



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTA AL EDITOR

¿Por qué no hablamos de síntomas psicóticos negativos en el trastorno afectivo bipolar?

Why don't we talk about negative psychotic symptoms in affective bipolar disorder?

Las clasificaciones de los trastornos psiquiátricos que manejamos¹ contemplan la posible presencia de síntomas psicóticos positivos en el trastorno bipolar. Describen cómo estos síntomas pueden aparecer tanto en la fase depresiva, como en la maníaca y mixta; cómo pueden ser congruentes o incongruentes con el estado de ánimo del paciente y por último cómo pueden adoptar la forma de delirios y/o alucinaciones. También añaden el que estos síntomas no pueden mantenerse en el tiempo más de 2 semanas una vez que el episodio afectivo se haya resuelto porque, si así fuera, tendríamos que cambiar el diagnóstico.

Con frecuencia observamos que en el paciente bipolar la recuperación sintomática no se acompaña de una recuperación funcional². Entre otros factores, este déficit se atribuye al demostrado deterioro cognitivo³ y a los denominados síntomas subdepresivos interepisódicos⁴ que estos pacientes padecen. En este sentido, sería interesante intentar discriminar, lo cual en ocasiones es muy complicado, si dichos síntomas subdepresivos no son en realidad síntomas psicóticos negativos en algunos casos. Quizá debamos plantearnos un diagnóstico diferencial de estos síntomas «a la inversa» de lo que hacemos con el paciente esquizofrénico y sus síntomas negativos⁵. Creemos que en el paciente esquizofrénico, es conveniente hacer un diagnóstico diferencial de los síntomas psicóticos negativos con posibles síntomas depresivos, y consideramos este dato importante de cara al tratamiento. Los pacientes bipolares muestran, en ocasiones, un tipo de síntomas que en un paciente esquizofrénico serían denominados síntomas psicóticos negativos⁶. La presentación clínica de hecho es idéntica y la etiopatogenia la desconocemos.

La reticencia a hablar de síntomas psicóticos negativos en el trastorno bipolar quizá esté relacionada con nuestro temor a crear aún más confusión de la que existe. Si estos síntomas se aprecian aún estando el paciente eutímico y además permanecen en el tiempo, puede que el concepto de psicosis en trastorno afectivo bipolar necesite ser revisado⁷. Sin embargo, es importante tener esta cuestión presente de cara al planteamiento terapéutico.

Ante la presencia de estos síntomas, y habiendo descartado sintomatología depresiva, quizá habría que incidir en el uso de ciertas medidas farmacológicas, como los denominados antipsicóticos procognitivos^{8,9} pero también en medidas neurorehabilitadoras¹⁰.

Todo lo referido anteriormente nos enfrenta una vez más al problema de nuestro desconocimiento de la etiopatogenia de los síndromes psiquiátricos y sus síntomas. Quizá la prevista incorporación de dimensiones a las categorías diagnósticas actuales, en este caso la dimensión «síntomas negativos» en la categoría bipolar, ayude a avanzar en este sentido¹¹.

Financiación

Financiado por la ayuda de investigación PS09/01760 del Fondo de Investigación Sanitaria y Fondos FEDER.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association; 2000.
2. Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychother Psychosom*. 2009;78:285-97.
3. Mur M, Portella MJ, Martínez-Arán A, Pifarre J, Vieta E. Psychopathology. Influence of clinical and neuropsychological variables on the psychosocial and occupational outcome of remitted bipolar patients. *Psychopathology*. 2009;42:148-56.
4. Marangell LB, Dennehy EB, Miyahara S, Wisniewski SR, Bauer MS, Rapaport MH, et al. The functional impact of subsyndromal depressive symptoms in bipolar disorder: data from STEP-BD. *J Affect Disord*. 2009;114:58-67.
5. Bottlender R, Sato T, Groll C, Jager M, Kunze I, Moller HJ. Negative symptoms in depressed and schizophrenic patients: how do they differ? *J Clin Psychiatry*. 2003;64:954-8.
6. Lindenmayer JP, Bossie CA, Kujawa M, Zhu Y, Canuso CM. Dimensions of psychosis in patients with bipolar mania as measured by the positive and negative syndrome scale. *Psychopathology*. 2008;41:264-70.
7. Peralta V, Cuesta M. Exploring the borders of the schizoaffective spectrum: A categorical and dimensional approach. *J Affect Disord*. 2008;108:71-86.
8. Bernardo M, Vieta E, Saiz-Ruiz J, Rico-Villademoros F, Álamo C, Bobes J, et al. Recomendaciones para el cambio de antipsicóticos. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría y la

- Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2011;4:150–68.
9. Torrent C, Martínez-Arán A, Daban C, Amann B, Balanzá-Martínez V, Del Mar Bonnín C, et al. Effects of atypical antipsychotics on neurocognition in euthymic bipolar patients. *Compr Psychiatry*. 2011;52:613–22.
 10. Martínez Arán A, Torrent C, Solé B, Bonnín CM, Rosa AR, Sánchez-Moreno J, et al. Functional remedation for bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2011;7: 112–6.
 11. Vieta E, Phillips ML. Deconstructing bipolar disorder: A critical review of its diagnostic validity and a proposal for DSM-V and ICD-11. *Schizophr Bull*. 2007;33:886–92.

Nieves Basterreche^{a,b,*} y Wendy Dávila^c

^a *Unidad de Hospitalización de Corta Estancia, Hospital de Zamudio, Red de Salud Mental de Bizkaia, Zamudio, Bizkaia, España*

^b *Departamento de Psiquiatría, Universidad del País Vasco, Leioa, Bizkaia, España*

^c *Avances Médicos S.A. Bilbao, Bizkaia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

nieves.basterrecheizaguirre@osakidetza.net

(N. Basterreche)..