

Introducción

Las enfermedades del espectro afectivo son muy prevalentes y heredables [McGuffin y cols., 2003], crónicas y altamente invalidantes; su prevalencia es mucho mayor del 1 a 6.5% que señala la literatura [Weissman y cols., 1996; Waraich y cols., 2004; Bauer & Pfennig, 2005; Pini y cols., 2005; Sherazi y cols., 2006].

«Las enfermedades afectivas son un grupo de patologías complejas, donde (pese a ser tan antiguas como la humanidad) las personas afectadas y muchos de los profesionales que las tratan tienen un conocimiento muy limitado y bastante confuso referente a ellas»

Quienes tratan a las personas afectadas (sean o no profesionales de la salud mental), muchas veces tienen un conocimiento limitado de la enfermedad, lo que genera graves errores diagnósticos y tratamientos inadecuados con repercusiones negativas sobre el curso evolutivo de la enfermedad, afectando la calidad de vida del paciente con devastadoras consecuencias para él y su familia. Asimismo, las personas afectadas generalmente también poseen un conocimiento limitado de su padecimiento, lo que lleva a un pobre apego al tratamiento, y genera errores en la forma de llevar su enfermedad así como resistencia a seguir las instrucciones del médico; todo lo que se traduce, en un impacto negativo sobre el curso evolutivo de la enfermedad.

Desde la primera edición de este libro he pretendido llenar un vacío de información existente, que muchas veces, por lo técnico del lenguaje, resulta incomprensible para el lector no familiarizado con las Ciencias de la Salud; y otras —especialmente si el material proviene de algunos sitios de internet— contiene información distorsionada, contribuyendo a generar más confusión.

Esta confusión, en parte se origina en el material señalado, pero también en la forma de describir y entender estas enfermedades, por lo que para ir entrando en materia comenzaré haciendo algunas consideraciones:

- a) el uso del término «trastorno» para referirse a enfermedades psiquiátricas.
- b) la visión categorial de estas patologías.
- c) el error de hacer el diagnóstico a través de la manía o la hipomanía.
- d) el uso del término «bipolar» para referirse a las enfermedades afectivas.

a. Implicaciones del uso del término «trastorno» para referirse a las enfermedades psiquiátricas.

Aunque el término «trastorno» descriptivamente sea adecuado, al aplicarlo a las enfermedades psiquiátricas, genera muchos problemas.

Veamos: el catarro común es un “trastorno”, la hipertensión, el asma, la diabetes, el cáncer, una simple infección vaginal, e incluso un golpe también genera un “trastorno” que produce una respuesta inflamatoria que altera el orden fisiológico. Sin embargo, el mismo término utilizado en psiquiatría, adquiere, por diversas razones, una connotación peyorativa que lleva al “etiquetado” con el mismo, al rechazo de su diagnóstico...

¿Por qué no descartar el uso del término en cuestión?

El endocrinólogo, por ejemplo, no dice a sus pacientes: «Usted tiene un trastorno diabético»; tanto en los libros como en la práctica es “diabetes” a secas, genera menos confusión y menos rechazo. De igual forma, encontraremos términos similares en todas las especialidades de la medicina.

No se trata de minimizar la importancia de nuestros diagnósticos, pero no creo que los psiquiatras perdamos nada diciendo a nuestros pacientes: Usted sufre de «pérdida del control emocional», o «disregulación afectiva» e incluso, si lo preferimos, «lo que usted tiene es enfermedad maniaco-depresiva, o una enfermedad afectiva, o enfermedad del espectro afectivo o, incluso, una enfermedad del espectro bipolar»; es lo mismo, pero seguramente nuestros pacientes no se sentirían tan impotentes ante ese diagnóstico.

Precisamente por la connotación peyorativa con que se usa en nuestro medio, evitaré en la medida de lo posible, recurrir al uso de dicho término, usando en cambio “enfermedad bipolar”, “enfermedad afectiva”, “enfermedad maniaco-depresiva”, “enfermedad del espectro afectivo”, “enfermedad del espectro bipolar” o “enfermedad de Cade” en alusión al descubridor del efecto terapéutico del litio; términos que, según mi humilde entender, resultan más acertados y menos intimidantes.

b. La visión categorial de las enfermedades psiquiátricas.

