test Faux Pas, se hipotetizó que los pacientes bipolares eutímicos tendrían

un desempeño más pobre en comparación con sujetos controles sanos. Esta hipótesis fue confirmada en ambas medidas.

Se observa una diferencia significativa entre pacientes bipolares eutímicos y sujetos controles sanos en relación al constructo evaluado.

El test de las miradas requiere que el participante estudie las expresiones de las miradas de los actores presentados en las fotografías, y determine que emociones están expresando a

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 40

trastorno bipolar

partir de cuatro opciones diferentes. Ha sido conceptualizado como una medida de evaluación de

teoría de la mente debido al concepto de que el reconocimiento de emociones es la base de las habilidades de teoría de la mente (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001). En este test, que permite estudiar atribución de estados mentales como primera etapa de la teoría de

la mente, se observó una diferencia significativa entre el grupo de pacientes y el grupo control ($p < 0,004$). Este test, según Butman (2007) identifica que el sujeto puede procesar estímulos relativos a la cognición social en 3 niveles: uno automático – que refiere a la percepción no consciente de la mirada; el otorgamiento de una valencia junto con la detección de la dirección de la mirada (que influye en la detección del estado mental), y el nivel más consciente, que permite elegir entre las cuatro opciones de emociones que se le brindan al participante.

El test Faux Pas, que analiza diferencias en medidas avanzadas de teoría de la mente, mostró asimismo una diferencia aún más significativa entre pacientes eutímicos con trastorno bipolar y el grupo control ($p < 0,001$), que el test de las miradas.

Estos hallazgos son consistentes con los estudios anteriores que muestran que las deficiencias en pacientes bipolares en lo relativo a teoría de la mente no se circunscriben a las fases sintomáticas, sino que se encuentran también disminuidas en estados eutímicos, en comparación

con sujetos sanos (Bora et al., 2005; Samamé et al., 2012; Inoue et al., 2004; Wolf, Brüne & Assion, 2010; Olley et al. 2005).

Consistente también con la literatura previa, las diferencias encontradas pueden ser significativas debido a la utilización de tests complejos de teoría de la mente, en lugar de las diferencias no significativas o marginales que se hallan al utilizar tests básicos, por ejemplo los de creencias falsas de primero y segundo orden (Kerr, Dunbar & Bentall, 2003). Los resultados significativos obtenidos por Bora et al. (2005) fueron recogidos, al igual que en este trabajo,

utilizando el test de las miradas. Olley et al. (2005) también utilizaron tareas verbales, que resultan de una complejidad superior en comparación con los primeros tests de teoría de la mente, hallando resultados significativos en comparación con el grupo de sujetos control.

Samamé et al. (2012), encontraron efectos moderados para los tests básicos de teoría de la mente,

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 41

trastorno bipolar

mientras que para los tests complejos los efectos fueron aún mayores. Tal como sugieren Inoue et

al. (2004), esto puede explicarse porque la recuperación tras los episodios afectivos no es total, y

persistiría una alteración en la comprensión de las interacciones sociales, consideradas decisivas

para la adaptación social.

Tal como sugieren Cusi et al. (2012) y Malhi et al. (2008), las diferencias halladas entre los grupos podrían atribuirse a que muchas de las áreas que mediarían en los procesos cognitivos y

afectivos necesarios para la cognición social se ven implicadas en pacientes con trastorno bipolar

y trastorno depresivo mayor, que muestran un funcionamiento metabólico alterado y/o anomalías estructurales, tal como fue desarrollado en el apartado sobre alteraciones cognitivas en pacientes bipolares. Esto se evidencia en el desempeño inferior obtenido en evaluaciones neuropsicológicas (Martinez Aran et al., 2004; y Thompson et al., 2005), incluyendo la cognición social y la teoría de la mente. Podría pensarse, por ende, que las alteraciones en el procesamiento de la teoría de la mente constituye un déficit de rasgo, característico de los pacientes con trastorno bipolar, y no un déficit de estado atribuible únicamente a los episodios sintomáticos agudos, tal como lo sugieren estos hallazgos en pacientes eutímicos. Esto apuntaría también a que el trastorno bipolar constituye características

estables que no se ven afectadas por la severidad de las fases sintomáticas agudas, sino que la investigación debería orientarse hacia a lo que subyace y permanece estable a lo largo de las fases.

