

LA BIPOLARIDAD COMO UN TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO EN EL SIGLO XXI. VISTO DESDE UNA PERSPECTIVA NEUROLÓGICA

The bipolarity as a Mood Disorder in the XXI Century: Seen from a Neurological Perspective

Recibido: Agosto 27 de 2014 – Aceptado: Septiembre 30 de 2014

Marlyn Dayana Martínez Manotas*
Universidad de Palermo Argentina
Universidad de la Guajira

Para citar este artículo / To reference this article:

Martínez, M. (2014). La bipolaridad como un trastorno del estado de ánimo en el siglo XXI. Visto desde una perspectiva neurológica. *Cultura Educación y Sociedad* 5(2), 161-172.

Resumen

El presente estudio buscó realizar una disertación de tipo descriptiva – documental, sobre la bipolaridad como un trastorno del estado de ánimo en el siglo XXI, realizándose el mismo desde una perspectiva neurológica; esto derivado de la teoría de que más allá de la gran tipología de trastornos del estado de ánimo que existen, lo que sí se puede afirmar es que tratamos aquí un conjunto de trastornos que no constituyen enfermedades unitarias, sino síndromes complejos con distintas etiologías, cursos y respuestas terapéuticas, que se caracterizan por presentar como síntoma fundamental una alteración del humor o de la afectividad, a la que suele unirse un cambio en el nivel general de actividad. Así, los trastornos del estado de ánimo no son más que la perturbación o la alteración del humor del individuo, los cuales varían en intensidad y calidad. De esa forma, el rasgo esencial de los trastornos de esta categoría es que todos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o de estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental. Estos se conocen también como trastornos afectivos. Por ello, se deduce que los trastornos del estado de ánimo durante la senectud se acompañan de complejidades nosológicas, fenomenológicas, diagnósticas y terapéuticas que requieren conocimientos especiales. Son frecuentes presentaciones clínicas poco visuales como depresión oculta y pseudo demencia que pueden confundir el diagnóstico de cualquier enfermedad. Es indispensable estar profundamente familiarizados con todos estos aspectos para identificar y tratar de manera adecuada a los pacientes geriátricos.

Palabras Clave:

Bipolaridad, estados de ánimos, depresiones, neurología.

Abstract

This study aimed to make a presentation type descriptive - documentary on bipolar disorder as a mood disorder in the XXI century, performing the same from a neurological perspective; this derived from the theory that beyond the large type of mood disorder in the world, which itself can say is that we try here a collection of disorders diseases which are not unitary, but complex syndromes with different etiologies, courses and therapeutic responses, which are characterized by as a fundamental symptom altered mood or affection, which usually binds a change in the general level of activity. Thus, disorders of spirits are nothing but disturbance or disruption the mood of the individual, which vary in intensity and quality. Thus, the essential feature of the disorder this category is that all reflect an imbalance the emotional reaction or state of mind that does not due to any other physical or mental disorder. These are also known as affective disorders. Therefore, it follows that the mood disorder during senescence accompanied by nosologica complexities, phenomenological, diagnostic and therapeutic requiring special knowledge. They are frequent presentations little visual clinical and pseudo-hidden depression and dementia that can confuse the diagnosis of any disease. It is essential to be deeply familiar with all these aspects to identify and adequately treat geriatric patients.

Keywords:

Bipolar, moods, depression, neuroscience.

* Psicóloga de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Especialista en Psicología Clínica de la Universidad del Norte en Colombia. Maestrante en Psicología Clínica de la Universidad del Norte en Colombia. Doctorante en psicología de la Universidad de Palermo en Argentina. Docente Universidad de la Guajira. Psicóloga clínica de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de la Guajira. Correspondencia:

Introducción

También se denomina trastornos del humor a la bipolaridad, la cual actualmente es objeto de un profundo estudio, aunque se conoce de antiguo debido a su gran frecuencia. En ese sentido, numerosos textos de la antigüedad contenían descripciones de lo que hoy se conoce como alteraciones del estado de ánimo en sus formas depresivas o maníacas. Incluso ya Hipócrates citado por García Andrade (2002), se refiere a la melancolía para explicar una forma especial de tristeza, una enfermedad producida por una alteración de los humores en la que predomina la bilis negra. El concepto continuó siendo utilizado por otros autores médicos, como Areteo, Galeno y De Tralles, Maimónides y el propio Bonet.