Las enfermedades psiquiátricas son enfermedades sumamente complejas y muy variables; y de todas ellas, las del espectro afectivo son las más cambiantes. Una persona maniaco depresiva puede pasar de una emoción a otra muy diferente en un abrir y cerrar de ojos.

Cuando en el desarrollo de la ciencia se trató de facilitar la clasificación de las enfermedades mentales surgieron los “manuales de clasificación”, los cuales juntaban síntomas y los agrupaban para hacer más fácil la identificación de las mismas por el personal “NO MÉDICO” encargado de la clasificación y manejo estadístico de los datos; la grey médica los adoptó inicialmente para unificar el lenguaje con el que nos referimos a una patología específica. Con el paso del tiempo y con fines no necesariamente altruistas, los editores de tales manuales cayeron en la cuenta de que era un buen negocio y así comenzaron a hacer reuniones periódicas de “expertos” para actualizarlos. Con una “x” aquí y una “coma” por allá, surgía una nueva versión del manual y había que comprarlo para estar actualizado.

Ahora bien, independientemente del propósito de los manuales... ¿Qué me hace a mí “experto” en tal o cual patología? ...Hace ya varios años, yo asistí a un panel mundial de expertos en trastorno bipolar en Punta del Este, Uruguay. ¿Y qué me llevó allí?, ...“Ser mayor prescriptor de un producto farmacéutico”, es decir, la industria farmacéutica. Desde entonces no he aceptado participar en reuniones de “expertos”.

¿Soy experto en enfermedades bipolares?, francamente NO, en realidad soy sólo un estudioso del tema, pero en ningún momento me he considerado un experto en el mismo. Ahora bien, ¿a qué viene todo esto? Podemos engañarnos y tratar de engañar al mundo pretendiendo ser “expertos” al mejor estilo estadounidense diciendo que

soy experto en Latinoamérica porque estuve vacacionando un par de meses en tal o cual lugar. Yo creo que no es válido.

El hecho es que para entender estas enfermedades no basta con sumar categorías diagnósticas, eso precisamente es lo que nos ha metido en el problema del error diagnóstico. Uno debe verlas no desde una perspectiva categorial, sino desde un plano dimensional evolutivo. Veamos un ejemplo:

Isabel, 20 años de edad, proviene de un hogar desintegrado, padre irresponsable, promíscuo, con múltiples adicciones, en cuya familia hay abundantes antecedentes de adicciones, depresiones, un tío suicida. A lo largo de su vida, Isabel, ha tenido un ánimo muy cambiante, a veces reacciona de forma inesperada o desproporcionada, pero nunca ha sido problema en su vida, su sueño siempre ha sido muy irregular, aunque le gusta desvelarse y parrandear esto tampoco lo considera un problema en su vida. Ha habido períodos de bajones de corta duración no más de un día y considera que nunca ha estado deprimida, ocasionalmente consume alcohol y drogas (marihuana, cocaína en varias oportunidades), ha tenido problemas en el pasado con su conducta alimenticia y varios períodos en los que le gusta comprarse cosas, a veces innecesarias, y aunque cree ser un poco gastona, no cree que esto sea un problema, en esos períodos ha cometido indiscreciones sexuales, se siente muy bien, “con las pilas cargadas”, hiperactiva, platicadora, más extrovertida, pero no duran más de un día o dos. Sin embargo, hace un par de meses debido a que terminó la relación con su novio, su mundo cambió radicalmente, se la pasa llorando tirada en cama la mayor parte del día, casi todos los días, pensando en su novio al cual extraña mucho, ha perdido el apetito pero está aumentando de peso, se siente cansada, sin energía, su pensamiento se ha vuelto pesimista, negativo, ya no tiene deseos de nada, incluso ha pensado insistentemente en la muerte pero nunca ha intentado suicidarse.

Con este cuadro clínico, y el DSM V en la mano, ...¿Podría hacerse algún diagnóstico?. Aunque es un cuadro francamente “bipolar” el único diagnóstico factible en base al DSM, es el diagnóstico del episodio depresivo actual, es decir: “trastorno depresivo mayor”, no cabe otra posibilidad. Y eso implica: “tratamiento con antidepresivos”, lo cual —como lo veremos más adelante— es nefasto para estos pacientes.

Precisamente por esa visión categorial que nos lleva a enfocarnos en lo que está pasando en este momento, no damos la importancia debida al curso evolutivo y erramos nuestro diagnóstico.

