



Enfermedad bipolar

Clínica y etiopatogenia

El trastorno bipolar es una enfermedad grave, difícil de controlar con los tratamientos al uso, con probable evolución hacia la cronicidad y con una notable repercusión sociosanitaria que afecta sensiblemente la calidad de vida del paciente y de su entorno. En el presente artículo se aborda la clínica y la etiopatogenia de este trastorno, junto con una serie de consejos útiles para el paciente y su familia, que puede ofrecer el farmacéutico comunitario.

ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA

DOCTORA EN FARMACIA Y MASTER EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA COMUNITARIA.



Esta enfermedad, aún muy desconocida por la población, está rodeada de los prejuicios y temores ancestrales que suelen suscitar los trastornos psíquicos. Sin embargo, el trastorno bipolar tiene muchas semejanzas con otras afecciones tales como la diabetes o la hipertensión arterial ya que, como ocurre con estas enfermedades, un tratamiento adecuado puede mantenerla compensada y evitar gran parte de los riesgos que supone el trastorno bipolar descontrolado (pérdida del puesto de trabajo, problemas de pareja, abuso de drogas, suicidio).

Esta afección es un trastorno afectivo que se caracteriza por la presencia de episodios maníacos, hipomaniacos, depresivos o mixtos. Los brotes tienen generalmente una evolución recurrente y se alternan con períodos de estado de ánimo normal; sin embargo, el carácter incompleto de las remisiones es frecuente. En el transcurso de los sucesivos episodios un paciente bipolar puede presentar síntomas que podrían aparecer en otros trastornos, un factor que ha contribuido al frecuente infradiagnóstico de la enfermedad.

Como cualquier otra enfermedad mental, el trastorno bipolar no es uniforme, de modo que dependiendo de cómo se combinen los diferentes tipos de episodios afectivos hay distintas categorías nosológicas. Así, se habla de trastorno bipolar I cuando el paciente ha presentado al menos un episodio maníaco; trastorno bipolar II cuando se produce una recurrencia de episodios depresivos e hipomaniacos; por último, los pacientes que muestran síntomas depresivos e hipomaniacos, sin llegar a cumplir criterios para los calificativos anteriores, se diagnostican como trastorno ciclotímico.

También se puede diferenciar en función de la rapidez con la que se pasa de la depresión a la manía. En este caso se habla de cicladores rápidos.

Epidemiología

El trastorno bipolar afecta a un 1,2% de la población y está asociado a unos altos índices de morbimortalidad, por lo que constituye un importante problema de salud. Afecta por igual a ambos sexos, con la excepción del tipo II, que se da con más frecuencia en el sexo femenino. Factores como el abuso de determinadas sustancias constituyen la comorbilidad que aparece con más frecuencia.

La edad de comienzo se sitúa entorno a los 21 años como media, considerando que la horquilla de edad más frecuente es la que se sitúa en 14-19 años, seguida de la que comprende los 20-24 años. Por tanto, es evidente que el primer episodio tiene lugar a una edad relativamente temprana, aunque no es infrecuente la presencia de episodios de alteración de la conducta en edades infantiles ni en la década de los 30 años.

Diferentes estudios, caracterizados por importantes sesgos metodológicos, han relacionado habitualmente el trastorno bipolar con estratos socioeconómicos elevados, aunque otros hallazgos, en este caso ampliamente comprobados, ligan la enfermedad a la existencia de acontecimientos vitales adversos al comienzo de los primeros episodios afectivos, hechos que no suelen darse en la evolución del trastorno.

Etiopatogenia

De origen biológico, fuertemente condicionado por alteraciones genéticas y neuroquímicas, las teorías actuales establecen que la fisiopatología del trastorno incluye diversos tipos de alteraciones: neuroquímicas, genéticas, hormonales, neurofisiológicas, psicosociales y neuroanatómicas.

Hoy la etiopatogenia de la bipolaridad se basa en el papel fundamental que ejercen los factores genéticos, elementos que constituyen el sustrato sobre el que actuarían factores de índole biológico (lesiones cerebrales, alteraciones hormonales, etc.), psicológico (situaciones de pérdida, estresantes ambientales, etc.) y meteorológico (estaciones, presión atmosférica). En definitiva, este modelo define una etiología genética de la enfermedad cuya expresión clínica estaría mediatizada por factores ambientales.

En cuanto a la etiología genética del trastorno bipolar, se ha demostrado que la tasa de concordancia en gemelos monocigotos es del 80%, y del 20% en el caso de dicigotos, un dato indicativo de la etiología genética en este trastorno. Además, se ha comprobado que los familiares de enfermos bipolares corren un riesgo 10 veces mayor de presentar la enfermedad en comparación con los sujetos sanos.

