

Neurología y Humor Bipolar. Por Ch. Pylon y C. Sánchez

NEUROLOGÍA Y HUMOR BIPOLAR

Una variante del humor del Homo Sapiens Sapiens

Por

Charles Pylon y Carlos Sánchez

Neurólogos Neurofilósofos

<http://www.neurologia.org.es/>

INDICE		
	Prólogo	5
	Aclaraciones	8
Capítulo 1	El Humor Bipolar en la Historia de la Medicina	11
Capítulo 2	La Neurofisiología del Humor	17
	Concepto de emoción	18
	Clasificación de las emociones	19
	Algunas notas sobre los sinónimos de la emoción	22
	Funcionalidad de la emoción	23
	Algunas notas sobre las principales teorías de la emoción	24
	La emoción y otros procesos cerebrales	32
	La emoción y algunos <i>tándem</i> con la salud	38
Capítulo 3	Concepto ,Prevalencia y Clasificación del Humor Bipolar	42
	¿A que se llama <i>Trastorno Bipolar</i> en Medicina y en Psicología?	43
	Prevalencia	47
	Nuevo nombre y clasificación del llamado trastorno bipolar	48
Capítulo 4	Etiología del Humor Bipolar	50
	Factores neurobiológicos	51
	Desequilibrios de la neurotransmisión	52
	Desequilibrios neuroendocrinos	55
	Desequilibrios neuropeptidérgicos	58
	Desequilibrios iónicos y de membranas	59
	Desequilibrios neuroelectrofisiológicos	59
	Desequilibrios en el sistema de señalización	60
	Variantes anatómicas y funcionales vistas en las neuroimágenes	61
	Factores genéticos	62
	Epidemiología genética	63
	Análisis de segregación familiar	65
	Modelos de herencia	66
	Genética molecular	68
	Dificultad de la investigación genética	72
	Consideraciones genéticas para el futuro	73
	Distinción entre el Humor Unipolar y el Humor Bipolar	74
	Factores estresantes durante el vivir	75
Capítulo 5	Diagnóstico	77
	Datos y conductas que nos hacen pensar en el Humor Bipolar	78
	Historia Familiar	78
	Edad de comienzo	78
	Síntomas de depresión	80
	Síntomas de manía	81
	Síntomas de hipomanía	81
	Formas de presentación	82
	El diagnóstico diferencial	85

	La comorbilidad	87
	Elementos diagnósticos	88
	La Anamnesis. Antecedentes Personales y Familiares.	88
	La Exploración	90
	Elementos que vemos y oímos en la Anamnesis y en la Exploración	91
	El aspecto externo	91
	El estado de ánimo	92
	La atención y el curso del pensamiento	92
	El contenido del pensamiento	93
	La percepción	94
	La motilidad y la conducta social	94
	Otros aspectos neurológicos	95
	Funciones neurofisiológicas	96
	La conciencia de enfermedad	96
	Análisis de Sangre y Orina. Radiografía de tórax y EKG	97
	Análisis de Sangre y Orina	97
	Radiografía de tórax y electrocardiograma(EKG)	98
	La Neuroimagen	99
	Concepto	99
	Tipos	99
	La Neurofisiología Clínica	100
	La Electroencefalografía (E.E.G.)	100
	La Polisomnografía	100
	Los Potenciales Evocados	101
	Diagnóstico Precoz	102
	La dificultad de un diagnóstico temprano	102
	La edad de inicio del Humor Bipolar	102
	La bipolaridad y el curso clínico	103
	La existencia de síntomas pseudoesquizofrénicos	103
	La comorbilidad	104
	El pródromo del Humor Bipolar	105
	Los pródromos de inicio o del primer episodio	105
	Los pródromos de recaída o del nuevo episodio	107
Capítulo 6	Tratamiento	108
	Medicamentos	109
	Estabilizadores del ánimo o eutimizantes	110
	Litio	110
	Neurolépticos	111
	Anticomociales	112
	Antidepresivos	114
	Otros	115
	Terapias Cognitivas y Conductuales	115
	Información y Educación	116
	Estimulaciones Eléctricas y Magnéticas del Cerebro	118
	La Terapia Electroconvulsiva (TEC)	119
	La Estimulación Magnética Transcraneal	119
	La Estimulación Eléctrica Intracraneal y Transcraneal	120
	Tratamiento Agudo de la Manía	121
	Tratamiento Agudo de la Hipomanía	124
	Tratamiento Agudo de la Depresión	124

Tratamiento Agudo del Episodio Mixto	125
Tratamiento de Mantenimiento	126
Tratamiento del Humor Bipolar Desestabilizado Grave y Menos Grave	127
Tratamiento de los Ciclos Rápidos	129
Tratamiento durante el Embarazo	130
Anejos	131
Anejo 1. Dormir	131
Anejo 2. Comer y Beber	134
Anejo 3. El Humor Bipolar en la mujer	137
Anejo 4. Tabla para anotar los controles analíticos	142
Anejo 5. Tabla para anotar el humor	144
Anejo 6. La discapacidad y diversidad funcional del Humor Bipolar	145
Anejo 7. ¿Quién debe tratar el Humor Bipolar Desequilibrado?	146
Anejo 8. Deterioro Cognitivo	146
Anejo 9. Riesgo de tener Humor bipolar para los descendientes	148
Anejo 10. El Internamiento Necesario	149
Anejo 11. La Astenia o Neurastenia	149
Observaciones	150
Observación 1. Desmitificamos algunas creencias	150
Observación 2. El estigma	152
Observación 3. ¿Existen medios ultra rápidos de tratamiento?	154
Observación 4. La Asociaciones de afectados	155
Observación 5. El equilibrio como base de la vida del bipolar	156
Glosario	158
Bibliografía	161
Dedicatoria	163

(Ⓞ) ver los vocablos marcados con este signo en el glosario

Prólogo

El *Trastorno Bipolar*, **también mal llamado Psicosis Maníaco Depresiva**, ha sido y es una gran e inagotable fuente de temas literarios, cinematográficos, académicos, de autoayuda, etc. Y ello se debe, en gran medida, a nuestra muy humana condición de victimistas y a la, no menos humana y depredadora, condición nuestra de mercaderes de las desgracias ajenas.

Por ello, echando un vistazo a lo escrito sobre este tema, encontraremos magníficos y muy eruditos trabajos académicos, hallaremos los mas sorprendentes testimonios de algunos pacientes o de sus familiares y contemplaremos alguna que otra obra de claro alabo intencionado a la presunta creatividad de los bipolares. También, en ultimo extremo, escudriñaremos, las menos de la veces, algunos frutos encaminados a ayudar a los que padecen, en distintas personas, a causa de este linaje azaroso (a los que sufren por esta herencia genética evolutiva sujeta al azar de la naturaleza).

Los firmantes sabemos de la bipolaridad, aunque antes conocíamos de ella, por medio de un íntimo amigo que llegó a nosotros como paciente cuando ya este había cumplido los cincuenta años de edad. Una extrema depresión se resistía a dejarle vivir sin un adecuado diagnóstico y sin un adecuado tratamiento en los que nos vimos involucrados. Después, con el devenir, ya convencidos de que padecía este problema no caímos en la aceptación, lo que dio lugar por nuestra parte a un estudio lento, sosegado, diario y ambicioso de las entrañas de la bipolaridad.

Colaboramos en la formación de una asociación de pacientes y de sus familiares afectados por este Humor Bipolar, y vivimos muchas horas de experiencias compartidas. Además, un foro de afectados y de familiares en Internet junto con el correo diario y abundante proveniente de una página web que regentamos durante unos años llenaron nuestras cabezas de preguntas, cuyas respuestas, algunas de ellas posiblemente adecuadas, hemos ido conformando con el estudio y el tiempo, y aquí las exponemos.

Pues bien, para ayudar a quienes luchan en el entorno de este Humor Bipolar va dirigido el presente trabajo.

El llamado trastorno bipolar no es una enfermedad mental – no existen las enfermedades mentales - (<http://www.neurologia.org.es/00015.-Objecion-a-la-clasificacion-de-los-trastornos-mentales/>), *ni es un trastorno mental* – no existe una mente- (<http://www.neurologia.org.es/00017.-Una-muerte-racional-o-caminar-hacia-la-excelencia-transhumana/>); es tan solo una variante de la conducta anímica humana sujeta, a veces, a la medicalización y la medicación ya que, en sus casos extremos y en otros órdenes de su desequilibrio, puede perjudicar al que la tiene o a los demás.

Este libro pretende ser una orientación para aquellos que poseen esa variante evolutiva, para sus familiares y para sus amigos; también para aquellas personas que dudan si la tienen y para aquellos profesionales relacionados con la conducta humana.

Algunas o muchas cosas de las que aquí vas a leer pueden estar o no incluidas en los muchos escritos que sobre esta materia se han llevado a cabo, pero algunas o muchas de ellas no las encontraras en sitio alguno ya que brotan de unos cerebros doblemente conocedores del caso: *por ser neurólogos y por ser íntimos de una persona con Humor Bipolar.*

Esta variante humana no puede arreglarse -de momento- (en el sentido de solucionarse o enmendarse), pero puede obtener unas útiles herramientas y unas habilidades multidisciplinares para que, sin renunciar a ella misma, se pueda lograr una existencia normalizada o adecuada (satisfactoria, de calidad).

Si tu has sido diagnosticado de Trastorno Bipolar has entrado a formar parte de un gran colectivo (hasta un 6% de la población) de seres humanos que se incluyen bajo el epígrafe de **“ESPECTRO BIPOLAR”** (ver cuadro en la página 46), concepto este que recoge una variedad de cuadros clínicos con síntomas cerebrales de distintas intensidades y que van desde la más profunda de las depresiones hasta la más intensa de las manías, a veces con unos síntomas pseudoesquizofrénicos que le hacen difícilmente diferenciable de la esquizofrenia (Ⓢ). El elemento común en todos los componentes del espectro bipolar es la ‘*bipolaridad*’ (la alternancia, a veces no muy clara, de la manía y la depresión). Podrás ser tu una persona joven y no dar crédito a que esto te esté ocurriendo. Podrás ser una persona madura y recordar - esto es muy frecuente - que se tardaron años en ponerle un nombre - el de trastorno bipolar- a lo que padecías. Incluso puede que a estas alturas lo conozcas como Psicosis(Ⓢ)maníaco depresiva (antiguo nombre de este padecimiento, ya en desuso). Pero, en definitiva, lo cierto es que tu, o alguien próximo a ti, padece este problema y ha escuchado, leído y/o espera unos consejos sobre como manejarse con él. En cualquiera de los casos tu estás presenciando como este Humor Bipolar, si está desequilibrado, amenaza la vida estudiantil, laboral, familiar, social, o todas a la vez de un ser humano.

Para los que lo padecen, en primera o tercera persona, va dedicado este trabajo desde el punto de vista de la [neurología](#) (disciplina que trata del sistema nervioso, esté este normal o enfermo) y la [neurofilosofía](#) (disciplina especulativa del sistema nervioso) -<http://www.neurologia.org.es/Nos-presentamos/>-.

[Charles Pylon](#)

[Carlos Sánchez](#)

Neurólogos, neurofilósofos

Aclaraciones

Iniciamos aquí el planteamiento de porqué no vamos a llamar a esta cuestión con el nombre de *Trastorno Bipolar* y si con el de ***Humor Bipolar y sus Desequilibrios posibles***. Para ello recogemos y reflexionamos las siguientes definiciones:

ENFERMEDAD: La enfermedad es considerada como un proceso y el estado que resulta de la afección de un ser vivo que se caracteriza por un desequilibrio de su *estado de salud*. Puede estar provocada por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo. La salud y la enfermedad son consideradas como parte integral de la vida, del proceso biológico, como consecuencia de las interacciones de un organismo (en nuestro caso de un ser vivo animal humano) con su medio ambiente (interno y externo). Suele entenderse la *enfermedad* como una entidad opuesta a la *salud*, cuyo efecto negativo es consecuencia de una

desarmonización del sistema que constituye el ser vivo. *Existe pues una sola enfermedad, pero se identifican variados procesos y estados diferentes de la salud que llevan a un universo de entidades distintas (entidades nosológicas), muchas de ellas entendidas estrictamente como enfermedades pero otras no.*

SALUD: La salud es considerada como el *nivel de eficacia funcional* de un organismo en su relación con el medio ambiente, interno y externo. Es pues un estado de equilibrio homeostático aparente ya que puede estar en niveles de ineficacia y no ser detectable como desequilibrio.

TRASTORNO: El trastorno es la inquietud, la alteración, la perturbación o la molestia de alguien a resultas de un desorden. También puede no hacer aparición aun existiendo un desequilibrio homeostático que solo sea demostrable con unos marcadores biológicos.

DESORDEN: El desorden se entiende aquí como el desarreglo o la anomalía de alguna función orgánica. Igual que en los casos anteriores -salud y trastorno-, puede ser pasado por alto en numerosas ocasiones.

NORMALIDAD: La normalidad es lo general o lo mayoritario o lo que ocurre habitualmente, por lo que no produce extrañeza, por lo que sirve de norma o regla. Pero [la anormalidad puede ser normal](http://www.neurologia.org.es/00033.-Nota-sobre-lo-normal/) (<http://www.neurologia.org.es/00033.-Nota-sobre-lo-normal/>).

VARIABILIDAD GENÉTICA: La variabilidad genética es la tendencia de los genotipos de una población a diferenciarse. Los individuos de una misma especie no son idénticos. Si bien, son reconocibles como pertenecientes a la misma especie, existen muchas diferencias en su forma, función y comportamiento. En cada una de las características que podamos nombrar de un organismo existirán variaciones dentro de la especie.

*Con las anteriores definiciones, de una **dudosa conceptualidad** - las cuatro primeras (enfermedad, salud, trastorno y desorden), de una **paradójica conceptualidad**; la quinta de ellas (normalidad) de una **conceptualidad sorprendente** y de una **solida fuerza conceptual** la sexta (variabilidad genética)- ya te puedes ir haciendo la idea de que, más adelante, consideraremos la tarea de llamar al mal denominado trastorno bipolar (la bipolaridad del afecto o del ánimo o del humor) con un nombre diferente de los que se usan habitualmente. **De entrada***

te adelantamos que en lo sucesivo llamaremos al conocido como Trastorno Bipolar (TB) con el nombre de *Humor Bipolar (HB)*.

El Humor Bipolar es una variante genética que se mueve en la normalidad desde el punto de vista de la conducta y que en sus desequilibrios – cuando son notables- puede entrar a formar parte de un desorden, de un trastorno o incluso de la enfermedad por pérdida de la supuesta o aparente salud.

Si quieres un adelanto de nuestra clasificación del humor bipolar puedes ir al apartado **Nuevo nombre y clasificación del llamado trastorno bipolar** del Capítulo 3 (en la página 48). También te ayudará a la comprensión de este nuevo nombre y de nuestra clasificación el hecho de repasar la neurofisiología del humor bipolar en el capítulo 2.

Capítulo 1. **El Humor Bipolar en la Historia de la Medicina**

Trataremos aquí de hilvanar todos aquellos eventos de la existencia humana que nos sirvan como un nexo evolutivo, desde los primeros tiempos de *nuestra occidental historia* hasta los contemporáneos días, para lo que conocemos, hasta ahora, como Trastorno Bipolar.

Desde la Antigüedad, aunque se había observado una relación entre los episodios de manía y los episodios de melancolía, se consideraba a ambos como unas enfermedades distintas, independientes y alternantes. También se las consideraba como complicaciones la una de la otra.

A pesar de lo expuesto, en el **siglo I antes de la E.C.** (Era Común) se las empieza a relacionar, a la manía y a la melancolía, como partes de un mismo proceso patológico, pero tal observación va a caer en el olvido durante unos dos mil años hasta que en el s. XIX es retomada por parte de los *alienistas franceses*, teniendo durante todo este tiempo una inflexión, muy a menudo olvidada por los historiadores de la medicina, de la mano del aragonés (de Aragón, España) *Andrés Piquer* (1770) como ya veremos.

Aunque hay quienes defienden que en el s. I a. de la E.C., los *seguidores de las escuelas médicas metodistas* y los *seguidores de Herófilo*, hicieron ya una *conexión entre la manía y la depresión*, lo cierto es que la Historia de la Medicina sitúa con mucha frecuencia a **Areteo de Capadocia** (médico griego, s. I - II a. de la E.C.), como el primero en señalar a la manía y a la melancolía formando parte de un mismo proceso morboso, y donde la una representaba la contraparte de la otra. El desarrollo de la manía era, pues, un empeoramiento de la enfermedad, la melancolía, más que un cambio a otra enfermedad. *Areteo* describió con mucho detalle todas las fases de la manía y sus brillantes observaciones cayeron en el olvido hasta dos mil años después en que las redescubrieran los *alienistas franceses* del siglo XIX.

El médico francés **Jean Fernel** (1497-1558) distinguió y describió tres tipos de melancolía: una forma *triste*, una forma con *licantropía* y una forma con excitación (*manía*). Para él, la enfermedad base era la **melancolía**, mientras la manía solo era una exacerbación violenta de ella.

En España, **Andrés Piquer** (1711-1772) estudió la *unidad nosológica manía-melancolía*. En su obra es de reseñar el “*Discurso sobre la Enfermedad del Rey Nuestro Señor D. Fernando VI*”. En él hace unas descripciones clínicas y unos análisis del curso de la enfermedad que son muy características.

En Francia también, pero procedente de los planteamientos ideológicos de la *Ilustración*, surge la Psiquiatría como un movimiento general representado por Pinel y Esquirol.

Pinel (1745-1826) publicó un *Tratado médico-filosófico sobre la Manía*, y

Esquirol (1772-1840), luchó contra el término melancólico (nada científico para él) ya que era utilizado en un amplio sentido vulgarmente para designar distintos estados de tristeza y publicó en 1838 "*Las enfermedades mentales*", uno de los primeros libros de texto en Psiquiatría. Allaná este último el camino para Falret y Baillarger.

Tanto Pinel como Esquirol insistieron en la necesidad de abandonar las especulaciones y centrarse en la observación clínica con la finalidad de obtener unos rasgos comunes y hacer las agrupaciones de las distintas especies clínicas (alineación mental).

Jean-Pierre Falret, fué discípulo de Esquirol y describió el trastorno bipolar como una entidad independiente. Así, en 1851 publica su obra: "*Sobre la locura circular o una forma de enfermedad mental caracterizada por la alternativa regular de la manía y de la melancolía*". Acuñó en 1854 el término "*folie circulaire*" (*locura circular*) caracterizada por la sucesión regular de la manía, la melancolía y un intervalo lúcido, al menos aparentemente. También estableció una relación entre la depresión y el suicidio. Su trabajo le condujo a la denominación de *Psicosis Maníaco-Depresiva*. En sus investigaciones clínicas halló la enfermedad en ciertas familias, reconociendo la participación genética en su transmisión.

En 1854, **Jules Baillarger**, fué otro discípulo de Esquirol que, casi en simultáneo con Falret, presenta una teoría: *folie à double forme* ("*locura de doble forma*") que se caracteriza por la sucesión de dos períodos claramente separados, uno de excitación y otro de depresión.

Es a mediados del siglo XIX, con Falret y Baillarger, cuando finalmente se reconoce por primera vez en la Historia de la Medicina el concepto moderno de lo que actualmente, de momento, se entiende por el *trastorno afectivo bipolar* como una entidad independiente. No obstante, hay que recordar que fue Andrés Piquer quien primero lo estableció en 1770 en su obra la *Praxis medicae ad usum Scholae Levantinae*.

En 1863, **Kahlbaum** introduce la terminología de la psiquiatría francesa de Falret en la *psiquiatría alemana*, pero hay que observar que, previamente a ello, **Griesenger** (1845) había aislado en un paciente una alternancia bipolar que se

vinculaba a las estaciones del año: la manía (en la primavera) y la melancolía (en el otoño y el invierno).

Fué **Emil Kraepelin** quien introdujo el *concepto de locura maniaco-depresiva como una entidad nosológica y patológica independiente*. En 1913, en la 8ª edición de su tratado, *Psychiatrie*, incluyó la melancolía involutiva, y fué en esa 8ª edición donde sentó las bases de algunos los principios clínicos:

- Introdujo el concepto de *locura maniaco-depresiva*. Todas las psicosis, las periódicas y las circulares, la manía simple, algunos diagnósticos de la melancolía y algunos síndromes amenciales los introdujo en ese concepto.
- Realizó una *descripción clínica más completa y más matizada*. Estos cuadros los consideró como unas manifestaciones de la misma enfermedad, y se basó en la historia familiar (en el carácter hereditario), en la similar sintomatología afectiva, en la alternancia de las fases maníacas o las melancólicas con unas fases de remisión, y con un pronóstico benigno (siendo esto último un elemento clave en el diagnóstico diferencial con la demencia precoz).
- Delimitó la *esquizofrenia* (a la que llamó Demencia Precoz) y el *trastorno bipolar* (al que llamó Psicosis maniaco depresiva). También argumentó las influencias que tenían en las recaídas de las variables sociales y las que suponía como psicológicas.
- No logró documentar la enfermedad con unos hallazgos procedentes de las necropsias, y por ello *la consideró como una enfermedad mental* de las funciones psicológicas.

Las tesis de Kraepelin han sido las dominantes hasta la década de los años sesenta del pasado siglo XX en la que por fin se establece una línea fronteriza entre los llamados trastornos afectivos unipolares y los llamados trastornos afectivos bipolares. Fué, en 1957, **Leonhard** quien clasificó las *psicosis endógenas* en las cicloides, en la esquizofrenia y las afectivas, y ,a estas últimas, en las formas monopolares y las formas bipolares. Es de aquí que nace el concepto contemporáneo del conocido hasta la actualidad como trastorno bipolar.

En 1949, **J. Cade**, australiano, descubre el *poder antimaniaco del carbonato de litio* y con ello salvó más vidas que nadie en este contexto de la afectividad. Importantísimo descubrimiento este que no suena en la Historia de la Medicina con la debida intensidad proporcional.

En 1952 surge la primera edición (**DSM-I**) del **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**, de la *American Psychiatric Association*. Se trata de una clasificación de los llamados trastornos mentales con el firme propósito de ofrecer unas descripciones lo más claras posibles de las distintas categorías diagnósticas, con el fin de que tanto por un lado los clínicos como por otro los investigadores pudieran diagnosticar, estudiar e intercambiar la información y dar un tratamiento homónimo a los distintos supuestos trastornos mentales.

Son estos distintos manuales (los DSM) unos instrumentos realizados a partir de los datos empíricos y con una metodología descriptiva, al objeto de conseguir una mejora de la comunicación entre los clínicos de unas variadas orientaciones, y de los clínicos en general con los investigadores mas diversos. Por ello, no tienen la pretensión de explicar las diversas patologías, ni la pretensión de proponer unas líneas de tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos, así como tampoco la de adscribirse a una determinada teoría o a una corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría en Occidente.

El DSM-I surgió como una variante de la **CIE-6** (la *Clasificación Internacional de las Enfermedades*, en su 6ª edición). Pues bien, en esta edición por primera vez la CIE incluyó un apartado sobre los supuestos trastornos mentales. Así tenemos que debido a la investigación se han ido generando unas nuevas versiones de cada uno de ellos (del DSM y de la CIE). En estos tiempos el DSM publicará algún día la versión DSM-V y la CIE utiliza su versión CIE-10.

Hoy existen numerosos profesionales de la salud que no están de acuerdo con la clasificación del DSM, ya que muchos elementos del llamado **espectro bipolar** (que podemos ver más adelante en el cuadro de la página 48) se quedan fuera de él. El espectro bipolar incluye, entre otros, al trastorno bipolar I (manías intensas), al

trastorno bipolar II (depresiones mayores con hipomanías), a las ciclotimias (Hipomanías recurrentes con depresiones menores), a las hipomanías crónicas leves (hipertímicos), a las depresiones de inicio temprano, a las depresiones en temperamentos ciclotímicos, a las hipomanías y a las manías inducidas por fármacos, a las depresiones que responden a los estabilizadores del ánimo, a los cuadros mixtos...

Capítulo 2. **La Neurofisiología del Humor**

La percepción, el humor, el estado de ánimo, la afectividad y la emoción son un conjunto que además lleva implícita la cognición y que solo resulta separable artificialmente.

Pues bien, el llamado Trastorno Bipolar afecta a ese conjunto y el hecho de que nosotros le llamemos *Humor Bipolar* no es ni más ni menos artificial que si lo llamamos percepción, humor, ánimo, afectividad, emoción o cognición bipolar. Nos hemos decantado por la expresada de una manera muy subjetiva, con la importante subjetividad que conlleva la conceptualización del lenguaje.

Por otro lado queremos hacer hincapié en que después de haber hecho artificialmente, como otros humanos lo hacen, un [constructo](http://www.neurologia.org.es/00008.-De-la-necesidad-de-constructos/) (<http://www.neurologia.org.es/00008.-De-la-necesidad-de-constructos/>) para encajar el concepto de bipolaridad y sus distintas variaciones en relación con la medicalización y la psicologización, a nosotros - que somos neurólogos - no nos queda otro remedio que enmarcar nuestro concepto - el de Humor Bipolar - en una explicación de como funciona el humor - nuestro humor - desde el punto de vista de la neurofisiología, ya que en cualquier acción o conducta del organismo está presente el sistema nervioso. Y este concepto del humor está más que expuesto al de las emociones. Por ello vamos a entrar de lleno en estas.

CONCEPTO DE EMOCIÓN

Las emociones no son algo baladí e irracional. Las emociones son esenciales para decidir y nos suelen ayudar en la adaptación al medio ambiente. Las emociones son parte de la cognición y tienen tanta importancia como la percepción, el pensamiento, el lenguaje, el aprendizaje y la memoria, y realizan una gran influencia sobre ellas.