De esa forma, en 1854 FALRET llamó “folie circulaire”, a una patología en la que el paciente experimentaba de forma cíclica estados depresivos y maníacos. Casi al mismo tiempo, otro psiquiatra francés, Baillarger citado por García Andrade (2002), definió la “folie a double forme” integrada por aquellos pacientes que, estando profundamente deprimidos, entraban en un estado de estupor del que finalmente se recuperaban. Más tarde, en 1882, el psiquiatra alemán Kahlbaum, describiría bajo el término *ciclotimia*, una enfermedad compuesta por las fases de manía y melancolía.

Pero fue Kraepelin quien en 1899, describió la psicosis-maníaco depresiva, al reunir estas dos formas clínicas de depresión/exaltación, en una única entidad, considerándolas la cara y la cruz de una misma moneda, diferenciándola de la también definida por él, demencia precoz (actual esquizofrenia) debido a

la ausencia de demencia y deterioro a lo largo del curso.

Las tesis Kraepelianas dominaron la Psiquiatría hasta que Kleist y su discípulo Leonhard, subdividieron en los años cincuenta las “psicosis fásicas”, en formas unipolares, maníacas o depresivas, y formas bipolares. La penetración de esta nueva perspectiva en la nosología fue progresiva, aunque su difusión internacional se ha ligado en la práctica a su adopción en 1980 por el DSM-III. La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, basada en parte en la tercera edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, no hace sino apoyar esta clasificación, dotando de relieve internacional a esta dicotomía.

Sin embargo, esta reorganización de la nosografía de los “trastornos del estado de ánimo”, actualmente todavía está en elaboración. Debido a la ausencia de datos que permitan establecer criterios etiopatogénicos, la gran variedad de síntomas, las distintas formas de comienzo y las diversas respuestas a los diferentes planteamientos terapéuticos, se justifica la subdivisión de este grupo de trastornos en diferentes categorías diagnósticas. Así, el DSM-IV-TR (2005), realiza una clasificación de estos trastornos que resulta muy compleja. En primer lugar describe las características clínicas y los criterios diagnósticos de los episodios afectivos y luego se distinguen dos grandes categorías de trastornos, los depresivos y los bipolares, además de otro tipo de cuadros debidos a enfermedad médica o inducidos por sustancias.

La CIE 10 (2004), por su parte, distingue siete apartados: episodio maníaco, trastorno bipolar, episodio depresivo,

trastorno depresivo recurrente, trastornos del humor persistentes, otros trastornos del humor y sin especificación. La base para esta clasificación se establece en función de los grupos clásicos de trastornos bipolares y depresiones no bipolares, bajo la posibilidad de episodios únicos o recurrentes.

Es por ello, que se entiende que el estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Cuando hay un trastorno del estado de ánimo, el paciente pierde la sensación de control sobre su ánimo y experimenta malestar general. Estos trastornos se dividen en bipolares y depresivos. La depresión es un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro, que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto. La distimia es un trastorno crónico que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes) que se mantiene la mayor parte del día y la mayoría de los días; no es lo suficientemente grave como para considerarse como episodio depresivo. El trastorno ciclotímico se caracteriza por oscilaciones bruscas de una fase a otra (hipomanía o depresión), en la que cada fase dura días, con ánimo normal poco frecuente.

De esa manera, el Trastorno Bipolar es una condición médica de la que en los últimos años se ha dado a conocer con mayor frecuencia, aunque la misma es un desorden antiguamente conocido como el trastorno maniaco-depresivo o la psicosis maniaco-depresiva. También, es sobreentendida como un desorden en la que el individuo que la padece presenta unas manifestaciones extremas de dos estados de ánimo principales, las cuales se conocen como el polo depresivo, y el polo maníaco o de euforia. Estos estados

de ánimo fluctúan en la persona de forma cíclica e inconsistente, en la que por momentos sufre de una depresión grave o crónica, y de repente puede presentarse totalmente eufórico.

Aspectos teóricos

Depresión

En cuanto a la depresión, se analizan varias opiniones de autores sobre la temática, haciendo énfasis en el punto de vista de Zung (1979), Citado por Alonso-Fernández (1998), ya que de este autor se tomara su punto de vista para medir esta variable. La depresión es concebida como un estado emocional que se caracteriza en las personas por llanto, sentimientos de inválida, pérdida de disfrute en actividades que son placenteras, podría decirse que es una profunda tristeza.

