

LA IMPORTANCIA DE UN CORRECTO DIAGNOSTICO EN LA DEPRESION BIPOLAR

El siguiente trabajo fue realizado por:

*Dra. Adriana Resnik, Medica Especialista en Psiquiatría
Magíster en psiconeurofarmacología. Egresada de la
Escuela de Psicoterapia para graduados.
Jefa del Sección de psiquiatría del Hospital de día del
Hospital Braulio Moyano.
Mail de contacto: aeresnik@gmail.com*

*Dr. Di Florio Guillermo Javier, Medico concurrente de 5 año
de Psiquiatría en Hospital Braulio Moyano
Mail de contacto: guillermo_di_florio@yahoo.com.ar*

RESUMEN

El siguiente trabajo realiza un recorrido dentro de los trastornos del estado de ánimo, las características de la depresión bipolar con sus diferentes presentaciones clínicas, tipos, subtipos y polaridad tomando varios autores como Akiskal, Ghaemi, Alvano, Vázquez y nuestros docentes del curso Policella.A, Agote Dorotea, Vinacour Carlos. Muestra la dificultad existente en realizar un diagnóstico certero de la depresión bipolar, dado la gran diversidad de formas en las cuales se presenta el episodio depresivo que hacen más difícil de la elección de un tratamiento adecuado y eficaz.

El trastorno bipolar constituye una patología de alta prevalencia y de difícil diagnóstico dentro de la práctica clínica, debido al bajo porcentaje de personas que consultan por depresión, los subdiagnósticos, los síntomas relacionados con otros cuadros clínicos y las comorbilidades asociadas por las cuales las primeras consultas son realizadas a médicos de otras especialidades no relacionadas con la salud mental, lo cual ocasiona una demora en la consulta con el especialista, conllevando a una demora de 8 a 10 años en la elección de un tratamiento adecuado.

Luego en relación a la entrevista médico/ paciente y tomando los conceptos de eutimia y malestar subjetivo presentamos un trabajo que a nuestro entender ilustra muchos de los conceptos que se destacaron durante el curso.

PALABRAS CLAVES: trastorno- bipolaridad- depresión-eutimia- malestar subjetivo

La importancia de un correcto diagnóstico en la Depresión Bipolar

Generalidades

El proceso diagnóstico en psiquiatría reviste una marcada complejidad y necesidad de habilidad clínica y el primer paso para un tratamiento adecuado, “sin diagnóstico correcto no hay tratamiento adecuado”.

El Síndrome depresivo es un problema muy frecuente dentro de la práctica cotidiana.

Aunque la depresión es la expresión más común del trastorno bipolar para su diagnóstico se requiere un antecedente de manía o hipomanía. Identificar estas dos conductas resume el problema diagnóstico que plantea la Depresión Bipolar (DB).

La depresión altera la forma en que la persona piensa, percibe, siente y actúa, incrementando las percepciones negativas y disminuyendo las positivas, afecta también al cuerpo y es causa de sufrimiento y deterioro tanto físico y psíquico, como social

En sus formas más severas hasta un 15% de los pacientes comete suicidio. (Policella A). (1)

Un porcentaje importante de los problemas en lograr mejores índices de eficacia en el tratamiento está relacionado con las dificultades para realizar un diagnóstico adecuado, por ejemplo diferenciar si la depresión es primaria o secundaria, a que subtipo corresponde el episodio, la polaridad, la detección de los episodios mixtos, la evaluación y el abordaje de las comorbilidades. Al presentarse un paciente deprimido al clínico puede resultarle muy difícil comprobar que la depresión forma parte de un Trastorno Bipolar (Ghaemi, Saggese y Goodwin) (2)

En primer lugar un bajo porcentaje de personas consultan porque están deprimidas y nuestro primer desafío es poder establecer si presenta una reacción normal de tristeza o un trastorno depresivo.

