

Características psicopatológicas del Trastorno Bipolar durante tratamiento psicofarmacológico

Dr. Héctor Lara Tapia*, ** Psic. Jessica Itzel Méndez Contreras**

*Ex Coordinador de Especialidades Psiquiátricas y Jefe de la Clínica de Trastornos del Ánimo INNyN MVS. Actualmente en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE.

**Facultad de Psicología, UNAM.

RESUMEN

Objetivo. Evaluar la eficacia de un instrumento psicológico estructurado en el control del tratamiento farmacológico de pacientes con Trastorno Bipolar.

Método. La presente investigación comprende el análisis clínico y psicopatológico del Trastorno Bipolar de 50 pacientes femeninos con este trastorno mediante el MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad), divididas en dos grupos: uno con pacientes hospitalizadas que presentaran un cuadro agudo y hubiesen suspendido el tratamiento o que no lo hubiesen recibido aún; y otro grupo de pacientes con tratamiento ambulatorio y/o profiláctico.

Resultados. Se encontró una importante reducción de la psicopatología con regresión a la normalidad en los pacientes con tratamiento, después de mostrar en el perfil inicial elevados puntajes de las escalas correspondientes a este trastorno.

Conclusiones. Se confirma la utilidad del estudio psicológico para el diagnóstico precoz de la enfermedad en el control del tratamiento farmacológico agudo y en el profiláctico.

Palabras clave: Trastorno Bipolar, psicopatología, tratamiento farmacológico, MMPI.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad del Trastorno Bipolar (TB) se encuentra clasificada dentro de los Trastornos del Estado de Ánimo en el DSM IV. Es una enfermedad psicótica que ocupa un lugar importante en los servicios de hospitalización psiquiátrica debido a sus características conductas sociales disruptivas, agresivas e incapacitantes durante la fase de Manía, la cual corresponde al Trastorno Bipolar tipo I,¹ y de alto riesgo para la vida del paciente durante los episodios depresivos, que corresponde al Trastorno Bipolar tipo II con tasas elevadas de suicidio.²

Psychopathological characteristics of Bipolar Disorder during psychopharmacological treatment

ABSTRACT

Objective. To evaluate the efficacy of a psychological structured instrument in control of pharmacological treatment in patients with Bipolar Disorder.

Method. This study shows a psychopathological analysis of clinical characteristics of 50 female patients with Bipolar Disorder through the Mood Multiphasic Personality Inventory (MMPI), divided in two groups: first, with hospitalized patients that showed acute symptoms, that had suspended treatment or that hadn't received any treatment at all; the second one with patients under medical ambulatory and/or prophylactic treatment.

Results. An important reduction to normality of the psychopathology was found in those patients under medical treatment.

Conclusions. This method is important for the precocious diagnosis of the disorder and control of the treatment.

Key words: Bipolar Disorder, psychopathology, pharmacological treatment, MMPI.

Por otra parte, siendo una enfermedad previsible con el tratamiento profiláctico,^{3,4} es importante obtener una buena adherencia terapéutica mediante técnicas de educación para la salud dentro del marco de psicología de la salud debido a que, por factores socioculturales y socioeconómicos, este control no existe habitualmente en nuestro medio.⁵

Por lo anterior y debido a la escasa información que existe en México acerca del Trastorno Bipolar, el presente estudio intenta conseguir información global que permita un mejor manejo de los pacientes para incluirlos posteriormente en programas de rehabilitación psicosocial⁶ y, a través de eso, mejorar

la adherencia terapéutica y prevenir recaídas con los riesgos inherentes, así como obtener perfiles diagnósticos que permitan evaluar de la misma manera la eficacia del tratamiento neuroléptico mediante el análisis del perfil psicopatológico del paciente a través de un test clínico de amplia difusión y, por ende, la participación del psicólogo en el control objetivo de la terapéutica farmacológica tal como hemos realizado en enfermos con otra patología mental mediante el estudio de los procesos cognoscitivos alterados,^{7, 8} sobre todo considerando que el diagnóstico precoz del Trastorno Bipolar previene desde hospitalizaciones hasta consecuencias más severas para el paciente –como intentos de suicidio, accidentes, etc.–, principalmente debido a que estos brotes psicóticos generalmente son atendidos hasta que la agresividad del paciente es muy severa para el caso de TB tipo I.⁹