Por otra parte, algunas alteraciones del sueño, encuadradas obviamente en los hallazgos de carácter neurofisiológico, se han relacionado con el llamado fenómeno de *kindling*, que consiste en un aumento progresivo de la respuesta y reactividad eléctrica del cerebro cuando éste se estimula de forma repetida. El fenómeno de *kindling* se ha relacionado con cuadros de recaídas y de cambios de fase (tabla 1). Las alteraciones neuroanatómicas, por su parte, se relacionan con daños selectivos

El trastorno bipolar es una disfunción afectiva que se caracteriza por la presencia de episodios maníacos, hipomaniacos, depresivos o mixtos



en diversos componentes del circuito general de la afectividad (tabla 2). Los factores psicosociales modulan la expresión de la enfermedad y sus consecuencias, e intervienen en el pronóstico a largo plazo, pero sin un papel etiológico directo.

Clínica

La presencia de cuadros recurrentes de alteración del estado anímico, en los que por lo menos uno de los cuadros se corresponde con un episodio maníaco o de características mixtas, es el principal síntoma de la enfermedad bipolar.

El conocido como trastorno bipolar tipo I se caracteriza por la existencia de cuadros depresivos y maníacos, aunque en algunos de estos pacientes, que por otra parte representan menos del 10% del total, sólo aparecen episodios maníacos.

Episodio maníaco e hipomaníaco

La característica principal del episodio maníaco es un estado anímico hipertímico o aumentado, en el que aparece una alegría patológica, que invade todas las funciones psíquicas (tabla 3).

Un paciente maníaco no debe tener necesariamente siempre un estado alegre o eufórico, sino que su ánimo también puede ser irritable o expansivo. Es característico que en el transcurso del episodio maníaco la hostilidad alcance sus cotas máximas, que disminuyen tras este período. Otro rasgo importante del individuo maníaco es la enorme sensación de bienestar que presentan, así como el sentimiento de superioridad y el predominio en ellos de sentimientos autoexpansivos y de omnipotencia.

Al inicio del cuadro clínico pueden aparecer con frecuencia síntomas disfóricos. En un síndrome maníaco también es posible que se produzcan síntomas depresivos, que pueden adquirir enorme importancia y generar finalmente un episodio mixto, que será abordado más adelante. Otro rasgo a tener en cuenta al abordar esta enfermedad es la denominada labilidad emocional, síntoma frecuente de la manía que no debe confundirse con la clínica depresiva y que tiene su justificación en una exaltación de los sentimientos. También son características de estos episodios las alteraciones de la psicomotricidad, que se manifiestan básicamente con un aumento del tono psicomotor a todos los niveles. Aparece hiperexpresividad, intranquilidad, inquietud y, ocasionalmente, importantes cuadros de agitación motora.

Tabla 1. Alteraciones neuroquímicas y endocrinas asociadas a la fisiopatología del trastorno afectivo bipolar

Neurotransmisores	Eje endocrino	Sistemas de segundos mensajeros
Dopamina	Hipotálamo-hipófisis-tiroides	Adenilato ciclasa
Noradrenalina		
Serotonina	Hipotálamo-hipófisis-adrenal	Fosfolipasa C
GABA		
Acetilcolina	Hipotálamo-hipófisis-gonadal	Canales iónicos (Ca ²⁺)

Fuente: Mena J, 2004.

Tabla 2. Correlato clínico de alteraciones neuroanatómicas electivas

Estructura	Humor	Personalidad
Corteza prefrontal dorsolateral	Depresión	No descrito
Corteza orbitofrontal	Manía	Desinhibición, irritabilidad
Corteza cingulada anterior	No descrito	Apatía
Caudado	Depresión, manía	Desinhibición, irritabilidad
Tálamo	Manía	Apatía, irritabilidad

Es característico un tono de voz elevado, exagerado y apremiante, unido a un lenguaje que puede ser presivo, tangencial, circunstancial, descarrilado y, a veces, incoherente; son pacientes con tendencia a la verborrea.

La esfera del pensamiento, tanto en lo que respecta al curso como al contenido, se ve sumamente afectada en los episodios maníacos, e incluso es frecuente la fuga de ideas. Es habitual asimismo la pérdida de estructura lógica en las construcciones gramaticales, y no es raro que aparezcan frases encadenadas por asociaciones de sonidos, rimas o juegos de palabras. También pueden encontrarse sujetos maníacos con ideas paranoicas o místico-religiosas, junto con síntomas psicóticos (alucinaciones o delirios).