Por tal situación y la presencia de dicha sintomatología, la depresión es una variable estudiada con frecuencia, ya que afecta a gran parte de la población, involucrando diversos estatus sociales, profesiones y situaciones muy variantes, en el caso de este estudio se enfocara, la violencia doméstica. Por tal razón, Esqueda (1998), Citado por Alonso-Fernández (1998), refiere que la depresión es una de las expresiones de desajuste psicológico más estudiadas a lo largo de la historia de la civilización. Lo cual la indica como producto de los desórdenes del pensamiento.

Mientras que para Betron (1999), citado en: American Psychiatric Association (2002), la depresión es considerada, como un trastorno en la afectividad o el estado de ánimo. Que puede definirse por sus

características y no por sus causas u orígenes. Tratando de visualizar otros conceptos y punto de vistas sobre la depresión Stern (1998), citado en: American Psychiatric Association (2002), indica que el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma como una persona come y duerme. Afecta como se valora a sí mismo el individuo (autoestima) y la forma en que piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a simple voluntad. La depresión es conocida como un estado de postración emocional y de tristeza, acompañado habitualmente de disminución de la actividad, ya que en ella se paraliza la iniciativa y la decisión.

En referencia a otras definiciones de depresión, Pierón (1995), citado en: American Psychiatric Association (2002), acota que el término depresión deriva del latín depresión, hundimiento. Tal es el estado de quienes la padecen, una sensación de hundirse lenta y gradualmente. Estado mental mórbido caracterizado por lasitud, desaliento y fatigabilidad, acompañado con frecuencia de ansiedad más o menos afectada; considerándose una forma de melancolía. Pierón (1995), también indica que tanto el estado depresivo como la depresión propiamente dicha, interfieren en la persona produciendo alteraciones en su medio tanto laboral, como familiar, académico, social y sexual. Situación que en ocasiones se puede observar en la mujeres víctima de violencia doméstica, debido a las características que esta población puede llegar a experimentar; por tal razón, este es una de la importancia de estudiar esta variable.

Por su parte, Beck, Rush, Shaw y Mery (1995), citado en: American Psychiatric Association (2002), expresan que la depresión se refiere a una alteración del estado emocional que conlleva a una distorsión de sí mismo y del mundo. Por ello, una de las características del paciente depresivo es su relativa inconsciencia o falta de atención con respecto a los estímulos ambientales. Así, independiente de lo que ocurra a su alrededor, tiende a perseverar en sus temas de privación, anormalidad o enfermedad.

En ese sentido, tomando en cuenta lo que expresa la American Psychiatric Association (2002), que en estas personas que experimentan este diagnóstico, se considera la existencia de un estado ánimo disfórico, pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales. El estado de ánimo disfórico se caracteriza por los siguientes síntomas: depresión, tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, falta de iniciativa e irritabilidad.

Según la concepción de otros autores, tratando de desglosar de manera minuciosa la variable, refieren que la depresión es un estado ánimo que invade el afecto, siendo una patología que produce difusión en diversas áreas del desarrollo del ser humano y que a su vez requiere tratamiento psiquiátrico para que el paciente modifique la distorsión de su vida. También puede ser concebida como un estado emocional caracterizado por un sentimiento de inutilidad, de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad, de culpa, de indefensión y desesperanza profundos. Donde la misma lleva al que la siente, a la soledad o aislamiento, a la pérdida de motivación, retraso o enlentecimiento motor y a la fatiga.

Trastornos depresivos

Trastorno depresivo mayor (único o recidivante): La característica esencial de un trastorno depresivo mayor según Alonso-Fernández (1998), está formada por un curso clínico representado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Si sólo existe un episodio se denomina trastorno depresivo mayor episodio único; si existen más, trastorno depresivo mayor recidivante.