Es importante tener en cuenta los factores de riesgo para la depresión por ejemplo el duelo o la irrupción de una enfermedad clínica, ya que pueden ser confundidos con una reacción normal. Todas las situaciones de pérdida pueden predisponer a la depresión.

Síntomas como alteraciones del sueño o del apetito, fatiga, dolor cansancio, alteraciones de la memoria, no suelen ser relacionados con los TEA.

En niños y adolescentes es muy común el error diagnóstico, desestimando la irritabilidad considerándolo como los trastornos de la conducta.

Los intentos de suicidio en adolescentes pueden ser considerados desilusiones amorosas.

En los ancianos, se consideran el desinterés y el desgano como típicos de la edad, cayendo de ese modo en un sub diagnóstico que demora el abordaje terapéutico del cuadro.

La mayoría de los pacientes debutan con un Episodio Depresivo Mayor (EDM).

Actualmente tenemos conocimiento de que el casi 70% de los pacientes con TB son diagnosticados correctamente luego de 8 a 10 años de la primera

manifestación de su enfermedad, habiendo sido vistos anteriormente por lo menos por tres psiquiatras, influye también en esta demora que en general las primeras consultas son realizadas a médicos generalistas, clínicos o especialistas de otras disciplinas muchas veces debido a las comorbilidades.

La importancia de diagnosticar adecuadamente si estamos frente a un trastorno depresivo mayor es poder brindar un tratamiento farmacológico y psicológico eficaz y detectar y prevenir el posible riesgo suicida que esta patología conlleva

Por lo tanto una vez sorteada esta dificultad es esencial poder establecer si el episodio depresivo corresponde al Trastorno Bipolar (TB)

Un diagnóstico erróneo conduce a un tratamiento inadecuado y por lo tanto ineficaz del episodio depresivo.

Por ejemplo, en caso de que se tratase de un TB el tratamiento con antidepresivos en monoterapia, sin estabilizadores del ánimo podría ocasionar un viraje hacia la manía, hipomanía o bien la aparición de un episodio mixto y la aceleración del ritmo de ciclado, alternativas que empeorarían el cuadro y complicarían el tratamiento.

El TB se encuentra frecuentemente asociado al abuso o consumo problemático de sustancias y alcohol y dificultades vinculares. Presentando un importante impacto negativo tanto en el grupo familiar como sobre el ámbito laboral y social.

El TB es una enfermedad neurodegenerativa pero el tratamiento es neuroprotector, la meta es la recuperación, evitar las recurrencias, los síntomas interepisódicos y la neuroprotección.

El diagnóstico es necesario para programar un tratamiento.

Prevalencia

El riesgo a lo largo de la vida de padecer un TB es de alrededor del 1% para el fenotipo principal Bipolar I, que hace de este trastorno una patología casi tan prevalente como la esquizofrenia.

Para el tipo Bipolar II la prevalencia es de 4 a 5 veces por encima del trastorno Bipolar I (Judd y Akiskal, 2003, Angst y col, 2003) (3)

La naturaleza prolongada esencialmente de por vida, del trastorno Bipolar y sus vicisitudes imponen una continuidad en el tratamiento y cuidado a largo plazo

Para solucionar los problemas prácticos de la vida de estos pacientes se requiere un cuidado que va más allá de las medicaciones y la psicoterapia, que incluye a la familia, los allegados cercanos y la comunidad (.Akiskal 2006) (4)

El Trastorno Bipolar y su impacto sobre La Salud Pública

Enfermedad cíclica de por vida

1 a 5% de la población

Pico de inicio a los 15 a 30 años

Internaciones repetidas

Rupturas conyugales repetidas: promiscuidad
Cambios o pérdidas de trabajo repetidos
Desastres financieros
Abuso de alcohol y o sustancias
50% de de falta de adherencia a la medicación
Aumento de la mortalidad cardiovascular
Suicidio (mayor dentro de los 10 años de inicio de la enfermedad)

Criterios diagnósticos actuales

La Asociación Americana de Psiquiatría, a través del DSM–5 publicado en el mes de mayo del 2013, establece criterios clínicos bien definidos para el diagnóstico.