Y... ¿Por qué es importante esto? Porque una enfermedad que podría haber tenido un curso benigno con el diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno, se convierte en un verdadero pandemio luego de la exposición a antidepresivos. Veamos:

El médico que la evaluó, en base al DSM-IV, le diagnosticó “trastorno depresivo mayor” e inició tratamiento con un antidepresivo (Fluoxetina 20 mg cada día) y una benzodiacepina como inductor del sueño (Clonacepam 2 mg por las noches). 5 días después de haber iniciado el tratamiento, Isabel presentó un intento suicida ingiriendo la totalidad del medicamento prescrito, fue ingresada a un hospital donde luego de las medidas de tratamiento de urgencia desencadenó un episodio de manía franca con agitación psicomotriz, desorganización del pensamiento, ideas delirantes de tipo paranoide, verborrea... Esto llevó al uso de antipsicóticos (haloperidol 5 mg dos veces al día), lo cual desencadenó un cuadro de discinesia tardía irreversible (con movimientos involuntarios de la cara, movimientos bruscos de hiperextensión del

cuello, los cuales se exacerban en situaciones de estrés). La paciente egresó del hospital con tratamiento antipsicótico y biperideno por su cuadro discinético. Cuando esta paciente me fue referida por un colega debido a su difícil manejo, tenía 25 años de edad, había experimentado varios episodios depresivos y dos intentos suicidas adicionales (uno cortándose ambas muñecas con clara intención suicida; y el otro tomando sobredosis de medicamentos), estaba siendo tratada con antidepresivos serotoninérgicos (sertralina 50 mg diarios) en los episodios depresivos y antipsicóticos (risperidona 2-3 mg diarios) en los períodos de agitación, los cuales la mantenían en un “sube” y “baja”, tratada con ácido valproico (como estabilizador 500 mg tres veces al día) y biperideno 2 mg diarios por su discinesia.

La diferencia entre una evolución benigna o tórpida, en el caso de las enfermedades del espectro afectivo, radica en hacer un diagnóstico temprano e iniciar el tratamiento adecuado y oportuno con estabilizadores del estado de ánimo, infortunadamente los métodos de diagnóstico categoriales llevan al clínico a diagnosticar erróneamente a estos pacientes, enfocándose en las crisis y no en el núcleo de la enfermedad.

Y es que la única forma de entender estas patologías es viéndolas como un continuo evolutivo que se extiende a lo largo y ancho de todo el espectro afectivo, donde las crisis (depresión, episodios mixtos, manía e hipomanía) son sólo eso, “una manifestación de una enfermedad más compleja” caracterizada por la pérdida del control emocional que se mantiene presente a lo largo de la vida.

c. El error de hacer el diagnóstico a través de la manía o hipomanía.

El problema mas serio que enfrenta el clínico ante las enfermedades del espectro afectivo se presenta, sin lugar a dudas, al hacer el diagnóstico. Estas son enfermedades netamente depresivas [Judd & Akiskal, 2003; Judd y cols., 2003a; Yatham y cols., 2018], sin embargo, para hacer el diagnóstico, el DSM y la CIE requieren la presencia de un episodio de manía o hipomanía; es decir, el diagnóstico, contra toda lógica, se hace a través de la manía o hipomanía. Esto es un absurdo que incluso raya en lo irracional. En error que se ha señalado muchas veces porque obliga al clínico a diagnosticar como “depresivos” a los pacientes que debutan con depresión, y como “esquizofrénicos” a quienes debutan con manía. Esto tiene consecuencias nefastas pues estos se ven expuestos a tratamientos (antidepresivos y antipsicóticos) que tienen un impacto negativo sobre el curso evolutivo de la enfermedad.

Veamos el ejemplo de Isabel, usando los criterios diagnosticos no podemos diagnosticar más que depresión, pues aunque ha tenido episodios hipomaniacos, el criterio “A” requerido para el diagnóstico de hipomanía (ver cuadro 1) nos lo impide por la duración de los episodios. Esto a pesar de que no existen estudios que digan que la hipomanía, para ser tal, debe durar al menos 4 días.