4.4 Relación entre desempeño en tests de teoría de la mente y cantidad de meses desde el último episodio agudo en pacientes bipolares

Con el fin de verificar si existe una relación dentro del grupo de pacientes eutímicos con trastorno bipolar entre el desempeño en tests que evalúan teoría de la mente y el tiempo desde el último episodio agudo, se realizó un análisis de correlación (r de Pearson).

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 42 trastorno bipolar

Tabla 3. Correlación entre tests de teoría de la mente y cantidad de meses en remisión

Test

Correlación con meses en
remisión

Significación
(unilateral)

Test Miradas

Test Faux Pas

-.09

-.17

.39

.30

Tal como fue propuesto en las hipótesis con respecto a la relación entre el desempeño en tests que evalúan teoría de la mente y el tiempo desde el último episodio agudo en pacientes eutímicos, no se hallaron resultados significativos entre ambas variables (test miradas $p=.39$,

test faux pas $p = .30$). Esto indica que no existiría una relación entre ambas variables: los cambios

en una variable no se ven reflejados en la otra variable, por ende una variable no dependería de la

otra. Se utilizó un nivel de significación unilateral, que permite contrastar la hipótesis nula en la que se especifica con antelación la dirección del efecto, como es el caso del presente trabajo.

Existe una cantidad limitada de trabajos anteriores que examinan la relación entre tiempo desde el último episodio y alteraciones neurocognitivas, aunque estos no investigan específicamente cognición social y teoría de la mente. Rosa et al (2009) encontraron que variables como sexo, inicio tardío, estado civil, bajo nivel socioeconómico, número de episodios previos, número de hospitalizaciones previas, duración de la enfermedad, episodios mixtos, psicosis y abuso de sustancias pueden resultar predictores de baja funcionalidad en pacientes

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 43

trastorno bipolar

bipolares, al igual que la presencia de déficits neuropsicológicos. Sin embargo, este estudio no examinó específicamente cognición social ni teoría de la mente. En Tsai et al. (2007) se encontró

que variables como años de educación y tiempo transcurrido desde el último episodio maniaco/hipomaniaco tenían más influencia en esos resultados.

Congruentemente con los estudios longitudinales revisados en el trabajo meta analítico llevado a cabo por Lewandowski et al. (2011), en el presente trabajo no se halló una relación entre ambas variables. Esto puede considerarse como evidencia de que los déficits en teoría de la

mente en el trastorno bipolar son de rasgo, y no de estado. Si bien algunas habilidades empeoran

con la exacerbación de los síntomas en las fases agudas, existen disfunciones neuropsicológicas durante todas las fases.

4.5 Relación entre desempeño en tests de teoría de la mente y edad al momento del

primer episodio agudo

Por último, el cuarto objetivo era analizar si existe una relación dentro del grupo de pacientes eutímicos con trastorno bipolar entre el desempeño en tests que evalúan teoría de la mente y la edad al momento del primer episodio agudo. Para esto se realizó un análisis de correlación utilizando r de Pearson.

Tabla 4. Correlación entre tests de teoría de la mente y edad al momento del primer episodio agudo

Test

Correlación con edad al

momento del primer

episodio agudo

Significación

(unilateral)

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 44
trastorno bipolar

Test Miradas

Test Faux Pas

-.13

-.07

.34

.40

En el presente trabajo no se halló una correlación significativa en el grupo de pacientes eutímicos con trastorno bipolar entre el desempeño en tests que evalúan teoría de la mente y la edad al momento del primer episodio agudo (test miradas $p=.34$, test faux pas= .40), tal como había sido propuesto. Esto indica que no existiría una relación entre ambas variables: los cambios en una no se ven reflejados en la otra variable, una variable no dependería de la otra. Se

utilizó un nivel de significación unilateral, que permite contrastar la hipótesis nula en la que se especifica con antelación la dirección del efecto, como es el caso del presente trabajo.