Como se sobreentiende, al igual que en la manía, tres grandes áreas de afectación psicopatológica son las que se encuentran afectadas cuando se sufre un episodio depresivo: la afectivo-pulsional, la cognitiva y la psicomotriz. La tristeza patológica es el síntoma central de estos episodios, que deben estar presentes en un período de al menos 2 semanas, a la que se suman la pérdida de interés y de la capacidad para el placer, síntomas éstos que podríamos considerar claves de la enfermedad. En ese sentido, señala Kaplan, Sadock, y Grebb (1997), el paciente sufre un descenso en la actividad psicofísica que se traduce en una falta de motivaciones, de impulsos, de vitalidad en definitiva. A ello se le une posteriormente, la tristeza, una tristeza endógena como afectación de los sentimientos vitales y marcada por las características de inmotivación, comprensibilidad, continuidad y profundidad. Esta tristeza es muy bien descrita por García Andrade (2002), al explicar que la misma “se caracteriza por la vivencia íntima de vacío y apagamiento, no viven estos enfermos, la realidad de la ilusión, no vibran anímicamente, y su tristeza tiene un peso existencial, que convierte el vivir en un pleno tormento, desapareciendo la espe-

ranza como impulso vital, sin futuro y sin voluntad de vivir, a veces tan profundo, que la desesperación llega a las raíces del fondo vital”. De ahí que hasta dos tercios de los pacientes deprimidos se plantean el suicidio y entre un 10% y un 15% llegan a cometerlo.

Junto a todo esto suele aparecer también un sentimiento de autodesvaloración, menosprecio personal e incapacidad o impotencia frente a las tareas habituales. Toda la actividad mental suele estar lentificada. Predominan las ideas de muerte y suicidio, ante pensamientos que fluyen de forma lentísima. Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. El lenguaje también se ralentiza y se destaca la aparición de fatiga, falta de actividad y alteración de la voluntad.

Casi todos los pacientes deprimidos se quejan de pérdida de energía, encontrando dificultad para finalizar tareas. Empeora su rendimiento laboral y su motivación para emprender nuevos proyectos. Un 80% de los pacientes presentan también una profunda alteración del sueño, al despertarse en multitud de ocasiones a lo largo de la noche o hacerlo precozmente e, incluso, les disminuye el apetito. De esa forma, la ansiedad es, de hecho, un síntoma común en la depresión y afecta a un 90% de todos los pacientes deprimidos. Junto a ella, se suele perder también el interés por las relaciones sexuales.

Trastorno Distímico. Es una depresión crónica del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia estable de síntomas, que pueden experimentar variaciones temporales de gravedad, que no se corresponden con la descripción

o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado, por su gravedad o por la duración de los episodios.

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Se muestra por sentimientos de tristeza, abatimiento o una disminución o pérdida de interés del paciente por sus actividades cotidianas. Además, durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Trastorno depresivo no especificado.

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para diagnosticar alguno de los siguientes: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. El DSM-IV-TR (2005), cita como ejemplos del mismo: el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo menor, el trastorno depresivo breve recidivante, el trastorno depresivo pos-psicótico en la esquizofrenia, el episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia y los casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

Trastornos bipolares. El trastorno bipolar, antes conocido como psicosis maniaco-depresiva, es un importante problema de salud por su frecuencia y gravedad. También denominado psicosis circular, ciclofrenia, psicosis afectiva endógena o psicosis timopática es una psicosis de carácter endógeno en la que el enfermo presenta una ciclotimia o bipolaridad, de forma periódica y generalmente sin motivo alguno, en la que su estado de ánimo decae, siendo presa de una profunda tristeza (depresión) y otras en que su humor se exalta, mostrándose con una actividad y alegría también patológicas (manía).

Según señala García Andrade (2002), es una enfermedad física por excelencia, si bien puede darse un solo cuadro en la vida, tanto de depresión como de manía, de formas alternantes o bipolares y de varias fases depresivas seguidas de algún cuadro maniaco, o al revés, y cuadros mixtos, pudiendo también ser distintas las fases en su profundidad psicopatológica. Esta se caracteriza por una sintomatología intrínsecamente variable, tanto por la oscilación entre polos como por la presencia de diversos síntomas. La característica fundamental del curso de los trastornos bipolares es su tendencia a la recurrencia de episodios, con un intervalo lúcido entre los mismos cuya duración puede ser variable, pero que tiende a acortarse a medida que se suceden las recaídas.

La proporción de pacientes con un primer episodio depresivo es similar a la de inicio con un episodio maniaco, mientras que un episodio inicial con síntomas mixtos se da en un 20% de los casos. La duración de los episodios presenta una gran variabilidad entre pacientes, aunque como regla general parece afirmarse

que un episodio maníaco sin tratamiento suele durar entre dos semanas y cuatro a cinco meses, mientras que en el caso de un episodio depresivo su duración media alcanza hasta los seis meses. Sin embargo, en un mismo paciente la duración de los episodios tiende a ser siempre constante.

