

# Los Trastornos Bipolares, hipótesis sobre su variabilidad emocional



LIC. PSIC. SUSANA ACQUARONE

susanacq@adinet.com.uy

Los trastornos bipolares están clasificados según el DSM IV (Manual Estadístico de los Trastornos Psiquiátricos de la Asociación Americana de Psiquiatría), dentro del grupo de los Trastornos del Estado de Animo. El otro gran subgrupo dentro del mismo lo constituyen los trastornos depresivos. Dentro del grupo de trastornos bipolares se encuentran: el trastorno bipolar I y sus subclasificaciones según el tipo, modalidad y frecuencia del episodio maníaco o depresivo que lo acompañe; el trastorno bipolar II; el trastorno ciclotímico y el trastorno bipolar no especificado.

Para configurarse uno de estos trastornos se requiere la presencia o ausencia de episodios afectivos. En líneas generales un **episodio** depresivo mayor implica un cambio del estado de ánimo durante al menos 2 semanas respecto al estado previo, consistente en al menos 3 de los siguientes síntomas: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o disminución de la capacidad de placer; pérdida de peso o aumento; insomnio o hipersomnia; agitación o enlentecimiento psicomotore; fatiga o pérdida de energía casi cada día; sentimientos de inutilidad, culpa excesivas; disminución de la capacidad de pensar y de concentrarse; indecisión; pensamiento recurrente de muerte. Un episodio maníaco y uno hipomaniaco (según la intensidad de los síntomas y duración del cuadro) implican un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura 4 o

más días. Los trastornos de conducta que pueden acompañar este cuadro son: autoestima exagerada o sensación de grandiosidad; disminución de la necesidad de dormir; verbosidad o más hablador de lo habitual; fuga de ideas o experiencia subjetiva de aceleración del pensamiento; distractibilidad; aumento de actividades o agitación psicomotora; implicancia excesiva en actividades placenteras o riesgosas que pueden acarrear graves consecuencias. También existirían episodios mixtos que implican algunos síntomas de un episodio maníaco como de uno depresivo. En cualquiera de los episodios referidos los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos de un droga o medicamento ni a una enfermedad médica u otro trastorno. Asimismo, suponen por lo general un grado de deterioro laboral o social significativo.

Pero sin entrar en detalle en las especificaciones clasificatorias, en líneas muy generales cuando hablamos de un trastorno bipolar, estamos hablando de un cuadro donde se alternan o se han producido alteraciones en la vida del sujeto de dos estados anímicos diferenciados; los cuales conllevan una variabilidad bastante oscilante de síntomas, duración y frecuencia.

En el caso del trastorno bipolar I sobresalen los episodios más tendientes a un estado expansivo. Al hablar del bipolar II, se trataría fundamentalmente de episodios depresivos mayores recidivantes alternándose con episodios hipomaniacos. Por último el trastorno ciclotímico se caracterizaría por la presencia de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y numerosos períodos de síntomas depresivos (que no llegan a constituir un EDM); por un período de tiempo de 2 años en adultos y uno en niños y adolescentes. Más allá de lo descrito por el DSM IV, pueden observarse al-

gunos otros déficit que presenta la persona con trastorno bipolar y que se podrían ver más arraigados a su personalidad.: baja tolerancia ante las frustraciones; comportamiento tendiente a desorganizarse; autoapreciación de inutilidad, autoestima oscilante con predominio de poca autoconfianza en el logro de metas a largo plazo; conductas compensatorias de agrandar o ayudar a los demás en forma desproporcionada o no oportuna; egocentrismo exagerado; dificultad para flexibilizar juicios; pensamiento enlentecido, detallismo excesivo tendiente a centrarse en un punto; dificultad para posponer o rechazar gratificaciones inmediatas; contacto social que resulta "raro", "excéntrico" o de "excesiva confianza" para los demás; incapacidad para tolerar situaciones que generen un monto considerable de ansiedad; dificultad para asumir responsabilidades y ceñirse a horarios o rutinas regulares; actuar inmediatista e impulsivo (similar al de un niño, más controlado por las consecuencias inmediatas que por un juicio razonado de posibles consecuencias diferidas); inestabilidad en la consecución de metas o proyectos de vida; déficit para discriminar pautas socialmente aceptadas; escaso control de la ira. Estas características se exacerbarían según coyunturas particulares que las elicitan con mayor o menor facilidad. No es fácil conocer ni para el propio sujeto identificar cuándo comienza el problema que luego dará lugar a un estado maníaco, hipomaniaco o depresivo y menos aún controlarlo.