Determina que los episodios de manía e hipomanía, constituyen los cuadros sintomatológicos, distintivos para el trastorno bipolar (American Psychiatric Association, 2013). (5)

Se considera que tanto la hipomanía como la manía comparten los mismos síntomas cardinales de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, acompañado del aumento persistente de la actividad o energía, a los que se suman tres o más síntomas diversos, tales como autoestima exagerada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado, distractibilidad, agitación psicomotora, e implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.

Sin embargo, ambos síndromes se diferencian en su duración (al menos una semana para manía y de al menos 4 días para hipomanía, actualmente se acepta 2 días para episodio de hipomanía (Síndrome Bipolar no especificado) y en el impacto funcional que producen en el individuo, ya que sólo la manía llega a provocar un deterioro significativo en lo laboral, en las actividades y en las relaciones sociales.

Por otro lado, la necesidad de hospitalización o la presencia de síntomas psicóticos son exclusivas del episodio maniaco (American Psychiatric Association, 2013).

Cuatro formas clínicas del trastorno bipolar según el DSM 5

1. Trastorno Bipolar 1 : episodio de manía , con o sin depresión mayor
2. Trastorno Bipolar 2: episodio de hipomanía, con depresión mayor
3. Trastorno ciclotímico: hipomanía + síntomas depresivos leves > 2 años
4. otros trastornos bipolares especificados: cuadros con rasgos de bipolaridad

Por otro lado con la idea de reflejar que los trastornos del animo podrían tener raíces hereditarias, biológicas y del desarrollo temprano pero que se podrían manifestar fenomenológicamente como enfermedades unipolares y bipolares es que se acuño el concepto de espectro bipolar como un constructo

teórico que intenta ampliar el concepto de trastornos bipolares mas allá de la manía clásica modificando sobre todo el TB II.

Akiskal y G. Vázquez las clasifican de la siguiente forma: (6)

El Espectro Bipolar

El Espectro Bipolar aparece por primera vez en un estudio del año 1977 sobre el curso de los pacientes ciclotímicos ambulatorios (Akiskal y col 1987)

Estos individuos tenían historias de relaciones interpersonales tempestuosas y alteraciones asociadas en la esfera social, presentaban cambios anímicos cíclicos que por muy poco no alcanzaban a cumplir los criterios sintomatológicos y de duración para el diagnóstico de depresión y de hipomanía. El seguimiento de los pacientes reveló la aparición de episodios maníacos, hipomaniacos y depresivos así como de ciclación por antidepresivos que generó la evidencia de un espectro Ciclotímico-Bipolar (Akiskal y col, 1987)

Criterios de trastorno del Espectro Bipolar (Ghaemi, et al., 2002) (7)

- a) Al menos un episodio depresivo mayor
- b) Episodios hipomaniacos DSM no espontáneos
- c) Cualquiera de los siguientes, mas al menos 2 de d), o ambos mas 1 de d).
 - c 1)Familia de primer grado con TB
 - c 2) Hipomanía inducida por antidepresivos
- d) Si ningún criterio está presente al menos 6 de los siguientes
 - 1) personalidad hipertímica
 - 2) Depresión mayor recurrente
 - 3) Episodios depresivos mayores breves
 - 4) Síntomas depresivos atípicos
 - 5) Episodios depresivos mayores psicóticos
 - 6) Episodio Depresivo mayor de comienzo precoz
 - 7) Depresión postparto
 - 8) Desgaste del efecto ATD
 - 9) falta de respuesta a 3 o más ATD

Luego en la práctica de la clínica encontramos fenotipos intermedios.