Son las emociones las que nos constituyen como singularidades existenciales, hasta el punto de poder afirmar que son inherentes a nuestra propia condición. Cada instante de emoción es un instante de conciencia medioambiental; o lo que es lo mismo, la emoción es nuestra, *conciencia medioambiental de cada instante*, producto de la orquestación de las variadas aferencias (sensaciones) y de las, también, muy variadas eferencias (motorizaciones) que suponen **el ser Sistema Nervioso**. Y en esa conciencia intervienen todas las estructuras del Sistema Nervioso con todos sus elementos, con toda su electroquímica neuronal y con todas sus hormonas.

De las emociones sabemos por el experimentar que nos da el vivir, por los registros que podemos hacer en el laboratorio de neurofisiología y por la información que nos relata el sujeto emocionado. Y sabemos también que las emociones, como todo, *nacen y se hacen*. Heredamos unas condiciones físicas, siempre físicas, para su desarrollo y, por otro lado podemos actuar en su manifestación mediante el autocontrol y mediante la cultura.

De la suma continuada de las emociones, de la suma de la conciencia medioambiental de cada instante, obtenemos un estado emocional más prolongado que podemos llamar un *estado de ánimo*.

Para estudiar las emociones disponemos, como siempre, de dos elementos: provocarlas en el laboratorio de estudio y recogerlas por el relato del emocionado de sus experiencias del vivir.

Del segundo elemento hemos de decir que la información que nos ofrece la persona nunca es completa y/o comprensible para el investigador. Del primero de ellos tenemos que apuntar que siempre son métodos artificiosos, que a veces se desmesuran y que a veces se les tacha de no ser éticas o, mejor, ecológicas. Pero lo cierto es que unos y otros métodos han ayudado a la comprensión, siempre parcial, de las emociones.

Finalizamos este apartado diciendo que la emoción es un fenómeno *biológico -cognitivo - conductual - social*.

CLASIFICACIÓN DE LAS EMOCIONES

Las emociones son biológicas e innatas y se han puesto de ejemplos de ellas: *la alegría, el amor, el gozo, el placer, la felicidad, la sorpresa, la estupefacción, el miedo, el horror, la admiración, la frustración, el sufrimiento, el retraimiento, la tristeza, la angustia, el malestar, la desesperación, la ira, el odio, la rabia, el displacer, el desdén, el desprecio, el asco, la repugnancia, la reflexión, la disposición,*

la expectación, la excitación, la timidez, la vergüenza, la aceptación, el reconocimiento, la humillación, la desconfianza, la culpa, la pena, el orgullo, la ansiedad, la inseguridad, el sobresalto, la amargura, la ironía, el escepticismo....., *pero las básicas son solo unas pocas* (interés, sorpresa, alegría, angustia, miedo, vergüenza, asco y rabia) *sobre las que se desarrollan el resto de las expuestas y otras, tanto en su origen como en el desarrollo del sistema nervioso, en la neurogénesis, del experimentar.*

EMOCIONES BÁSICAS O PRIMARIAS

Las **emociones básicas o primarias** se dice que constituyen un conjunto de respuestas con una importante función comunicativa. Las emociones básicas son unos mecanismos biológicos (muy primitivos evolutivamente hablando) que aparecen en el desarrollo muy tempranamente (las tenemos al nacer), están vinculadas al sistema nervioso de una máquina de supervivencia y regulan los procesos biológicos básicos para la homeostasis (son automáticas funcionalmente) pudiendo tener cada una de ellas una actividad fisiológica y unos factores suscitadores diferentes.

Pueden ser negativas, positivas o neutras y se pueden expresar con la facies de forma prácticamente universal aunque con una gran influencia de lo cultural. Lo de siempre, *nacen y se hacen. Son innatas pero modificables.*

EMOCIONES COMPLEJAS O SECUNDARIAS

A medida que el ser vivo animal humano se va desarrollando, su *experimentar* aumenta gracias a muy variadas y a muy elaboradas relaciones medioambientales, y de esta manera, junto con los mecanismos de las emociones primarias y un *ser conscientes de ellas* con participación de la neocorteza cerebral tienen lugar las **emociones complejas o secundarias** que son de difícil reconocimiento por la expresión facial, que pueden no tener especificidad fisiológica y que se suscitan por

una gran variedad de estímulos circunstanciales.

Además de la clasificación anterior, las personas podemos tener otras emociones ya que una misma situación puede interpretarse de distintas maneras y dar lugar a distintas emociones, según la vivencia o experiencia emocional y la valoración o la interpretación que los seres vivos humanos realizamos de las circunstancias en las que nos encontramos en cada momento.

Las distintas investigaciones han puesto de manifiesto la existencia de dos dimensiones emocionales bipolares: **confort – disconfort y nivel de intensidad** . Ambas constituyen un ortoeje en torno al que se disponen de forma esférica las emociones discretas.

De la primera dimensión (la de *confort - disconfort*) se ha podido dividir las emociones en dos grandes grupos básicos: **emoción confortante o positiva y emoción disconfortante o negativa** derivadas de la naturaleza bipolar de nuestra experiencia emocional. También se puede añadir un *grupo intermedio o neutro*.

La segunda dimensión (*nivel de activación*) está relacionada con la excitación y la actividad que se requiere para experimentar una emoción determinada. Así, en cada extremo de la intensidad emocional se pueden encontrar las emociones que requerirían un nivel de activación elevado y las que requerirían uno bajo nivel de activación.

Se ha llegado a la conclusión de que hay dos dimensiones independientes: la **afectividad positiva y la afectividad negativa**, que se pueden considerar como unos rasgos de personalidad (unas diferencias individuales emocionales estables en el tiempo), que se describen como entusiasmado o animado y relajado o calmado para la positiva y como ansioso y abatido o aburrido para la negativa.

ALGUNAS NOTAS SOBRE LOS SINÓNIMOS DE LA EMOCIÓN

Hay términos que se usan como **sinónimos de la emoción**. Así ocurre con afecto y estado de ánimo, temperamento y sentimiento. Hagamos unas aclaraciones.

El **afecto** se suele utilizar para referirnos a la calidad positiva (confortable) o negativa (disconfortable) y a la intensidad (alta o baja), de un estado emocional. Este término está relacionado con las preferencias y valores que la persona da a las circunstancias que se presentan en su existencial y que le predisponen para determinados tipos de conductas, según sea su percepción y su cognición.

A los **estados del ánimo (o de humor)** y a las emociones se les suele diferenciar supuestamente porque:

- *Los estados de ánimo se consideran inespecíficos, globales, sin un objeto específico.* Según esto, una persona está alegre o está triste sin poder atribuir una causa. Nosotros pensamos que no son inespecíficos y que si bien dependen de la positividad o negatividad del afecto, esto último le confiere especificidad por la percepción y cognición que moldean una conducta afectiva, al ser la emoción una reacción específica a unas circunstancias específicas.
- *A los estados de ánimo se les atribuye una duración mayor que a las emociones, ya que a ellos no se les considera relacionados con objetos específicos.* Nosotros pensamos que la mayoría de las veces el estímulo emocional pueden perdurar en el tiempo o, cuando ya parece agotado, permanecer de forma acumulada en el subsistema emocional-afectivo. Por ello pensamos que emoción y ánimo son, las más de las veces, un mismo producto.
- Por último hay que observar aquí que *a los estados de ánimo se les considera menos intensos que las emociones*, ya que a las segundas se les considera limitadas en el tiempo y a los primeros, si bien también son limitables, más prolongados. Así un estado de ánimo es el que se esgrime para definir nuestro aspecto emocional mientras a las emociones se las considera puntualizaciones de

mayor intensidad de ese aspecto emocional. No compartimos tampoco, por lo expuesto anteriormente, esta presunta diferencia.

El **temperamento** es considerado como una variable disposicional asociada a la reactividad emocional, una diferencia individual característica en relación con la manera en como cada persona experimenta y expresa sus emociones. Tiene un componente hereditario y otro derivado de la interacción con el ambiente desde que se pone en marcha la neurogénesis. Luego el temperamento, a igual que el resto de los conceptos periemocionales, y otros, tiene unas características derivadas de la percepción, de la cognición y de la conducta resultante.

Por último, consideramos el **sentimiento**, una actitud emocional, que explicaría las propensiones de algunas personas para responder de una manera emocional ante las distintas circunstancias.

Como bien parece verse estos sinónimos son eso, sinónimos de emoción, de percepción. Son lo mismo solo que diferenciado por los matices que el lenguaje les quiera introducir en su desarrollo dinámico y social.

FUNCIONALIDAD DE LA EMOCIÓN

Las emociones *preparan el organismo para la acción*, para que actúe, lo mas adecuadamente, ante las exigencias del medio ambiente externo e interno.

La emoción es *una foto rápida del momento del ser*, de la circunstancia de un organismo y de su homeostasis (interna y externa) en un determinado espacio temporal en el que se le exige una rápida acción, definitiva o provisional. Dependiendo de la cantidad y de la cualidad de la emoción esta pasará al archivo de emociones (como instrucciones rápidas o lentas para situaciones futuras) o señalará al ser de manera estable en su conducta futura por la notable impresión que el estímulo emocional produzca en la percepción y en la cognición. Archivada como información o como señal este paso es reescribible si se vuelve a retomar el estímulo emocional y se redirige la percepción y la cognición.

Las emociones tienen una *función* biológica, siempre biológica, de *supervivencia y adaptación*. Y dentro de esta función biológica, la función emocional puede considerarse *social* ya que *somos animales sociales y nos modulan y nos regulan* en la interacción con los demás, *pero no promueven una conducta prosocial*. Son, como todo, de carácter hereditario y de complemento cultural medioambiental.

Una regulación emocional inadecuada es la causa de muchos desequilibrios en la esfera cerebral conductual que dificultan la adaptación del ser vivo humano a su entorno.

ALGUNAS NOTAS SOBRE LAS PRINCIPALES TEORÍAS DE LA EMOCIÓN

TEORÍAS CLÁSICAS

Teoría periférica de la emociones o sensacionista

Esta teoría entiende una emoción como un tipo especial de sensación. La percepción de una serie de sensaciones de nuestro organismo – latidos cardíacos, diaforesis fría, lagrimeo, peristaltismo, etc.– es lo que hace que nos encontremos en una cierta emoción. Tener una emoción es como percibir un estado interno determinado. La percepción de un determinado estímulo genera unas eferencias fisiológicas, motoras, que se perciben cuasi simultáneas y dan lugar a la experiencia emocional. Es, por tanto, la experiencia afectiva de una conducta refleja (una vez más el arco reflejo (<http://www.neurologia.org.es/00023.-El-super-ganglio-nervioso/>)). Esta teoría supone de las emociones que:

- Cada experiencia emocional tiene un patrón *específico de eferencias* y por ello cada emoción tiene una respuesta distinta.
- Necesitan de los cambios corporales para que se den.
- La percepción de esas eferencias ha de ser simultánea e instantánea a la producción de las mismas.

- La reproducción voluntaria de sus eferencias debería reproducirla.
- Cada persona es una singularidad para esas eferencias.

Para nosotros esta teoría sigue siendo válida, actual, y de momento ha resistido a las críticas o objeciones que se le hayan puesto.

Teoría talámica o emergentista

Al experimentar una emoción se producen unos acontecimientos que con la percepción del *estímulo* este activa el tálamo, y provoca dos efectos simultáneos: por un lado *activa los músculos y las vísceras* y por otro *envía una información hacia la corteza* (produciéndose la experiencia emocional). La corteza cerebral actúa como inhibidor del tálamo salvo en los casos de estimulación intensa o emocional. Y el tálamo juega un papel regulador importante.

Los cambios que ocurren en el organismo tienen la función de prepararlo para la acción en la premura, que mediada por el sistema nervioso *ortosimpático* y el sistema nervioso *somático* (ambos sistema nervioso periférico), a su vez bajo el control del el tálamo (sistema nervioso central), movilizaría la energía necesaria para la acción.

Nosotros vemos que estas eferencias en la periferia si pueden diferenciar cualitativamente las emociones; aunque, los cambios sean similares para las distintas emociones, puede variar la intensidad y alguna característica cualitativa gracias, precisamente, al control que ejerce el tálamo y a la experiencia cortical de la emoción.

Así mismo, pensamos que en realidad no es otra teoría distinta a la anterior. Vemos en la teoría talámica a la teoría periférica con el añadido del componente cortical. La periférica centra la emoción en un acto reflejo y la talámica establece que un acto reflejo, salvo el ocasionado por un estímulo muy intenso, puede ser controlado a través de vías largas. En realidad se trata de un [arco reflejo](http://www.neurologia.org.es/00023.-El-super-ganglio-nervioso/index.php) (http://www.neurologia.org.es/00023.-El-super-ganglio-nervioso/index.php) mas amplio: En principio es el *arco reflejo* el que desarrolla - a lo largo de toda la

neurogenesis, es decir a lo largo de toda la vida- y condiciona las características de cualquier sistema nervioso.

TEORÍAS COGNITIVAS

Las teorías cognitivas argumentan que las emociones son procesos cognitivos, procesos cerebrales que se refieren a un mundo exterior e interior al que valoran y categorizan. Si bien, en algunos casos la emoción no parece cognición en sí, tenemos que decir que la emoción podría no ser cognición pero sí cognicionada.

Teoría Bifactorial

Defiende que si bien todas las emociones podrían compartir un patrón indiferenciado de respuestas efectoras, el sentimiento y la experiencia influyen notablemente en la percepción que tenemos de estas referencias. Así, dos emociones diferentes podrían compartir un mismo sustrato neurofisiológico, pero con el sentimiento experimentado habría entre ellas unas diferencias según como se explique el cerebro la [alerta](http://neurologia.org.es/00020.-Nota-sobre-la-neurologia-de-la-conciencia-y-la-alerta/) (<http://neurologia.org.es/00020.-Nota-sobre-la-neurologia-de-la-conciencia-y-la-alerta/>).

Teoría Bifásica

Admite la posibilidad de que haya dos tipos de excitación fisiológica: una de *confort* y otra de *disconfort* –en lugar de sólo una activación fisiológica general indefinida. Un estado cognitivo nos informa de las propiedades del objeto o circunstancias que suscitan la emoción (si es peligroso, si es inesperado, etc.), pero hay dos sensaciones diferenciadas, confort y disconfort, que informan de la utilidad o corrección de ciertos acontecimientos y objetivos permitiendo que las emociones dirijan nuestra conducta. Una emoción implicaría un cambio cognitivo y neurofisiológico para prepararnos para la acción, y así una emoción tendría tres fases:

✓ Reconocimiento de que unas circunstancias reclaman nuestra alerta.

✓Evaluación de tales circunstancias.

✓Preparación para la acción.

Teoría de la Evaluación Cognitiva

Considera esta teoría que el procesamiento emocional de las características del estímulo o de las circunstancias es lo que determinará la emoción que experimentaremos. Este procesamiento se da en un contexto determinado, y por ello hay muchos aspectos diferentes de la situación que pueden relacionarse con la emoción, y que determinaran cómo nos sentimos. Los aspectos determinantes de la emoción son:

- *Características del estímulo: novedad, intensidad, predictibilidad...*
- *Significado del estímulo: según las metas o los objetivos.*
- *Capacidad para afrontar la situación.*
- *Escala de valores individuales para los distintos aspectos de la percepción.*

La *evaluación cognitiva* para determinar la emoción que sentimos consta de las siguientes tres fases:

1. Una rápida y automática, que nos indica si la situación puede ser relevante .
2. Otra mediante la que valoramos los posibles recursos para afrontar la situación.
3. Una tercera que reevalua la situación una vez puestos en marcha los recursos de afrontamiento elegidos.

Esta teoría es útil para predecir el afecto positivo o negativo que puede derivarse de aquellas situaciones que son emocionalmente relevantes, pero carece de suficientes elementos discriminativos.

En relación con la evaluación cognitiva en si, pudiera ser que la primera fase fuera semiautomática con un bajo nivel de alerta y que ponga en aviso de la necesidad de prestar una mayor atención, de aumentar el nivel de alerta, empezado aquí las fases segunda y tercera.

Si la situación evaluada y comparada, con respecto a un esquema conceptual al que nos hemos adaptado, nos parece consistente o congruente con nuestros objetivos o metas nos proporcionará emociones positivas; si nos parece inconsistente o incongruente serán emociones negativas las que resulten. Esta

congruencia e incongruencia, además del esquema conceptual, varía según el arsenal de recursos de que disponga el individuo.

En resumen: en una primera evaluación semiautomática que nos indica que un estímulo puede tener importancia o no, las personas valoramos si es congruente o no con nuestros objetivos, y tratamos de ubicar la situación en algún esquema propio que nos ayude a decidir de manera adecuada las opciones de actuación, generando al mismo tiempo la emoción relacionada con este esquema. Además, si percibimos que tenemos más o menos recursos para afrontar la situación nos puede matizar la intensidad de la emoción.

Teoría de la atribución

Pretende comprender cómo nuestra tendencia a buscar las causas que expliquen lo que nos está pasando (las inferencias sobre lo que nos está ocurriendo) puede estar determinando la emoción que experimentamos (explicar como nos sentimos). Esto es más acusado cuanto más inesperada, importante o ambigua es una situación que acontece (tanto con los acontecimientos negativos como con los positivos).

Defiende que las diferentes causas de los acontecimientos inesperados se reducen a tres dimensiones:

- La *causalidad* que determina si la causa es interna o es externa a la persona, como son una infección o una yatrogenia y un hábito tóxico o una variante de la percepción respectivamente.
- La *controlabilidad* que considera si la causa es modificable o no independiente de la causalidad, ya que el control no ha de ser obligadamente por parte de la persona.
- La *estabilidad* que se refiere a si la causa es cambiante y variable (inestable), o es una causa permanente (estable), independiente de la controlabilidad, ya que una causa inestable puede deberse a factores incontrolables, y una causa estable puede ser controlable.

Esta teoría, con sus limitaciones como otras, tiene para nosotros el valor de aportar unas herramientas para la intervención, tanto externa como interna a la persona, con el fin de cambiar aquellas emociones negativas que afectan a su confort, ya que es más fácil modificar una dimensión atribucional que un sentimiento que viene experimentando.

TEORÍAS ADAPTATIVAS Y DE EVOLUCIÓN

Las emociones son también unos elementos cognitivos que nos permiten relativizar la importancia de ciertos objetivos y facilitarnos la variación de unos planes por otros si es que cambiamos aquellos.

Por otro lado, el automatismo parcial de los cambios emocionales en el afrontamiento puede escapar de la voluntad y la racionalidad, lo que les hace, a veces, crecer como un fenómeno bioevolutivo de las especies y justificar la bondad biológica de alguna de ellas.

Teoría de las expresiones emocionales

El análisis de la expresión de las emociones intenta encontrar unos rasgos universales como resultado de las adaptaciones al medio para demostrar que son rasgos biológicos generales presentes en el ser humano. Así, la utilidad biológica del miedo puede explicar porque compartimos nuestra vida emocional con algunos mamíferos superiores con emociones similares a las nuestras y como esto es argumentación sobre su origen bioevolutivo.

Por ello, ciertos elementos de las emociones, como la expresión facial, son innatos y aprendidos, lo que nos hace pensar que algunas características de las emociones son adaptaciones y de la selección natural, siendo otras adquiridas, también adaptaciones en curso, y con la posibilidad de ser seleccionadas naturalmente en el evolucionar.

TEORÍAS NEUROBIOLÓGICAS DE LA EMOCIÓN

Existen tres modelos fundamentalmente que intentan determinar las bases neurobiológicas de los procesos cerebrales emocionales:

- **Modelo de la doble vía.** Ante un estímulo emocional, el cerebro valora su significado y responde según sea éste.

Este modelo propone dos sistemas o vías neurobiológicas por las que la información sensible llega a la amígdala.

La vía larga. La información sensorial llega al tálamo mediante la formación reticular, y desde allí, vía lemniscal, alcanza la corteza sensorial primaria (auditiva, visual, táctil, etc.). Después, se valora en las áreas de asociación quienes informan a la amígdala a través de áreas del hipocampo y directamente con lo que esta emite un juicio negativo o positivo del estímulo.

La vía corta. Es la vía tálamoamigdal, filogenéticamente más antigua, que une directamente el tálamo con la amígdala. Así, una parte de la información, poco elaborada, accede de forma rápida a la amígdala dando ésta una respuesta inmediata en las situaciones de urgencia, antes de llegar a elaboración alguna por parte de la corteza, con lo que la respuesta es inespecífica y a veces inapropiada. Por ello la vía larga, si la respuesta en la vía corta es correcta puede controlar las eferencias y si han sido incorrectas puede evitarlas, detenerlas.

- **Modelo del marcador somático.** El sustrato biológico de las emociones estaría situado en unas estructuras subcorticales, unas zonas del SNC relativamente antiguas (como el llamado sistema límbico). Este supuesto sustrato sería congruente con la emocionalidad ya que las emociones son procesos adaptativos básicos presentes en el ser humano desde el inicio mismo de la neurogénesis (o antes) y también pueden ser mecanismos adaptativos en muchas otras especies de las llamadas inferiores. Pero tal congruencia no es completa ya que se han determinado la intervención de otras estructuras neurobiológicas, filogenéticamente más recientes, las estructuras neocorticales. Ello favorece la consideración de unas estructuras de las llamadas cognitivas en esa emocionalidad.

Esta hipótesis del marcador somático, que está sustentada sobre un concepto de *sentimiento* (la forma como percibe el sistema nervioso las reacciones corporales y viscerales) como parte integrante de la experiencia afectiva global junto a los procesos de valoración del estímulo y la respuesta a dicha valoración, conviene en defender que la toma de decisiones no es exclusiva de procesos racionales, sino que estos se ayudan de procesos de tipo emocional.

Así, una respuesta puramente racional a los problemas del experimentar requeriría un dilatado tiempo, del que no disponemos, para suponer todas las alternativas posibles. Por ello, ante las posibilidades de eferencias, la corteza prefrontal hace una representación aferencia-eferencial de cada supuesto en la que se incluye un anticipo de ese sentimiento que es referido como el marcador somático. Ello justifica que la elección efectuada por el sistema nervioso tienda a evitar las que han sido marcadas negativamente, acotando las alternativas posibles, lo cual da rapidez a la elección y simplifica la toma de decisión. Deja ver este modelo como la activación emocional influye y condiciona los procesos cerebrales cognitivos superiores.

- *Modelo de los tres sistemas emocionales*

Defiende que en el cerebro de los mamíferos existen tres sistemas emocionales que pueden procesar tipos específicos de información:

Sistema de inhibición conductual: Este sistema se activaría por tres tipos de estímulos:

- *Estímulos condicionados asociados con un castigo*
- *Estímulos condicionados asociados con una no recompensa*
- *Otros estímulos nuevos y distintos*

Una vez que el sistema se haya activado por unos estímulos adecuados produciría un patrón de respuestas consistente en *la inhibición conductual, el incremento del nivel de alerta y el aumento de la atención hacia los estímulos ambientales*.

La activación está asociada además a la experiencia de emociones negativas (la ansiedad, el miedo, la tristeza o la frustración).

La *comparación* es un mecanismo que nos sirve para suponer el próximo evento más posible. Cuando la suposición y el estímulo real coinciden, el control de la conducta se ejerce por mecanismos inespecíficos; pero si existen diferencias, la comparación asume el control y reproduce el patrón de respuesta referido antes.

Sistema de aproximación conductual: Este sistema se activa por estímulos asociados a una recompensa o a la retirada/no presentación de un castigo. Su puesta en marcha reproduce conductas de aproximación a los estímulos desencadenantes y da lugar a emociones positivas (la euforia, la felicidad, el placer).

Sistema de lucha y huida: Se activa por estímulos aversivos incondicionados, y dan una respuesta de lucha o de huida, y originan emociones mixtas.

Según este modelo, las diferencias individuales en el funcionamiento del sistema de aproximación y del sistema de inhibición originan dos personalidades independientes: la ansiosa o neurótica (susceptible al castigo) y la impulsiva (susceptible a la recompensa).

Luego, hay quien defiende que se puede decir que este modelo permite relacionar la afectividad positiva-negativa con los dos sistemas cerebrales – recompensa y castigo– que regulan la conducta y la experiencia emocional.

LA EMOCIÓN Y OTROS PROCESOS CEREBRALES

Las emociones y los procesos cognitivos están interrelacionados. Nuestras percepciones, pensamientos y acciones están influidos por nuestra emoción, y esta por aquellos. Es como *la mano* que se pinta a si misma *de Escher*. Todo, al menos en la bioevolución y en el desarrollo del sistema nervioso es como esa mano. Naces con un boceto de una mano que se irá autopintando durante el experimentar. Luego emociones, percepciones, cogniciones y conductas están todas

multidireccionalmente influidas.

EMOCIÓN Y CREATIVIDAD

La afectividad positiva favorece la creatividad. El humor alegre proporciona una mayor flexibilidad cognitiva, más rapidez en el pensar, más asociaciones de ideas, más y mejores elaboraciones, etc. Es decir, favorece la creatividad y la solución de los problemas.

Viene magníficamente al caso, al doble caso, al objeto de este libro y a la explicación de la neurofisiología del humor, referir aquí la asociación que existe entre creatividad y Humor Bipolar. Así, muchos y grandes creativos de la historia han coincidido sus mayores y mejores producciones con períodos de exaltación anímica.

De esto último podemos deducir que la creatividad se da más en personas con Humor Bipolar y que con frecuencia estas personas son más creativas que el resto. Eso sí, para crear – con Humor Bipolar o sin él- hay que poseer un sustrato neurobiológico experiencial mínimo sin el cual la creatividad no llega y junto a él hay que disponer de una actividad operacional adecuada (que las musas te cojan trabajando).

EMOCIÓN Y DECISIÓN

Se defiende que las personas con un ánimo positivo incrementan las expectativas de autoeficacia, las posibilidades subjetivas de éxito y la sensación de control de las situaciones, pero no tienen porque albergar una disminución de la percepción del riesgo, a menos que esa positividad anímica traspase el humor normal y la hipertimia de un Humor Bipolar constituyéndose como un humor desequilibrado e instalado en la hipomanía o en la manía.