Esta necesidad ha sido puntualizada frecuente y recientemente por la complejidad que ocurre a veces en el diagnóstico del Trastorno Bipolar, sobre todo cuando se manifiesta en su forma depresiva porque, en parte, el criterio del DSM IV requiere de un episodio maniaco o hipomaniaco para el diagnóstico de Trastorno Bipolar, por lo que muchos pacientes son diagnosticados inicialmente como Depresión Mayor.¹⁰ Aunado a lo anterior, otro problema por el cual el diagnóstico debe ser preciso, es el reto que encaran las mujeres con Trastorno Bipolar para manejar el ciclaje rápido y el periodo postpartum, en los cuales el manejo es particularmente problemático y los antidepresivos pueden facilitar el ciclaje rápido tanto como los neurolépticos producir depresión.^{11, 12}

Los antecedentes históricos del diagnóstico de Manía, así como los intentos para subclasificar el Trastorno Bipolar, por lo menos en estados de Manía, HipoManía y Depresión, provienen de las descripciones fenomenológicas alemanas a finales del siglo XIX. Con los criterios contemporáneos se incluyen en el diagnóstico diferencial síntomas maniatiformes, incluyendo trastornos del estado de ánimo orgánicos, debido a causas médicas, bien sea de etiología endocrina, metabólica, tumores o intoxicación por drogas; el trastorno esquizoafectivo ha de diferenciarse del estado maniaco,¹³ por lo que deben discriminarse también los Trastornos Bipolares tipo II. De la misma manera, se ha de considerar en el tratamiento la comorbilidad de otros problemas médicos con el Trastorno Bipolar¹⁴ y la prevalencia de síntomas residuales, cuya sintomatología tiene importantes implicaciones en la fisiopatología y prevención de recaídas de la enfermedad.¹⁵

Con estas consideraciones se realizó el presente estudio, a fin de proporcionar un diseño clínico de fácil realización en los servicios psiquiátricos donde son atendidos estos pacientes.

MÉTODO

En la primera fase se realizó el análisis epidemiológico del Trastorno Bipolar tipo I y tipo II empleando la clasificación del DSM IV de los pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Servicio de psiquiatría del INNyN MVS,¹⁶ así como la observación de las características de evolución de la enfermedad a lo largo de su tratamiento.¹⁷

De este estudio se obtuvo una muestra estadísticamente representativa de la población total, la cual está constituida por 50 pacientes femeninas, quienes se encontraban hospitalizadas por presentar un brote agudo o reactivación del padecimiento, las cuales no hubieran recibido tratamiento o lo hubiesen abandonado; se les aplicó el MMPI cuando sus condiciones lo permitieron, así como otras técnicas conductuales de evaluación del tratamiento farmacológico y del método convencional con la escala BPRS,¹⁸ lo cual ha sido motivo de otras comunicaciones.

Posteriormente, el mismo estudio se aplicó a estas pacientes para evaluar su estado psicopatológico y condiciones psicóticas después del tratamiento a seis meses de su egreso hospitalario, mientras se encontraban controladas en la Consulta Externa y con seguimiento específico dentro de un programa de rehabilitación psicosocial para reforzar su adherencia terapéutica.¹⁹ También se les hizo previamente a las pacientes una entrevista estructurada, en la cual evaluamos la historia natural de la enfermedad, terapia empleada, hospitalización, tratamiento y funcionamiento social y familiar del paciente, además de la adherencia terapéutica, la cual es motivo de otra comunicación.

RESULTADOS OBTENIDOS

En el Cuadro 1 tenemos concentrados los datos globales socioeconómicos, clínicos y evolutivos de la muestra estudiada, correspondiendo en promedio a

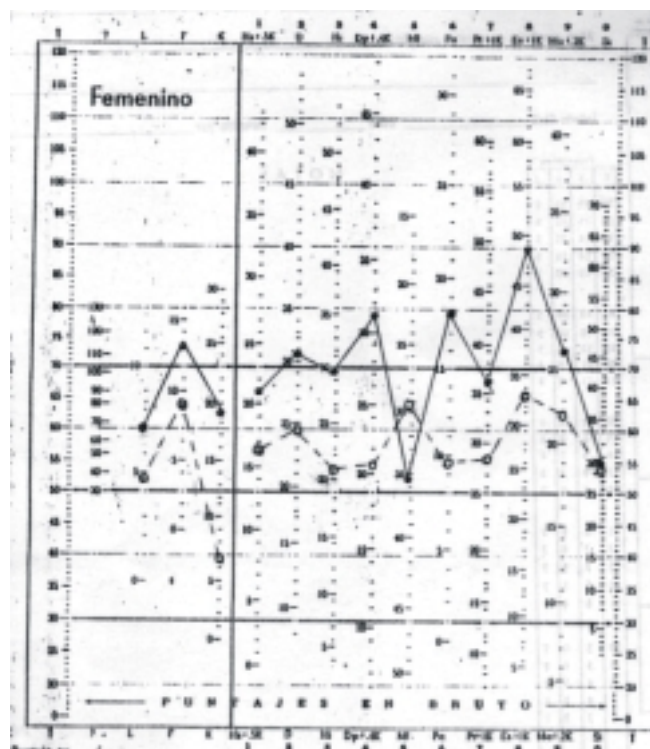
Cuadro 1. Datos socioeconómicos y clínicos de la muestra.