- **Subtipo Bipolar. Características clínicas distintivas** (Akiskal, Cerkovich-Bakmas, García-Bonetto, Strejilevich, & Vázquez, 2006). (8)

- T Bip ½ Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar

- T Bip I Al menos un episodio de manía o mixto
- T Bip I ½ Depresiones con hipomanías prolongadas
- T Bip II Depresiones con hipomanía
- T Bip II ½ Depresiones con inestabilidad anímica
- T Bip III Hipomanía por antidepresivos
- T Bip III ½ Cambios anímicos por abuso de sustancias / alcohol
- T Bip IV Depresiones sobre temperamentos hipertímicos (o ciclotímicos)
- T Bip V Depresiones cíclicas recurrentes (>5) con síntomas hipomaníacos,
Antecedentes familiares de bipolaridad y respuesta + a estabilizantes
- T Bip VI Inestabilidad anímica y/o hipomanías en pacientes con demencia
Temprana.

Las principales características propuestas para definir un subtipo

- a) Se cumplen los criterios para un Episodio Depresivo Mayor (DSM)
- b) Durante el episodio se cumplen al menos 2 o 3 de los siguientes síntomas
 - 1) Irritabilidad o disforia
 - 2) Hiperactividad (incluida la sexual)
 - 3) Disminución de la necesidad de dormir (no insomnio)
 - 4) Distractibilidad (paraprosexia)
 - 5) Logorrea o imposibilidad para mantenerse callado
 - 6) Inquietud motriz, Enlentecimiento o agitación psicomotores, anorexia severa o pérdida de peso, y sentimientos de culpabilidad excesiva o inapropiada.
 - 7) sensación subjetiva de pensamiento acelerado o agolpado

-Subtipos de episodios Depresivos (9)

Subtipo Depresivo Simple

Denominado por Ghaemi 2000 "Típico" (por nosotros "Simple" para que no se oponga al concepto de Atípico)

Probablemente este es el subtipo mas frecuente de EDM y se define cuando no se reúnen criterios para los subtipos melancólico, atípico,

catatónico o mixto debiéndose especificar si el cuadro es leve moderado o severo y si presenta ansiedad, síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

Melancólico

Presenta uno de los siguientes síntomas, pérdida de placer en todas o casi todas las actividades, falta de reactividad a estímulos habitualmente placenteros, y tres o más de los siguientes síntomas una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo, la depresión es habitualmente peor por la mañana, despertar precoz(al menos 2 hs antes de la hora habitual de despertarse).

Atípico

A diferencia del Melancólico presenta reactividad del estado de ánimo, (mejor respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas, Dos o más de los siguientes síntomas, hipersomnia, abatimiento, aumento del peso o del apetito, parálisis plúmbica, patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal.

No se cumplen los criterios para características melancólicas o con catatonía.

Con Ansiedad

Debe tener la presencia de dos o más síntomas durante la mayoría de los días del episodio de depresión actual o más reciente.

Se siente nervioso o tenso, se siente inusualmente inquieto, presenta dificultad para concentrarse debido a sus preocupaciones, miedo a que pueda suceder algo terrible, el individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Mixto

Deben estar presentes al menos tres de los síntomas maníacos o hipomaniacos, Estado de ánimo elevado, expansivo; aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza, más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación, fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamientos acelerados, aumento de energía, Mayor o excesiva participación en actividades de riesgo

Si se cumplen simultáneamente todos los criterios de un episodio de manía y depresión, el diagnóstico será de episodio maniaco mixto.

Los síntomas no pueden atribuirse a los efectos de una sustancia, droga o medicamento.

Catatónico

Deben estar presentes al menos dos de los siguientes síntomas
Inmovilidad motora, catalepsia, flexibilidad cética o estupor
Actividad motora excesiva sin propósito y sin estar influida por factores
externos, negativismo extremo, movimientos estereotipados, manierismos o
gesticulización exagerada, ecolalia o ecopraxia.