Los resultados obtenidos resultan congruentes, al igual que los reportados en la sección anterior en cuanto a las variables de desempeño y meses en remisión, con la hipótesis de que existen características estables en el trastorno bipolar, que permanecen a lo largo de todas las fases, y que se manifestarían desde el inicio del trastorno. Los resultados obtenidos concuerdan

con los de Wolf, Brüne y Assion (2010), que encontraron que los déficits observados en alteraciones neurocognitivas en pacientes bipolares no se debían a las distinciones entre grupos

relativas a la edad de inicio de la enfermedad ni a la cantidad de años desde que la persona había

sido diagnosticada. Sin embargo, este estudio no evaluaba específicamente cognición social ni teoría de la mente. Los resultados también resultan consistentes con los del estudio realizado por

Bonnín et al. (2012), en el cual no se encontró relación alguna entre funcionamiento cognitivo y

variables como CI premórbido, edad actual, nivel educativo, edad de inicio, edad al momento de

la primera hospitalización, y número de internaciones. Una vez más, sin embargo, la cognición social no fue evaluada en este trabajo.

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 45

trastorno bipolar

Al igual que los resultados obtenidos en relación a la cantidad de meses desde el último episodio, la ausencia de correlación con la edad de inicio aquí reportados apunta a que la cronicidad del trastorno bipolar no explicaría porque los pacientes eutímicos tienen un desempeño más pobre que los maníacos o deprimidos, tal como es sostenido por Bora et al. (2005).

Estos hallazgos se suman a la literatura existente como mayor evidencia de que los

déficits neurocognitivos en el trastorno bipolar aparecen desde los inicios de los síntomas, en los

primeros episodios, o incluso antes de los primeros episodios en sí, en la fase prodrómica, razón

por la cual factores como cantidad de meses en remisión o edad de inicio no influyen sobre la severidad de los déficits. Estos resultados insisten sobre la necesidad de mayores estudios longitudinales, y la posibilidad de hallar características intragrupo, dentro del grupo de sujetos con trastorno bipolar, que permita realizar mejores diagnósticos, e ilumine la etiología de los procesos que parecen ser inalterables a lo largo de las diferentes fases agudas y asintomáticas.

5. CONCLUSIONES

El objetivo general de este trabajo fue analizar si existen diferencias en el desempeño en tests que evalúan el concepto de teoría de la mente entre pacientes eutímicos con trastorno bipolar y

un grupo control normal. Los objetivos específicos intentaron establecer si existían diferencias entre las medias de ambos grupos estudiados, la posible influencia de la cantidad de meses en remisión que presentaban los pacientes, y la posible relación entre teoría de la mente y edad de

inicio de los primeros síntomas presentados de trastorno bipolar.

Los resultados de este estudio muestran que aún en pacientes eutímicos con trastorno bipolar, la teoría de la mente puede estar alterada según se evidencia a través de su desempeño en tests

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 46

trastorno bipolar

específicos que evalúan esta función. Con respecto a la atribución de estados mentales, entendiéndolo como una primera etapa en la teoría de la mente, se encontró que los pacientes

bipolares eutímicos difieren significativamente de los sujetos control, congruentemente con los resultados obtenidos por Bora et al. (2005), Samamé et al. (2012), Inoue et al. (2004), Wolf, Brüne y Assion (2010), y Olley et al. (2005). Esto se verificó a través de la evaluación del

constructo teoría de la mente, como es aplicado en los tests de la mirada y faux pas. En el test de

la mirada, los participantes deben hacer coincidir las representaciones sociales, y tomar decisiones en el contexto de los estados mentales. Este test fue diseñado a partir de los conceptos

propuestos por la Teoría de la Mente que propone que los sujetos sanos pueden determinar el estado mental de otra persona a través de la expresión de la mirada. El test de faux pas mide la habilidad para detectar cuando alguien dijo algo inapropiado pero sin mala intención, porque era

o podría haber resultado hiriente para otra persona . El grupo de pacientes obtuvo una media significativamente inferior a la del grupo control de sujetos sanos, lo cual apunta a que el déficit

encontrado sería de rasgo (y no de estado) en este trastorno, con respecto a la capacidad de cognición social y teoría de la mente.