Lamentablemente, y en parte debido a la carencia de explicaciones cabales y sustentables desde la psicología se ha potencializado un reduccionismo biologicista, que intenta explicar este complejo cuadro a través de un desajuste bioquímico. Quedando así

sin respuesta algunas de las siguientes preguntas: A qué se debe dicho desajuste? Por qué hace menos de un siglo se los denominaba psicosis maníaco-depresiva? Se trata de un trastorno nuevo? Es posible una modificación del genotipo tan significativa en menos de un siglo? Por qué han ido en aumento en los últimos años estos cuadros clínicos? Guardan alguna relación con la ansiedad? Eso, que llamamos personalidad es algo inmodificable, inalterable, unívoco? Cómo explicar "conducta compleja"? Qué niveles de análisis habría que tener en cuenta? Tiene algo que ver la historia de vida del sujeto? Los cambios a nivel social, político y tecnológico del último siglo afectan la manera de ser y comportarse un sujeto? La complejidad y diversificación del mundo actual guarda alguna relación con una posible complejización del psiquismo humano?

Mi punto de partida para entender esto complejos cuadros se basa en los intercambios deficitarios del sujeto con el entorno y circunstancias particulares de vida. Una vez que un sujeto está sometido a condiciones de vida con patrones de vida inestables, permisivos, contradictorios, carentes de afecto confiable, se hace más probable que las acciones que tome en la adultez o comienzo de la misma, impliquen riesgos, incertidumbre, variabilidad, impulsividad, transgresión y deseos imperiosos de ser tomado en cuenta por los otros. Así pues modelos diversos y contradictorios en los sistemas de crianza fundamentalmente en la niñez puedan marcar una predisposición o un hándicap al momento de afrontar las responsabilidades y obligaciones de una vida adulta. Hijos de padres separados, doble o triple sistema de normas si consideramos la crianza parcial que hoy día ejercen algunos abuelos; hijos de madres o padres solos y al mismo tiempo multiocupados y muchas veces también con trastornos del comportamiento que no permiten una enseñanza coherente y responsa-

ble. Asimismo se podría repensar cómo el "modelo de desesperanza aprendida" desarrollado por M.Seligman para explicar las depresiones podría explicar en parte estos desajustes. Dicho modelo hace énfasis en los aprendizajes sobre una base no contingente entre la conducta y sus consecuencias, donde aleatoriamente la conducta del sujeto "ha sido" y también no ha sido" seguida por las consecuencias esperables; lo que deja al sujeto "indefenso" para aprender o generar alternativas de acción adaptativas. Otro papel importante lo jugaría el entorno social-familia, amigos, conocidos del sujeto que ayudaría a mantener muchas veces el trastorno.

Pensemos el impacto que puede tener en los demás un acontecimiento que resulte "extravagante" o "escandaloso", paulatinamente éstos comenzarán a actuar diferente a como lo venían haciendo. Los episodios afectivos van produciendo en los demás el tener que ocuparse reiteradamente de las consecuencias de un obrar incongruente o pasivo, lo que va ocasionando cansancio, poca confianza, decepción y hasta rechazo; lo que a su vez aumenta los sentimientos de inutilidad o desacierto en la persona que padece el trastorno. Los factores macroculturales que podrían tener una incidencia indirecta tienen ver con: relativa facilidad en la disponibilidad y variabilidad de diferentes tipos de recursos (drogas, lugares y actividades de esparcimiento, mayor libertad sexual, etc.); quiebre, cuestionamiento y cambio de los valores sociales (matrimonio, fidelidad, perdurabilidad de los vínculos afectivos, maternidad y paternidad, necesidad de gratificación rápida y fácil, jerarquización del concepto de calidad de vida pero imposibilidad de obtenerla); pérdida de confianza y fe en los sistemas e instituciones sociales (Iglesia, el Estado); modificación y ampliación del concepto de familia; cambio del uso y distribución del tiempo, etc.

## MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

# Los cambios posibles

*Muchas condiciones hacen falta para que se genere la posibilidad de un cambio; pero hay una que es imprescindible: cada uno de nosotros. Si estamos dispuestos a sacudir nuestro anquilosado esqueleto; si permitimos que nuestras cabezas se abran, el cambio se hará posible.*



DRA. GRACIELA SAN MARTÍN

Cada cual con su rol en la sociedad, ¿Qué nos toca a los médicos?

En años anteriores me he referido ya a los temas que siguen. Creo que los lectores sabrán comprender por qué en este momento insisto en ello; y es porque siento que se están comenzando a dar las condiciones para este cambio posible. Entonces, resulta necesario insistir en algunos conceptos.

El todo es más que la suma de las partes; pero si una parte fracasa, inevitablemente fracasará el resto, tan enredadas están.

Y el todo, hoy en día, y para nosotros, es **el cambio de modelo de atención**. Que implica, en otras palabras, no más "modelo médico hegemónico".

Y allí está claramente lo que nos compromete a todos.

Para jerarquizar el Primer Nivel de Atención; para poder trabajar en equipo con la comunidad, formando parte y tomando decisiones; para integrar saberes y reconocer al "saber popular" como el resumen de vida de un pueblo; hay que bajarse del pedestal, hay que ceder el "poder del saber".

En este PROCESO todos tenemos una cuota parte:

- reconociendo la tarea del Primer Nivel como fundamental;
- valorizándola desde los ámbitos de decisión, asignando recursos suficientes y adecuados;
- y también desde los ámbitos de

formación, jerarquizando este modelo de forma que nuestros futuros profesionales cuenten con las herramientas necesarias para una atención de la salud integral, continua, humanizada, justa y comprometida con la sociedad a la que están indisolublemente ligados.

Experiencias nacionales e internacionales lo vienen demostrando hace años; como lo dice el título, el cambio ES POSIBLE. Sólo debemos comenzar a andar.

*Posdata: no quisiera despedirme sin compartir con los lectores y la redacción del Diario Médico la alegría por haber recibido, junto a mis compañeros del programa "Cuestión de Vivir", emitido por Tveo durante el año 2004, el trofeo "Distinción Cultural", otorgado por la Asociación de Escritores del Interior del País. Desde aquí mi agradecimiento a la mencionada asociación, a El Diario Médico por su apoyo constante, y a todos mis compañeros en ese emprendimiento, especialmente el Dr. Daniel Nogueira, que generosamente me permitió acompañarlo.*

## SEGÚN LA OMS EN PAÍSES POBRES

# 3.900 niños mueren cada día por deficiencias higiénicas

El impacto sobre la población de las deficiencias higiénico sanitarias, es mayor que el producido por las guerras, el terrorismo y las armas de destrucción masiva en conjunto. Más de 3.900 niños mueren cada día debido a las deficiencias higiénicas y del suministro de agua en los países más pobres, según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se publica esta semana en la revista británica The Lancet (Lancet 2005; 365: 810-12).

Según los científicos son más las personas afectadas por el impacto negativo de suministros pobres de agua e higiene que por la guerra, el terrorismo y las armas de destrucción masiva en conjunto. Los investigadores señalan que las malas condiciones de higiene y la carencia de agua potable saludable dan lugar a una «crisis humanitaria silenciosa» especialmente en el África Subsahariana y el este de Asia.

Los autores afirman que aunque el acceso a agua potable segura y a una higienización básica pueda tener un fuerte efecto positivo en la salud humana, el desarrollo y gestión de los recursos hídricos a nivel global tiene implicaciones significativas sobre la salud.

Según los investigadores, la gestión del almacenamiento y riego pueden ayudar a proporcionar comida y nutrición pero también podrían dar lugar a ambientes ideales para una mayor transmisión de esquistosomiasis. Las infraestructuras y la gestión del riego pueden ser diseñadas para mantener la transmisión en su punto mínimo.

Los expertos explican que medidas como la mejora en el sistema de riegos para evitar aguas estancadas o de poca movilidad y una mejor disposición de las aguas residuales en las viviendas pueden también reducir la proliferación del mosquito y la transmisión de la malaria.

**FUENTE: The Lancet 2005**