En cuanto a los ciclos que presenta el trastorno, se ha establecido una duración media de entre dos y tres años y un número medio de recaídas a lo largo de la vida que oscila entre las 7 y las 22. No parece encontrarse diferencia en la incidencia de la enfermedad en ambos sexos, aunque algunos estudios afirman que son ligeramente más frecuentes en el sexo femenino.

La edad de inicio del trastorno bipolar abarca un intervalo que va desde la infancia hasta los 50 años o más en algunos casos, presentándose los primeros síntomas alrededor de los 18. Las causas que se atribuyen al trastorno bipolar son muchas y diversas. Entre las más citadas, las teorías vigentes refieren los hallazgos genéticos, neuroquímicos, hormonales, neuroanatómicos, conductuales, psicológicos y sociales en un modelo psicológico de vulnerabilidad-estrés. El sustrato correspondería a los factores genéticos que desempeñan un papel fundamental en la etiopatogenia de la enfermedad. Sobre ellos actúan factores ambientales de índole biológica, como las lesiones cerebrales, los fármacos y los cambios hormonales; otros de índole psicológica, como los acontecimientos estresantes o el soporte social; e, incluso, de índole meteorológica como los cambios estacionales.

El DSM-IV-TR (2005), distingue los siguientes tipos de trastornos bipolares:

Trastorno Bipolar I. Se trata de un trastorno con una prevalencia en la población general que oscila entre el 0,4 y el 1,6 %. Tiene carácter recidivante, pues más del 90% de los sujetos que tienen un episodio maníaco único presentará futuros episodios, cuya característica principal es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos, siendo frecuente también que los sujetos hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores.

Con una edad de inicio sobre los 20 años, será el sexo, masculino o femenino, el que determine el número y tipo de los episodios maníacos y depresivos mayores, siendo en los varones más probable el primer episodio de tipo maníaco y en las mujeres de tipo depresivo mayor. Un dato destacable es el suicidio consumado que acompaña a este trastorno y que se produce en el 10-15 % de los sujetos con trastorno bipolar I.

Hay seis subtipos de trastorno bipolar I: episodio maníaco único, episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado. El trastorno bipolar I, episodio maníaco único, se utiliza para describir a los sujetos que están presentando un primer episodio de manía. Los demás criterios son empleados para especificar la naturaleza del episodio actual (o más reciente) en los sujetos que han tenido episodios afectivos recidivantes.

Trastorno Bipolar II. Se caracteriza por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco. Con una frecuencia mayor en el sexo femenino, presenta una prevalencia del 0.5%.

Entre cada uno de estos episodios existe un intervalo temporal en el que la mayoría de los enfermos suele volver a la normalidad total. Estos intervalos suelen acortarse a medida que aumenta la edad, presentando aproximadamente el 5-15 % de los sujetos con un trastorno bipolar II múltiples (cuatro o más) episodios afectivos (hipomaníacos o depresivos mayores) que se producen dentro del mismo año.

Trastorno Ciclotímico. Es un trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, lo que trae consigo un gran número de episodios de depresión y euforia leves, ninguno de los cuales ha sido lo suficientemente intenso y duradero como para satisfacer las pautas de diagnóstico y la descripción de un trastorno bipolar, o un trastorno depresivo recurrente. Conllevan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Frecuentemente, el trastorno ciclotímico empieza de forma temprana, en la adolescencia o el inicio en la edad adulta y algunas veces se considera que refleja una predisposición a otros trastornos del estado de ánimo. Con una prevalencia de entre el 0,4 y el 1%, normalmente, tiene un inicio insidioso y un curso crónico. En la actualidad, las clasificaciones diagnósticas oficiales, todavía muestran diferencias respecto a la ubicación nosológica de este trastorno. Así, el DSM-IV-TR (2005), incluye la ciclotimia como un tipo de trastorno bipolar que muestra síntomas de manía y depresión. La CIE 10 (2004), por su parte, la sitúa en un epígrafe dentro de los trastornos afectivos, diferente al trastorno bipolar denominado “trastornos del humor (afectivos) persistentes”.