Confirmando la hipótesis de que no existe una relación entre el desempeño en tests que evalúan teoría de la mente y el tiempo transcurrido desde el último episodio agudo, en este estudio no se halló una correlación significativa entre estas dos variables. Esto contradice los hallazgos de Tsai et al. (2007), donde se encontró que variables como años de educación y tiempo transcurrido desde el último episodio maniaco/hipomaniaco influenciaban los resultados

obtenidos al evaluar a los pacientes con tests neuropsicológicos en general.

Con respecto a la última hipótesis, se confirmó en el presente estudio que la edad de inicio del trastorno, medido a través de la edad al momento del primer episodio agudo, no tenía relación alguna con la severidad de las alteraciones reportada a través de tests de teoría de la mente. Esto es congruente con los resultados obtenidos por Wolf, Brüne y Assion (2010), y Bonnín et al. (2012), quienes no hallaron una correlación significativa entre edad de inicio y desempeño en tests neuropsicológicos en pacientes con trastorno bipolar. Es preciso tener en

trastorno bipolar

cuenta que tanto los estudios citados en referencia a la cantidad de meses en remisión, como a la

edad de inicio, no evaluaron específicamente el constructo teoría de la mente, sino que se trató de

una evaluación neuropsicológica general. No se hallaron estudios específicos donde se haya establecido esta relación aquí planteada con anterioridad, al momento de realizar el presente trabajo.

Para poder demostrar diferencias significativas más claramente, el tamaño de los grupos estudiados debería haber sido mayor. Esto no fue posible debido a las restricciones de tiempo y a

la dificultad de encontrar pacientes que concuerden con los criterios de exclusión que se plantearon en el trabajo, lo cual era un requisito necesario de modo de poder trabajar con un grupo homogéneo. Tampoco

puede excluirse la influencia de los psicofármacos en los

resultados, sobre todo al comparar el desempeño entre el grupo de pacientes - que se hallan medicados -, y el grupo control, que no refiere estar tomando medicación alguna. Para poder establecer si el funcionamiento cognitivo en el trastorno bipolar está relacionado a la medicación

sería necesario incluir a pacientes con trastorno bipolar eutímicos que no estén realizando un tratamiento farmacológico.

A pesar de que la evaluación por diferencia de grupos indica que, en promedio, los pacientes con trastorno bipolar tienen un desempeño más pobre que el del grupo control en medidas neuropsicológicas, estas puntuaciones pueden no tener una distribución normal en el grupo de pacientes. Altshuler et al. (2004) reportaron una distribución bimodal en una evaluación

con el Wisconsin Card Sorting Test (WCST) en puntuaciones de pacientes con trastorno bipolar.

Lo mismo podría ser cierto para la cognición social en general, y la teoría de la mente en particular.

Mientras algunas de las puntuaciones obtenidas por los pacientes se hallaban cerca de las obtenidas por los sujetos sanos que conformaron el grupo control, otros pacientes mostraron un déficit significativo. Sería necesario, en futuras investigaciones, investigar posibles diferencias intragrupos, para lo cual resulta imprescindible utilizar una muestra de mayor tamaño. En un estudio comparativo entre distintos grupos diagnósticos, la prevalencia de un nivel normal de

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 48

trastorno bipolar

funcionamiento neuropsicológico en tareas ejecutivas, de memoria y de atención iba del 16% al 45% en pacientes con esquizofrenia, del 20% al 33% en el trastorno esquizoafectivo, del 42% al 64% en el trastorno bipolar y del 42% al 77% en pacientes con trastorno depresivo mayor con episodios de psicosis (Reichenberg et al. 2009). Es necesario también evaluar en los pacientes que mantienen un nivel de funcionamiento neurocognitivo normal, si han logrado mantener estos niveles, o si el funcionamiento premórbido era más alto que lo normal.