Aquí, con el ánimo positivo, la decisión depende – como en el caso del

estado de ánimo negativo- del tipo de tarea, del contexto en que se decide y de la presumible trascendencia del resultado.

EMOCIÓN Y CONDUCTA PROSOCIAL

Se considera que las personas que están en un estado de ánimo positivo, tienen más fácil la interacción social y se encuentran en una probabilidad aumentada de ser prosociales (<http://www.neurologia.org.es/00053.-Los-prosociales/>). Pero nosotros pensamos que esto es cualitativamente y cuantitativamente porcentual y no tiene porque ser una acción positiva del estar con el ánimo positivo, sino del no estar con un ánimo negativo. De estar en una hipertimia contenida no se deriva necesariamente ser prosocial, hay que serlo por otros muchos elementos.

EMOCIÓN Y ATENCIÓN/PERCEPCIÓN

Se ha visto que el afecto negativo influye muy particularmente en la percepción y la atención. Así, las personas con ansiedad presentan mayor y más rápida atención –atención selectiva– a los estímulos amenazantes que a los neutros. Del mismo modo la percepción con ansiedad es proclive a interpretar los estímulos ambiguos como amenazantes, por lo que la percepción de su actividad fisiológica (taquicardia, sudoración,...) es a menudo interpretada como una amenaza y puede dar lugar al pánico. Por otro lado, las personas depresivas también presentan una interpretación desequilibrada de lo ambiguo pero su nivel de atención es variable.

En cuanto a la afectividad positiva también influye sobre ellas. Un ánimo normal o elevado pero contenido mejora la atención y la percepción. Además, con una afectividad negativa o positiva, algunas percepciones pueden verse minoradas o enriquecidas, como es la percepción del paso del tiempo.

EMOCIÓN Y MEMORIA

El estado emocional influye sobre la memoria, sobre el recuerdo, y ello se concreta en lo siguiente:

- Congruencia del estado emocional. Lo aprendido en un determinado estado emocional se recuerda mejor cuando se está en este mismo estado; cuando hay una congruencia entre el estado emocional del aprendizaje y del recuerdo libre (la evocación).
- Congruencia del pensamiento. Los pensamientos tienden a ser congruentes temáticamente con su estado emocional. Esto explica la merma cognitiva en las personas con depresión.
- Intensidad emocional. Los aumentos de intensidad de los estados de ánimo aumentan a la vez los recuerdos asociados a estos ya que las emociones están anudadas con todos sus elementos.

EMOCIÓN, APRENDIZAJE Y ORGANIZACIÓN DE LA CONDUCTA

Se sabe que las emociones pueden motivar o desmotivar una conducta y por tanto actuar como directoras de la misma.

Las emociones se pueden aprender por un condicionamiento. Algunas conductas se aprenden más fácilmente, por lo que se ha dado en llamar la preparación biológica: así las fobias pueden ser el resultado de un condicionamiento en estímulos a los que el organismo está biológicamente predispuesto a reaccionar. Estas últimas, muy resistentes a la extinción, se aprenden con una exposición mínima, y se suelen producir en relación con objetos de origen natural si bien no únicos.

La supresión condicionada o la respuesta emocional condicionada es capaz de suprimir las respuestas reforzadas positivamente. El fenómeno de la evitación también puede explicar algunas conductas. La evitación está motivada por el miedo y reforzada por su reducción. El miedo está concebido como un impulso que motiva al organismo. Es una emoción negativa o aversiva, de modo que su reducción puede proporcionar un reforzamiento negativo.

Por medio de la evitación, por el miedo, se pueden explicar algunas conductas supersticiosas, pero son conductas que no dificultan el desarrollo de una vida

normal. Si no es así entran a formar parte de un desequilibrio como es el caso del obsesivo-compulsivo.

El desequilibrio emocional y la consiguiente desorganización de la conducta ocurre al sobrepasar un determinado nivel de activación. A medida que aumenta la activación se organiza la conducta y emergen las emociones positivas (como el interés). Si se sobrepasa un determinado nivel adecuado de activación, la conducta se desorganiza y aparecen las emociones negativas (como la ansiedad).

EMOCIÓN Y APRENDIZAJE

Miedo Condicionado

Se ha argumentado que la *amígdala* participa en la organización de una serie de respuestas fisiológicas como son la sudoración, el aumento de la tensión muscular, la taquicardia, el aumento de la presión arterial, y otras. Por otro lado, el *córtex somatosensorial*, que genera las aferencias en alerta de la actividad del cuerpo, es lo suficientemente sensible como para poder captar parte de esta reactividad fisiológica, aun cuando el sujeto no esté plenamente alerta.

Esto puede ayudar a explicar el porque algunos individuos tienen una *sensación de miedo premonitorio* que no es producto del azar.

Este *miedo condicionado* está bastante bien relacionado con el modelo del marcador somático al que antes hicimos referencia.

Aprendizaje Emocional Vicario

Se dice que este tipo de aprendizaje se basa en que los incitantes de una emoción se pueden convertir, por una experiencia de aprendizaje, en los incitantes de unas emociones parecidas en los individuos observadores.

El aprendizaje vicario podría esclarecer como algunos miedos persistentes (como el caso de las fobias) pueden darse en unos sujetos que no han experimentado el incitante traumático, pero si lo han observado en otros.

Por otro lado, también se da la transmisión de padres a hijos de algunas experiencias cuando el estrés se socializa.

En la activación vicaria de las emociones, como en muchos otros procesos cerebrales, están implicadas las *neuronas en espejo*. Estas neuronas tienen la función de recrear en el cerebro de un individuo unos procesos cerebrales como los que el observa en otros individuos o como situaciones que imagina. También están implicadas en la empatía, en la adquisición del lenguaje y en algunas disfunciones (autismo y esquizofrenia).

Indefensión Aprendida

Viene a decirnos que ante una experiencia estresante la clave no está en el estímulo estresante en sí, sino en el grado de control (o la falta de éste) en relación al estímulo. Así, ante una vivencia desagradable, si no disponemos de algún tipo de control sobre la misma, se produce una conducta de indefensión por un doble mecanismo: por un lado, la desmotivación (al no existir una estrategia adaptativa, ya que se considera inútil); por otro lado, y especialmente significativa, la interferencia sobre el aprendizaje (un déficit cognitivo, ya que el sujeto ha aprendido a generalizar la falta de control experimentado en situaciones similares circunscritas o lo ha hecho extensible a cualquier situación).

EMOCIÓN E INFORMACIÓN

El cerebro no procesa la información de una manera única, sino que modifica el proceso en cada información que entre dependiendo del estado emocional, diferenciándose estas – las emociones- por el *efecto de preferencia* (mediante carices atencionales, perceptuales y de memoria) y por el *efecto de satisfacción* (mediante el nivel de alerta central y periférico).

Rasgos o Carices de la Atención

De las emociones se prefiere la información que va asociada a una emoción predominante en un instante dado.

Rasgos o Carices de Percepción

El proceso de percepción, máxime si se basa en una información ambigua, supone la comparación de ésta con la que tenemos almacenada en la memoria. Así, cada estado emocional facilita un acceso selectivo a los *esquemas anticipatorios* (memoria de las imágenes cerebrales de estímulos o circunstancias codificadas y almacenadas en tal estado emocional).

Rasgos o Carices Individuales

Algunos rasgos de la afectividad caracterizan un estilo de procesamiento. Así, la ansiedad es más probable que interprete como amenazante un estímulo ambiguo, ya que dedica más atención a las señales de amenaza, a las que detectan antes por tenerlas almacenadas en la memoria con un mas bajo umbral desde previas circunstancias también amenazantes.

LA EMOCIÓN Y ALGUNOS TÁNDEM CON LA SALUD

SALUD Y CONDUCTA

Al principio de este trabajo ya hicimos las aclaraciones pertinentes al **concepto de salud**, y entre las muchas definiciones que hay para la misma apostamos por esta: *La salud es el nivel de eficacia funcional de un organismo en su relación con el medio ambiente, interno y externo. Es pues un estado de equilibrio homeostático aparente ya que puede estar en niveles de ineficacia y no ser detectable como un desequilibrio* (<http://www.neurologia.org.es/00005.-La-salud-es-un-camelo/>).

En la conducta convergen distintos elementos, que de mantenerse el tiempo suficiente, pueden llevar a una situación crónica de estrés y por lo tanto a una vulnerabilidad biológica que puede facilitar el desarrollo de un estado patológico.

SALUD Y EMOCIÓN

La **Neuroinmunología** que estudia las interacciones entre el sistema nervioso, el sistema inmunológico y el sistema endocrino, ha confirmado que algunas situaciones ambientales pueden generar estados emocionales negativos en las personas (como el estrés o la ansiedad) que pueden inmunodeprimirlas y hacer de ellos unos factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad a la enfermedad de novo o ya existente. Además, las emociones negativas pueden distorsionar la conducta del ya enfermo dando lugar comportamientos antihomeostáticos. No obstante, las emociones positivas pueden contrarrestar el efecto, la intensidad y la duración.

SALUD Y ESTRÉS

La variada *definición del estrés* hace que se use con muy diferentes significados lo que nos lleva a confusiones entre los distintos interlocutores.

El estrés forma parte de nuestro existenciar, y está implicado en los distintos mecanismos de nuestra interacción adaptativa medioambiental. También es un proceso adaptativo urgente para la supervivencia y una emoción ante circunstancias amenazantes. Es inespecífico y general, interviniendo en cualquier ámbito de nuestra actividad. Así, puede el estrés interpretarse como:

- Una **situación ante un ambiente** potencialmente estresante.
- Una **apreciación individualizada ante un ambiente** potencialmente estresante.
- Una **respuesta ante un ambiente** potencialmente estresante. Una respuesta general de adaptación de tres fases:
 - **Alarma**, que activa el organismo y lo prepara para la acción (taquicardia, taquipnea, adreosecreción, hipertensión muscular...).
 - **Resistencia**, en la que el organismo se mantiene sobreactivado ante el ambiente potencialmente estresante.
 - **Agotamiento**, en la que el organismo agota las reservas corporales y puede extenuarse o morir.

La respuesta puede incluir en un inicio el aumento de la alerta, la reevaluación del ambiente y la huida.

La respuesta de estrés es un reflejo, corto, automático ante un cambio ambiental que después puede verse alargado por la cognición y sus acompañantes más básicos y , también, los más elaborados.

- Un *desequilibrio entre las exigencias del ambiente y los recursos individuales*.
- Una *consecuencia* derivada *de alguna de las situaciones anteriores*.

Luego el estrés es bueno y es malo. Un estrés positivo o bueno, nos excita y nos motiva. Un estrés negativo o malo desequilibra nuestro confort. Un estrés es malo si es largo y/o desmedido. Será bueno si es de corta duración y proporcional al cambio ambiental ante el que se produce.

Dentro del proceso del estrés hay reconocidos tres elementos:

- *Lo esencial*. Constituido a su vez por diferentes elementos:
 1. *La situación*: cualquier circunstancia ambiental que sea potencialmente estresante, y que es dependiente de nuestra valoración y de nuestros recursos para afrontarla. Son situaciones potencialmente estresantes:
 - ➔ Los acontecimientos vitales intensos o extraordinarios. Su importancia radica en la intensidad o extraordinario de la nueva situación.
 - ➔ El disconfort y el confort de la vida cotidiana. Su importancia está en que el disconfort y el confort son muy frecuentes, aumentables y acumulativos, por lo que han de estar equilibrados.
 - ➔ Las situaciones crónicas que persisten y se instalan en las vidas como cambios medioambientales cuasi definitivos. Su importancia está en la constancia.
 2. *La apreciación*. Es la responsable de convertir una situación ambiental determinada en una situación estresante. Para ello se hace una primera valoración con la que se aprecian las posibles consecuencias sobre nuestro bienestar: irrelevante o neutro, estrés positivo o bueno y estrés negativo o amenazante.

En una segunda valoración se analizan los recursos de que disponemos para hacer frente al cambio medioambiental. Y finalmente,

revaluamos los datos anteriores y ajustamos la apreciación cuasi definitiva.

3. *El afrontamiento*. Cuando intentamos hacer frente a la situación con modificación medioambiental, modificación de nuestra apreciación o controlando nuestra reacción. Entre las estrategias para el afrontamiento están:

- Planificar la resolución
- Confrontar y/o negociar
- Buscar apoyo social
- Reducir o eliminar la respuesta emocional de animadversión
- Buscar ayuda externa farmacológica o cognitivo-conductual.

4. *La adaptación*. La adaptación a la nueva situación ambiental dependerá del equilibrio derivado de todas las estrategias referidas, de las que se puedan poner en práctica.

- *La capacidad de control*. Nos referimos aquí a determinadas características individuales y circunstanciales que pueden controlar el estrés aumentando o disminuyendo la repercusión de este sobre nuestro bienestar mediante la influencia sobre las estrategias para afrontarlo. Estas capacidades pueden resumirse en la capacidad competencial individual en base a una percepción predecible, la expectativa de autoeficacia y de su resultado, la experiencia previa, los rasgos de la personalidad y el estado emocional previo. También en base al apoyo social y al ámbito cultural.
- *Los desequilibrios secundarios*. El estrés desmedido o no debidamente afrontado puede terminar con desequilibrio de nuestro organismo, inicialmente transitorio y posteriormente, de perpetuarse, cronificado.

Capítulo 3. **Concepto, Prevalencia y Clasificación del Humor Bipolar**

Sigue siendo este el lugar más idóneo para describir nuestro empeño en conceptualizar el ***Humor Bipolar***, en hablar de su prevalencia y en intentar una más adecuada clasificación.

Las clasificaciones actuales y mas al uso (DSM y CIE) están basadas en la división de unos ***supuestos trastornos afectivos*** en dos categorías: unos ***trastornos afectivos unipolares*** y unos ***trastornos afectivos bipolares***, que a su vez se

clasifican en *trastorno bipolar I*, *trastorno bipolar II* y *ciclotimia*, entidad que es clasificada en el CIE en un apartado diferente.

En este quehacer, el de conceptualizar y reclasificar el Humor Bipolar, se darán momentos efímeros en los que habremos de usar para su discusión tanto el *anómalo concepto* como la *anómala clasificación* del Humor Bipolar y sus desequilibrios *en vigor corporativista* de nuestra occidental cultura médica y psicológica: el derivado de los supuestos trastornos afectivos y entre ellos el trastorno bipolar.

Paso a paso, poco a poco, iremos dando sitio y uso a la nueva nómina por nosotros argumentada: *el de Humor bipolar y sus Desequilibrios ocasionales*.

¿ A QUE SE LLAMA TRASTORNO BIPOLAR EN MEDICINA Y EN PSICOLOGÍA?

La medicina y la psicología occidental, suelen llamar al *Humor Bipolar Desequilibrado* con el nombre de *Trastorno Afectivo Bipolar* (TAB) y este se identifica generalmente como el *Trastorno Bipolar del tipo I* o *la psicosis maniaco-depresiva*, cuya prevalencia es de un 1% (tan solo la punta del *iceberg* de como este humor desequilibrado se representa gráficamente entre otras variantes humanas). No obstante, los estudios epidemiológicos encuentran una prevalencia cercana al 6% que podría corresponder a la parte oculta de ese *iceberg*, variantes del humor -desequilibradas o no- más difíciles de identificar y que con frecuencia pasan desapercibidos para los clínicos.

Nosotros, más adelante, confirmaremos con una nueva nomenclatura al Humor Bipolar en los distintos tipos que observamos en él.

Para entrar en materia queremos decir que **bipolares**, en cuanto al estado de ánimo, somos todos los humanos, pero solo se habla de trastorno, en medicina y en psicología, cuando esa bipolaridad nos desencaja de nuestra vida familiar, social o laboral. En efecto, una persona, en cualquier hora de cualquier día, en cualquier día

de cualquier semana e incluso en cualquier semana de cualquier mes, puede sentirse con el ánimo más expansivo o más decaído de lo que normalmente lo tiene sin que ello le lleve a deteriorar sus relaciones familiares, sociales y laborales. En cambio cuando en medicina se habla de Trastorno Bipolar es porque estos cambios anímicos van a conducir o están conduciendo a un deterioro en esos ámbitos referidos debido a la manía y a la depresión.

Llaman **Trastorno Bipolar** (*Trastorno Afectivo Bipolar o TAB*) a un trastorno orgánico, [físico](http://www.neurologia.org.es/00068.-La-F-sica/) (http://www.neurologia.org.es/00068.-La-F-sica/) -¿como podría ser de otra forma?- que se caracteriza por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos. La definición que acabamos de dar se ciñe al Trastorno Afectivo Bipolar y entre esos dos polos opuestos, blanco y negro, manía y depresión, existe toda una "gama de colores" con distintas intensidades de grises y de otros que tienen en común la bipolaridad. Es lo que se conoce como *Espectro Bipolar*.

El **espectro bipolar** ha sido un concepto difícil de precisar. Estaría conformado por el TAB tipo I, en el que alternan la presentación de episodios depresivos y maníacos y una serie de cuadro clínicos, conformados por grados variables de depresión y manía, que estarían en medio. El DSM establece una serie de criterios, que no son exactamente idénticos a los de la CIE, para definir cada episodio o cuadro clínico; es decir, la manía, la hipomanía, la depresión mayor, los estados mixtos y los cuadros de ciclados rápidos. Pero a pesar de ello, uno de los conceptos más controvertidos es el de la duración de la hipomanía.

La palabra *espectro* implica un concepto dimensional y no es categorial. Implica la presencia de variaciones del estado de ánimo o variaciones clínicas, que pueden ir en el TAB- I, cuadro clínico situado en el extremo de máxima gravedad, desde un cuadro de manía pura y grave a un episodio de depresión mayor con características melancólicas. En el otro extremo del espectro, encontramos las variaciones clínicas que se aceptan, como normales o no patológicas. El problema radica en hallar un punto de corte que permita identificar el inicio del espectro bipolar, para identificar las entidades clínicas, que por la intensidad de sus síntomas, deben ser consideradas como trastornos.

La mayoría de los autores acepta una tasa del 6% para la prevalencia del espectro bipolar. Las diferencias radican en aquellos criterios de inclusión empleados en cada estudio, - en el concepto de trastorno bipolar que emplea cada investigador-.

Este razonamiento viene al caso de comentar las diferentes concepciones del trastorno bipolar, si supone un grupo clínico independiente o forma parte del mundo de los llamados trastornos afectivos y es necesario delimitar sus fronteras: por un lado, los llamados trastornos psicóticos (especialmente con la esquizofrenia) y por otro con los llamados trastorno depresivos unipolares. Por último les conviene comentar los aspectos del espectro bipolar colindantes con los llamados trastornos de la personalidad.

Existen unas fases de exaltación anímica que alternan con los **episodios de depresión**, de bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, ideas negativas y, en muchos casos, ideas de suicidio. Al periodo de exaltación [un estado de ánimo elevado -euforia excesiva-, expansivo -hiperactividad anormal- o irritable] se le llama **episodio maníaco**.

El trastorno bipolar es considerado como una enfermedad en la que *se pueden dar las siguientes situaciones clínicas:*

- *Episodios depresivos*
- *Episodios maníacos*
- *Episodios eutímicos (de supuesta “normalidad”)*
- *Episodios mixtos*

Aparentemente no todo el mundo sufre los dos ciclos de la enfermedad. Los hay quienes solo padecen depresión o solo manía (e incluso como veremos algunas personas con Humor Bipolar no tendrán el desequilibrio como para poder entrar a formar parte de un trastorno por depresión o un trastorno por manía). Por ello la medicina actual oficial distingue entre **trastorno bipolar y unipolar**. Pero como lo que define al Trastorno Bipolar es la bipolaridad, algunas dudas se resuelven así en esta medicina y psicología de Occidente:

- **Un unipolar depresivo**, que sería un paciente bipolar que aún no ha

presentado una fase maníaca.

- **Un unipolar maníaco**, que sería un paciente bipolar que aun no ha presentado una fase depresiva o a quien no se le ha diagnosticado dicha fase.

Por otra parte, la psiquiatría y la psicología USA (y por extensión toda la de Occidente), excepciones las hay, se sienten exégetas de las que se han dado en llamar las *anomalías de la mente*, sin haberlas objetivado -y en muchos casos sin haber estudiado los supuestos procesos mentales, que no son mas que procesos cerebrales -, y se erigen en las *especialidades del mal llamado síntoma mental* (como lo fue de la tos el *tisiólogo*) editando periódicamente una especie de biblia (los DSM) y le dan a su práctica una orientación biblista, a esas disciplinas que debería estar integrada en una jerarquía subordinada a la neurología de la conducta, a lo sumo. Surge esta sucesión de manuales cargados de datos rellenos con subjetividades que se cogen la mano y de datos estadísticos cuya coherencia se basa en algo que dice 'el Otro' -ese otro que no es objetivable aun-.

Criterios de inclusión en el Espectro Bipolar	
Criterio cierto	Comentario
Historia personal de bipolaridad: episodio depresivo y episodio de manía (o hipomanía).	Una historia clara de depresión y manía (o hipomanía), alternantes o no.
Criterios de sospecha	Comentarios
Historia familiar de TB Manía inducida por antidepresivos o por sustancias tóxicas (alcohol u otras drogas). Personalidad hipertímica (Ⓢ) Más de 3 depresiones recurrentes y breves (menos de 3 meses). Síntomas depresivos atípicos. Depresiones psicóticas. Depresiones postpartos.	Especialmente si el antecedente es de primer grado. Especialmente en la preadolescencia.

Depresiones en menores de 25 años. Respuestas agotadas de 3 o más antidepresivos.	Que se hayan seguido el tiempo adecuado.
--	--

PREVALENCIA

Los llamados en la medicina oficial actual *Trastornos del Espectro Bipolar* tienen una prevalencia que se da en un porcentaje que varía según los estudios, siempre sesgados por las incertidumbres diagnósticas en cuanto a la representatividad de la muestra, de hasta el 6 % de la población. Igualmente hay que decir que se dan en las distintas razas, sexos, latitudes, clases sociales y credos. En definitiva que no hay más factor eximente del Trastorno Bipolar (mejor llamarle ya *Humor Bipolar*) que un genoma libre de las variantes que lo bioevolucionan o tal vez unos acontecimientos epigenéticos, unas circunstancias, vitales a la medida del sujeto que tiene esta variante.

La prevalencia (Ⓢ) de este espectro bipolar, como hemos dicho anteriormente, es de hasta el 6 % de la población y ello se debe, entre otras, a que **su diagnóstico ha aumentado debido:**

- ◆ Al extenso uso de los **medicamentos antidepresivos** que pueden dar lugar a que los pacientes depresivos cambien a manía por el efecto hiperestimulante que tienen estos fármacos en numerosas personas en la que subyace un sustrato de una afectividad bipolar (un Humor Bipolar).
- ◆ A la existencia actual de unos **mejores y de unos más finos criterios para el diagnóstico** de esta variante anímica. Así, pacientes que en otras épocas fueron diagnosticados de esquizofrenia o de depresión cuando en realidad el diagnóstico era de bipolaridad, por ejemplo.
- ◆ Al llamado **fenómeno de anticipación genética**, concepto genético este del que nos interesa aquí decir que es cuando la variante genética aparece en unas edades cada vez más tempranas y es cada vez más

grave con el paso de las generaciones.

NUEVO NOMBRE Y CLASIFICACIÓN DEL LLAMADO TRASTORNO BIPOLAR

Como ya referimos en el apartado de *Aclaraciones* (página 8) desde ahora llamaremos al conocido, pero mal llamado, Trastorno Bipolar (TB) con el nombre de **Humor Bipolar (HB)**.

El Humor Bipolar es una variante genética que se mueve en la normalidad desde el punto de vista de la conducta y que en los casos de desequilibrios notables puede entrar a formar parte de un desorden, de un trastorno o incluso de la enfermedad por la pérdida de la supuesta o la aparente salud.

Nosotros clasificamos el *Humor Bipolar Desequilibrado*, de entrada, simplemente en:

- El **Humor Bipolar Desequilibrado Grave**: que tendría, además de la bipolaridad (manía/depresión), episodios mixtos, ciclación rápida, conductas suicidas, síntomas pseudoesquizofrénicos, adicciones a sustancias de uso y abuso con neurotropismo trascendente, necesidad de incapacitación (al menos temporalmente), necesidad de internamiento y alguna circunstancia que lo esté desequilibrando o agravando si ya estaba desequilibrado (un embarazo, la toma de medicamentos desestabilizantes, la existencia de otro desequilibrio orgánico que sea también notorio...) etc. - *El etc. es ampliable, claro está* -.
- El **Humor Bipolar Desequilibrado Menos Grave**: que estaría desprovisto de los contenidos del *Grave*, pero que en sus extremos polares produciría en la persona afectada una falta de encaje trascendente en la vida familiar, social y laboral.

Luego, después de esta aclaración, podemos hasta ahora decir que existen los siguientes:

- **Humor Bipolar Estable - basal- (HB)**
- **Humor Bipolar Desestabilizado Grave (HBDG)**
- **Humor Bipolar Desestabilizado Menos Grave (HBDMG)**

Por otro lado, existe la posibilidad de que el Humor Bipolar (HB) sea cada uno de los siguientes, la combinación entre ellos o las combinaciones posibles de estos y los expresados en el párrafo anterior:

- **Autoconfortante** (autoasimilable): HB por el que la persona no se autoencuentra afectada negativamente.
- **Heteroconfortante** (heteroasimilable): HB que no afecta negativamente a los próximos ni ajenos.
- **Autodisconfortante**: HB que produce algún tipo de disconfort en la persona que lo posee.
- **Heterodisconfortante**: HB que produce algún tipo de disconfort en los próximos o ajenos.