Variable	No. casos
Sexo: femenino	50
Edad: (años)	
rango	17-71
promedio:	31.76
desv. estándar	5.9
Edad al inicio: (años)	
rango	15-46
promedio	23.25
desv. estándar	6.17
Tiempo de evolución: (años)	
rango	2-13
promedio	8.00
desv. estándar	2.31

Cuadro 2. Puntajes del MMPI en pacientes hospitalizadas y ambulatorias controladas.

Escala	Pacientes hospitalizadas		Pacientes ambulatorias		"t" de Student
	Media	Desv. estándar	Media	Desv. estándar	
L	7.06	4.76	6.30	1.9	1.46
K	19.35	8.89	10.0	3.5	5.137*
F	13.12	6.77	12.6	3.7	0.44
Hs	21.18	5.65	16.5	4.1	4.824*
D	30.47	7.32	24.6	3.7	4.38*
Hi	29.59	7.69	21.5	3.4	5.737*
Dp	31.24	3.49	20.9	2.5	28.33**
Mf	33.94	5.32	29.5	3.0	6.0*
P	17.88	5.43	9.5	3.5	10.21**
Pt	36.06	5.67	27.7	2.7	10.71**
Es	48.41	7.67	32.8	5.8	10.76**
Ma	26.12	5.04	21.9	2.5	6.67 *
Is	30.35	7.60	29.2	6.8	0.55

*p= 0.01; **p= 0.001

**Figura 1.** Perfiles del MMPI antes (—•—) y después (---•---) del tratamiento.

mujeres adultas jóvenes, quienes iniciaron su padecimiento en la edad adulta joven temprana y, aproximadamente, con una década de evolución en promedio.

En el Cuadro 2 y la Figura 1 correspondientes, observamos que el perfil obtenido en el MMPI durante el periodo agudo del brote psicótico corresponde a una elevación de las escalas correspondientes a esta patología, principalmente las escalas indicadoras de un estado psicótico como la Ma y la Es, las cuales regresaron a la normalidad una vez que recibieron tratamiento neuroléptico. La escala 2 –que corresponde a la escala de depresión– y la 8 y

9 –que corresponden a personalidad anormal y Manía, respectivamente–, continúan elevadas hasta el límite de lo normal.

Existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas antes y después del tratamiento, siendo más elevadas las escalas correspondientes a la depresión, la desviación psicopática (Dp) –congruente con la pérdida de control de impulsos y alteraciones de conducta que se muestran en los periodos de Manía– y la tríada psicótica –congruentemente, la escala de Manía (Ma).

DISCUSIÓN

El hecho de haber estudiado principalmente mujeres corresponde a que son las que principalmente predominan en la hospitalización psiquiátrica con brotes maniacos, por lo que este resultado muestra especialmente perfiles de Manía. Este dato clínico es congruente con las observaciones hechas en otros países.

Los resultados obtenidos, al igual que en el caso de pacientes esquizofrénicos mencionados en estudios anteriores, muestran la utilidad de un instrumento estructurado de amplio uso y fácil aplicación y calificación al evaluar los resultados del tratamiento farmacológico, que por otra parte carecía de estudios normativos en la población mexicana ya que, en general, se han utilizado para su calificación las normas puertorriqueñas de traducción y adaptación para nuestro país, por lo que este estudio colabora también a obtener dicho conocimiento.

Por otra parte, esta evaluación objetiva es útil en la información que se proporciona a los familiares, quienes ponen aún menos atención al Trastorno Bipolar tipo II, a pesar de ser el estado de mayor peligro para la paciente, indicado en la Figura del MMPI. Además, la característica “patognomónica” de este perfil permite considerar la importancia que

tiene respecto al diagnóstico diferencial o la ratificación del cuadro clínico, pues es evidente que confirma el estado mental considerado como eutímico una vez que se ha mantenido el tratamiento del cuadro agudo y profiláctico con moduladores del estado de ánimo.