Durante la realización del presente trabajo no se encontró bibliografía alguna donde se estudie la relación entre teoría de la mente y subtipos del trastorno bipolar: tipo I, tipo II y no especificado. Considerando que estas patologías constituyen cuadros y situaciones diferentes, especialmente en cuanto a la severidad de los episodios maníacos, podría existir una neurofisiopatología distinta en el origen de cada uno de ellos. Es necesario explorar si se trata de una misma neurofisiopatología o si se trataría de cuadros diferentes, con bases biológicas diversas, y a partir de allí evaluar si esto incide en el desempeño de estos pacientes en tests de teoría de la mente de modo diferencial. Los espectros de gravedad pueden llevar a que los resultados sean diferentes, así como también podrían existir diferentes resultados si se evaluara a los pacientes a partir del concepto de espectro bipolar, o a partir de categorizar a los pacientes

por agrupaciones sintomáticas predominantes, y no sólo por fases.

Con respecto a los tests utilizados para este trabajo, es necesario tener en cuenta que a pesar de que los procesos automáticos y no conscientes son importantes para el test de las miradas, esta evaluación requiere de otras habilidades cognitivas además de la teoría de la mente.

Es esencial también la capacidad de percibir material visual complejo como caras, y también el reconocimiento de emociones, de modo de poder inferir estados mentales correctamente a través de las miradas.

Otra limitación del estudio refiere a diferencias de género. Este estudio se llevó a cabo principalmente en una población masculina por ser predominante en el servicio en el cual se desarrolló, pero podría haber diferencias de género significativas que sería necesario evaluar, tanto en grupos de pacientes como en los grupos control.

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 49 trastorno bipolar

Pese a haber utilizado criterios relativamente estrictos de eutimia (Hamilton <8 ; Young <8), cabe la posibilidad de que estuviera presente cierta sintomatología subsindrómica en el grupo

de pacientes, que resulta difícil de controlar en un estudio de estas características. Por otra parte,

no se efectúa una diferenciación por antecedentes de síntomas psicóticos, a pesar de que algunos

estudios han encontrado que este tipo de antecedentes puede tener una relación con el funcionamiento cognitivo general en pacientes con trastorno bipolar.

Sería igualmente necesario evaluar longitudinalmente a los mismos pacientes estudiados, para evaluar sus funciones cognitivas en diferentes estados (maníacos, depresivos, eutímicos), para poder compararlos posteriormente. Los estudios revisados en el trabajo meta-analítico de Lewandowski et al. (2011) muestran la disparidad obtenida en resultados, debida principalmente

a la escasez de trabajos que abordan esta temática, y a la diferencia en métodos de evaluación y tests aplicados para medir tales constructos, lo cual dificulta la comparación. A pesar de que el presente estudio es transversal, los diseños longitudinales permitirían establecer con mayor certeza si los déficits cognitivos constituyen un rasgo del trastorno bipolar, y no sólo un estado, así como también permitirían definir perfiles neuropsicológicos con mayor claridad. Estos perfiles más precisos tendrían como principal ventaja la posibilidad de diseñar programas de rehabilitación mejor adaptados a las necesidades particulares de los pacientes con trastorno bipolar.

Se necesita de más estudios que investiguen pacientes en su primer episodio, así como más estudios longitudinales, para poder evaluar si los déficits cognitivos están presentes desde antes de los primeros síntomas de enfermedad, y si el déficit es estable o progresivo. Estos estudios permitirían también evaluar cual es el impacto de la medicación en el funcionamiento cognitivo de los pacientes a lo largo del trastorno.

Otro de los objetivos más importantes en cuanto a direcciones futuras para investigación debería ser la identificación de los mecanismos neurobiológicos subyacentes a estos déficits cognitivos en pacientes eutímicos, especialmente considerando la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, que podrían mostrar asimismo alteraciones neurocognitivas similares.