De aquí en adelante usaremos esta nomenclatura para nuestras explicaciones.

Capítulo 4. Etiología del Humor Bipolar

Se desconoce la causa puntual, exacta, del Humor Bipolar, pero hay suficientes datos para suponer que en su origen participan *factores genéticos y epigenéticos con claras interacciones entre ellos*, de cuyas combinaciones tienen lugar los episodios anímicos específicos de cada persona a lo largo de cualquier momento de la vida.

Un individuo susceptible genéticamente manifestará el desequilibrio del Humor Bipolar mediante un estímulo inicial suficientemente notable, por poco intenso que sea éste, y originará una respuesta conductual que puede hacerse autónoma. Esto último se puede explicar por los *fenómenos kindling* (Ⓢ) y la *sensibilización* (Ⓢ) como parte de su etiopatogenia.

A pesar del avance en el conocimiento de la *neurotecnociencia* en general y de la *neurotecnofísica* cerebral en particular, hasta la fecha no se dispone de un procedimiento de laboratorio que permita diagnosticar el Humor Bipolar. Por otro lado, *cuasi todas* las variaciones de los desequilibrios neurobiológicos que existen

tanto en la manía como en la depresión, desaparecen en cuanto el paciente está asintomático, lo que hace más difícil la búsqueda.

El Humor Bipolar, y su Desequilibrio, ha de tener como causas la acción conjunta de unos factores neurobiológicos, de unos factores genéticos y de unos acontecimientos epigenéticos, que en la interacción homeostática del organismo humano con el medio (externo e interno) lo desencadenan y cuasi siempre lo perpetúan a través de los fenómenos kindling y sensibilización.

FACTORES NEUROBIOLÓGICOS

En mayor o menor grado, los cambios del estado de ánimo, del humor que se producen en las personas bipolares son consecuencia de las variaciones que tienen lugar en la actividad de algunos sistemas básicos de neurotransmisión del cerebro, modulados por la acción de ciertos neuropéptidos. No puede ser de otra forma.

Entre los factores neurobiológicos que concurren en la neurofisiología y en la neurofisiopatología del Humor Bipolar y sus Desequilibrios, en sus cursos a lo largo de sus existencias, se encuentran diversos neurotransmisores y neuromoduladores, neuropéptidos, hormonas e iones. También hay muy variados patrones clínicos y electroencefalográficos del sueño. Por otro lado, las técnicas de neuroimagen estructural y funcional están haciéndonos llegar desde los inicios de las investigaciones una nueva perspectiva de imágenes correspondientes a estos mismos aspectos.

Dado que el Humor Bipolar y sus Desequilibrios puede caracterizarse por un curso sucesivo de recaídas de distintos signos (depresión, manía o episodios mixtos), interpuestas con períodos eutímicos, se han realizado investigaciones para el análisis de la neurofisiología de los bipolares en los distintos momentos de su evolución.

Durante los episodios depresivos se han visto algunos cambios en la sensibilidad de los receptores postsinápticos para los distintos neurotransmisores, así como algunas variaciones neuroendocrinas, como es el caso de la producción

excesiva de factor liberador de corticotropina (CRF) en los núcleos paraventriculares del hipotálamo y la posterior estimulación de la hipófisis y de la corteza suprarrenal.

DESEQUILIBRIOS EN LA NEUROTRANSMISION

Los desequilibrios en la neurotransmisión son frecuentes en las llamadas depresiones unipolares, aunque en este grupo tan heterogéneo hay una mayor dispersión de los hallazgos.

Aunque existen pocas diferencias neurobiológicas entre la depresión unipolar y la depresión bipolar y casi todos los marcadores se implican en una y otra depresión, *los metabolitos de la noradrenalina suelen encontrarse en mas bajos niveles en los pacientes unipolares que en bipolares.*

Aunque tanto las episodios maníacos como los mixtos comparten parte del sustrato neurofisiológico de la depresión, caso de la hipercortisolemia, existen algunos aspectos contrarios.

Neurotransmisión dopaminérgica

Una de las razones que apoyan el papel de la *dopamina* en el desequilibrio del Humor Bipolar es su participación en la llamada motivación por recompensa. La pérdida de motivación constituye una de las claves en la depresión.

Así, el *ácido homovalínico* (AHV), el principal metabolito de la dopamina, se ha encontrado en altas concentraciones en el *LCR* (☉) de los bipolares maníacos y en bajas concentraciones en los bipolares depresivos.

Cuando el paciente bipolar empieza a virar hacia la manía, los niveles de dopamina en la *orina* nos avisan de ello aumentando su concentración. También se ha visto como los fármacos antidopaminérgicos mejoran los síntomas maníacos y como los medicamentos agonistas de la dopamina intervienen en la precipitación de la manía indicando la función de la dopamina en la etiología del Humor Bipolar. Se

puede afirmar que los desequilibrios de la dopamina participan en la hiperactividad de los episodios maníacos.

Neurotransmisión noradrenérgica

En los pacientes con manía, un aumento en la concentración de *noradrenalina* y de su metabolito, 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG), en *orina* y en el LCR indican que el gasto de noradrenalina y de MHPG es mayor en la manía que en la depresión. Estos valores pueden aparecer aun más altos en la depresión unipolar que en la bipolar.

Los *antidepresivos tricíclicos*, al inhibir la recaptación de noradrenalina, pueden precipitar los episodios maníacos e incluso los ciclos rápidos, *hasta en pacientes que no hayan tenido previamente un Humor Bipolar Desequilibrado*.

Los niveles elevados de MHPG y de la propia noradrenalina en el LCR, se relacionan más con la hipomanía.

En las autopsias postmortem se han observado unos elevados cocientes MHPG/noradrenalina en los cerebros de personas bipolares que han sufrido desequilibrios de su humor.

Neurotransmisión serotoninérgica

En la depresión y en la manía hay una baja actividad serotoninérgica central (vista en los estudios de metabolitos en el LCR y en los mecanismos de acción del litio). La *serotonina* y su metabolito (5-HIAA) se han observado en concentraciones disminuidas en los pacientes que tienen Humor Bipolar, especialmente en los que tuvieron intentos de suicidio. El estudio de los receptores de serotonina aporta evidencias fundamentales del papel de la serotonina en pacientes con Humor Bipolar. Varios estudios han mostrado un *aumento* en la densidad de los receptores 2 de serotonina en las plaquetas y en el cerebro de los pacientes deprimidos, que podría ser causado para adaptarse a la disminución del nivel de serotonina en la

sinapsis. También se ha visto una *disminución* en los receptores 1A en diversas áreas del cerebro de los pacientes deprimidos, especialmente con Humor Bipolar.

El *triptófano*, aminoácido esencial para la síntesis de serotonina, puede, en ocasiones, revertir el efecto de los ISRS (Ⓢ) y remedar la depresión.

Las *manías* inducidas por los ISRS y otros *antidepresivos* como la acción euforizante atribuida a *algunos neurolépticos atípicos*, podrían tener como responsable a la acción sobre los receptores serotoninérgicos.

Las variaciones tónicas del *desequilibrio afectivo estacional* se correlacionan con los cambios en la actividad serotoninérgica. No se sabe cuál es la relación exacta entre los síntomas de aquel, la serotonina y la melatonina. Si se sabe, que la concentración de serotonina y de melatonina es menor durante los episodios depresivos.

Neurotransmisión colinérgica

En el Humor Bipolar, los *eritrocitos* tienen un nivel de *colina* inferior al normal. Esto hizo pensar que semejante *desequilibrio* de la actividad colinérgica y catecolaminérgica intervenía en su génesis. Parece existir un aumento de la *acetilcolina* en la fase depresiva y un descenso en la fase maníaca.

La *fisostigmina* (un inhibidor central de la colinesterasa), un potente y transitorio antimaníaco, puede llegar a producir depresión en personas eutímicas tratadas con litio.

La *arecolina* (un agonista muscarínico) produce síntomas depresivos en bipolares eutímicos. Tener una sensibilidad aumentada a la inducción de la fase de sueño REM con arecolina puede ser un marcador de riesgo para el Humor Bipolar Desequilibrado.

Neurotransmisión gabaérgica

El litio, la carbamazepina, el ácido valproico, el clonacepan y el propranolol

aumentan la transmisión gabaérgica, prueba de que el **GABA (ácido y amino-butírico)** participa en la neurofisiología y en el curso del Humor Bipolar.

Se piensa también en igual mecanismo para los *antidepresivos* y la *terapia electroconvulsiva* (TEC). Así, la *gabapentina* (molecularmente muy parecida al GABA) es eficaz en los bipolares refractarios.

DESEQUILIBRIOS NEUROENDOCRINOS

Los *estudios neuroendocrinológicos* han realizado importantes aportaciones al conocimiento de la neurofisiopatología de las variantes de la afectividad.

Como ya hemos comentado, gran parte de los hallazgos se han realizado con unas muestras mixtas de pacientes depresivos unipolares y bipolares.

Los estudios con los pacientes maníacos son más complejos técnicamente, por las dificultades que comporta el estado del paciente, pero también se dispone de información relevante.

El **hipotiroidismo** se asocia clínicamente con frecuencia a la depresión; más raramente, el **hipertiroidismo** endógeno o exógeno puede asociarse a reacciones maniformes.

Tanto la depresión como la manía han sido observadas en los pacientes con la enfermedad de Cushing.

Los **corticoides**, pilar básico del tratamiento de muchas de las enfermedades, ocasionan con frecuencia complicaciones depresivas y maníacas, e incluso pueden desencadenar los ciclos rápidos.

Durante la fase depresiva es frecuente la hipercortisolemia, la ausencia de supresión de la producción de cortisol tras la administración de dexametasona y el aplanamiento de la respuesta de corticotropina (ACTH) a la administración de CRF (Ⓢ), que podría tener valor pronóstico.

Un dato neuroendocrinológico especialmente relevante es que los cicladores

rápidos presentan con elevada frecuencia un hipotiroidismo subclínico, por lo que en estos pacientes es obligado realizar inicialmente una evaluación del estado tiroideo.

La *tiroxina* a dosis altas se ha demostrado eficaz en el tratamiento de algunos casos de Humor Bipolar con ciclación rápida que no respondían a los tratamientos convencionales, incluso en ausencia de un hipotiroidismo subclínico.

Las anomalías en la función tiroidea también se han relacionado con el tratamiento a base de litio, aunque en ocasiones éstas ya existen previamente a la implantación del tratamiento.

Los desequilibrios del ánimo se suelen acompañar de *variaciones en los ritmos circadianos*, incluyendo la temperatura corporal y las hormonas como el cortisol, la melatonina y la hormona del crecimiento. No obstante, no está claro si tienen un papel etiopatogénico o son sólo fenómenos accesorios, por lo que no se pueden incluir como marcadores clínicos.

El *hipotiroidismo* se asocia frecuentemente a la depresión y menos a la manía. Por otro lado los *corticoides* producen depresiones, manías y ciclos rápidos.

Las mujeres con Humor Bipolar, tienen el mayor riesgo de desarrollar un episodio maníaco en las dos semanas siguientes a un parto. Los antecedentes de *manía puerperal* aumentan además el riesgo de recurrencia tras un nuevo parto. Una explicación para este episodio maníaco puerperal es el brusco descenso de los niveles de estrógenos tras el parto, que podría provocar la sensibilización de los receptores dopaminérgicos mesolímbicos y la seguida hiperactividad dopaminérgica.

Por otro lado, las *variaciones de fases asociadas a la menstruación* y las *modificaciones de la libido* que se observan sugieren también la implicación de las hormonas sexuales en el curso del Humor Bipolar.

El eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo (HHT)

Las hormonas de este eje (*TRH*, *TSH*, *triyodotironina* y *tiroxina*) (Ⓢ) están implicadas en la neurofisiología y en el curso del Humor Bipolar.

Las *variantes de la función tiroidea* se han relacionado en algunas ocasiones

con el tratamiento a base de litio (lo cual es signo de mal pronóstico), si bien a veces existen previas al tratamiento con el.

Puede haber un *hipotiroidismo subclínico* relacionado con la aparición de *ciclos rápidos*. Algunas formas del Humor Bipolar en la mujer se asocian a desequilibrios detectables del sistema tiroideo, particularmente cuando existen unos ciclos rápidos, una disforia prominente y una respuesta pobre a los tratamientos habituales. La *tiroxina a altas dosis* es un tratamiento eficaz en los casos resistentes (incluso sin hipotiroidismo subclínico).

El eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA)

Este eje está compuesto por un circuito de retroalimentación que comprende el hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales. Las hormonas que lo regulan son la *corticoliberina* (CRH), la *arginina vasopresina* (AVP o ADH), la *corticotropina* (ACTH) y el *cortisol*. Este eje interviene en la respuesta del organismo al estrés y sus desequilibrios se implican en los del estado de ánimo. *Su actividad está aumentada tanto en la manía como en la depresión*. Veámosla separadamente:

- ***Fase Depresiva***. En esta fase existen: hipercortisolemia, hiperconcentración de metabolitos del cortisol en orina, falta de supresión mediante dexametasona de la secreción de cortisol, hipercortisolemia inducida por la administración oral de 5- hidroxitriptófano y aplanamiento de la respuesta de corticotropina (ACTH) ante la administración del factor liberador de corticotropina (CRF).
- ***Fase Maníaca***. Esta fase está precedida por un aumento en la producción de ACTH debido a la interrupción brusca de la secreción de corticoliberina (CRF).

El eje hipotálamo-hipófiso- gonadal (HHG)

El eje hipotálamo-hipófisis-gonadal controla la síntesis hormonal ovárica a través de los *factores liberadores* (GnRH) y las *hormonas gonadotropicas* (LH, FSH). Los *esteroides ováricos* ejercen una retroalimentación negativa tanto sobre el hipotálamo como sobre la hipófisis.

Ya hemos referido que existe un mayor riesgo de fase maníaca en la mujer durante las dos primeras semanas después del parto, ya que la brusca caída de los niveles de estrógenos provoca una sensibilización de los receptores dopaminérgicos mesolímbicos y con ello una hiperactividad dopaminérgica.

También hemos referido que las hormonas sexuales intervienen igualmente en los cambios de fases relacionados con la menstruación y en las variaciones de la libido.

Otras hormonas

Existe una secreción de la *hormona del crecimiento* (GH), inducida por CRF, en las personas con *Humor Bipolar Desequilibrado -deprimido-*. También hay una secreción de *prolactina* y de *melatonina*, relacionada con el *Desequilibrio Afectivo Estacional*.

DESEQUILIBRIOS NEUROPEPTIDÉRGICOS

Se han encontrado *desequilibrios*, en los bipolares deprimidos y en los bipolares maníacos, de todos estos elementos: los *opiáceos endógenos*, la *somatostatina*, la *vasopresina*, la *oxitocina*, el *factor inhibidor de la hormona estimuladora de los melanocitos*, la *calcitonina*, el *factor P*, la *colecistoquinina*, el *péptido vasoactivo intestinal*, la *neurotensina*, el *neuropeptido Y*, la *TRH* y la *CRF*.

DESEQUILIBRIOS IÓNICOS Y DE MEMBRANA

En los bipolares descompensados se han observado desequilibrios del ion Na^+ *intracelular*, del ion Mg^{++} y del ión Ca^{++} . La eficacia de los bloqueantes de los canales del calcio en los episodios de manía hablan de la participación de este ión en la neurofisiología del Humor Bipolar.

El calcio es muy importante en la mayoría de las vías intracelulares de señalización y también en la regulación de la síntesis y la liberación de los neurotransmisores.

DESEQUILIBRIOS NEUROELECTROFISIOLÓGICOS

Si bien los trazados electroencefalográficos (EEG) de las personas con Humor Bipolar son inespecíficos, la arquitectura del sueño de muchas de ellas se caracterizan casi siempre por una disminución de la duración total del sueño y por un cierto fraccionamiento del mismo, junto con un acortamiento de la latencia REM (período de movimientos oculares rápidos) y un aumento de la densidad REM.

Las investigaciones señalan que existen cambios en las fases del sueño tanto en los episodios depresivos como en los episodios maníacos. Además, muchas personas deprimidas mejoran rápidamente, durante unas horas, cuando el sueño se les interrumpe durante la noche, aunque suelen volver a deprimirse si reanudan el

sueño. Por otro lado, aunque durante la fase depresiva algunos pacientes refieren dormir en exceso, cuando la depresión se intensifica suele acontecer un insomnio melancólico persistente.

Las *Polisomnografías* sugieren que los desequilibrios del sueño son muy importantes en el viraje o cambio de fase (*switch*) y en las recaídas. También, se ha constatado que existe un sueño superficial, con frecuencia no reparador, que presenta una disminución neta de las etapas III y IV. Se ha demostrado que la privación de sueño tiene capacidades antidepresivas agudas, que se pierden al dormir. Por otra parte, la privación de sueño prolongada es un factor generador de episodios de elevación anímica en individuos vulnerables con Humor Bipolar. La privación del sueño suele asociarse a cambios de fase hacia la hipomanía, y puede ser el modo a través del que cual en algunas circunstancias, los estímulos, en ocasiones estresantes, pueden desencadenar, a veces, unos episodios maníacos.

Por otro lado, en los *Potenciales Evocados*, hay una reducción de amplitud del *potencial auditivo P50* tanto en la fase maníaca como en la depresiva por desequilibrios en la transmisión noradrenérgica. La respuesta somatosensorial puede estar aumentada en la manía para una amplitud corta y reducida para unas amplitudes mayores.

DESEQUILIBRIOS EN EL SISTEMA DE SEÑALIZACION

Tras la liberación de un neurotransmisor y su unión en la membrana postsináptica, ocurre una *cascada de señalización de mensajeros secundarios* que provoca la respuesta celular. Es una vía compleja cuyos desequilibrios intervienen al parecer en la neurofisiología del Humor Bipolar.

En el *sistema AMP cíclico (AMPC)/proteincinasa A (PKA)* la concentración de las unidades reguladoras de PKA en el citoplasma celular es notablemente menor en las neuronas de la corteza frontal, temporal, occipital y parietal, del cerebelo y del tálamo de las personas con Humor Bipolar.

También es mayor la concentración de fosforilación de *Rap1*, proteína sita en las plaquetas, en personas con Humor Bipolar, que es estimulada por el AMPc. Esta fosforilación de la proteína Rap1 se relaciona con las vías de señalización intracelulares del calcio, ion que se encuentra en una alta concentración intracelular en las plaquetas, en los linfocitos y en los neutrófilos de las personas con Humor Bipolar.

VARIANTES ANATOMICAS Y FUNCIONALES VISTAS EN NEUROIMÁGENES

Las neuroimágenes nos han proporcionado muchos e interesantes datos sobre las distintas variantes de los organismos vivos a nivel del sistema nervioso. Especialmente en la neurología de los *homo* ha dado lugar al desenmascaramiento de cierta intimidad por la ocultación natural que ha sido característica del sistema nervioso. En el caso de los humanos bipolares se han visto, a veces, el aumento del diámetro de los ventrículos, el ensanchamiento de los surcos cerebrales y la atrofia del vermis cerebeloso, aunque son estos unos descubrimientos inespecíficos y sin un claro valor clínico.

La investigación de las relaciones entre las neuroimágenes y las variantes afectivas nos están dando constantemente una modificada comprensión sobre las personas con Humor Bipolar. Así, en la *RNM (Resonancia Nuclear Magnética)* se han detectado unas formaciones hiperdensas subcorticales y un menor volumen del lóbulo temporal.

En la *PET (Tomografía por Emisión de Positrones)* existe una disminución de la densidad de los *receptores dopaminérgicos D1* en el cortex frontal y un aumento de los *receptores D2* en los ganglios basales de algunos pacientes con Humor Bipolar Desequilibrado y, a veces, con síntomas pseudoesquizofrénicos.

Por último, en la *SPECT (tomografía por emisión de fotón único)* se produce, a veces, una redistribución de la perfusión cerebral con un aumento de la captación en las zonas inferoposteriores y con un descenso de dicha captación en las zonas límbicas, especialmente visibles cuando se ha procedido a suspender el tratamiento

a base de litio en una persona con Humor Bipolar Desequilibrado. También se ha podido observar ocasionalmente una hiperperfusión frontotemporal derecha y en el tálamo durante la fase de manía de un Humor Bipolar Desequilibrado.

FACTORES GENETICOS

Está científicamente reconocida en la neurofisiología del Humor Bipolar que un componente genético - unos factores genéticos - constituye un papel primordial, a pesar de que la investigación de los mecanismos de transmisión han resultado contrarios en algunas ocasiones. Se ha indicado y desindicado la participación del cromosoma 11 del brazo largo del cromosoma X; también de la región para el [HLA](#) del cromosoma 6 y del cromosoma 18; y la región 16 del brazo largo del cromosoma 4 y una combinación de [loci](#) de los cromosomas 6, 13, y 15 como corresponsables de la transmisión de la vulnerabilidad. También se replicaron estudios de [ligamiento](#) (en concreto para el brazo corto del cromosoma 18).

Pero las investigaciones epidemiológicas y en especial la concordancia de gemelos (mono y heterocigotos) hacen que estos factores sean esenciales en su patogenia. Así la coincidencia en gemelos idénticos es de un 60% y en gemelos bivitelinos de un 15%. Los factores genéticos también intervienen, a veces, en la expresión clínica y en el curso del Humor Bipolar, Desequilibrado o no.

Los estudios familiares han demostrado que existe una *mayor prevalencia en los familiares de las personas afectadas* si se comparan con los controles sanos. El riesgo de poseer un Humor Bipolar en los parientes de primer grado de consanguinidad de un paciente con HB desequilibrado es del 40% (del 70% para un gemelo monocigoto y de hasta un 10% para el resto de parientes de primer grado).

Parecen existir evidencias científicas de la existencia de distintos subtipos genéticos, incluyéndose entre ellos el de genes de efecto menor que podrían actuar independientemente y solo transmitir una vulnerabilidad parcial.

Los progresos en el mapeo del genoma humano y el análisis del ligamiento

genético nos va presentando un *modo de herencia complejo* y la *posibilidad de que varios genes intervengan* en la vulnerabilidad individual para tener esas variantes anímicas.

En algunos estudios de familias con Humor Bipolar se han encontrado evidencias de un *gen de susceptibilidad en el cromosoma 18*. Por otro lado, otros estudios han hallado en subgrupos de familias un *fenómeno de anticipación genética* (comienzo más temprano o más grave en generaciones posteriores). En algunas familias este fenómeno de la anticipación es causada por la expansión de las secuencias inestables de DNA.

Otro estudio aplicado es la *expresión genómica por el ARN mensajero*. El litio parece actuar alterando la expresión fenotípica de la transcripción del [ARNm](#).

Varias regiones cromosómicas han sido implicadas, incluyendo 13q13, 15q11-qter, 11p15, Xp27, Xq24-q27, la región pericentromérica del cromosoma 18 y 21q22.3. Sin embargo, estudios posteriores no han podido confirmar su implicación, posiblemente debido a la heterogeneidad genética y la complejidad de los factores genéticos.

En la actualidad no está claro que factores genéticos intervienen en la etiopatogenia, en la expresión clínica y en el curso del Humor Bipolar. Suponemos que en breve, las investigaciones sobre el genoma humano nos acercaran a ellos, a esos factores, y nos será posible hacer unas clasificaciones más adecuadas, una prevención mas concreta mediante el consejo genético y un tratamiento, si no individualizado, si extendido a franjas porcentuales de población.

EPIDEMIOLOGIA GENETICA

Estudios de familia

Los estudios de familia nos informan sobre la frecuencia de una variante en

determinados grupos familiares y calculan el riesgo de la misma en función del grado de parentesco con el probando de Humor Bipolar, sin distinguir entre la participación genética y la ambiental ya que los grupos comparten los genes y el ambiente.

Los casos de transmisiones complejas, como lo es el Humor Bipolar, se estudian mejor con las prevalencias familiares corregidas en función de las edades, del sexo, etc, y no pueden auxiliarse de los estudios dicotómicos (presencia/ausencia) que tan útiles son para las variantes monogénicas.

Los resultados globales de la prevalencia de las variantes afectivas, del humor, son difíciles de interpretar por los distintos sistemas diagnósticos y por la inestabilidad diagnóstica de algunas de estas variantes.

Estudios de gemelos

Se ha visto que el estudio de la coincidencia de la variante del Humor Bipolar en los gemelos y la distinción entre los índices de concordancia en los gemelos monozigotos y los gemelos dizigotos perfilan el rol de la herencia en la transmisión:

- En una variante hereditaria la concordancia entre los gemelos monozigotos ha de ser del 100%, mientras que en una variante esporádica o adquirida tendría que ser la misma que en los gemelos dizigotos (con los que comparten un mismo ambiente incluso desde la etapa prenatal) y parecida al resto de familiares.
- Cuando la concordancia entre los gemelos monozigotos es superior a la de los gemelos dizigotos sin llegar al 100% es por que existen además otros factores ambientales (*multifactoriedad* - participación de múltiples factores en la génesis- y *heredabilidad* -posibilidad de calcular qué proporción de estos factores son genéticos).

El total de las variantes afectivas tiene una heredabilidad del 60%, variando según la participación genética en las distintas formas clínicas. Al igual que en los estudios de familias, la mayoría de estudios de gemelos incluyen a pacientes unipolares y bipolares por lo que no siempre se puede diferenciar entre ambos subtipos.

Las muestras de gemelos se han usado también para ver la contribución relativa de la genética y el ambiente en la etiología de algunas variantes. Así, con el

estudio de los gemelos monozigotos separados al nacer o de los gemelos monozigotos discordantes para la variante se han realizado muchas investigaciones sobre la esquizofrenia pero muy pocas sobre el Humor Bipolar.

Estudios de adopción

Otra forma de estudiar la transmisión genética consiste en investigar tanto entre padres biológicos como entre los padres adoptivos de las personas con Humor Bipolar que han sido adoptados.