El diagnóstico temprano, es un punto crítico ya que los suicidios ocurren en los 10 primeros años, periodo que coincide con el tiempo de demora en lograr un diagnóstico certero para un correcto tratamiento y esto conducir a un empeoramiento del cuadro

Los indicadores de curso son

Edad de comienzo temprana (menor a 21 años)
Alta recurrencia, (mayor a 3 episodios)
Episodios breves (menor a tres meses)
Comienzo y final abruptos
Labilidad anímica interepisódica
Depresión periparto
Estacionalidad

Antecedentes Familiares

Trastornos del Estado de Animo
Tres generaciones consecutivas con trastorno del estado de ánimo
Buena respuesta a algún estabilizante en algún familiar

¿Entonces cual es la esencia fenoménica de este padecimiento?
La triada de inestabilidad, labilidad afectiva y recurrencia

En el trabajo realizado por los psiquiatras Marco Fierro , Andrés Bustos y Carlos Molina (Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia Universidad Externado de Colombia, Bogotá) (10) publicado en la revista de psiquiatría ACP de ese país en 2016 donde se plantearon como buscar diferencias en la experiencia subjetiva (de primera persona) entre depresión unipolar y bipolar desde una óptica fenomenológica descriptiva.

Para eso tomaron una muestra de paciente utilizando como método: Estudio exploratorio de tipo cualitativo, de orientación fenomenológica, con pacientes con diagnóstico de depresión bipolar y depresión unipolar. Se utilizó una entrevista semiestructurada basada en el Examen de la Experiencia Anómala del Self (EASE)

Se evaluó el malestar subjetivo de sus depresiones basándose en 4 dominios:

-Estado de ánimo predominante.

- Experiencia corporal
- Cognición y flujo de pensamiento
- Perspectiva del futuro

Las conclusiones a las que arribaron se muestran en la siguiente tabla:

Dominio experiencial	Depresión bipolar	Depresión unipolar
Experiencia afectiva predominante	Apagamiento emocional. Es un sentimiento claro y doloroso vivido como intensa dificultad para sentir o estar vacío de sentimientos	Tristeza similar a la que se vive en la cotidianidad posterior a las pérdidas
Experiencia del cuerpo	Cuerpo pesado, cansado, como un obstáculo para el movimiento y la realización de las acciones. Es torpe y menos dúctil. Se dificulta la realización de las actividades cotidianas y el desplazamiento	El cuerpo puede moverse sin mayor dificultad. El problema es ponerlo en marcha. Parecido a la vivencia del cuerpo en la pereza de la vida cotidiana
Cognición y flujo de conciencia	El pensamiento se enlentece y fluye a trompicones. Dificultad para: <ul style="list-style-type: none"> • Organizar las ideas • Comprender lo que se escucha o se lee • Seguir la lógica al asociar los pensamientos dirigidos a un propósito 	En general, menor compromiso que la bipolar en los ítems anotados. Dificultad para concentrarse
Perspectiva de futuro	La desesperanza es más intensa y de mayor alcance, y llega a perderse por completo	La desesperanza está disminuida y limitada a algunos temas

Estos hallazgos de tipo fenomenológico se suman a toda una serie de datos epidemiológicos y clínicos y sirven al propósito de establecer diferencias entre los dos tipos de depresión desde el momento mismo que el paciente acude a la consulta.

Como sabemos el objetivo terapéutico del trastorno bipolar es la eutimia. ¿Que es la eutimia entonces?

Eutimia:

Definición: Clásicamente se entendió al estado de ánimo normal, esto es, situado entre la hipertimia y la distimia o, más radicalmente, entre la manía y la depresión. Es una palabra derivada del griego, "eu" significa correcto, normal o verdadero y "timia" hace referencia al estado y a esta fase se la a graficado como una línea en el tiempo sin oscilaciones.

Hoy podemos diferenciar la eutimia en dos fases:

Eutimia de remisión (menor a 8 semanas) es la que se encuentra entra la fase aguda y la fase de continuación.