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 50

trastorno bipolar

La investigación en el campo de la neuropsicología permitiría delimitar diagnósticos con más precisión, y apuntando al descubrimiento de posibles mecanismos etiológicos comunes entre trastornos psiquiátricos que frecuentemente se presentan de manera conjunta. La elucidación de estos mecanismos llevaría sin lugar a dudas a una mejora sobre las herramientas clínicas terapéuticas. Los programas de rehabilitación cognitiva y psicoeducativa podrían mejorar o detener los efectos de los déficits reportados en el largo plazo.

La principal implicación conceptual del presente trabajo consiste en que los pacientes bipolares eutímicos presentan alteraciones en teoría de la mente, y esto representa un marcador de rasgo, y no de estado. La limitación en la habilidad de mentalización (en comparación con sujetos controles sanos) podría afectar la capacidad de comprender las emociones e intenciones ajenas, lo cual a su vez afectaría la posibilidad de alcanzar relaciones sociales positivas, y contribuiría a las alteraciones que los pacientes presentan en cuanto a sus logros académicos, laborales y sociales.

A pesar de que los pacientes bipolares eutímicos parecerían operar correctamente en contextos sociales, la funcionalidad de la teoría de la mente no sería total, impidiéndoles adoptar perspectivas cognitivas alternativas cuando resulta necesario. A pesar de que el déficit puede ser sutil, puede ser suficiente como para alterar la habilidad de estos pacientes para comprender las emociones e intenciones de otros, y puede asimismo limitar la valoración de sus propios síntomas.

En un sentido clínico, la investigación en el campo de los déficits en teoría de la mente es de suma importancia porque los modelos de rehabilitación sugieren que para que un individuo pueda darle un sentido a su enfermedad, es necesario que pueda distinguir sus propios pensamientos y emociones con respecto a los síntomas que atraviesa, que logre conciencia de su patología. La posibilidad de avanzar en el conocimiento de la etiología del trastorno bipolar, consolidando un conocimiento más sólido del déficit en los campos de la teoría de la mente y de la cognición social en general, permitiría el diseño de redes integrales de intervención y rehabilitación, enfocando las estrategias para conseguir un mejor grado de ajuste psicosocial, y una mejor integración en la sociedad para estos pacientes.

trastorno bipolar

6.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmed, F., & Miller, S. (2011). Executive Function Mechanisms of Theory of Mind. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 667–678. DOI 10.1007/s10803-010-1087-7

Akiskal, H. (2008). The Emergence of the Bipolar Spectrum: Validation along Clinical, Epidemiologic and Familial-Genetic Lines. *Psychopharmacological Bulletin*, 40(4), 99-115. doi:10.1186/1744-859X-7-S1-S78

Altshuler, L.L., Ventura, J., van Gorp, W.G., Green, M.F., Theberge, D.C. & Mintz, J. (2004). Neurocognitive function in clinically stable men with bipolar I disorder or schizophrenia and normal control subjects. *Biological Psychiatry*, 56, 560–569. doi:10.1016/j.biopsych.2004.08.002

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed., Texto rev.). Washington, DC.

Baron-Cohen, S. (1991). Precursors to a theory of mind: Understanding attention in others. En A.

Whiten (Ed.), *Natural theories of mind: Evolution, development and simulation of everyday mindreading*. (pp. 233-251). Oxford: Basil Blackwell.

Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21, 37-46. doi:10.1016/0010-0277(85)90022-8

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 52

trastorno bipolar

Baron-Cohen, S., O’Riordan, M., Stone, V., Jones, R. & Plaisted, K. (1999). Recognition of Faux Pas by Normally Developing Children with Asperger Syndrome or High Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (5), 407-418. doi:10.1023/A:1023035012436

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. & Plumb, I. (2001), The “Reading the Mind

in the Eyes” Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241–251. doi:10.1111/1469-7610.00715

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., y Jolliffe, T. (1997). Is there a “language of the eyes”? Evidence from normal adults and adults with autism and Asperger syndrome. *Visual Cognition*, 4, 311-331. doi:10.1080/713756761

Bonnín, C.M., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Solé, B., Reinares, M., Rosa, A.R., Goikolea, J.M., Benabarre, A., Ayuso-Mateos, J.L., Ferrer, M., Vieta, E. & Torrent, C. (2012). Subthreshold symptoms in bipolar disorder: Impact on neurocognition, quality of life and disability. *Journal of Affective Disorders*, 136, 650–659.