Cabría esperar de una variante genética la existencia de una concordancia superior con los padres biológicos que con los adoptivos, mientras de una variante ambiental la mayor concordancia sería con los padres adoptivos.

Estas investigaciones tienen dificultades metodológicas por el anonimato exigido de los padres biológicos y por ello son escasos y contradictorios, aunque dan soporte a la transmisión genética. Por otro lado, no tienen en cuenta los factores ambientales perinatales.

Cuando la madre biológica padece una variante de Humor Bipolar, el riesgo de esa variante en el hijo es de un 40% y de un 10% aproximadamente en adoptados cuyas madres biológicas no lo padecen. También se ha visto un mayor riesgo de comorbilidades (suicidio y abuso de sustancias) entre los parientes de los padres biológicos que de los adoptivos.

Los padres biológicos de los pacientes diagnosticados de Humor Bipolar presentan un mayor riesgo de tener Humor Bipolar que los adoptivos. De igual manera, los padres adoptivos de personas con Humor Bipolar presentan un riesgo de presentar otras variantes afectivas similar a la población general y los padres biológicos de pacientes bipolares adoptados lo tienen similar al de los padres de pacientes no adoptados.

ANALISIS DE SEGREGACION FAMILIAR

Para la mayoría de las variantes y de las enfermedades no existe un tipo de transmisión simple, por lo que hay que identificar cuales son los modelos de transmisión en las variantes de la afectividad.

La segregación familiar examina cual es el patrón de presentación y determina si es congruente con un hipotético modelo de transmisión. Se dispone estadísticamente de los instrumentos necesarios para la investigación de los posibles modelos de transmisión sin que se tengan que realizar hipótesis previas.

Estos estudios de segregación familiar confirmaran la hipótesis de la heterogeneidad dentro de las variantes de la afectividad y su papel de elemento de desconcierto en la forma de presentarse para la hora de subdividir grupos clínicos. Otro elemento de dispersión de los resultados es que no podemos descartar que algún subtipo de la variante afectiva sea hereditario mientras que otros sean fenocopias o esporádicos.

MODELOS DE HERENCIA

Modelo monogénico

En este modelo, un único gen es el responsable de la variante, pero no se puede generalizar para el Humor Bipolar en el que la mayor parte de su datos no son congruentes con él y este parece solo estar relacionado con algunas formas graves de los desequilibrios del Humor Bipolar. Se han descrito dos tipos de modelo monogénicos en los grupos familiares con variantes de la afectividad:

- *Autosómico dominante.* Con una transmisión de padre a hijo.
- *Ligado al cromosoma X.* Con una transmisión en el sexo femenino (sin transmisión de hombre a hombre).

Modelo de vulnerabilidad con umbral de susceptibilidad

Se hereda una especial susceptibilidad para tener esa variante y no se hace fenotípica hasta que intervienen determinados factores ambientales epigenéticos.

En esta hipótesis intervienen uno o más genes, constituyendo un modelo poligénico o multifactorial y explica las distintas formas clínicas de gravedad en función del número de genes implicados, de los factores ambientales y de los factores genéticos que modulan las características genotípicas.

Modelo de anticipación

En este modelo, las generaciones sucesivas tienden a presentar la variante de una manera más grave y más precozmente.

El número de tripletes en la secuencia afectada es normal hasta que en una determinada división celular (generalmente en la gametogénesis) se ve aumentado.

En principio, un ligero aumento del número de tripletes no provocaría la aparición de la variante de Humor Bipolar o sus Desequilibrios, pero tras el paso de algunas generaciones y sus sucesivas gametogénesis el número iría aumentando hasta el momento de su manifestación fenotípica.

Este tipo de modelo podría justificar el hecho de que en los últimos tiempos se esté viendo más frecuentemente el Humor Bipolar.

Herencia mitocondrial

En este caso, el *ADN mitocondrial*, que con la misma capacidad de transmisión de caracteres que el *ADN nuclear* solo lo hace por vía materna, constituye el modelo de transmisión en algunos subgrupos del Humor Bipolar.

GENÉTICA MOLECULAR

La genética molecular es el campo de la biología que estudia la estructura y la función de los genes a nivel molecular, con los métodos de la genética y de la biología molecular.

Ligamiento genético

En biología, un *loci* es una posición fija en un cromosoma, como la posición de un gen o de un marcador genético. Una variante de la secuencia del ADN en un determinado *loci* se llama *alelo*. La lista ordenada de *loci* conocidos para un genoma particular se denomina *mapa genético*, mientras que se denomina *cartografía genética* al proceso de determinación del *loci* de un determinado carácter biológico.

Las *células diploides y poliploides* cuyos cromosomas tienen el mismo alelo en algún *loci* se llaman *homocigotos*, mientras que los que tienen diferentes alelos en un *loci*, se llaman *heterocigotos*.

El *ligamiento genético*, es la asociación física entre dos *loci* (su cercanía en una misma hebra de ADN, lo que repercute en una baja frecuencia de recombinación entre ellos durante la meiosis y a una mayor probabilidad de herencia conjunta).

Como los *quiasmas*, entrecruzamientos generados durante la recombinación, se producen al azar a lo largo del cromosoma, a menor distancia entre dos *loci*, menor probabilidad de que se dé un quiasma y se originen variantes recombinantes.

Cuando los dos *loci* se encuentran en cromosomas distintos no están ligados: *no hay ligamiento*.

Según la *herencia mendeliana*, cada gen se transmite independientemente, por lo que la probabilidad de que dos genes se transmitan a un mismo individuo es igual o mayor al 50%, en el caso de que los genes estén cercanos en la misma región de un cromosoma.

Usando unos *marcadores genéticos identificados*, se puede inferir la localización cromosómica del gen responsable de una determinada variante, sin necesidad de disponer de una hipótesis neurofisiopatológica al no ser necesario conocer la función del gen para identificar su localización.

Es ideal para la investigación de *variantes monogénicas* (transmisión simple) y en poblaciones extensas. En las *variantes poligénicas* y complejas algunos genes implicados pueden no detectarse mientras que otros detectados no tienen repercusión fenotípica (no siempre los alelos distintos tienen la capacidad para codificar proteínas con una función distinta). De ahí la explicación del por que unos resultados tan limitados y tan contradictorios de que disponemos.

Gracias al análisis del genoma conocemos unos polimorfismos genéticos con un papel de marcador y hemos visto la limitación del ligamiento y su escaso valor para el estudio de las variantes de transmisión compleja con escasa relación entre genotipo y fenotipo. Algunos de estos análisis son:

- Utilizando el daltonismo como marcador genético para la transmisión PSMD = participación del cromosoma X.
- El gen de la insulina y el oncogen Harvey-Ras I (cromosoma 11) =positivos H en judíos Amish.
- Otros estudios= relación cromosoma X y Humor Bipolar en algunos pedigrees (no replicados en estudios posteriores).
- Relación entre subgrupos de Humor Bipolar y polimorfismos de ADN = loci de susceptibilidad a algunas regiones de los cromosomas X, 6, 11 y 21.
- Las regiones p16 y q35 del cromosoma 4. Que coinciden con la posible ubicación de genes candidatos (para el receptor de la dopamina D5 y el receptor alfa adrenérgico 2C) en estas regiones cromosómicas.
- La región pericentrométrica del cromosoma 18.
- La región q11 del cromosoma 22.

Los resultados de los estudios de ligamiento en las variantes afectivas a menudo no son suficientemente claros para afirmar una relación *Lod score* < 3 y en la mayoría de los casos no han podido ser replicados en grupos independientes de pacientes.

La asociación genética

En la asociación genética, utilizando en la mayoría de casos genes candidatos, se busca relacionar un marcador genético particular con una variante o rasgo complejo a través de una población más que dentro de las familias. Es la posible relación entre la presentación de la variante y unas determinadas modificaciones en los genes posiblemente responsables.

Partiendo de una hipótesis etiopatogénica, el gen o genes estudiados (genes candidatos) se relacionan con la función hipotéticamente desequilibrada:

- No siempre los distintos alelos de un gen tienen funciones distintas: puede ser que una variante ocasionada por las variaciones alélicas no sea considerada o que las variaciones no repercutan en su aparición.
- La variante puede deberse a una combinación de genes y la investigación de uno de ellos no tiene porqué dar la clave.
- Los falsos positivos también aparecen en las comunidades cerradas con una alta endogamia y una escasa variación alélica.

En el Humor Bipolar los genes candidatos se agrupan en:

Que codifican los receptores de los neurotransmisores

Entre ellos se han referido a los siguientes:

- ★ Genes Dopaminérgicos D2 y D4 (cromosoma 11). Algunas investigaciones han demostrado la asociación genética entre un alelo del gen que codifica D2 y el

Humor Bipolar en algunas formas desequilibradas que responden a veces favorablemente a la sales de litio.

- ★ Genes Dopaminérgico D5 y alfa-adrenérgico 2 C (cromosoma 4).
- ★ Genes Serotoninérgico 5HT1 y Gabérgico GABRA 1 (cromosoma 5).
- ★ Gen Gabérgico GABRA 3 (cromosoma 15).
- ★ Genes Serotoninérgicos 5HT2A (cromosoma 13) y 5HT2C (cromosoma X: asociación con Humor Bipolar en mujeres homocigóticas, con otras posibles variables genéticas o ambientales).
- ★ Gen que codifica el transportador de la serotonina (cromosoma 17, región 17q11-q12). Tiene un papel crítico en la neurotransmisión serotoninérgica y modula la acción de los ADT e los ISRS. Presenta dos alelos que le condicionan una función distinta a la del transportador. Al principio se creyó que era más frecuente en el Humor Bipolar la forma "484" (menos eficaz en la síntesis del transportador). Después se objetivó una mayor susceptibilidad para el Humor Bipolar en los homocigotos con historia familiar. Ultimamente se ha relacionado con el efecto directo del gen o con el fenómeno de modulación o con el de ligamiento de algún gen cercano.

Que codifican enzimas de síntesis y metabolismo de los neurotransmisores

- ★ El Gen codificador de la tiroxina hidroxilasa y el gen de la triptófano hidroxilasa (cromosoma 11). Algunas investigaciones han relacionado un alelo de la tirosina hidroxilasa y alguna forma desequilibrada del Humor Bipolar. Estos hallazgos no se han podido replicar ni concluir que el gen de la tirosina hidroxilasa tenga un papel primordial en la génesis del Humor Bipolar.
- ★ Algunos genes codificadores de enzimas de los neurotransmisores (MAO, COMT): no han dado la clave.
- ★ Los polimorfismos, utilizados como marcadores en investigaciones del ligamiento, se han convertido en genes candidatos: El gen codificador de la haptoglobina presenta una distribución alélica específica en algunas variantes de la afectividad y en el Humor Bipolar con historia familiar de manifestación

unipolar. Esta forma alélica, que es menos eficaz para la síntesis de la proteína, podría estar relacionada con una hipótesis inmunológica.

DIFICULTAD DE LA INVESTIGACIÓN GENÉTICA

Las dificultades en la investigación genética se agrupan en tres tipos de factores:

Factores Genéticos

Existe cierta confusión en los casos de transmisión compleja debida a fenómenos como: la penetrancia, la expresividad, la impronta genómica, las mutaciones somáticas, las epistasis, las fenocopias y el efecto aditivo de los distintos *loci*.

Factores Metodológicos

Se basan en:

1. Las muestras extraídas de unas poblaciones muy cerradas con alto grado de endogamia.
2. El uso de unos criterios clínicos mal definidos que dificultan la obtención de unos resultados homogeneizados y replicables.
3. Los errores estadísticos derivados de una muestra insuficiente.

Factores clínicos

Estos factores presentan dificultad en definir el fenotipo debido a:

1. La subjetividad, la imprecisión y la variabilidad de los síntomas como la única forma de clasificación las variantes de la afectividad.
2. La escasa estabilidad diagnóstica basada en un seguimiento longitudinal lo que constituye un ejemplo típico en el estudio del Humor Bipolar y de los casos mixtos de desequilibrios de este.
3. La alta comorbilidad, superior a la que se obtiene por azar y que nos hace sospechar de unos factores etiológicos comunes (mismo desequilibrio en unas distintas etapas evolutivas, desequilibrios de una gravedad variable o que una de las variantes analizadas sea secundaria a la principal).

CONSIDERACIONES GENÉTICAS PARA EL FUTURO

Exponemos aquí algunas observaciones que han recomendado los investigadores para tener en cuenta durante los estudios genéticos futuros:

- Establecer una definición diagnóstica y unos criterios para constituir las muestras seleccionadas.

- Disponer de unos instrumentos, manejados por personal experto, para objetivar los síntomas en los probandos y en los familiares en la investigación de la epidemiología genética.
- Hacer una buena selección y estratificación de los grupos para los controles y realizar las investigaciones con unas muestras suficientemente amplias.
- Usar unos adecuados métodos estadísticos y hacer las correcciones en función de las edades de riesgo y de otros factores ambientales.
- Utilizar unas formas de clasificación de los afectados que vayan mas allá de sus características clínicas, como por ejemplos: La edad de inicio (la cual es un factor de gravedad de los mismos), la heredabilidad del riesgo de suicidio, algunas características neurofisiológicas y algunas características de la conducta.
- Utilizar unas muestras muy homogéneas en las investigaciones de genética molecular, usando los criterios clasificatorios antes referidos.
- En los estudios de familias y de segregación familiar , ver si es preciso aplicarlos a poblaciones homogéneas clínicamente o a grupos más amplios, y valorar la utilidad del modelo de transmisión familiar como forma alternativa de clasificación etiológica.

DISTINCIÓN ENTRE HUMOR BIPOLAR Y UNIPOLAR

La alta prevalencia del humor depresivo, la subjetividad y la poca precisión de los síntomas dan lugar a que se clasifique como una misma variante a las que en realidad son de distinta etiología – a veces-, de distinta evolución y de distinto pronóstico.

Los estudios de familia afirman que el riesgo de parientes de primer grado de las variantes del Humor *Unipolar* es mayor que para la población general .

Los índices de concordancia entre gemelos monozigotos son menores que para los gemelos dizigotos tanto para el Humor Unipolar como para el Humor Bipolar. Esto se confirma en los estudios de gemelos monozigotos separados al nacer.

La adopción nos orienta sobre como los factores neurobiológicos son más predictivos que los factores ambientales en las depresiones mayores y descartan su influencia relevante en las depresiones menores.

Por un lado, con el *gen que codifica la haptoglobina* como marcador genético se ha visto una mayor frecuencia de la forma alélica Hp1 y el genotipo Hp1-1 en el Humor Unipolar que en los controles. Esta es una forma génica de menos eficacia inmunológica lo cual la relaciona con una hipótesis inmunológica.

Por otro lado, con el *gen que codifica la síntesis de transportador de serotonina*, se ha visto que el subgrupo de pacientes unipolares depresivos con melancolía (se cree un posible parámetro de mayor vulnerabilidad genética) se relaciona con una mayor frecuencia del alelo 484 (menor eficacia transportador) que en la población general, pero sin significación estadística.

La transmisión genética es menos relevante para Humor Unipolar que para el Humor Bipolar.

FACTORES ESTRESANTES DURANTE EL VIVIR

El fenómeno neuroelectrofisiológico conocido como *kindling* (aumento progresivo de la respuesta y reactividad eléctrica del cerebro al ser estimulado repetidamente), es homologado al curso natural del Humor Bipolar en el sentido de que *los factores estimulantes – a veces estresantes - durante el vivir, generalmente presentes como generadores de los episodios en los primeros desequilibrios, se van haciendo menos relevantes en los episodios venideros.*

Así, luego de varios de estos desequilibrios, éstos comienzan a desencadenarse espontáneamente, sin que medien factores estresantes

significativos. Es decir, *la vulnerabilidad para tener recaídas se vería aumentada con cada una de ellas*, lo que explicaría porqué los primeros episodios estarían más relacionados con los acontecimientos vitales que los últimos. Por otro lado *este fenómeno se ajusta a los modelos de kindling y sensibilización*.

El *modelo kindling* de las convulsiones límbicas, vía sensibilización de sustratos orgánicos, podría aclarar aspectos del curso de los desequilibrios del ánimo, incluyendo la predisposición por las experiencias estresantes tempranas en la vida, el empeoramiento de los episodios según progresa el desequilibrio, el acortamiento de la latencia entre el comienzo de un episodio y el momento de su máxima severidad, la progresiva aceleración en la frecuencia de los ciclos y la aparición de autonomía y espontaneidad de esta variante anímica. En sus etapas avanzadas resulta muy sugerente que la forma más recidivante y probablemente más severa del Desequilibrio del Humor Bipolar sea tratado efectivamente sólo por agentes terapéuticos como: las sales de litio, capaces de bloquear formas de sensibilización conductual, y fármacos anticonvulsivantes como la carbamazepina, el ácido valproico y otros.

Importante es señalar que *el desequilibrio del ritmo del sueño* suele ser un dato premonitorio que se sitúa entre el factor estresante y la sintomatología, maníaca generalmente.

Capítulo 5. Diagnóstico

El diagnóstico del Humor Bipolar y de sus Desequilibrios hay que hacerlo, como en el caso de cualquier otra variante y sus desequilibrios que afecten al Sistema Nervioso Humano, mediante:

- La *anamnesis* o historia .
- La *exploración*, general y neurológica.
- El *diagnóstico diferencial* con otras entidades.
- Las *exploraciones complementarias*.

El diagnóstico del Humor Bipolar es neuroclínico; es el derivado de la anamnesis y de la exploración general y neurológica (incluida la exploración de la conducta), a las que hemos de añadir (para poder excluir otras variantes y otros desequilibrios) algunos elementos analíticos complementarios como son determinados parámetros bioquímicos orgánicos, radiología,

electrocardiografía, estudios de neuroimagen y estudios de neurofisiología.

DATOS Y CONDUCTAS QUE NOS HACEN PENSAR EN EL HUMOR BIPOLAR

Estos elementos varían de unas personas a otras y sin embargo existen unos patrones comunes que se repiten con bastante similitud entre los distintos grupos de afectados.

HISTORIA FAMILIAR

En muy frecuentes ocasiones las personas con Humor Bipolar pueden observar, aunque sea de una forma retrospectiva al repasar sus recuerdos, que en sus familias hay antecedentes bien de Humor Bipolar, bien de depresión, bien de pseudoesquizofrenia, bien de suicidio o de algún intento suicida.

EDAD DE COMIENZO



Ilustración de la edad de comienzo (datos obtenidos de www.bipolarneuro.com entre el año 2006 y el 2009 sobre una muestra de 1800 encuestados).

Entre 10 y 15 años el 3%
Entre 15 y 20 años el 15%
Entre 20 y 30 años el 39%
Entre 30 y 40 años el 24%
Entre 40 y 50 años el 14%
Y más de 50 años el 5%

El Humor Bipolar está ya presente en la infancia – no en vano es una variante **genética** - pero su **debut diagnóstico se demora una media de 10 años** a partir del primer episodio de Desequilibrio que ya es susceptible de recibir tratamiento, es decir, cuando algún desencadenante (un estímulo circunstancial, estresante o no) hace que se manifieste como tal.

Dicha demora puede deberse a que su diagnóstico pueda ser confundido con alguno de los siguientes cuadros neurológicos:

- Una **comorbilidad** (Ⓢ). A veces el Humor Bipolar se confunde con uno de los cuadros neurológicos comórbidos a los que puede asociarse (*desequilibrios de ansiedad, desequilibrios de la atención, desequilibrios con y por adicción a drogas, desequilibrios obsesivos y compulsivos, desequilibrios de la personalidad, desequilibrios de la conducta...*) y pasa desapercibido temporalmente.
- Una **esquizofrenia** (Ⓢ). Es muy llamativo, *a posteriori*, para el bipolar que se le haya confundido, incluso, con una esquizofrenia en aquellos casos en que el desequilibrio cursó con *alucinaciones y paranoia, una pseudoesquizofrenia*. Y esto no siempre es fácil de evitar.
- Una **depresión unipolar**. Una depresión es unipolar si no ha presentado

una fase maníaca/hipomaníaca o no se ha percatado su existencia por parte del paciente y los próximos o por parte de un sanitario poco incisivo al realizar la anamnesis. *Distinguiremos entre una depresión unipolar y una bipolar más adelante.* Pues bien, cuando una depresión bipolar se trata como una depresión unipolar, con medicamentos antidepresivos solamente, vemos que, debido a la susceptibilidad de muchos pacientes al efecto maniforme de ellos, se puede pasar de la depresión a la manía o a la hipomanía con lo que, a veces, tanto el médico como el paciente se conforman ante esta respuesta positiva del ánimo pudiéndose repetir la misma situación en cada episodio en tanto no se llega a una franca manía (cuyos síntomas no suelen pasar desapercibidos) o a una profunda depresión. En ambos casos se replanteará el diagnóstico, pero ya existirá una demora de años en el mismo.

- Una **manía/hipomanía unipolar**. Ocurre algo similar a lo descrito para el error diagnóstico de la depresión unipolar. La manía/hipomanía unipolar es, la mayoría de las veces, una manía/hipomanía bipolar a la que no se le relaciona por el paciente, próximos o profesionales de la salud con un algún episodio depresivo.

A pesar de que se suele descubrir, con la demora, en torno a los 20 años de edad, existen muchos indicios de sus iniciales y a veces menores Desequilibrios en la pubertad o antes, de manera solapada. El inicio precoz puede ser indicador de mal pronóstico en la evolución de los episodios de Humor Bipolar Desequilibrado.

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

Dejada la depresión a su evolución natural, sin un tratamiento, viene a ocupar aproximadamente la mitad de la vida de una persona bipolar en la gran mayoría de los casos de un Humor Bipolar Desequilibrado. Todos los que leemos este trabajo sabemos lo que es la depresión, bien por haber leído previamente sobre ella, por

haberla vivido en un ser próximo a nosotros o, lo que es más docente, por haberla padecido. Son sus síntomas principales la *apatía*, la *tristeza* o *sensación de vacío*, la *inhibición social* y el *deseo de morir*. *Se trata de una persona que no tiene ni una sola razón de ser ni de existir*. Y en esto último radica su importancia. Al no tener una *razón de ser* se malvive sin esperanza. Al no tener una *razón de existir* ponemos en riesgo nuestra vida. Hablaremos más delante de ello, pero ahora nos interesa más **diferenciar la depresión bipolar de otras** (ver cuadro en la página 81).

SÍNTOMAS DE MANÍA

Son síntomas de manía la hiperactividad, la euforia, la conducta desordenada, las ideas delirantes, etc.

SÍNTOMAS DE HIPOMANÍA

Es una manía atenuada. La manía y la hipomanía pueden ocupar aproximadamente un 10 % de la vida de un afectivo bipolar si las dejamos a su evolución natural.

	Depresión Unipolar	Depresión Bipolar
Precocidad de inicio	-	+
Número de episodios	-	+
Duración	+	-
Drogadicción	-	+
Impulsividad	-	+

Búsqueda de estímulos	-	+
Fracasos de pareja	-	+
Herencia genética	-	+
Ansiedad	+	-
Síntomas no cerebrales	+	-
Agitación	+	-
Retardo	-	+
Diferencias episodios	-	+
Labilidad emocional	-	+
Horas sueño	-	+
Pérdida de peso	+	-
Presentación postparto	-	+

Diferencias fundamentales entre la depresión bipolar y la unipolar (Modificada de Goodwin y Jamison, 1990).

FORMAS DE PRESENTACIÓN

El Humor Bipolar Desequilibrado se clasifica en medicina dentro de los trastornos afectivos (del estado de ánimo) y se caracteriza, a diferencia de los Desequilibrios Unipolares, por combinar los episodios de depresión con episodios de exaltación afectiva (humor) y motriz, a los que tradicionalmente se ha denominado maníacos/hipomaníacos.

Existen diversas formas y desequilibrios dentro del Humor Bipolar, que, como veremos y hemos visto, tienen una forma de presentación característica y unas causas genéticas, neurobiológicas que motivan que el tratamiento sea, fundamentalmente, farmacológico. Hay numerosas clasificaciones de la forma de presentarse el Humor Bipolar (HB). Vamos a referirnos aquí a la más comúnmente usada en la medicina y en la psicología y después nos referiremos a nuestra propia clasificación:

- ◆ El llamado **Trastorno Bipolar de tipo I**. Cursa con *fases maníacas* y *fases depresivas* muy desarrolladas, aunque además puede asociarse a *fases hipomaníacas* (manía suave, nunca acompañada de alucinación o paranoia) y a *fases mixtas* (en las que se mezclan los síntomas maníacos con los depresivos -los episodios de manía y depresión no están

claramente definidos en lo temporal, coexistiendo en los mismos tiempos; suele haber hostilidad, cambios rápidos de humor, comportamiento descontrolado e insomnio-) y, a veces, a *fases de alucinación o paranoia o pseudoesquizofrénica* (en ellas se pierde el contacto con la aparente realidad).

- ◆ El llamado **trastorno bipolar de tipo II**. Cursa con depresiones e hipomanías, pero nunca con manía o fases mixtas (nosotros tenemos dudas sobre esto último de las fases mixtas). Muchas veces se confunde con el llamado trastorno depresivo unipolar porque los pacientes acostumbran a acudir al médico solamente durante las fases depresivas. Puede convertirse en un tipo I.
- ◆ La **ciclotimia**. Es considerada el tercer tipo de Trastorno Bipolar, y el más leve. Consiste en cambios frecuentes de humor, de horas, de días de duración, que hacen parecer al afectado *raro, difícil o inestable*, por lo que con frecuencia es etiquetado del llamado trastorno de la personalidad. En ella la hipomanía y la depresión tienen dimensiones minoradas pero en aproximadamente una cuarta parte de los casos pasan al tipo II y en algunos casos, en pocos, al tipo I.