Esta forma de hacer diagnóstico ha generado una avalancha de depresiones, que ha disparado a niveles estratosféricos el consumo de antidepresivos, y mientras no sea corregido ese error seguiremos presenciando como la industria farmacéutica hace millones a expensas de esa avalancha irracional de depresiones.

Como lo hemos señalado en los párrafos anteriores, el diagnóstico debe hacerse de forma evolutiva y dimensional, no debe en ningún momento ser un diagnóstico categorial por las consecuencias funestas para nuestros pacientes.

**d. Las enfermedades “bipolares”
¿...en realidad son “bipolares”?**

El otro aspecto necesario de aclarar es lo inapropiado del uso del término “bipolar”. En lo personal —como muchos otros— considero dicho término restrictivo y confuso, porque al interpretarlo evoca categorías antagónicas o al menos ubicadas a los extremos. Y esto genera confusión: Estamos acostumbrados a conceptualizar estas enfermedades como categorías opuestas, con límites bien definidos.

Acordemos algo: estas enfermedades son en esencia problemas con las emociones, y aceptar el término “bipolar” sería asumir dos polos en la vida emocional de las personas: euforia o tristeza; blanco o negro; si o no.

Aceptar que las enfermedades afectivas se expresan de forma “bipolar” implica que la persona afectada o bien puede estar eufórica o puede en cambio estar triste, no habría otras opciones (no hay tonos grises; o lo uno o lo otro) además es reducir la enfermedad a un aspecto de sus crisis, ignorando otros polos del afecto y, sobre todo, el núcleo de la enfermedad que es la inestabilidad anímica.

Hace algunos años, Diogo Lara propuso un interesante modelo del espectro afectivo, conductual y de los trastornos de personalidad basado en los rasgos de temor e ira [Lara & Akiskal, 2006; Lara y cols., 2006]. Un modelo sumamente ilustrativo y clarificador de la importancia del estudio de las emociones para entender esta compleja patología, lo cual, a mi criterio, debería ser una asignatura aparte en los programas de postgrado (en lugar del malhadado DSM que ha causado tanto daño a la formación psicológica y psiquiátrica al pretender ser un manual científico cuando en realidad es solo un grupo de categorías logradas por consenso sin ninguna validación empírica)

Cuadro 1.:

Criterios diagnósticos de hipomanía según el DSM-V:

- A. Un período diferente de estado de ánimo anormal o sostenidamente elevado, expansivo o irritable de aumento anormal y persistentemente elevado de actividad o energía, de al menos 4 días consecutivos, presente la mayor parte del día, casi todos los días.
- B. Durante el período de alteración del ánimo y aumento de energía y actividad, 3 (o más) de los siguientes síntomas (4 si el ánimo es sólo irritable) han persistido, representando un cambio notable en su conducta usual y ha estado presente en grado significativo:
 1. Autoestima inflada o grandiosidad.
 2. Disminución de la necesidad de sueño.
 3. Más hablador de lo usual, o presión para mantenerse hablando.
 4. Vuelo de ideas o experiencia subjetiva de carreras del pensamiento.
 5. Distractibilidad (ej. Dirigir la atención fácilmente hacia un estímulo externo no importante o irrelevante), reportada u observada.
 6. Aumento de la actividad dirigida a metas (tanto en lo social, en el trabajo, la escuela o sexual) o agitación psicomotriz.
 7. Involucramiento excesivo en actividades con alto potencial de consecuencias dolorosas (ej. Involucrarse en compras excesivas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas)
- C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco en el funcionamiento que no es característico del individuo cuando no se haya sintomático.
- D. La alteración en el afecto y el cambio en el funcionamiento son observables por otros.
- E. El episodio no es lo suficientemente severo para causar marcada alteración en el funcionamiento social u ocupacional o no necesita hospitalización. Si existe un rasgo psicótico, el episodio es, por definición, maníaco.
- F. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej. droga de abuso, medicamento u otro tratamiento).

...En fin, es un punto de vista, y es válido tener uno.

El hecho es que mientras más profundizamos en el conocimiento de estas enfermedades “menos sabemos de ellas”. Estamos buscando endofenotipos de bipolaridad y aun no tenemos claro su fenotipo. Y precisamente para definir ese fenotipo necesitamos entender mejor las emociones.