Journal

of

Affective

Disorders,

136,

650–659.

doi:10.1016/j.jad.2011.10.012

Bora, E. E., Vahip, S. S., Gonul, A. S., Akdeniz, F. F., Alkan, M. M., Ogut, M. M., & Eryavuz, A. (2005). Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta*

Psychiatrica

Scandinavica, 112(2),

110-116.

doi:10.1111/j.1600-

0447.2005.00570.x

Brothers, L. (1990). The social brain: A project for integrating primate behaviour and neurophysiology in new domain. *Concepts in Neuroscience*, 1, 27-61.

Brüne, M. & Brüne-Cohrs, U. (2006). Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 437–455.

doi:10.1016/j.neubiorev.2005.08.001

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 53 trastorno bipolar

Butman, J. (2007). Evaluación de la cognición social. En D. Burin, M. Drake & P. Harris (Comps.), *Evaluación neuropsicológica en adultos*. (pp. 331-344). Buenos Aires: Paidós.

Calarge, C., Andreasen, N. C., & O'Leary, D. S. (2004). Observación de cómo un cerebro comprende a otro: un estudio por PET de la teoría de la mente. *American Journal Of Psychiatry - Edición Española*, 7(2), 90-100.

Castañeda Franco, M., & Tirado Duran, E. (2008) revisión. *Salud Mental*, 31 (2), 145-150.

Cusi, A., Nazarov, A., Holshausen, K., MacQueen, G. & McKinnon, M. (2012). Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 37(3) 154-169. doi:10.1503/jpn.100179

Ey, H., Bernard, P. & Brisset, C.H. (1978). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona:Masson.

Flaherty, J., Channon, R. & Davis, J. (1988). *Psiquiatría: Diagnóstico y tratamiento*. México: Editorial Médica Panamericana.

García García, E., González Marqués, J., & Maestú Unturbe, F. (2011). Neuronas espejo y teoría de la mente en la explicación de la empatía. *Ansiedad Y Estrés*, 17(2/3), 265-279.

Goswami, U., Sharma, A., Khastigir, U., Ferrier, N., Young, A., Gallagher, P., Thompson, J. & Moore, B. (2006). Neuropsychological dysfunction, soft neurological signs and social disability in euthymic patients with bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188, 366-373. doi:10.1192/bjp.188.4.366

Hamilton, M. (1980). Rating depressive patients. *Journal of Clinical Psychiatry*. 41, 21-24.

Happé, F. (1994) An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults.

Journal

of

Autism

and

Developmental

Disorders,

24,

129-154.

doi:10.1007/BF02172093

Deficiencias mnésicas, ejecutivas y

atencionales como endofenotipos neurocognitivos en el trastorno bipolar: una

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 54

trastorno bipolar

Inoue, Y., Tonooka, Y., Yamada, K. & Kanba, S. (2004). Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder. *Journal of Affective Disorders*. 82(3), 403-9.

doi:10.1016/j.jad.2004.04.004

Kaplan, H., Sadock, B. (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Kerr, N., Dunbar, R. & Bentall, R. (2003). Theory of mind deficits in bipolar affective disorder.

Journal of affective disorders, 73(3), 253-259. doi:10.1016/S0165-0327(02)00008-3

Korkmaz, B. (2011). Theory of mind and neurodevelopmental disorders of childhood. *Pediatric Research*. 69(5), 101R–8R. doi:10.1203/PDR.0b013e318212c177.