Aunque nosotros no solemos recurrir a los *criterios del DSM*, ni los aconsejamos - por *estrictos, biblistas y dejar escapar numerosos cuadros bipolares* - los referimos aquí para información del interesado:

CRITERIOS DEL DSM PARA EL EPISODIO DEPRESIVO

Presencia de los siguientes síntomas (su número para la valoración dependerá de la pericia del clínico):

- (1) Se siente triste o vacío, llanto, puede ser irritable.
- (2) Disminución del interés o capacidad para el placer.
- (3) Pérdida o aumento de peso.
- (4) Insomnio o hipersomnía.
- (5) Agitación o enlentecimiento.
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa.
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

CRITERIOS DEL DSM PARA EL EPISODIO MANIACO

Presencia de los siguientes síntomas (su número para la valoración dependerá de la pericia

del clínico):

- (1) Autoestima exagerada o grandiosidad.
- (2) Disminución de la necesidad de dormir.
- (3) Más hablador de lo habitual o verborreico.
- (4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
- (5) Distraibilidad.
- (6) Aumento de la actividad intencionada (socialmente, trabajo, estudios, sexualmente) o agitación .
- (7) Implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial de riesgo.

CRITERIOS DSM PARA EL EPISODIO MIXTO

Se cumplen casi a diario los criterios para un episodio maníaco y para un episodio depresivo

Nosotros clasificamos el Humor Bipolar Desequilibrado y sus formas de presentación (como ya vimos en el capítulo 3, página 48), de entrada, simplemente en:

- El **Humor Bipolar Desequilibrado Grave**: que tendría, además de la bipolaridad (manía-hipomanía/depresión, a veces en episodios mixtos y en episodios de viraje rápido), síntomas alucinatorios o paranoicos, conductas suicidas, adicciones a sustancias de uso y abuso con neurotropismo trascendente, necesidad de incapacitación (al menos temporalmente), necesidad de internamiento y alguna circunstancia que lo esté desequilibrando o agravando si ya estaba desequilibrado (un embarazo, la toma de medicamentos desestabilizantes, la existencia de otro desequilibrio orgánico que sea también notorio...) etc. - el etc. es ampliable, claro está -.
- El **Humor Bipolar Desequilibrado Menos Grave**: que estaría provisto de los contenidos del *Grave solo en lo referente a la bipolaridad*, que en sus extremos polares produciría en la persona afectada una falta de encaje trascendente en la vida familiar, social y laboral uni o bidireccional.

Luego, después de esta aclaración, podemos hasta ahora decir que existen los siguientes:

- **Humor Bipolar Estable - basal-** (HB)
- **Humor Bipolar Desestabilizado Grave** (HBDG)
- **Humor Bipolar Desestabilizado Menos Grave** (HBDMG)

Por otro lado, existe la posibilidad de que el Humor Bipolar (HB) sea cada uno

de los siguientes, la combinación entre ellos o las combinaciones posibles de estos y los expresados en el párrafo anterior:

- **Autoconfortante** (autoasimilable): Humor Bipolar por el que la persona no se autoencuentra afectada negativamente.
- **Heteroconfortante** (heteroasimilable): Humor Bipolar que no afecta negativamente a los próximos ni ajenos.
- **Autodisconfortante**: Humor Bipolar que produce algún tipo de disconfort en la persona que lo posee.
- **Heterodisconfortante**: Humor Bipolar que produce algún tipo de disconfort en los próximos o ajenos.

El curso de estos desequilibrios suele ser crónico, con recaídas y remisiones, obligando a un tratamiento a largo plazo. En estos casos es fundamental convencer al paciente y a sus allegados de la necesidad de dicho tratamiento para impedir las importantes secuelas que podrían derivarse tanto neurológica como socialmente.

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hay que hacer el diagnóstico diferencial, como en todo diagnóstico, con otras entidades cuyas manifestaciones puedan reproducir o remedar al *Humor Bipolar* en cualquiera de sus posibles fases. Es fundamental hacer el diagnóstico diferencial con aquellas *manifestaciones neurológicas y con los efectos de las sustancias de abuso y fármacos* que remedan el Humor Bipolar. Algunas personas debutan con un cuadro de estas características, como aparente efecto secundario a un estímulo, y posteriormente desarrollan una autonomía efectora, aunque a veces solo lo hacen, recaen, si se someten al mismo estímulo (la cocaína por ejemplo).

Es fácil confundir el Humor Bipolar con la *depresión mayor unipolar* o con la llamada *distimia* cuando este debuta con una fase depresiva. En la depresión mayor suelen indicarse como tratamiento los antidepresivos y en el Humor Bipolar los

	Isoniacida Bromocriptina Hidralacina Cimetidina Disulfiram Corticoides, ACTH Cloroquina Antiparkinsonianos Deficiencia de vitamina B12
--	--

LA COMORBILIDAD

Es muy importante hacer el diagnóstico de Humor Bipolar Desestabilizado junto a otras situaciones de desequilibrio con las cuales puede asociarse. Es lo que se conoce como **comorbilidad**. Así tenemos:

- ★ **Depresión unipolar.** Ya hemos visto en el cuadro de la página 84 sus principales características diferenciales.
- ★ **Personalidad limite.** Llamado borderline, limítrofe o fronterizo, es el grupo de la variación de la personalidad mas abundante. Se caracteriza por una disregulación emocional junto con un pensamiento extremadamente polarizado y unas relaciones interpersonales de carácter caótico. Existe en ellos una inestabilidad generalizada del estado del animo, de la autoimagen y de la conducta. También del sentido de identidad, pudiendo esto llevar a *disociaciones* (Ⓜ).
- ★ **Obsesión y compulsión.** Ansiedad acompañada de pensamientos intrusos, recurrentes y persistentes que inquietan y preocupan dando lugar a compulsiones para reducir esa ansiedad. Suele aparecer previa al debut del Humor Bipolar.
- ★ **Ansiedad.** Dentro de sus variedades se incluye la anterior. Son situaciones de aprehensión , tensión y síntomas predominantes del sistema nervioso periférico.

- ★ **Inatención e Hiperactividad.** Es un comportamiento de distracción que alterna con breves periodos de atención, con inquietud motora, inestabilidad emocional y conductas impulsivas. Existe un intenso solapamiento entre el Humor Bipolar y la inatención e hiperactividad.
- ★ **Adicciones** (alcohol, cocaína, *porros*, actividades y relaciones). Son dependencias derivadas de toda actividad que un individuo no pueda controlar. El *alcoholismo* es de las comorbilidades más frecuentes. Suele ser un factor premórbido que precede en torno a un año al episodio maníaco y suele ser de peor pronóstico. Por otro lado, el consumo de *cannabis*, agrava el curso del HB más que desencadenar su debut.
- ★ **Esquizofrenia.** Personalidad con pérdida del contacto de la realidad y deterioro del funcionamiento social.
- ★ **Desequilibrio de la conducta alimentaria (bulimia).**
- ★ **Desequilibrios de la conducta.** Son frecuentes como primera manifestación del HB y la manía (agresividad, irritabilidad, conductas explosivas, conductas exigentes).
- ★ **Desequilibrios del control de impulso.**
- ★ **Suicidio.**

ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS

LA ANAMNESIS. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.

La anamnesis es la historia de tu vida. Es la historia de lo que te ha pasado, de lo que te pasa y te lleva a la consulta - el *motivo de consulta* - y es la *historia de como ha acontecido eso que te pasa*. También es la historia de tu vida familiar, en pareja, social y laboral.

Tu expondrás lo que te parece relevante y el profesional sanitario te interrogará sobre aquellos aspectos que a el le pueden servir para resolver tu caso. Te

preguntará sobre episodios depresivos, sobre episodios en los que estuviste más expansivo de lo habitual, sobre fases de tu vida en la que asumiste conductas arriesgadas (gastos excesivos, promiscuidad sexual, consumo de sustancias tóxicas, intentos de empresas irrealizables o de gran dificultad). También te preguntará, o lo contarás tu sin necesidad de ello, si ha existido algún estímulo medioambiental, estresante o no, de emotividad positiva o negativa, con el que relacionar lo que te pasa.

El profesional debe preguntarte a ti y a quien te acompañe y te conozca (familia, pareja, amigo), y esto es algo que debes tener asumido desde antes de acudir a la consulta. Este acompañante ha podido observar alguna cosa que para ti ha podido pasar inadvertida o simplemente tu has minusvalorado.

Hay que repasar los *antecedentes personales y familiares*, estén o no en relación con lo que te ocurre ahora.

Son elementos claves de la anamnesis en el paciente con Humor Bipolar las siguientes preguntas y observaciones:

- Preguntar al paciente y a su acompañante acerca de los *antecedentes familiares*, en particular si alguien de la familia tiene o ha tenido Humor Bipolar.
- Preguntarle sobre los *antecedentes médicos personales* y sobre cualquier *medicamento* que se haya tomado o se esté tomando.
- Durante la anamnesis se observa el *comportamiento del paciente*, así como su *estado de ánimo*.
- Hay que preguntarle sobre las *fluctuaciones* que ha tenido su *estado de ánimo*, tanto recientemente como en otras etapas de su vida.
- *A la familia* habrá que preguntarle sobre el comportamiento y estado de ánimo actual y también en el pasado.

Hay que tener en consideración lo siguiente:

- Paciente y acompañante pueden no tener la información adecuada acerca de los padecimientos de la esfera cerebral en sus antecesores y próximos.
- Igualmente pueden eludir o silenciar algunos antecedentes personales o la toma de medicamentos que consideran carentes de importancia o de una esfera muy íntima.

- *En cuanto a las fluctuaciones anímicas, algunas de ellas pueden ser consideradas como normales por parte del paciente y acompañante, en especial las hipomanías, y no ser referidas. Los pacientes rara vez admiten los períodos de exaltación anímica.*
- *A veces, el acompañante del paciente lo es desde hace pocos años y desconoce su biografía.*
- *La anamnesis vendrá muy determinada por la fase en que el paciente acuda a la consulta (maníaca, depresiva, mixta) así como por la voluntariedad en la asistencia.*

En cualquier caso, una vez que el clínico obtiene suficientes datos derivados de esta fase diagnóstica, deberá proceder a un primer encuadre diagnóstico: *está el paciente maniaco, está depresivo o está mixto.*

LA EXPLORACIÓN

¿Que pensarías si el mecánico de tu automóvil te lo intentara reparar con solo los datos que tu le contaras. Sin hacerte preguntas y *sin abrir tan siquiera el capó* para echar un vistazo al motor? *Pensarías que no es un buen profesional.*

Nuestro aspecto: nuestra facies, nuestra actitud e incluso nuestra vestimenta son el equivalente del aspecto externo del coche (seguimos con el símil del mecánico). Cierto que de ese aspecto se pueden sacar algunas conclusiones - que no siempre son válidas- pero que en cualquier caso son insuficientes si no se explora nuestro organismo en profundidad. Hay que desconfiar de aquel profesional que no abandona el otro lado de la mesa para explorarte (que no abre el capó de tu coche).

Hay que hacer una **exploración general** y una **exploración neurológica**. Se trata de una exploración *física* - <http://www.neurologia.org.es/00068.-La-F-sica/>- pues en neurobiología no hay algo que no sea físico. También la exploración del ánimo, de la personalidad, de la manera de percibir, etc. , es física. Es la física de tu

sistema nervioso. ¿O acaso escuchar lo que nos relata otro no es algo físico?

Hay que llevar a cabo un examen físico para identificar o descartar aquellas causas que pueden remedar un Humor Bipolar, Desequilibrado a veces. Es necesario y debe ser reglado, completo y riguroso. Debe hacerse de la misma manera que cuando queremos un diagnóstico diferencial en cualquier otro caso.

En neurología siempre se desconfía de los diagnósticos realizados con exploraciones físicas a medias, poco rigurosas, y no digamos de las realizadas desde el otro lado de la escribanía sin haber invitado al paciente a tumbarse en la mesa de exploraciones.

Incluimos en esta exploración física la utilidad que puede tener a veces el empleo de algunos tests pero ojo con lo engañoso de sus valoraciones hechas sobre estimaciones estadísticas. No se debe olvidar aliñarlos, los tests, con la experiencia – a veces sabia- del profesional que los emplea.

ELEMENTOS QUE OÍMOS Y VEMOS EN LA ANAMNESIS Y LA EXPLORACIÓN

El aspecto externo

Se dice que la persona con un Humor Bipolar, en un *desequilibrio maniaco*, puede aparentar un contacto fácil y animado, pero realmente es, a veces, difícil mantener una comunicación con ella debido a su predisposición a la falta de discreción y de prudencia, así como a su impertinencia.

Se ha dicho mucho que a veces esta persona se viste de forma llamativa, con llamativos colores y abalorios. Cuando la manía es muy intensa, puede mostrarse desarreglado, sucio y, a veces, incluso desnudo.

También se ha dicho, y mucho, que si están muy irritables pueden pasar de la amabilidad a la violencia de forma muy aguda. El maniaco suele intentar conducir la entrevista y la hace difícil por su distraibilidad y su locuacidad. Excepcionalmente

puede haber formas de manía catatónica y agitaciones.

Parece que en un *desequilibrio depresivo*, es más frecuente que el paciente presente los síntomas atípicos (hipersomnia, hiperfagia y reactividad del humor) que los típicos de la depresión unipolar, con lo que puede mostrarse descuidado en su higiene y más apático que triste. También frecuentemente la depresión es de tipo melancólico y el paciente puede aparecer callado, muy enlentecido y ,puede que, sin percibir que está desequilibrado.

El estado de ánimo

En el Humor Bipolar hay a menudo, y de forma basal, una *euforia expansiva* rodeada de cierto toque irónico-burlón. El bipolar sonríe, bromea, chascarrillea y parece muy optimista. Tiene un humor contagioso.

Algunas personas *aumentan su productividad* durante las fases hipomaníacas, aunque, por lo general, con el progreso de la fase a la manía, se vuelven ineficientes.

La *falta de autocrítica* no les deja corregir los errores y si alguien se los indica (o les frustra o les contraria) pueden reaccionar inadecuadamente, yendo de la alegría al enojo. Esto último es un claro ejemplo de que muchas veces hay una falta de especificidad en el empleo de rasgos clínico-diagnósticos ya que la falta de autocrítica es bastante frecuente entre los *homo*, sean o no de Humor Bipolar.

Algunas veces presentan una *labilidad emocional*, pasando de la risa al llanto fácilmente; ésto, en muchos de los casos, forma parte de un estado mixto.

Frecuentemente se combina un ánimo deprimido con la aceleración del curso del pensamiento y con ansiedad. Este tándem se ha referido como de un elevado riesgo de suicidio.

En la depresión el ánimo está triste o se expresa como una sensación de vacío y anestesia emocional.

La atención y el curso del pensamiento

La *manía* y la *hipomanía* se caracterizan por una exaltación general de la actividad cerebral, siendo uno de sus síntomas fundamentales la *aceleración del curso del pensamiento*, que se traduce, generalmente, en un aumento de la locuacidad y de la velocidad de verbalización (la característica *verborrea* de estas personas).

En una manía aguda puede haber incluso *logorrea e incoherencia*, dando lugar a un cuadro de confusión con desorientación temporoespacial. En algunos casos se ha referido que la velocidad del pensamiento es tal que el paciente se muestra *bloqueado o catatónico*.

La aceleración del curso del pensamiento puede dar lugar a frecuentes desrielamientos, que se expresan en forma de *fuga de ideas*.

La *atención* está generalmente *umentada*, pero a veces de una forma superficial, ya que, debido a la notable distraibilidad, cualquier estímulo acaba invadiendo el discurso y desviándolo de su objetivo.

Las *asociaciones rápidas* pueden dar lugar a equiparaciones, rimas, juegos de palabras y chistes, [a veces de significado oscuro para el que las oye](http://www.neurologia.org.es/00045.-La-risa-de-reirse/) (<http://www.neurologia.org.es/00045.-La-risa-de-reirse/>), pero las más de ellas de gran ocurrencia, que son muy frecuentes en el Humor Bipolar, Desequilibrado o no.

En la *depresión* el curso está enlentecido y el paciente no encuentra a veces las palabras que desea para expresarse, o lo hace con lentitud. Esto último se puede entender como parte de un deterioro cognitivo, como efecto secundario de la medicación o como secuelas de la reiteración de los desequilibrios.

El contenido del pensamiento

Durante la *manía* existe una *elevada autoestima* que hace sentirse al bipolar capaz de realizar cualquier intención o plan, una casi omnipotencia; a veces, se puede creer con algún poder especial y sin limitaciones. Las intenciones y los planes del bipolar, según la intensidad de la manía/hipomanía, pueden ir desde la realización de una inversión arriesgada (riesgo que el paciente no percibe), hasta estar llamado a salvar a la humanidad mediante alguna invención o un acto altruista.

Aquí, como en el caso anterior de la falta de autocrítica, existe otro ejemplo de empleo inespecífico de un rasgo clínico-diagnóstico. Así la autoestima elevada acompaña al *homo* en innumerables circunstancias, se tenga o no un Humor Bipolar.

Mientras en la *hipomanía* no suele haber *síntomas de alienación*, en la manía, la mayoría de las veces, están presentes.

Algunos pacientes muestran una *megalomanía* con un cierto tono paranoide, que les lleva a considerarse seres especiales, envidiados o perseguidos por unos inexistentes enemigos.

Cuando las *ideas* expresadas son *delirantes*, se pueden enmascarar hasta cierto punto los desequilibrios de humor y plantear ciertas dificultades diagnósticas. Si el *delirio* es *congruente* con el estado de ánimo (reviste carácter de grandiosidad, megalomanía o mesianismo) el diagnóstico está más claro, pero los *delirios incongruentes* con el estado de ánimo son incluso más frecuentes. Cada vez resulta más evidente que en la manía puede haber todo tipo de síntomas alienantes característicos de la esquizofrenia y comportándose como una pseudoesquizofrenia.

En la *depresión*, las cogniciones son negativas y pesimistas y puede haber delirios de culpa, de inutilidad, de castigo o hipocondríacos (convicción de padecer una enfermedad incurable), que se asocian a un elevado riesgo de suicidio.

La percepción

En la manía puede haber *desequilibrios perceptivos* como los que se producen en otros cuadros clínicos con elementos alienantes. Son las *alucinaciones auditivas* las que mas se presentan y suelen guardar relación con el delirio y el estado de ánimo. También pueden darse en la fase depresiva o en las fases mixtas, pero no en las hipomaníacas.

La motricidad y la conducta social

En la *manía* existe una hiperactividad que puede ir desde la inquietud hasta la agitación, pudiendo esa actividad hiperproductiva convertirse en improductiva. La

persona parece no poder detenerse: gesticula, canta, vocifera, ríe, baila y realiza llamadas de atención a los demás. Muchas veces ella puede controlar estas eferencias durante un tiempo y se puede mostrar tranquilo, pero nada más que en apariencia. Así, las fluctuaciones en la intensidad de la manía pueden hacer que, durante algunos espacios de tiempo, se aparente, y lo sea, una conducta completamente normal.

Si está *deprimido*, el bipolar, se muestra generalmente inhibido, apático y clinofílico (con o sin hipersomnía). Esta última, la clinofilia, es también a menudo frecuente como conducta dentro del grupo humano considerado dentro de la normalidad.

El comportamiento social en las fases maníacas e hipomaníacas es bastante característico: existe un aumento de la sociabilidad en la que ocasionalmente pueden darse algunas indiscreciones u osadías. También puede aumentar a veces el consumo de sustancias con un neurotropismo transcendente, y esto puede enmascarar el diagnóstico.

La sociabilidad también puede acompañarse de una elevada generosidad con la que malgasta el dinero y otras pertenencias (regalos caros, donaciones inadecuadas, negocios ruinosos que involucran a familiares y amigos) y que genera dificultades al salir de esa fase.

El deseo y la actividad sexual pueden estar aumentados y originar actitudes como el uso de ropas llamativas, conductas promiscuas y, a veces, modificaciones del objeto sexual.

En las fases depresivas el deseo sexual está generalmente inhibido (de estar aumentado, hay que sospechar un episodio mixto) y el retraimiento social es muy frecuente.

Otros aspectos neurológicos

El *nivel de alerta* está conservado casi siempre, pero existe una manía confusa que puede plantear dificultades en el diagnóstico diferencial con el *delirium*. De esta

manía confusa se dice que es especialmente frecuente en los casos de debut por desequilibrio en el post-parto.

Algunas personas pueden presentar *hipermnesia* para hechos remotos, pero también es frecuente que haya *déficits*, especialmente en la memoria a corto plazo, por las dificultades en la concentración y la fijación de unos recuerdos que originan la aceleración del pensamiento.

Durante las fases depresivas, el enlentecimiento cognitivo produce a veces un deterioro de las capacidades cognitivas que es recuperable tras ese periodo anímico, aunque algunos pacientes bipolares pueden presentar disfunciones cognitivas residuales después de haber remitido estas fases y/o como consecuencia del tratamiento en sí.

Funciones neurofisiológicas

Tanto la persona maníaca como la deprimida presentan muy frecuentemente insomnio, el cual es muy a menudo uno de los síntomas premonitores de la desestabilización, del desequilibrio.

Este insomnio puede ser de la primera fase del sueño, de la segunda fase o de ambas fases, y en la manía no se acompaña de cansancio, por lo que muchos bipolares no lo identifican. Es en realidad, una disminución de la necesidad de dormir ya que el poco sueño que se experimenta es suficientemente, en principio, reparador.

El hambre y la sed pueden estar aumentadas, pero con frecuencia estas personas adelgazan, debido a su gran hiperactividad. Otras muchas ganan peso en la fase depresiva, aunque algunas pueden adelgazar.

La percepción de desequilibrio

Lo más común en la manía es que la persona no tenga disconfort, e incluso puede que se encuentre mejor que nunca (autoconfortante). Sin embargo, el nivel de alerta sobre el disconfort puede ir adquiriéndose a través de una adecuada

educación e información a la persona con Humor Bipolar Desequilibrado que debe hacerse durante una fase de las llamadas de eutimia en las que suele existir una mayor autocrítica.

El principal mecanismo de defensa utilizado por la persona maníaca es la negación, mecanismo que comporta grandes dificultades para que se adquieran unos adecuados niveles de alerta sobre un disconfort a veces camuflado. En la fase depresiva puede haber un nivel de alerta sobre el disconfort que obedece las mas de las veces a causas que se atribuyen externas o a la propia personalidad del sujeto.

ANÁLISIS DE SANGRE Y ORINA. RADIOGRAFÍA DE TORAX Y ELECTROCARDIOGRAMA

Una persona *medicalizada*, como puede serlo en algún momento quien tiene un Humor Bipolar, a veces requiere un *tratamiento farmacológico de por vida*. Pues bien, ante esto el médico ha de examinar algunas partes de tu organismo previamente a la instauración de un tratamiento con una doble finalidad:

- ◆ *Descartar que haya algún problema que justifique lo que te está pasando.* Por ejemplo, que tu tenga síntomas de la Humor Bipolar debido a un mal funcionamiento de la glándula tiroides.
- ◆ *Tener unos parámetros analíticos previos al inicio del tratamiento* para que después sirvan de referencia en los controles que te habrá de efectuar durante el mismo cada 6 o 12 meses, unos, y cada más tiempo otros.

Análisis de sangre y orina

Chequeo rutinario de sangre y otros. Son análisis de rutina aquellos que se suelen pedir sin reflexionarlos en cualquier consulta médica, de la especialidad que sea. Esa rutina la ha establecido quien hace la solicitud sobre la base del saber de

otros médicos que previamente han convertido el conocer en saber. Pero a ese saber aludido hay que añadir el saber derivado del conocimiento propio, y también ajeno, de que, rutina a parte, hay otros parámetros analíticos que hay que añadir y que vienen orientados según se desprendan de los datos obtenidos durante realización de la anamnesis así como de los obtenidos durante la exploración del paciente.

Hay que solicitar: *Glucosa, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, ácido fólico, vitamina B12, GOT, GPT, GGT, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Mg⁺⁺, Fe, hematies, hemoglobina, hematocrito, plaquetas, protrombina, recuento y fórmula leucocitaria, VSG.*

Chequeo rutinario de orina. Cabe decir lo mismo que en el rutinario de sangre.

Hay que solicitar: *Bioquímica de orina y sedimento*, como mínimo.

Otras determinaciones. Ante determinadas sospechas establecidas desde la anamnesis y la exploración habrá que solicitar al laboratorio:

Hormonas tiroideas (T3, T4 y TSH). El estudio hormonal tiroideo es fundamental ya que bien el *hipertiroidismo* o el *hipotiroidismo* pueden acompañar a veces en forma de manía o depresión un cuadro remedante del Humor Bipolar Desequilibrado. Además el litio, fármaco de extendido uso en este problema precisa vigilancia de un buen funcionamiento de la glándula tiroides. Aunque las anomalías de la función tiroidea se han relacionado con el tratamiento a base de litio, a veces existen previas al tratamiento con él. Puede existir *hipotiroidismo subclínico* relacionado con la aparición de *ciclos rápidos*. Algunas formas del Humor Bipolar en la mujer se asocian a alteraciones detectables del sistema tiroideo, particularmente cuando existen ciclos rápidos, disforia prominente y una respuesta pobre a los tratamientos habituales. La tiroxina a altas dosis es eficaz en los casos resistentes (incluso sin hipotiroidismo subclínico).

VIH (Ⓢ). Si de la anamnesis y exploración se desprende la necesidad.

Determinación de drogas depresoras, estimulantes y alucinógenos. El porcentaje de población que las consume es altísimo.

Test de embarazo (en mujer en edad fértil). Su negatividad dará tranquilidad para el empleo de medicamentos potencialmente teratógenos y planificar un embarazo adecuadamente. Su positividad, además de alertarnos sobre lo anterior, nos estará indicando que los cambios hormonales que se van a

producir irán acompañados de cambios afectivos ante los cuales habrá que estar preparados.