Es característica del trastorno bipolar la disminución de la necesidad de sueño, que estaría encuadrada en los trastornos del ritmo vigilia-sueño. Es relativamente común encontrar pacientes que sólo duermen 1-3 horas diarias, sin que esto se traduzca en un mayor cansancio o fatiga.

Es habitual la aparición de hiperfagia que no va acompañada de ganancia ponderal, lo cual podría justificarse por la hiperactividad.

Otras alteraciones que se suelen observar hacen referencia a alteraciones cognitivas, que afectan básicamente al nivel de atención y de concentración, generando aparentes déficits de memoria.



En cuanto a su aspecto, el paciente maníaco suele vestirse con prendas vistosas y coloridas, arreglándose en exceso, aunque también puede darse el caso de que el paciente descuide su aspecto y muestre una apariencia extravagante.

La hipomanía presenta una sintomatología de menor intensidad y duración a la anterior, aunque los síntomas son idénticos y únicamente difieren en la intensidad de los mismos. Esto se traduce en una menor repercusión sociolaboral de modo que estos cuadros no suelen requerir ingreso en un hospital.

Episodio depresivo

La fase depresiva en el trastorno bipolar puede manifestarse como cualquier síntoma depresivo, aunque las formas más frecuentes son las depresiones melancólicas y las depresiones atípicas. Estos síntomas a veces son de difícil diagnóstico, ya que el paciente los atribuye a factores externos. La valoración precisa y rigurosa es fundamental en un paciente con trastorno bipolar.

Mayor retardo psicomotor, más síntomas psicóticos, más síntomas atípicos, un inicio más temprano, un inicio posparto y, en general, un mayor número de episodios de menor duración en comparación con las depresiones unipolares, son las principales características clínicas de las depresiones bipolares.

Episodio mixto

Manía mixta o manía disfórica son otros nombres que recibe el episodio mixto, cuadro en el que concurren características clínicas diagnósticas tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor. En este episodio se suelen dar cita síntomas depresivos y síntomas maníacos de forma simultánea.

Actualmente, y debido a su compleja presentación química, se cuestiona si el estado mixto representa una transición de manía a depresión o viceversa, o si por el contrario, está asociado a una ciclación ultrarrápida, se trata de la superposición de 2 tipos de psicopatología, o es una forma grave de manía. La manía disfórica incluye una variación de presentaciones clínicas, en la que pueden predominar síntomas maníacos y/o depresivos sobre otros.

No debe olvidarse la importancia que tienen las ideas autolíticas en estos estados mixtos, puesto que presentan un alto riesgo de suicidio.

Del total de episodios maníacos, los estados mixtos suponen entre un 10 y un 15%.

Síntomas psicóticos

Los síntomas psicóticos pueden hacer acto de presencia en todos los episodios afectivos con la excepción de la

Tabla 3. Síntomas del episodio maníaco según el DSM-IV

Período diferenciado de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana

Durante la alteración del estado de ánimo han persistido 3 o más de los siguientes síntomas (4 si el estado de ánimo es solo irritable)

- Autoestima exagerada o más hablador de lo habitual
- Taquipsiquia o fuga de ideas
- Distraibilidad
- Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora
- Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (compras irrefrenables con grandes gastos, indiscreciones sexuales)

Los síntomas no cumplen criterios diagnósticos para un episodio mixto

La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para causar deterioro laboral o en las relaciones con los demás, ser motivo de hospitalización o existencia de síntomas psicóticos

Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o fármaco) o una enfermedad médica (por ejemplo hipertiroidismo)

Fuente: Crespo JM; 2003.

DSM-IV: clasificación Internacional de las enfermedades mentales según la American Psychiatric Association.

hipomanía. Es frecuente (alrededor del 50-60% de los pacientes) que muchos individuos presenten al menos un síntoma psicótico durante su evolución.

Dentro de los síntomas psicóticos, los episodios maníacos son especialmente frecuentes en el contexto de la enfermedad bipolar.

Asesoramiento desde la farmacia

Como se ha destacado en este artículo, si no se diagnostica y trata correctamente, la enfermedad bipolar puede tener un elevado coste sociosanitario tanto para el enfermo como para su familia. Desde la oficina de farmacia, el farmacéutico comunitario puede ofrecer a sus pacientes bipolares y a sus familias unos sencillos consejos que, sin duda, mejorarán la convivencia con este trastorno e incrementarán la calidad de vida de los afectados y de las personas de su entorno.

Consejos para los pacientes

- Llevar a cabo una correcta autoobservación. Es fundamental que el paciente se convierta en un experto en su enfermedad, que aprenda a manejarla y a considerar los signos que preceden el comienzo de las crisis para poder prevenirlas y minimizarlas.