Eutimia de recuperación (mayor a 8 semanas) es la que se encuentra en la fase de mantenimiento.

Objetivo de la Eutimia de remisión

- 1 optimizar beneficio de respuesta
- 2 reducir efectos colaterales sin disminuir la medicación
- 3 aumentar el funcionamiento global
- 4 reducir la posibilidad de recaída

Esta eutimia es una eutimia de alta fragilidad, luego de 8 semanas aproximadamente puede hablarse de fase de mantenimiento y de una eutimia de recuperación.

Objetivos de la eutimia de recuperación

- 1 recuperación sindromática,
- 2 recuperación sintomatología
- 3 recuperación funcional.

Ahora ¿la eutimia es una estabilización?

Idealmente sería una fase asintomático y con el paciente funcionalmente reintegrado en sus actividades de rutina.

Sin embargo la eutimia hoy es considerada una fase del espectro bipolar de menor fluctuación del ánimo y que no debe tener más de 2 síntomas de depresión o de manía.

Por lo tanto se acuña así el concepto de que la eutimia es una franja interepisódica de estabilidad inestable. Y este es a su vez un co-constructo de la díada médico – paciente.

Es una fase donde persisten síntomas subclínicos, alteraciones neurocognitivas y alteraciones de la funcionalidad.

Entonces si consideremos a la eutimia como un constructo médico – paciente, debemos co-construir una estabilidad con el paciente y para ello debemos fijar una expectativa realista que le satisfaga en cuanto a su calidad de vida y bienestar personal disminuyendo el malestar subjetivo. (FUBIPA) (11)

La eutimia es el momento en el cual los pacientes bipolares tienen mayor control sobre sus sentimientos y emociones.

Un periodo de estabilidad que les permite desarrollar plenamente sus facultades mentales y habilidades sociales.

CONCLUSIONES

De lo expuesto concluimos que para planificar una estrategia terapéutica eficaz es necesario realizar un diagnóstico temprano y asertivo

Es posible llegar a un **restablecimiento personal** que puede no coincidir con la recuperación clínica. (Nos referimos que no siempre coincide el bienestar o malestar subjetivo con la impresión del médico entrevistador, y que debemos siempre considerarlo)

Es importante lograr en el paciente un **bienestar subjetivo** ya que la falta de bienestar condiciona vulnerabilidad ante las situaciones estresantes. La **recuperación personal** implica crear significados y propósitos diferentes en la vida.

El restablecimiento personal es un proceso de adaptación positiva a la enfermedad,

El paciente necesita **empoderarse** de la enfermedad, que implica hacerse cargo.

Debemos realizar en todos los casos la inclusión de la familia en el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de Bipolaridad, ya que es necesario un relato histórico / longitudinal de la vida paciente que no siempre están en condiciones de aportar cuando consultan.

Debemos tener en cuenta el gran impacto que produce la irrupción de la enfermedad mental en la familia, y orientar a la misma en la realización de psicoeducación a fin de mejorar la calidad de vida del grupo familiar, habilitando la participación de sus integrantes, aportando conocimientos sobre el padecimiento y otorgando herramientas para la resolución de los problemas cotidianos.

Una vez estabilizado, el paciente debe realizar psicoterapia (tcc, interpersonal, estratégica), y concurrir a grupos de autoayuda mutua (GAM).

Bibliografía

Dr. Alvano y col. Trastorno del estado de ánimo y de ansiedad. Aspectos neurobiológicos, clínicos y terapéuticos. Edit SIIC mayo 2016; 1

Dr. Ghaemi y col. Depresión bipolar, guía completa. ; 2,7

Gustavo H. Vázquez. Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5 ; 3,4,5,6,8

Marco fierro y col.; Diferencias en la experiencia subjetiva entre depresión unipolar y bipolar; 10

Policella A., Agote D., Vinacour c, . fubipa curso ; 11

Consenso argentino sobre el tratamiento de los trastornos bipolares 2010