Radiografía de tórax y electrocardiograma

Estas dos pruebas básicas en medicina es muy importante obtenerlas inicialmente junto a los análisis de sangre y de orina ya que nos van a orientar sobre la existencia de alguna patología que pudiera justificar lo que nos ocurre, que pudiera empeorar con el tratamiento a seguir (medicaciones cardiotóxicas) y, lo que no es menos importante, nos van a servir de referencias para posteriores controles que se pudieran precisar, suponiendo además una oportunidad para chequearse.

LA NEUROIMAGEN

Concepto

Se conoce como *neuroimágenes* a las técnicas de obtención de figuras o representaciones del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal). Ahora y aquí nos interesan las dedicadas a imágenes *del cerebro*, y estas pueden ser *estructurales* (las que nos dicen cuales son y que tamaño o forma tienen sus distintas partes) y las *funcionales* (aquellas que nos hablan de cómo funciona el cerebro mediante su flujo de sangre y sus actividades metabólicas).

Tipos

Existen numerosas técnicas de neuroimagen (*TAC, PET, SPET, RNM, RNMf...*) pero en la actualidad, la que mejor puede evidenciar datos para el diagnóstico del Humor Bipolar, descartar otros problemas del cerebro y también suele ser la más práctica y asequible, es *la RNM (Resonancia Nuclear Magnética)*. Veamos algunos

datos:

- ◆ **RNM.** Esta neuroimagen posee una elevada sensibilidad pero es poco específica. De hecho algunos problemas comparten rasgos estructurales en la RNM, como es el caso de la esquizofrenia y el Humor Bipolar, lo que podría sugerir que comparten también la hipótesis de variaciones durante el desarrollo neuroembrionario. Estos rasgos son:
 1. La *dilatación ventricular*, la *atrofia cortical*, la *disminución del volumen del lóbulo temporal* y la presencia de *hiperintensidades en la sustancia blanca*.
 2. También hay *hipoperfusión e hipometabolismo prefrontal dorsolateral de predominio izquierdo*, no estando este último aun aclarado si constituye un *rasgo de depresión o un estado de depresión*.
- ◆ **PET (Tomografía por Emisión de Positrones):** En ella se observa a veces una disminución de la *densidad de los receptores dopaminérgicos D1* en el cortex frontal y un aumento de los receptores *D11* en los ganglios basales de las personas con Humor Bipolar y con Pseudoesquizofrenia.
- ◆ **SPECT (tomografía por emisión de fotón único):** En ella puede observarse:
 1. Una *redistribución de la perfusión cerebral* con aumento de la captación en las zonas inferoposteriores y con descenso en las zonas límbicas, al suspender el tratamiento con litio.
 2. Una *hiperperfusión frontotemporal derecha* y en el tálamo en las fases de hipomanía.

LA NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

La **Neurofisiología** estudia la dinámica de la actividad bioeléctrica del sistema nervioso. Entre las herramientas neurofisiológicas están:

La Electroencefalografía (E.E.G.)

Es una exploración neurofisiológica que registra la actividad bioeléctrica cerebral en condiciones basales de reposo, en la vigilia o el sueño, y durante diversas activaciones (habitualmente mediante la hiperpnea y la estimulación luminosa intermitente). El electroencefalograma en el diagnóstico del Humor Bipolar es muy inespecífico.

La Polisomnografía

Es una prueba usada en el estudio del sueño. Los estados y las fases del dormir humano tienen unos patrones característicos de sueño y de vigilia que se observan mediante el *electroencefalograma* (EEG), el *electrooculograma* (EOG, que mide los movimientos oculares) y el *electromiograma* de superficie (EMG). Así, en el Humor Bipolar hay unas características polisomnográficas como las que siguen:

- Los desequilibrios del sueño son importantes en el viraje o cambio de fase y en las recaídas.
- Se ha visto un acortamiento en la latencia del período de movimientos oculares rápidos (REM) durante el episodio depresivo mayor.
- Se ha constatado un *sueño superficial*, a menudo no reparador, *con una disminución neta de las etapas III y IV*.

Los Potenciales Evocados

Evalúan la función del sistema sensorial auditivo, visual, y somatosensorial y sus vías mediante unas respuestas provocadas frente a un estímulo conocido y normalizado. Estudian la respuesta del SNC a los estímulos sensoriales, analizando las vías nerviosas que desde la periferia llevan la información hasta el cerebro (el córtex cerebral), el tronco cerebral y la médula espinal. En el Humor Bipolar hay algunas características en algunos de estos potenciales:

- *Potencial auditivo P 50*: Hay una reducción de su amplitud tanto en los desequilibrios maníacos como en los depresivos.
- *Respuesta somatosensorial*: Puede estar aumentada en la manía para una amplitud corta y reducida para amplitudes mayores.

- La P 300: Presenta una reducción de su amplitud con un patrón similar de afectación neurofisiológica tanto en el paciente esquizofrénico como en el bipolar durante un desequilibrio agudo de manía.

DIAGNOSTICO PRECOZ

Todo desequilibrio quiere un diagnóstico temprano y lo obvio no necesita explicación. Cuanto más episodios de desequilibrio del Humor Bipolar se produzcan, más riesgo de futuras recaídas, más riesgo de deterioro cognitivo y más riesgo de pérdidas de las estructuras sociofamiliares existe.

Así, el tratamiento precoz, derivado de un diagnóstico precoz, influye significativamente en la forma de expresarse el cuadro clínico. El tratamiento temprano mejora el pronóstico y la evolución del Humor Bipolar. Siempre hay que recordar que este Humor es la causa de un elevado número de suicidios.

Conocemos que el retraso existente y consabido, de años, entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico-tratamiento, puede deberse aun error en el diagnóstico primario por parte del sanitario o bien que el paciente no refiera los síntomas relacionados con su desequilibrio bipolar (esto es bastante frecuente) y conlleve a un diagnóstico falso secundario.

LA DIFICULTAD DE UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO

La edad de inicio del Humor Bipolar

Muy variados síntomas pueden preceder en años la aparición del desequilibrio de Humor Bipolar. Este, en su desequilibrio, puede iniciarse insidiosamente a cualquier edad (infancia, adolescencia o adultez), con mínimas variaciones anímicas (las más de las veces depresivas). En años también le pueden preceder algunos desequilibrios de la conducta.

Parece ser que en las *presentaciones más tempranas* (en la infancia y en la adolescencia), la manía tiene una mayor comorbilidad, existe un mayor desajuste social premórbido y es más frecuentemente la presentación de pseudoesquizofrenia.

Durante la infancia y la adolescencia estos desequilibrios pueden pasar por inadvertidos o bien recibir el diagnóstico de una inestabilidad comórbida, de ahí la importancia de afinar en los síntomas prodrómicos del Humor Bipolar y en el diagnóstico diferencial con su comorbilidad.

La bipolaridad y el curso clínico

La ausencia real o aparente de la bipolaridad en la clínica también, como no, dificulta el diagnóstico. Así, más del 50% de los pacientes con Humor Bipolar inician su debut real o está precedido su debut aparente de un *cuadro depresivo*. Es pues la depresión un indicador predictivo notorio. Algunas *características de la depresión que sugieren una evolución de Humor Bipolar* son:

- ◆ Si los *síntomas pseudoesquizofrénicos son congruentes* con el estado de ánimo.
- ◆ Si hay una *rápida evolución* de los síntomas.
- ◆ Cuando existe un *retraso intelectual y motor*.
- ◆ Si tiene lugar la presentación de una *manía farmacológica* (al instaurar un tratamiento con antidepresivos).
- ◆ Cuando existe una *historia familiar* de un desequilibrio afectivo.
- ◆ Cuando no existe un curso episódico, sino crónico, insidioso, y con ciclación rápida o mixta, lo que es frecuente en los *niños y adolescentes*.

La existencia de síntomas pseudoesquizofrénicos

Un importante porcentaje de personas con Humor Bipolar debutan en su desequilibrio con *síntomas pseudoesquizofrénicos congruentes y/o incongruentes* con el estado de ánimo, lo que explica el porqué se les hace el diagnóstico erróneo de esquizofrenia.

La comorbilidad

Existe una alta comorbilidad en los primeros episodios de desequilibrio del Humor Bipolar, con independencia de su evolución. Entre la gran variedad existente, cabe destacar las siguientes:

- ★ **Desequilibrios por uso y abuso de sustancias.** El **Alcoholismo** es de los desequilibrios comórbidos más frecuentes. Suele ser un factor premórbido que precede en torno a un año al episodio maníaco y suele tener un mal pronóstico. El riesgo relativo de comorbilidad alcohólica y Humor Bipolar se ha llegado a señalar como alcanzando cifras del 6% en hombres y del 10% en mujeres. No hemos podido encontrar la causa de esta relación. El **consumo de cannabis** también es un desequilibrio comórbido muy frecuente. Agrava el curso del Humor Bipolar más que desencadenar su debut desequilibrado.
- ★ **Desequilibrios de la conducta.** Son frecuentes como primera manifestación del Humor Bipolar Desequilibrado en general y de la manía en particular (agresividad e irritabilidad, conductas explosivas, conductas exigentes, etc....).
- ★ **Desequilibrio por déficit de atención con hiperactividad (DDAH).** La clínica del Humor Bipolar Desequilibrado y del DDAH está solapada muchas veces. Se ha señalado una comorbilidad de ambos hasta en el 90% de los menores de 12 años.
- ★ **Desequilibrio obsesivo-compulsivo.** Suele ser previo al debut del

Humor Bipolar Desequilibrado.

- ★ **Desequilibrio del control de impulso.**
- ★ **Desequilibrio por ansiedad.**
- ★ **Desequilibrios por pánico.**
- ★ **Desequilibrios de la personalidad.**
- ★ **Desequilibrios de la conducta alimentaria (bulimia).**
- ★ **Desequilibrios de la supervivencia (suicidio, parasuicidio).**

EL PRÓDROMO DEL HUMOR BIPOLAR

El pródromo es *el malestar que precede a la inestabilidad* y constituye el conjunto de manifestaciones clínicas que alertan del comienzo o aproximación de un episodio de Humor Bipolar Desequilibrado, cuya duración va desde la aparición de estas primeras manifestaciones al momento en que se establece el diagnóstico, y es durante ese tiempo cuando se pueden tomar medidas terapéuticas que minoren sus efectos, a veces devastadores.

Las personas con Humor Bipolar no tienen pródromos comunes pero si repiten pródromos individuales en su evolución.

Los pródromos de inicio o del primer episodio

Los *síntomas prodrómicos más importantes* son: las *variaciones del estado afectivo* (depresión/desesperanza), las *inestabilidades del nivel de energía* (aumento o disminución), los **desequilibrios del sueño** (la manifestación más frecuente de manía que podría participar en su automantenimiento), la *irritabilidad*, la *hostilidad*, los *ataques de cólera* y otros desequilibrios conductuales. Este perfil es

especialmente significativo si se presenta de forma episódica.

He aquí una **tabla** modificada con los *síntomas prodrómicos más frecuentes por grupos de edad* que puede ser muy orientativa para considerar el Humor Bipolar en los niños y los adolescentes.

Menores de 6 años	De 7 a 10 años
Llanto Aumento de energía Exigencia Problemas cognitivos Ansiedad, miedo y preocupación	Irritabilidad Llanto Exigencia Disminución de la energía Desequilibrios de la conducta
De 11 a 12 años	De 13 a 15 años
Ánimo depresivo Disminución de la energía Aumento de la energía Cambios de humor Ansiedad y preocupación Llanto	Ánimo depresivo Irritabilidad Disminución de la energía Disminución del sueño Exigencia Desequilibrios de la conducta y conductas exageradas Ataques de cólera y descontrol Incremento de la energía Hablador

En los *niños y adolescentes* el desequilibrio del Humor Bipolar puede comenzar con una manía o una depresión, siendo la clínica menos evidente, y es mayor el riesgo de los desequilibrios en el comportamiento y los abusos de sustancias.

Una *depresión* en la adolescencia tiene un riesgo triple de Humor Bipolar (se ha señalado que hasta un 70% de los casos puede comenzar con una depresión) que en un adulto. Son **factores de riesgo** los expresados anteriormente:

- Los *síntomas pseudoesquizofrénicos congruentes* con el estado de ánimo.
- La *rápida evolución* de los síntomas.
- El *retraso intelectual y motor*.

- La presentación de una *manía farmacológica* (al instaurar un tratamiento con antidepresivos).
- Una *historia familiar* de un desequilibrio afectivo.

Siguiendo con los niños y adolescentes, hay que decir también, que *los síntomas prodrómicos se diagnostican con demasiada frecuencia como desequilibrios por déficit de atención con hiperactividad (DDAH), de alta comorbilidad con el Humor Bipolar, y puede que no sean tantos*. También se les diagnostica como desequilibrios por ansiedad.

A pesar de lo expuesto no existe nada definitivo en cuanto al pródromo del Humor Bipolar, pero podemos vernos ayudados si contamos con *dos alertas especiales y necesarias*:

1. **La de los profesionales de la medicina y la educación**. Para detectar niños con sintomatología sugerente y darles la orientación conveniente.
2. **La de los padres**. Sufridores en primerísimo lugar de esta sintomatología en sus hijos. Y, hablando de padres, el riesgo de desarrollar un Humor Bipolar está aumentado en los hijos de padres con Humor Bipolar (*alertar no es alarmar*).

Los pródromos de recaída o nuevo episodio

Existen síntomas prodrómicos, tanto para la depresión como para la manía, que somos capaces de identificar, a veces, y que hay que diferenciar de las fluctuaciones del ánimo que toda persona con Humor Bipolar tiene estando en la fase de remisión o en una de eutimia. Durante esta fase de pródromos la mayoría de los bipolares buscan ayuda.

- ◆ **Pródromos de depresión**: las variaciones en el estado afectivo (síntoma más significativo), los cambios intelectuales y motores, el aumento de la ansiedad, las variaciones del apetito, las intenciones suicidas y los desequilibrios del sueño.

- ◆ **Pródromos de manía:** los desequilibrios del sueño (síntoma más significativo), los síntomas pseudoesquizofrénicos, las variaciones del estado de ánimo, los cambios intelectuales y motores, las variaciones del apetito y el aumento de la ansiedad.

Capítulo 6 .**Tratamiento**

En el tratamiento del Humor Bipolar se pueden hacer dos fases fundamentales y arbitrarias ya que el Humor Bipolar puede constituir un *proceso transversal* y un *proceso longitudinal*, precisando de una atención puntual o de fase aguda y/o de una atención continuada o de fase crónica o de mantenimiento.

Es fundamentalmente farmacológico y cuenta con la posibilidad de estar incluido en una profilaxis eficaz en aquellos casos en que los episodios de desequilibrio se reiteran. El tratamiento farmacológico debe acompañarse de una información y educación acerca de la posible naturaleza recurrente de los desequilibrios y como tratar de evitarlos.

La terapia del Humor Bipolar Desequilibrado va a depender de muchos factores. *No existe*, al igual que en el resto de la medicina y de la cirugía, *un tratamiento estandarizado para toda persona con Humor Bipolar*, así como no existe un Humor Bipolar único. Cada caso requiere una pauta de tratamiento *ad hoc*, el apropiado en ese momento y en esa persona. Así los profesionales de la sanidad conocen cuasi todas las posibilidades y muchas de las probabilidades de éxito y fracaso. Con ambos conocimientos se elabora la terapia más adecuada para cada ocasión.

Por ello conocemos que existen pautas de tratamiento que se sustentan sobre los llamados estabilizadores del ánimo - neurolépticos, anticomiciales, antidepresivos u otros, y, a veces, sobre la combinación de dos o más de estos fármacos. También conocemos que en algunas situaciones hay que recurrir a otras terapias por fracaso de los fármacos e instalarnos en el uso de estimulaciones magnéticas y eléctricas del cerebro. Todo ello, lo anterior, siempre acompañado de terapias cognitivas y conductuales y de información educativa sobre el Humor Bipolar y sus Desequilibrios posibles.

Decíamos en el prólogo de este trabajo que hay que pensar en un concepto más amplio, más extenso que es el *Espectro Bipolar*. Es en este espectro donde se presenta una gran riqueza de cuadros clínicos que, si bien responden en esencia clínica a la bipolaridad, no tienen igual respuesta terapéutica ante los distintos tratamientos. En cualquier caso, *antes de iniciar un tratamiento* hay que tener una valoración completa del paciente, conocer las comorbilidades posibles y el estado de ánimo actual. Por ello vamos a hacer aquí lo que podemos llamar la *presentación del arsenal terapéutico* con que cuenta la medicina científica en Occidente para hacer frente a los problemas derivados del Espectro Bipolar:

MEDICAMENTOS

El uso crónico de estos medicamentos necesita de una vigilancia estrecha. Nos referimos a unos controles médicos periódicos para poder relatar posibles síntomas que pongan en aviso sobre posibles efectos secundarios que se estén iniciando, en los que se hagan exploraciones completas y en los que se requieran análisis de sangre y orina (además de aquellos que se realizan para ver los niveles del fármaco como por ejemplo el litio) para descartar que su toxicidad esté pasando inadvertida. *Ningún medicamento está exento de riesgos.*

MEDICAMENTOS ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO O EUTIMIZANTES

Son los estabilizadores del ánimo o eutimizantes el total de los medicamentos medicamentos empleados para *estabilizar el ánimo en el Humor Bipolar Desequilibrado*. Pretenden que no haya, al menos de forma brusca, fluctuaciones del ánimo, de la afectividad, del humor, consiguiendo una estabilidad entre ambos polos (manía y depresión).

Se usan para prevenir una recidiva del desequilibrio y nadie sabe, o mejor dicho, cada médico estima el tiempo que ha de dejar dicho tratamiento en cada persona, según las experiencias propias y las ajenas.

A parte de estabilizar el ánimo, algunos tienen perfiles antimaníacos, antidepresivos u otros perfiles que se aprovechan para el tratamiento de la fase en sí en que se encuentre el bipolar desequilibrado. Estos perfiles hacen que muchas veces se puedan prescindir de otros medicamentos en el tratamiento, por ejemplo de los antidepresivos, al usar eutimizantes que tienen ese efecto (ejemplo: litio y lamotrigina).

Litio

Es el **Litio** el único medicamento que pertenece por doble derecho a este grupo de medicamentos: por ser el primero y de los más eficaces en la estabilización anímica y por ser el único que no se acompaña de otros fármacos del mismo grupo farmacológico. Fue el primer fármaco antimaníaco (1949), aunque su valor actual es como estabilizador del humor. Los demás, unos son neurolépticos, algunos son anticomociales y otros antidepresivos o ansiolíticos.

Al litio se le sigue considerando el principal para el tratamiento y la prevención de la manía y la depresión. El tiempo dirá si ese bien ganado primer lugar continúa cuando pasen más años del uso de los nuevos medicamentos. En nuestra opinión puede existir algo de culto al litio.

Neurolépticos

La palabra neuroléptico viene del griego *neuro*, nervio, y *lepto*, atar. Son inadecuadamente llamados antipsicóticos debido a su extendido uso cuando hay síntomas de los que se ha dado en ser llamados psicóticos en vez de esquizofrénicos o pseudoesquizofrénicos o de enajenación. Este mal llamarles ha originado cierto estigma en los bipolares y otros llamados a medicarse con ellos hasta el punto de que los rechazan de entrada al oír su nombre. Mejor llamarles *neurolépticos*.

Se emplean en el Humor Bipolar Desequilibrado en una doble vertiente: como *antimaníacos*, en la fase aguda, y como *estabilizadores* de ánimo o *eutimizantes*, en la fase crónica de profilaxis, junto a otros eutimizantes y a veces *antidepresivos*, por su acción sobre los receptores serotoninérgicos. Son de dos tipos:

Los típicos, clásicos o tranquilizantes mayores

Cumplieron una dilatada indicación en otras épocas. Hoy solo están indicados en las crisis de manía y en unos casos puntuales en que no exista una alternativa mejor. Su uso debe limitarse a lo anterior ya que ocasionan *depresión* y *discinesia tardía*. Caso de producir *distonía aguda*, ésta cede con la administración de

Beperideno intravenoso. Entre los más usados tenemos: *Haloperidol, Clorpromazina, Perfenazina, Levopromazina, Trifluopiperazina, Tioridazina, Tiotixeno.*

Los atípicos, nuevos o tranquilizantes menores

Son llamados de última generación, cuentan con menos efectos secundarios y poseen efectos beneficiosos como eutimizantes y antidepresivos. Entre los más usados tenemos: *Risperidona, Olanzapina, Clozapina, Quetiapina, Ziprasidona y Aripiprazol.*

Actúan bloqueando, antagonizando, los receptores dopaminérgicos D2. Los atípicos actúan, además, sobre los receptores de la serotonina, la *histamina* y la *muscarina*.

Entre sus **efectos secundarios** más notables están los efectos extrapiramidales, las variaciones hormonales - de la prolactina en especial- y una especial tendencia a la ganancia de peso. Estos efectos son menos notables con los neurolépticos atípicos.

Anticomiciales

También llamados *antiepilepticos o anticonvulsivos*, se emplean en muy numerosos problemas en la medicina como son ejemplos la epilepsia y los problemas de la percepción, especialmente en el tratamiento del dolor crónico. Estas otras formas de ser llamados producen al igual que con los antipsicóticos un especial autoestigma que provoca, en el susceptible a ser tratado con ellos, una frecuente reticencia. Los laboratorios farmacéuticos podrían mitigar esta añadida connotación negativa para el paciente que ya es reacio a tomar medicamentos de por sí. Se usan en el Humor Bipolar ya que actúan como estabilizadores del ánimo por ser lo que se ha dado en llamar un neurotropeo (psicotropeo (Ⓢ)). *Su acción parece obedecer al modelo kindling (Ⓢ) explicado en la etiología.*

Los anticomiciales **se clasifican**, según su **actuación**:

- Bloqueantes de los canales de Na⁺ (*fenitoína, carbamazepina y oxcarbacepina*).
- Potenciadores del neurotransmisor GABA (*fenobarbital, benzodiazepinas*).
- Moduladores del glutamato (*topiramato, lamotrigina, felbamato*).
- Bloqueadores de los canales de calcio T (*etosuximida, ácido valproico*) y los canales de calcio N y L (*lamotrigina, topiramato, zonisamida y ácido valproico*).
- Moduladores de la corriente h (*gabapentina y lamotrigina*).
- Bloqueando algunos sitios de unión específicos (*gabapentina y levetiracetam*).
- Inhibiendo la anhidrasa carbónica (*topiramato y zonisamida*).

Entre los variados **efectos secundarios** de los anticomiciales hay que destacar los *derivados de su toxicidad*: mareos, inestabilidad... y los *derivados de una hiperacción* que sobrepasa la deseada como puede ser la autoagresión y la conducta suicida.

Algunas características de **los mas usados**:

- **Ácido valproico.** Está indicado especialmente en las formas mixtas, los ciclos rápidos y cuando existe abuso de sustancias, donde la respuesta al litio suele ser mala.
- **Carbamazepina.** Su efecto aumenta si se simultanea con el litio. Está indicado en los ciclos rápidos, las formas mixtas y cuando la respuesta al litio es mala.
- **Lamotrigina.** Tiene un perfil antidepresivo. Parece útil en cicladores rápidos. Combinada con litio puede usarse en depresiones bipolares refractarias. En monoterapia puede usarse en la depresión bipolar.
- **Gabapentina.** En pacientes refractarios al litio, carbamazepina y valproato (o ácido valproico). Tiene un perfil ansiolítico.
- **Topiramato.** Tiene un perfil antimaníaco. Puede usarse en la manía refractaria, respuesta parcial a otros medicamentos o intolerancia a

otros medicamentos. Un 90% de los pacientes desciende de peso.

- **Oxcarbacepina.** Su efecto es similar a la carbamazepina.

De los restantes tenemos que decir que los incluimos aquí porque existen, pero que no tenemos datos abundantes para hablar de su eficacia ni de su ineficacia. Algunos son: *Felbamato, Vigabatrina, Tiagabina, Zonisamida...*

Antidepresivos

Son medicamentos para el tratamiento de la *depresión* (Ⓢ). Se tipifican *tres clases*: los *inhibidores de la monoaminoxidasa* (IMAO), los *tricíclicos* y los de *segunda generación*, que actúan sobre la recaptación de cada uno de los tres principales neurotransmisores intervinientes en la depresión (serotonina, dopamina y noradrenalina) o sobre dos de ellas.

Son *armas de doble filo*. Muy útiles e indispensables a veces. Muy perjudiciales e innecesarios otras. *De ahí la premura*, antes referida, *de cribar ese espectro bipolar antes de iniciar un tratamiento*. Una explicación. Un paciente acude a la consulta deprimido. Se le prescribe un antidepresivo. En días estará maníaco o hipomaníaco. Ha hecho aparición su bipolaridad. Ya no quiere volver a la consulta. Se encuentra estupendamente. Sus familiares y próximos se encuentran fatal.

Todos los antidepresivos tienen per se el riesgo de virar la depresión hacia la manía o hipomanía, especialmente los *tricíclicos*. Los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y los *ISRS y N* (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina) parecen ser menos inductores de manía o hipomanía.

No vamos a citar aquí los antidepresivos que existen, sería muy extenso. En realidad, con un seguimiento cercano puede emplearse cualquiera de ellos.

El problema de los antidepresivos radica en:

- Sentar las bases de su indicación (pueden llevar a la manía o hipomanía). No siempre son necesarios.
- ¿Cuanto usarlos?(¿cuanto tiempo hay que dejarlos prescritos?)
- Conocer que fármacos eutimizantes tienen propiedades antidepresivas ya que pueden ser suficientes.