- Tomar correctamente la medicación, ya que es la mejor forma de evitar recaídas. El abandono repentino de la medicación, así como tomarla sin control médico, supone un alto riesgo de recaída de forma inmediata.
- Prestar atención al sueño y evitar tanto el exceso como el déficit, respetando el ciclo natural del día para la actividad y de la noche para el descanso.
- Adoptar hábitos de sueño, actividad y alimentación regulares, ya que la disciplina disminuye la vulnerabilidad a las recaídas. La estabilidad proporciona generalmente mayor equilibrio.
- Evitar o reducir al máximo las fuentes de tensión o de estrés, para lo que es necesario dosificar las tareas y ocupaciones y relativizar los problemas.
- Adquirir la habilidad necesaria para evitar los enfados y eludir conflictos, discusiones y polémicas, tratando de enfocar con calma y sin dramatismo las situaciones difíciles.
- Practicar ejercicio moderado, procurando no rebasar el umbral de fatiga; el paciente debe intentar estar en contacto con la naturaleza con la mayor frecuencia posible.
- Evitar los regímenes alimenticios estrictos y pasar hambre, ya que así se incrementa la ansiedad, predisponiendo al paciente a las recaídas.
- Escuchar a personas de confianza que puedan actuar como punto de referencia, puesto que éstos detectarán el inicio de una descompensación antes que el propio enfermo.
- No consumir ningún tipo de tóxicos, puesto que tales sustancias tienen capacidad para desencadenar una descompensación.

Consejos para los familiares

- La familia debe liberarse de cualquier sentimiento de culpa respecto al estado del paciente, ya que la aparición y desarrollo de esta enfermedad no guarda relación con el ambiente familiar, la educación, las relaciones de pareja, etc.

Tabla 4. Síntomas del episodio mixto según el DSM-IV

Se cumplen los criterios diagnósticos tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de una semana

La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o en las relaciones con los demás, provocar hospitalización o existencia de síntomas psicóticos

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o fármaco) o una enfermedad médica (por ejemplo hipertiroidismo)

Fuente: Crespo JM, 2003.

Los cuadros recurrentes de alteración del estado anímico, en los que por lo menos se registra un episodio maníaco o de características mixtas, son el principal síntoma de enfermedad bipolar

- Es fundamental para el propio paciente que los familiares sepan manejar la situación, así como el comportamiento adecuado en las diferentes fases de la enfermedad.
- Los familiares tienen que informarse sobre la enfermedad y sobre los recursos disponibles para su tratamiento.
- Es importante que la familia disponga de un resumen cronológico de la enfermedad.
- La familia deberá identificar los síntomas de recaída referidos a cambios observados respecto al comportamiento habitual y contactar de forma inmediata con el psiquiatra.
- Si bien no es conveniente la sobreprotección en ningún caso, la familia debe brindar al enfermo cariño, tolerancia y apoyo mientras el tratamiento hace efecto.
- La familia debe observar y escuchar al paciente para conocer mejor su estado anímico, aunque no es oportuno darle siempre la razón, ni convencerle con falsedades.
- Los familiares deben atender a su propio bienestar, y si es posible deben buscar ayuda asociándose con otras agrupaciones de enfermos bipolares. ■

Bibliografía general

Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar. Guía orientativa del trastorno bipolar, (consultado el 22 de mayo de 2007). Disponible en: <http://www.avtbipolar.org/guia.htm>

Bourgeois ML, Verdoux H. Trastornos bipolares del estado de ánimo. París: Masson; 1995.

Cerecedo Pérez M, Combarro Mato J, Muñiz Fontaiña S, Rodríguez-Arias Palomo JL. Trastorno bipolar, (consultado el 22 de mayo de 2007). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/bipolar.asp>

Crespo JM. Trastorno bipolar. *Medicine*. 2003; 8 (105): 5645-5653.

Mena J, Correa R, Nader A, Boehme V. Trastorno afectivo bipolar: Evaluación de cambios funcionales cerebrales a partir de la técnica Neuro-spect Tc99mHMPAO. *Alasbimn Journal*. 2004; 6 (23). Article n.º AJ23-1, (consultado el 22 de mayo de 2007). Disponible en: <http://bellota.sisib.uchilecl/alasbimn/CDA/imprime/0,1208,PR T%253D6192%2526LNID%253D33,0.html>

Vallejo J. *Psiquiatría en atención primaria*. Barcelona: Ars Médica; 2005.

Vieta E. *Abordaje actual de los trastornos bipolares*. Barcelona: Masson; 1999.

Vieta E, Colom F, Martínez-Aran A. *La enfermedad de las emociones. El trastorno bipolar*. Barcelona: Ars Médica; 2004