Trastorno bipolar no especificado. Finalmente, si los pacientes presentan síntomas depresivos y maníacos como principal característica de su trastorno y no cumplen los criterios diagnósticos para ninguno de los trastornos del estado de ánimo, el diagnóstico más apropiado es el de trastorno bipolar no especificado

La depresión en contexto del trastorno bipolar

La gente utiliza el término depresión para dar cuenta de una variedad de condiciones. Así, la depresión define un estado personal, de distinta experiencia subjetiva según sea la «metáfora vivida» con la que se reconoce tal experiencia, por ejemplo, «estar-bajo» (bajo de ánimo, bajo de humor, bajo un peso o apesadumbrado), «no-ver-salida» (cuando el futuro se obtura, el tiempo se estanca y, entonces, uno no ve salida ni nada claro, sino todo oscuro) o «carecer-de-interés» (cuando nada llama la atención y todo aburre o, incluso, uno aborrece de todo, en el sentido de no dejarse llevar por el entretenimiento común). Otras veces la depresión define, más que un estado personal, una reacción ante cierto evento, del que uno quiere protegerse o señalar su impacto («me da depresión», «me deprime»). Algunas veces es posible que se utilice el término como modismo para dar cuenta de cualquier inconveniente que se estime psicológico.

Como ya se mencionó, la depresión se utiliza también para definir situaciones, entornos o ambientes (sin excluir personas) y, de paso, el estado de ánimo que suscitan, cuando se dice, por ejemplo, que es deprimente o depresivo tal sitio, tal paisaje, tal tiempo o fulano de tal. No dejaría de señalarse

también el posible uso de la depresión como conducta-de-enfermedad, dado su reconocimiento social y clínico. De esta manera, la depresión puede tener, ante todo, una función de control frente o contra alguien y de renta. Así pues, el uso no sería sólo vivido o referido, sino también ejercido.

Para el Dr. Vásquez (2007), el diagnóstico de depresión bipolar tipo II en particular es fundamental por las implicaciones que esta lleva en el pronóstico como entidad propia. De esa forma, los pacientes bipolares tipo II tienen una mayor tasa de recaídas en múltiples episodios afectivos, los cuales muestran una tasa mayor de intentos de suicidio y de suicidios consumados que los pacientes bipolares tipo I o los depresivos unipolares.

En ese sentido, las depresiones bipolares tipo II suelen tener un inicio más temprano en la vida de los pacientes, los cuales tienden a cronificarse, poseen características clínicas de atipicidad y tienen menos periodos de autimia. Además, y a pesar de que los síntomas depresivos en los bipolares II suelen ser leves a moderados, éstos individuos tienen un bajo nivel de funcionamiento, el cual se encuentra quizás relacionado a la alta frecuencia de cuadros psicopatológicos no afectivos coexistentes (o comórbidos), como los ataques de pánico, las fobias, el abuso de alcohol y de otras drogas, los déficit atencionales y de hiperactividad, los desórdenes alimenticios y los trastornos de la personalidad son muchos de los síntomas de este tipo de trastorno emocional.

Por ende, se entiende que el trastorno bipolar es un trastorno crónico e incapacitante para muchas personas. Su

abordaje ha sido clásicamente farmacológico (litio), aunque en los últimos años se ha demostrado que su combinación con distintos tratamientos psicológicos permite una mayor mejoría en estas personas. Se analizan los estudios existentes con los distintos tratamientos psicológicos que se han utilizado: psicoeducación y programas para mejorar la adherencia a la medicación, terapia marital y familiar, terapia cognitiva-conductual, terapia interpersonal y del ritmo social y los tratamientos de los pacientes bipolares que tienen asociado un trastorno de abuso de sustancias. Los tres primeros tratamientos son eficaces y se pueden considerar tratamientos bien establecidos; el último de ellos puede considerarse en fase experimental por no haber suficiente evidencia de su eficacia a pesar de sus positivos iniciales resultados.

Metodología empleada

Los aspectos metodológicos; se centraron en un estudio de tipo documental - descriptiva, dado por el enfoque del análisis sobre la bipolaridad como un trastorno del estado de ánimo en el siglo XXI buscó realizar una disertación de tipo descriptiva – documental. Así mismo, se enmarcó dentro del diseño bibliográfico, ya que se examinó y estudió toda aquella información existente en cuanto a las bases neurológicas de los trastornos de los estados de ánimos, haciendo énfasis en los elementos integrantes en cada etapa de estos trastornos; por lo que todos aquellos análisis desarrollados por autores expertos en la materia sirvieron de gran ayuda para alcanzar los propósitos de la investigadora.