Aunque en años recientes se ha hecho un gran progreso en el diagnóstico de la Esquizofrenia y la Depresión, tal como puntualizan Ghaemi y cols.,²⁰ el Trastorno Bipolar permanece frecuentemente incomprendido debido a un diagnóstico erróneo y el tratamiento consecuente, siendo la principal causa la confusión de los estados depresivos del TB II, por lo que los moduladores del ánimo no son empleados correctamente. Estos errores de diagnóstico son particularmente importantes en las mujeres, y en ellos el género es una importante influencia en la sintomatología, tanto como lo es la expresión de ésta.

Asimismo, Arnold²¹ y Hendrick y cols.²² destacan la importancia del género en la enfermedad Bipolar, siendo los segundos quienes analizaron las características de ésta en ambos sexos en cuanto al diagnóstico de tipo I y tipo II, y a pesar de que no se hallaron diferencias en cuanto a la frecuencia de ambos por sexo, sí encontraron una sobrerrepresentación del segundo en las mujeres, y aunque en total ambos grupos tuvieron edades similares en la edad de inicio, número de periodos de Manía o Depresión, las mujeres se hospitalizaron por periodos de Manía con más frecuencia que los hombres, quienes tuvieron mayor comorbilidad con el abuso de alcohol y sustancias tóxicas; sin embargo, las mujeres con Trastorno Bipolar emplean estas sustancias de cuatro a siete veces más que aquéllas sin la enfermedad.

Estos resultados son similares a los encontrados por nosotros,¹⁶ aunque el abuso de sustancias sumamente menor en comparación con los pacientes norteamericanos.

Otro aspecto a destacar es la frecuencia con que se presentan los brotes de la enfermedad durante el periodo premenstrual y la menopausia, sobre todo con periodos de Manía en el primer caso y Depresión en el segundo tal como se ha descrito en otros países,^{23, 24} por lo que estas circunstancias deben ser consideradas en el tratamiento²⁵ reforzando la importancia de nuestro estudio en la discriminación diagnóstica para un procedimiento adecuado, considerando que es precisamente en las mujeres donde la presentación del Trastorno Bipolar se asimila más a estados depresivos e histeroides que semejan estados hipomaniacos,²⁶ por lo que un test más estructurado como el empleado por nosotros aventaja sobradamente a las escalas clínicas, tal como se mostró también en el estudio referido. Por otra par-

te, permite evaluar la eficacia del tratamiento profiláctico con moduladores del estado de ánimo, los cuales se recomiendan en estos casos por ser más eficaces que el puro tratamiento antidepresivo o con neurolépticos y para la prevención de ciclaje rápido.²⁷⁻²⁹

Esto permite un mejor control ambulatorio, ya que la falta de control del mismo tiene como consecuencia que el tiempo de evolución de la enfermedad durante los periodos agudos o de reactivación sea mayor y, asimismo, el deterioro social del paciente. La suspensión del tratamiento o la falta de prevención de alguna recaída provocan un brote más severo que el que inició la enfermedad, incluso con periodos de hospitalización más largos.

Es importante invertir lo necesario a fin de dar la información de manera sencilla a los pacientes y a sus familiares para identificar una posible recaída y detenerla a tiempo, mejorando así su adherencia terapéutica. Además de estudios como el presente, el conocimiento de algunos factores de riesgo nos ayuda a prevenir recaídas como el cambio de estaciones del año, las características anormales del ciclo menstrual y la historia natural de la enfermedad ya mencionados por nosotros en el estudio anterior en nuestra población.¹⁶

RECONOCIMIENTO

El estudio forma parte del programa de nuestras actividades académicas en la Facultad de Psicología de la UNAM, la cual proporcionó el apoyo de Beca-Tesis a la Lic. Méndez Contreras.