No obstante, este no es un tratado sobre las emociones, por lo que nos limitaremos a señalar algunos puntos. A lo largo de la historia, muchos teóricos han identificado y propuesto diferentes categorías para ordenar las emociones. Shaver es uno de los que, a mi criterio, hace una de las propuestas más interesantes; este autor propone tres categorías para jerarquizarlas: primarias, secundarias y terciarias; proponiendo 6 emociones primarias: amor, gozo, asombro, cólera, temor. De cada una de estas emociones primarias se derivan emociones secundarias y terciarias [Shaver y cols., 1987].

El problema es que en el ser humano la vida emocional no se limita a la presencia o no de determinadas emociones, y, tampoco nuestras respuestas emocionales. En la vida hay valores relativos, es decir, hay intensidades o tonalidades. Por ejemplo podemos decir que “estoy triste”, sí, pero también podemos establecer una relación más allá de la categoría. Igual puedo experimentar miedo, pero puedo establecer qué tanto miedo, o afirmar qué tan intenso es esto o aquello y en relación a qué.

Sin embargo, en el terreno de las emociones la situación es mucho más compleja. Las emociones son muchas y muy diversas, pueden mezclarse y dar cuadros totalmente diferentes y eso es lo primero que hemos de reconocer: «que el afecto no se restringe a dos emociones (o polos): “alegría/tristeza” y que hay intensidades variables». Y es que la expresión de las emociones depende de su interacción con los temperamentos (hipertímico, ciclotímico, depresivo, irritable, ansioso, etc.); y esta interacción va a determinar la forma en que una emoción se manifieste [Akiskal, 1998; Akiskal y cols., 1998a, 1998b, 2006; Perretta y cols., 1998; Perugi y cols., 1998; Placidi et al., 1998; von Zerssen & Akiskal, 1998; Lara & Akiskal, 2006; Lara y cols., 2006]. Y es precisamente, la forma en que estas emociones se expresen lo que va a determinar el curso de nuestras acciones.

Ahora bien, es precisamente en todas esas facetas donde se va a expresar la enfermedad maníaco-depresiva, es decir, «no es sólo la expresión de mi cólera, sino cuándo, dónde y por qué». Incluso en algunos pacientes, en un momento dado, veremos que bajo ciertas circunstancias o dependiendo de los estímulos que se reciban algunas emociones que podrían parecer contradictorias podrían presentarse juntas: “Una persona con alguna enfermedad del espectro presenta un episodio depresivo con predominio de tristeza, pero en otros episodios puede no sólo experimentar tristeza, sino todo un cúmulo de emociones mezcladas: en tales casos, la persona podría mostrar tristeza, ansiedad, miedo, cólera, e incluso euforia (todas presentándose en un mismo episodio)”

En muchos casos de manía (al menos lo que yo he observado en nuestro medio, tras varios años de experiencia clínica) la emoción predominante no es euforia, sino cóle-

ra, las personas no están felices, si no enojadas. Recordemos que la cólera descontrolada, inapropiada e intensa puede presentarse en un 7.8% de la población [Okuda y cols., 2015], y en pacientes afectivos esta emoción puede convertirse en el núcleo de una crisis.

Hace algunos años comenzó a aceptarse el rol de la cólera en las manifestaciones de las enfermedades afectivas, y desde hace menos tiempo se acepta la coexistencia de emociones antagónicas en un mismo episodio, que es lo que se conoce como episodios mixtos. Sin embargo, en el caso de la cólera, por ejemplo, los sistemas de clasificación requieren la presencia de síntomas adicionales para que el episodio pueda categorizarse como maníaco, es como si en el contexto de las enfermedades afectivas esta emoción fuera menos importante que la euforia... ¿en base a qué?

De cualquier forma, lo que me interesa recalcar es que no sólo en los episodios mixtos—al menos los que pueden considerarse como tales usando los criterios diagnósticos vigentes— vamos a encontrar mezcla de emociones. Por ello es inapropiado el uso de términos que reduzcan la amplitud y riqueza sintomática para referirnos a estas enfermedades. No obstante, es lo universalmente aceptado. En todo caso, salvo que aclare lo contrario, cuando en el curso de este escrito utilice el término “bipolar” lo haré en el sentido dimensional, es decir, entendiendo la enfermedad no como dos polos (manía—depresión) categóricamente diferenciados, lo cual es un error, sino como un continuo sintomático que puede pasar por varias fases, algunas de las cuales no necesariamente deben estar bien definidas.