Discusiones

El presente trabajo ha sido realizado con el objetivo de analizar la bipolaridad como un trastorno del estado de ánimo en el siglo XXI, realizándose el mismo desde una perspectiva neurológica, buscando de esta manera profundizar en el conocimiento de las teorías estudiadas para tal fin, y, en la medida de lo posible, suministrar una herramienta científica con la que contribuir a una mejor resolución de los diversos y complejos problemas que plantea en su aplicación práctica.

Por ende, se deduce que el estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Habitualmente las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas. La gente siente que tiene cierto control sobre su estado de ánimo. En los trastornos del estado de ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un malestar general.

De esa forma, el rasgo esencial de los trastornos de esta categoría es que todos ellos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental. Estos se dividen en dos grupos, trastornos bipolares y trastornos depresivos.

Es por ello, que se expresa que la clasificación enunciada por el DSM-IV-TR y la CD-10, propusieron criterios diagnósticos que son muy amplios para la depresión mayor, y muy restrictivos para los trastornos bipolares; de esa manera, se tiene que el trastorno bipolar, también conocido como trastorno afectivo bipolar (TAB) y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva (PMD), es

el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo. Clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más extrema que las personas que no padecen esta patología.

Por lo general tiene expresión por un desequilibrio electroquímico en los neurotransmisores cerebrales. Adicionalmente, debido a las características del trastorno bipolar, los individuos tienen más riesgo de mortalidad por accidentes y por causas naturales como las enfermedades cardiovasculares. A pesar de ser considerado un trastorno crónico y con una alta morbilidad y mortalidad, una atención integral que aborde todos los aspectos implicados: biológicos, psicológicos y sociales, puede conseguir la remisión total de las crisis, de ahí la gran importancia de que el diagnóstico del afectado sea correcto.

Por todo lo expuesto, se deduce que hoy en día los trastornos de los estados de ánimos y en especial, la bipolaridad es un estado presente en muchas mujeres y hombres, los cuales han pasado por circunstancias que se han caracterizado básicamente por la existencia de episodios depresivos mayores a lo largo del tiempo junto a episodios hipomaniacos. De ahí que para su diagnóstico tiene que haber la presencia, o historia, de uno o más episodios de depresión mayor; por la presencia, o historia, de al menos un episodio hipomaniaco; no ha habido ningún episodio maníaco ni un

episodio mixto; los síntomas afectivos de los primeros criterios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado; y, los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo y deterioro a nivel laboral, social o en otras áreas importantes de la vida del individuo.

Referencias

- Alonso-Fernández F. (1998). *Cuestionario Estructural Tetradiimensional para la Depresión (CET-DE)*. 4a Edición. Editorial Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid, España.
- American Psychiatric Association (2002). *“Guía clínica para el tratamiento del trastorno bipolar”*. Segunda edición. Ars Medica, Psiquiatría editores. Barcelona.
- Asociación Psiquiátrica Americana DSM-IV-TR (2003). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Ediciones Masson, Barcelona.
- Asociación Americana Sobre Retraso Mental AAMR (2006). *Retraso mental*. Definición, clasificación y sistemas de apoyo, traducción de Miguel Ángel Verdugo y Cristina Jenaro, 10ª ed., 1ª reimpresión, Alianza, Madrid.
- CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. (2004). *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Organización Mundial de la Salud, Meditor, Madrid.
- DSM-IV-TR: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (2005). Texto Revisado (PICHOT, P.-coordinador general de las ediciones española, francesa e italiana; LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. -director de la edición española; Valdés Miyar, M.-coordinador de la edición española-), 1ª ed., 3ª reimpresión, Masson, Barcelona.
- García Andrade, J. (2002). *Psiquiatría criminal y forense*, 2ª ed., Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid.
- Kaplan, H.; Sadock, B. & Grebb, J. (1997). *“Sinopsis de Psiquiatría”*. Baltimore, Maryland, William Wilkins; Argentina, Editorial Panamericana.
- Suárez Richards M. (1995). *“Introducción a la psiquiatría”*. Editorial Salerno. Argentina.
- Stahl S. M. (2002). *Essential Psychopharmacology, Neuroscientific Basis and Practical Applications*. Second Edition, Cambridge.
- Vasquez, G. (2007). *Trastornos del estado de ánimo. Depresión y bipolaridad*. Editorial Polemos. Primera Edición.
- Vieta, E. (2001). *Trastornos Bipolares*. Avances clínicos y terapéuticos, Editorial Panamericana. Madrid, España.