REFERENCIAS

1. Zarate CA, Tohen M. Outcome of Mania in adults. In: Mood disorders across the life span. Shulman, Tohen, Kutcher (Eds.). Wiley-Liss, Inc.; 1996; Chap. 14.
2. Belsasso G, Lara Tapia H. El suicidio en México. *Rev Inst Nal Neurol*; 1974; 8(3): 5-24.
3. Nieto D. El litio en la psicosis maniaco-depresiva. *Neurol Neurocir Psiquiat*; 1969; 10(2): 63-82.
4. Baldessarino RJ, Tondo L, Suppes T., et al. Pharmacological treatment of Bipolar Disorder throughout life cycle. *Proc Bipolar Faculty Lecture Series*. Miami, Fla.; 1997.
5. Lara Tapia H. Algunas características de evolución de pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Arch Neurol Méx*; 1997; 2(1): 7-12.
6. Lara Tapia H, Torres Ruiz. A comprehensive approach to psychosocial rehabilitation of psychiatric patients. *Int J Psychol*; 1996; 31(3-4): 97-8.
7. Hernández Berber I, Lara Tapia H. Modificaciones cognoscitivas durante el tratamiento farmacológico de la Esquizofrenia. Simposio sobre Tratamiento Integral de la Esquizofrenia. Memorias del Congreso del LX Aniversario de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría. México, D.F.; 1998.
8. Espinosa G, Lara Tapia H. Modificaciones psicopatológicas durante el tratamiento farmacológico de la Esquizofrenia. Memorias del Congreso del LX Aniversario de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría. México, D. F.; 1998.
9. Zarate CA, Ketter TA, Swann AC. *Bipolar Faculty Series*. Miami, Fla.; 1997.
10. Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of Bipolar Depression. *Psychiatr Serv*; 2001; 52(1): 51-5.

11. Leibenluft E. Women with Bipolar Disorder: clinical and research issues. *Am J Psychiatry*; 1996; 153(2): 163-73.
12. Leibenluft E. Women and Bipolar Disorder: an update. *Bull Menninger Clin*; 2000; 64(1): 5-17.
13. Dunner DL. Differential diagnosis of Bipolar Disorder. *J Clin Psychopharmacol*; 1992; 12(1st. Suppl.): 7S-12S.
14. McLaren KD, Marangell LB. Special considerations in the treatment of patients with Bipolar Disorder and medical comorbidities. *Ann Gen Hosp Psychiatry*; 2004; 22; 3(1): 7.
15. Benazzi F. Prevalence and clinical correlates of residual depressive symptoms in Bipolar II Disorder, *Psychother. Psychosom*; 2001; 70(5): 232-8.
16. Lara Tapia H, Méndez Contreras JI. Características clínicas y epidemiológicas del Trastorno Bipolar en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Un análisis de cuatro años. *Rev Neurol Neurocir Psiquiat*; 2002; 35(3): 132-7.
17. Lara Tapia H. Algunas características de evolución de pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados. *Arch Neurol*; 1997; 2(1): 7-12.
18. Cózatl Rivero A, Lara Tapia H. Evaluación conductual del tratamiento farmacológico de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNyN MVS. *Arch Neurol*; 1998; (Supl. 3): 31-2.
19. Díaz Cantú P, Lara Tapia H. Seguimiento telefónico de pacientes psiquiátricos después de su hospitalización durante un año. *Arch Neurol*; 1998; (Supl. 3): 34.
20. Ghaemi N, Sachs GS, Goodwin FK. What is to be done? Controversies in the diagnosis and treatment of maniac-depressive illness. *World J Biol Psychiat*; 2000; 1(2): 65-74.
21. Arnold LM. Gender differences in Bipolar Disorder. *Psychiatr Clin North Am*; 2003; 26(3): 595-620.
22. Hendrick V, Altshuler LL, Gitlin MJ, Delrahim S, Hammen C. Gender and Bipolar Illness. *J Clin Psychiatry*; 2000; 61(5): 393-6.
23. Sit D. Women and Bipolar Disorder across the life span. *J Am Women Assoc*; 2004; 59(2): 91-100.
24. Freeman MP, Smith KW, McElroy SL, Kmetz GE, Keck PR Jr. The impact of reproductive events on the course of Bipolar Disorder in women. *J Clin Psychiatry*; 2002; 63(4): 284-7.
25. McElroy SL. Bipolar disorders: special diagnostic and treatment considerations in women. *CNS Spectr*; 2004; 9(7th Suppl.) 8: 5-18.
26. Aguilera Gómez A. Un estudio clínico y sociocultural de la depresión y la histeria. Tesis recepcional. Facultad de Psicología, UNAM, 1979.
27. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, Cohen L, Miller L, et al. Management of Bipolar Disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiat*; 2004; 16(4): 608-20.
28. Bowden CL, Brugger AM, Swann AC, et al. Efficacy of Divalproex vs lithium and placebo in the treatment of Mania. *JAMA*; 1994; 271(12): 918-24.
29. Pope HG, McElroy SL, Keck PE, Hudson JL. Valproate in treatment of Acute Mania. *Arch Gen Psychiat*; 1991; 62-8.

Recibido: Agosto 16, 2004.
Aceptado: Noviembre 3, 2004.