Lewandowski, K.E., Cohen, B.M., Öngur, D. (2011). Evolution of neuropsychological

dysfunction during the course of schizophrenia and bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 41, 225–241. doi:10.1017/S0033291710001042

Malhi, G., Lagopoulos, J., Das, P., Moss, K., Berk, M., & Coulston, C. (2008). A functional MRI study of Theory of Mind in euthymic bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders*, 10, 943–956. doi:10.1111/j.1399-5618.2009.00711.x

Martinez-Arán, A., Vieta, E., Reinares, M., Colom, F., Torrent, C., Sánchez Moreno, J., Benabarre, A., Goikolea, J. M., Comes, M., & Salamero, M. (2004). Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161(2), 262-70.

Martino, D., Strejilevich, S., Fassi, G., Marengo, E., & Igoa, A. (2011). Theory of mind and facial emotion recognition in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. *Psychiatry Research*, 189(3), 379-384. doi:10.1016/j.psychres.2011.04.033

Olley, A. L., Malhi, G. S., Bachelor, J., Cahill, C. M., Mitchell, P. B., & Berk, M. (2005). Executive functioning and theory of mind in euthymic bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7, 43-52. doi:10.1111/j.1399-5618.2005.00254.x

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 55
trastorno bipolar

Organización Mundial de la Salud (2012), Recuperado el 15 de Noviembre de 2012 de
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305&Itemid=

Organización Mundial de la Salud (2000), Global burden of bipolar disorder in the year
2000,

recuperado

el

15

de

Noviembre

de

2012

de

http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_bipolar.pdf

Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515-526. doi:10.1017/S0140525X00076512

Reichenberg, A., Harvey, P.D., Bowie, C.R., Mojtabai, R., Rabinowitz, J., Heaton, R.K. & Bromet, E. (2009). Neuropsychological function and dysfunction in schizophrenia and psychotic affective disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 1022–1029.

doi:10.1093/schbul/sbn044

Rosa, A. R., Reinares, M., Franco, C., Comes, M., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., & Vieta, E. (2009).

Clinical

predictors

of

functional

outcome

of

bipolar

patients

in

remission. *Bipolar Disorders*, 11(4), 401-409. doi:10.1111/j.1399-5618.2009.00698.x

Samame, C., Martino, D.J. & Strejilevich, S.A. (2012). Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 266–280.

Thompson, J., Gallagher, P., Hughes, J., Watson, S., Gray, J., Ferrier, N. & Young, A. (2005).

Neurocognitive impairment in euthymic patients with bipolar affective disorder, *British*

Journal of Psychiatry, 186, 32-40. doi:10.1192/bjp.186.1.32

Tsai, S. Y., Lee, H. C., Chen, C. C. & Huang, Y. L. (2007). Cognitive impairment in later life in patients with early-onset bipolar disorder, *Bipolar Disorders*, 9(8), 868-875.

doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00498.x

Van Gorp, W.G., Altshuler, L., Theberge, D.C., Wilkins, J. & Dixon, W. (1998). Cognitive impairment in euthymic bipolar patients with and without prior alcohol dependence: a

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 56
trastorno bipolar

preliminary

study.

Archives

of

General

Psychiatry,

55(1),

41-6.

doi:10.1001/archpsyc.55.1.41

Vázquez, G. (2007). *Trastornos del estado de ánimo*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Wolf, F., Brüne, M., & Assion, H.J. (2010). Theory of mind and neurocognitive functioning in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12: 657–666. doi:10.1111/j.1399-

5618.2010.00854.x

ANEXO

S

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 57

trastorno bipolar

Ejemplo Test de las miradas

Cognición social y teoría de la mente en pacientes eutímicos con 58

trastorno bipolar

Test Faux Pas

Ejemplo historia con metida de pata

El marido de Elena estaba

organizando

una

Ejemplo fiesta sorpresa para pata historia sin metida de

el cumpleaños de

ella. El invitó a

Sara, una amiga de

ella y le dijo, "no le

Javier estaba de compras

buscando

una

camisa que hiciera

juego con su traje.

El

vendedor

le

mostró

varias.

Javier las miró y

finalmente encontró

una que era del