Benzodiazepinas y otros

BENZODIAZEPINAS FUNDAMENTALMENTE ANSIOLÍTICAS: *diazepam, bromazepam, clordiazepoxido, clobazam, ketazolam, clorazepato, lorazepam y alprazolam.*

BENZODIAZEPINAS HIPNÓTICAS Y COMPUESTOS RELACIONADOS: *nitrazepam, flurazepam, flunitrazepam, lormetazepam, midazolam, zolpidem y zoplicona.*

TERAPIAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES

Con el Humor Bipolar, y con sus Desequilibrios, se han empleado muy variadas terapias sin que hasta ahora, desde el punto de vista de la oficial medicina y psicología, se hayan aportado datos suficientes para poder valorar tales intervenciones terapéuticas en lo referente a que sus usos disminuyan las recaídas, los ingresos hospitalarios y la mortalidad.

Lo único que se ha podido extraer de estos estudios sobre intervenciones terapéuticas es que la educación y la información sobre el Humor Bipolar mejoran la

adherencia al tratamiento y ayudan a seguir unos estilos de vida más adecuados para quien tiene esta variante del humor y necesitan medicación y medicalización. Por otro lado, algunas intervenciones terapéuticas psicoanalíticas, de familia y técnicas cognitivo-conductuales han logrado mejorar, en algunos casos, la autoestima, la socialización y la capacidad para aceptar y afrontar esta suerte en general.

La educación e información - que veremos en su apartado correspondiente- descansa en el modelo que corresponde a esta variante medicada y medicalizada, es decir, en intentar mejorar la adhesión al tratamiento, ayudar a identificar precozmente los síntomas de recaída (los pródromos), aceptar las consecuencias sociolaborales y familiares de los episodios previos y prevenir las de los posibles futuros, dotando al que la padece y a sus próximos de herramientas para manejarse con el Humor Bipolar y convivir lo más adecuadamente con su curso.

EDUCACIÓN E INFORMACIÓN

Consiste fundamentalmente en realizar cambios cognitivos y conductuales en el paciente derivados del conocimiento de su Humor Bipolar. Su carácter es solamente preventivo y por ello solo tiene valor cuando se lleva a cabo fuera de las fases de desequilibrios.

La educación e información se hace con los pacientes, familiares, próximos interesados y personal sanitario. Es un entrenamiento que tiene como meta principal el que los *entrenandos* entiendan y sean capaces del manejo del problema que el Humor Bipolar les puede presentar en cada uno de sus respectivos contextos. Se refuerzan los recursos y las habilidades de cada cual para poder evitar las recaídas y contribuir al bienestar a largo plazo del paciente y su entorno.

En este entrenamiento hay que hacer una exposición de los problemas que puede originar el Humor Bipolar: el desequilibrio del ánimo (manía y depresión) - es decir la recaídas - , los problemas derivados en si del uso de medicamentos y otras terapias, los derivados del metabolismo por la medicación y por la existencia de unos hábitos tóxicos - sobrealimentación, consumo de sustancias y alcohol -, etc.

Esta educación, en lo que respecta al paciente, hay que realizarla en un momento optimo: cuando se encuentra en lo que se ha dado en llamar un momento de *eutimia* (Ⓢ).

Debe contener los siguientes apartados:

- ¿Que es el Humor Bipolar?
- ¿Que síntomas y signos nos alertan de un próximo desequilibrio? Lo que se conoce como los pródromos.
- ¿Como llevar una vida normalizada que ayude a la estabilidad?: en trabajo y el estudio u otras actividades - *la lucha contra el estrés como factor desestabilizador* -, el sueño, los cuidados con el tratamiento, los cuidados con el consumo de tóxicos, la dieta que nos libera del riesgo cardiovascular...
- La lucha contra el estigma (incluido el autoestigma).
- Importancia de las asociaciones de pacientes y familiares.

Entre las **ventajas** de la educación e información están:

- ◆ Que no tiene interferencias con otros tratamientos.
- ◆ Que detecta precozmente los síntomas de desequilibrios, ayuda a manejar los síntomas y a resolver situaciones circunstanciales.
- ◆ Que ayuda a la regularización de ciertos hábitos. Ayuda a evitar el abuso de sustancias y a regular el estilo de vida.
- ◆ Que ayuda al cumplimiento terapéutico (fomenta la adhesión al mismo).
- ◆ Que previene el suicidio.
- ◆ Que mejora la comunicación social.

La educación puede ser individual o en grupo. La debe llevar a cabo una persona experta de la sanidad o bien de una asociación existente. Los grupos de ayuda mutua - GAM -se benefician además de la descarga emocional, de las experiencias compartidas y de una mayor implicación de pacientes y familiares.

La educación en información puede presentar **inconvenientes**:

- ➔ No se debe realizar fuera de las fases de eutimia referidas ya que no es adecuada la percepción por parte del paciente.
- ➔ No se debe dar un exceso de información desde el principio sino dejar que la necesidad de la misma vaya emanando del transcurrir de los encuentros para tal fin.

NIVELES DE EDUCACIÓN E INFORMACIÓN
Objetivos del nivel 1 Percepción del propio Humor Bipolar Identificar precozmente los nuevos episodios de desequilibrio Cumplimiento terapéutico
Objetivos del nivel 2 Manejar el estrés Evitar el abuso de sustancias Inducir a la regularidad de los horarios Prevenir la conducta suicida
Objetivos del nivel 3 Abordar las circunstancias estresantes y desencadenantes de los distintos episodios Mejorar el funcionamiento interpersonal entre los episodios de desequilibrio Combatir los síntomas residuales y subsindrómicos Mejorar el bienestar y la calidad de vida

ESTIMULACIONES ELECTRICAS Y MAGNÉTICAS DEL CEREBRO

LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

La *terapia electroconvulsiva* (TEC), conocida popularmente como '*electroshock*', fue muy usada durante el siglo XX para varios procesos cerebrales refractarios a los tratamientos farmacológicos. En la actualidad se emplea con éxito en el tratamiento de la depresión y la manía.

La Terapia Electro-Convulsiva (TEC) es uno de los principales tratamientos disponibles para el tratamiento de los Desequilibrios del Humor Bipolar. Su técnica ha evolucionado notablemente y se ha logrado una reducción drástica de las complicaciones asociadas al tratamiento. Muchos pacientes han mejorado su problema con este tratamiento. Muchos otros no han sido tratados con TEC a pesar de su alto grado de seguridad por un estigma que se basa en anticuadas y desfasadas creencias acerca del tratamiento.

En cuanto a su mecanismo de acción se desconoce a ciencia cierta pero se sabe que aumenta los niveles del *Factor Neurotrófico Cerebral* (BDNF) y el *Factor*

de Crecimiento Vascular Endotelial (VEGF).

Por otro lado, empleando el símil de la *cardioversión eléctrica* en los casos de arritmia o parada cardíaca podríamos imaginar la TEC como una *cerebroversión eléctrica* en un caso de arritmia cerebral.

Entre sus **principales indicaciones** están:

- Resistencia a la medicación después de un esperado tiempo obligatorio.
- Contraindicación de la medicación.
- Negativa del paciente ante la medicación.
- Efectos secundarios de la medicación (Ej.: Síndrome Maligno por neurolépticos).
- El embarazo y el puerperio.
- Predominancia de la clínica pseudoesquizofrénica.
- Desequilibrios orgánicos generales o específicos que requieran una rápida respuesta terapéutica.
- Como eutimizante de mantenimiento.

LA ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL

Consiste en la despolarización selectiva de la corteza cerebral por inducción electromagnética, en zonas ubicadas entre 1,5 y 2 cm bajo el cráneo, mediante pulsos magnéticos que pueden ser únicos en la estimulación magnética transcraneana o bien

regulares repetitivos (EMTr).

Sus indicaciones son las mismas que las de la TEC.

LA ESTIMULACIÓN ELECTRICA INTRACRANEAL O TRANSCRANEAL

Se hace mediante la implantación de unos electrodos intracerebrales o mediante la ubicación exocraneal de electrodos. La comunicación con la fuente eléctrica se hace mediada por un ordenador, cableado o a distancia, que analiza el voltaje cerebral y la necesidad pautada de respuesta eléctrica.

Este tipo de análisis y estimulación tiene un gran futuro y de momento está en fases de experimentación.

TRATAMIENTO AGUDO DE LA MANÍA

Abordar al paciente maníaco es muy difícil durante las primeras horas del ingreso, en el consultorio y en el servicio de urgencia.

Su inquietud, su taquiarritmia cerebral y su verborrea le hacen muy poco receptivo, y a veces puede mostrarse irritable ante cualquier contrariedad. Es muy sorprendente su habilidad para captar las debilidades de los que se enfrentan a él y a sus inhibiciones, siendo frecuente que ambas habilidades generen en el sanitario y parasanitario, *humanos - demasiado humanos-* unas contratransferencias negativas que deberían serlo solo transitoriamente.

Por lo anterior, el terapeuta debe dirigir sus acciones y actitudes a: evitar entrar en discusiones, evitar los silencios o el abandono de la entrevista (salvo que exista una clara agresividad, adoptando una posición firme pero no autoritaria) y procurando que esta situación no sobrepase ciertos límites, haciéndole ver al paciente que le comprende y que le quiere ayudar. Todo ello le da al bipolar maníaco una seguridad que carece por la falta de juicio crítico.

Pero, el principal problema en el tratamiento de la manía es hacer un diagnóstico correcto, ya que la mayoría de las veces resulta difícil de distinguir de otros desequilibrios agudos.

El tratamiento de la manía se suele hacer en régimen hospitalario (a veces con internamiento involuntario por autorización judicial) ya que el estado del paciente no es compatible con un comportamiento apropiado, su juicio está muy reducido, existe un cierto riesgo de auto o heteroagresividad y hay muy pocas posibilidades de seguir adecuadamente el tratamiento en régimen ambulatorio.

Si el tratamiento es el adecuado desde el inicio, el paciente podrá ser dado de alta entre 15 y 45 días después del ingreso, para continuar con el tratamiento ambulatoriamente.

Se suele hacer necesario el empleo de **fármacos neurolépticos**, a dosis lo más bajas posible y durante el menor tiempo posible para no favorecer un viraje hacia la depresión, ya que el litio, que siempre fué **de elección**, es un fármaco de acción lenta y casi siempre insuficiente para poder contener la gran inquietud del bipolar maníaco, al menos durante los primeros quince días. Frente a esto, los

neurolépticos **atípicos** (*clozapina, la risperidona, la olanzapina, la ziprasidona, la quetiapina y el aripripazol*), han demostrado su eficacia en la manía, con unos efectos secundarios más moderados que los neurolépticos convencionales y puede que con una menor tendencia a inducir una depresión, un viraje a ella.

También es posible utilizar **benzodiacepinas** con acción antimaníaca, como el **clonacepam**, en el tratamiento de la agitación y el insomnio de estos episodios.

Del **litio** hay que decir que sus niveles séricos idóneos (no tóxicos y terapéuticos) se hallan entre los 0.8 y los 1.2 mEq/l, y que para su determinación se debe tener en cuenta la dosificación y dejar un intervalo de 5 días entre las modificaciones de la dosis y la extracción de sangre.

Una mayoría importante de los bipolares maníacos mejoran con el litio. Y en los casos en que no existe esta mejoría o solo lo hace parcialmente se debe recurrir a otras alternativas eficaces como son la carbamacepina, el ácido valproico o la terapia electroconvulsiva (TEC), alternativas que pueden ser de elección inicial en los cicladores rápidos, ya en monoterapia o ya en combinación con litio.

Cuando pasan 15 o 20 días y el paciente no mejora notablemente, con un eutimizante en unos niveles séricos adecuados, se debe recurrir al cambio del fármaco por otro, a la TEC o a la suma de un segundo fármaco (manteniendo el anterior o disminuyéndolo paulatinamente para evitar una crisis de retirada).

La **carbamacepina (CBZ)** se ha mostrado útil en el tratamiento de la manía, con una eficacia similar a la de los neurolépticos pero parece que no superior a la del litio. Algunas veces se añade al litio cuando la respuesta a este es parcial y esto parece más eficaz si se mantiene en vez del empleo de neurolépticos. Su dosis habitual está entre los 800 y 1200 mg al día para obtener unos niveles séricos adecuados (entre 6 y 15 µg/l). No se deben hacer incrementos bruscos de la dosis (no más de 200 mg/día) en la terapia combinada de litio y CBZ.

En cuanto al **valproato**, los niveles adecuados (para una respuesta eficaz y con los menos efectos indeseables) se sitúan entre 45 y 125 µg/l.

Existen datos a favor, desprendidos de la práctica clínica, de que la CBZ y el ácido valproico son más eficaces en los episodios de repetición de manía y en los cicladores rápidos.

La **TEC** es quizás el tratamiento más eficaz de la manía y sin embargo se usa poco en esta indicación. A razón de tres sesiones por semana, suele haber una respuesta positiva a partir de la segunda semana. La TEC es de elección tanto en los episodios de manía pseudoesquizofrénica como en las embarazadas, entre otras circunstancias que ya vimos anteriormente.

TRATAMIENTO AGUDO DE LA HIPOMANÍA

Ya hemos referido que la hipomanía es una *manía menor* y que existen unos criterios para su diagnóstico, pero aquí - al igual que en el caso de la manía - el principal problema radica en su preciso diagnóstico, algunas veces difícil ya que es particularmente confundible con casos de conductas voluntarias correspondientes a un carácter normal o variantes que no tienen porqué comportar una medicalización ni una medicación.

La hipomanía que si comporta medicación y medicalización, que ya se conoce por sus antecedentes - bien como preámbulo de la manía o como alternancia con la depresión- en algunas variantes desequilibradas del Humor Bipolar, se beneficia del tratamiento con **litio** (instaurando o aumentando su dosis según los niveles séricos), con **neurolépticos** (risperidona a 3 mg/día, olanzapina a 10 mg/día, quetiapina a 200 mg/día, ziprasidona a 60 mg/día y aripiprazol a 15 mg/día) y, a veces, con **hipnóticos**.

TRATAMIENTO AGUDO DE LA DEPRESIÓN

La gran mayoría de los pacientes obtienen una mejoría con el **litio**, un fármaco muy eficaz en el tratamiento de la depresión bipolar. Pero como antidepresivo el litio tiene un mayor tiempo de latencia que como antimaníaco (a veces más de 45 días para el inicio de la mejoría), aunque en pacientes que ya están siendo tratados con él un pequeño aumento de la dosis puede ser suficiente para las depresiones que se encuentran en un estado moderado.

En el caso de que el litio no resulte suficiente se debe añadir un antidepresivo con el riesgo implícito de virar a una manía o a una hipomanía yatrógena. Por ello, en los casos leves no se deben emplear normalmente los antidepresivos si no van acompañados de algún neuroléptico.

Los **antidepresivos** útiles en las depresiones no bipolares suelen serlo también en la depresión bipolar y se ha mostrado beneficio con **tricíclicos**, **ISRS**, **ISRS y N e IMAO**. Las hipomanías farmacógenas de menor a mayor gravedad se han observado con **IMAO**, **bupropion**, **ISRS** y **tricíclicos**.

Por otro lado, son también eficaces los **anticomiciales** como el **valproato** y la **CBZ**, aunque menos que como antimaníacos, y además algunos como la **lamotrigina** y la **gabapentina**.

TRATAMIENTO AGUDO DEL EPISODIO MIXTO

Los episodios mixtos están más próximos a la manía que a la depresión, e incluso pueden considerarse a veces como una forma grave de aquella, lo que les

confiere una especial dificultad en su tratamiento que también está más próximo al de la manía que al de la depresión.

De entre los **anticomiciales**, estos pacientes responden mejor a la **CBZ** (Ⓢ) y al **valproato** que al **litio** aunque este no se debe desestimar en algunos casos.

Por otro lado, los **neurolépticos** pueden usarse a dosis no muy altas para no agravar los síntomas depresivos. De entre estos, los **atípicos**, como la **clozapina**, la **risperidona** y la **olanzapina** - entre otros - parecen ser menos depresógenos pero si eficaces.

No se recomienda usar **antidepresivos**, ya que suelen empeorar la clínica, hasta en los casos en que existe una clara predominancia de la depresión. Tampoco deben estos episodios tratarse ambulatoriamente debido a su alto riesgo de suicidio.

Por último, queremos decir aquí una vez mas, que la **TEC** constituye un tratamiento muy válido, incluso de elección, en los episodios mixtos.

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

Dado que el curso evolutivo del Humor Bipolar puede estar caracterizado por desequilibrios recidivantes, el tratamiento de mantenimiento (profiláctico o preventivo) es, en algunos casos, una herramienta fundamental.

Como en casi toda actividad humana, en la medicina tampoco existe un acuerdo que fije durante cuanto tiempo se debe continuar el tratamiento da cada una o de todas las modalidades episódicas que esta variante del humor y el experimentar pueden dar en sus formas de presentación.

Como se dice en nuestro ámbito cultural local, *cada maestrillo tiene su librillo* y ello deja en la experiencia del profesional que prescribe la medida del tiempo *necesario* y en que cantidades y cualidades farmacológicas, así como el empleo de

otros tratamientos complementarios. El profesional tendrá en cuenta la edad del paciente, su situación personal (evaluando los efectos potenciales de una eventual recaída sobre su vida familiar, laboral y social), su percepción de la enfermedad, la gravedad del episodio previo, etc.

En el caso que sea necesaria la retirada de una medicación, debe hacerse gradualmente y se ha de avisar al paciente de la alta probabilidad de presentar un nuevo episodio una vez quede sin el fármaco, así como la necesidad de reanudar el tratamiento si se dieran las circunstancias indicadoras.

TRATAMIENTO DEL HUMOR BIPOLAR DESEQUILIBRADO GRAVE Y MENOS GRAVE

El principal fármaco para el tratamiento de mantenimiento del Humor Bipolar Desequilibrado sigue siendo el **litio** debido a su eficacia mas que demostrada al reducir las recaídas. De hecho, la supresión brusca del tratamiento con litio puede dar lugar a una recaída más fácilmente que si dicha retirada se hace lentamente.

Por otro lado, el hecho de la interrupción del litio en un tratamiento profiláctico debeseer muy valorado ya que tras su interrupción se pueden originar resistencias a él y no dar al menos iguales resultados en el caso de volver a precisarlo.

El hecho de determinar los niveles séricos de litio (litemias) tiene una doble finalidad: por un lado, comprobar el cumplimiento del tratamiento y por otro, reducir los riesgos de toxicidad que tiene en si el medicamento si está en niveles por encima del rango terapéutico. Estos niveles deben medirse cada vez que se produce una variación en la dosis, y ,una vez que esta se encuentra ya ajustada, cada 6 meses (es una buena opción).

Su mayor eficacia preventiva se obtiene cuando los niveles de litio están

comprendidos entre 0,8 y 1.0 mmol/l.

Entre los problemas que presenta el tratamiento con litio se encuentra en primer lugar la negativa del paciente a seguir tomándolo cuando ya se ha estabilizado, siendo tal reticencia achacada frecuentemente a los efectos secundarios. Los bipolares que no cumplen con el tratamiento prescrito de litio tienen más recaídas que el resto, y también un mayor número de complicaciones graves.

Aquellos pacientes que no tienen percepción de la necesidad de tratamiento ante el Humor Bipolar Desequilibrado racionalizan las excusas del abandono del mismo y, a veces, las recaídas mediante una imaginada capacidad de poder controlar su conducta.

Por otro lado, aquellos pacientes que tiene frecuentes recaídas y los que suelen presentar ciclos rápidos, pueden beneficiarse más del tratamiento con **carbamazepina (CBZ)** o con **ácido valproico**, juntos o no al litio, aunque, por sí solos, no se han mostrado más eficaces respecto al litio. Los niveles séricos de estos dos anticomiciales han de medirse periódicamente ya que pueden ser tóxicos.

Además están los **antidepresivos** que con respecto al litio son menos eficaces además, a veces, de precipitadores de las crisis maníacas, y de similar eficacia como profiláctico de la crisis depresiva. Y hay que decir aquí que combinados con el litio no son más eficaces en la prevención del viraje del Humor Bipolar Desequilibrado, a excepción de la lamotrigina. También queremos decir que los tricíclicos son más propensos a virar a la manía/hipomanía y que por ello hay que retirarlos, si se han usado, en cuanto remite la depresión (salvo que esta sea más preponderante que la manía/hipomanía).

El Humor Bipolar Desequilibrado Grave (manía o depresión severa o pseudoesquizofrénica) puede precisar un tratamiento preventivo mantenido con **neurolépticos atípicos** a unas dosis bajas que son menos depresógenas.

Por último, hay que recordar aquí que la **TEC (terapia electroconvulsiva)** de mantenimiento podría ser un tratamiento eutimizante válido a razón de una sesión cada 15 - 45 días de manera ambulatoria y que a pesar de no tener secuelas se

infrautiliza por razones paracientíficas.

TRATAMIENTO DE LOS CICLOS RÁPIDOS

El tratamiento de los ciclos rápidos y el de los estados mixtos tienen algunas similitudes. De entrada hay que minorar los síntomas a la vez que se limita la reiteración de los ciclos, y para ello es mejor no usar fármacos que induzcan el viraje a la manía y a la depresión (antidepresivos tricíclicos o neurolépticos potentes a dosis elevadas - mejor usar la risperidona, la olanzapina o la clozapina-).

Lo cierto es, con respecto a lo anterior, que un importante número de personas con ciclos rápidos responden positivamente si se les retira estos fármacos (algunos antidepresivos y/o neurolépticos potentes a dosis altas), de estar tomándolos.

Al parecer los ciclos rápidos se comportan como un *estado comicial* (status epilepticus) desde el punto de vista conceptual neurofisiológico y clínico y desde el punto de vista de la respuesta positiva a los anticomiciales. Es esta respuesta positiva más frecuente en los ciclos rápidos regulares sin síntomas pseudoesquizofrénicos y sin una personalidad límite comórbida.

Por otro lado, la *levotiroxina* se usa como eutimizante por su buena respuesta y

por la alta frecuencia de hipotiroidismo subclínico en estas personas. La dosis que se recomienda es de 150 a 400 µg al día (aunque a veces basta con 100 µg/día) y se hace necesario monitorizar analíticamente las hormonas tiroideas. Entre los efectos secundarios ocasionales derivados de su uso está el temblor, la alopecia, la ansiedad y la osteoporosis.

TRATAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO

Las embarazadas que con un Humor Bipolar Desequilibrado realizan un tratamiento preventivo con *medicamentos teratógenos* tienen el riesgo de sufrir *malformaciones en sus embriones*. Se han visto efectos teratógenos por litio (malformaciones cardíacas), por CBZ y por valproato (espina bífida), por lo que las mujeres con Humor Bipolar deben llevar una adecuada planificación para los embarazos, que deben dejarse para el momento más propicio (largos periodos de remisión y sin tratamientos teratógenos).

Generalmente, la mujer se mantiene eutímica durante el embarazo, incluso habiendo retirado el tratamiento preventivo. Pero en el caso de sufrir alguna crisis durante la gestación deben usarse, durante el primer trimestre al menos, aquellos fármacos que se saben están exentos de riesgos (aunque todo fármaco con neurotropismo es potencialmente teratógeno) y a las 20 semanas del embarazo se debe hacer un estudio ecográfico para descartar malformaciones estructural y macroscópicamente observables.

Luego del parto, en el puerperio, donde ya existe un alto índice de recaídas es

por lo que se debe instaurar tratamiento profiláctico en el postparto inmediato ,si por alguna razón ha estado sin él , y evitar la lactancia.

Anejos

Anejo 1. DORMIR

Dormir es una actividad del Sistema Nervioso que se consigue disminuyendo el nivel de alerta lo suficiente como para poder reposar nuestro organismo en general. Así durante este reposo seguimos teniendo actividad y también respuesta a los estímulos pero solo en el grado en que se hacen necesario. Nuestro corazón

late, nuestros pulmones espiran e inspiran y nuestro sistema general reflejo nos cambia de postura si en la anterior se nos provoca dolor en alguna parte o se nos duerme una mano que nos hemos atrapado con el tórax.

El sueño se considera reparador si al despertar del mismo nos sentimos descansados y con una energía en la cantidad y la calidad suficientes para emprender las actividades propias de un estado de alerta en nuestra *vida de relación* más sublime. A esto podríamos llamarlo un *sueño normal* que ha de realizarse preferentemente de forma nocturna ya que el organismo tiene unos ritmos biológicos circadianos entre los que se encuentra el dormir.

Hay que decir aquí que el sueño puede verse alterado por numerosos estímulos que sobrepasen el umbral necesario para poder establecer ese mínimo nivel de alerta que nos lleva a dormir. Así, percepciones intensas del medioambiente externo e interno de nuestra homeostasis pueden inadecuar las condiciones óptimas y las mínimas para ese reposo. Un dolor, un ruido, una luminosidad excesiva o cualquier estímulo persistente e inadecuado puede llevarnos al insomnio. Además, algunos otros factores que exceden este limitado ámbito del Humor Bipolar puede dar lugar a desequilibrios del sueño no insomnicos (como por ejemplo algunas *parasomnias*).

Pero una de las causas más aducidas para justificar el insomnio en el caso del Humor Bipolar es la falta de relajación, de sosiego, para empezar a disminuir el nivel de alerta que necesitamos para que nuestra Sustancia Reticular se ponga en marcha en esa desconexión parcial de la alerta global. Así, todo estímulo potencialmente estresante es mas que suficiente y ,de entre ellos, el desasosiego mayor nos viene de la mano del desequilibrio de nuestro humor, bien hacia la depresión o bien hacia la manía. Por ello, en el Humor Bipolar se puede considerar el insomnio como la antesala de una depresión o como la antesala de una manía.

Por lo anterior, para cuando es antesala de esta segunda opción, es necesario dormir bien y advertirnos que si no lo hacemos estamos rozando el límite de nuestro confort.

Debemos, y así lo hacemos, considerar 2 apartados en este tema del sueño:

1. ¿Que requisitos debemos exigirnos para tener un buen sueño?

1. 1. Disponer de una habitación suficientemente silenciosa, oscura y templada.
2. 1. Disponer de un lecho y complementos así como de una ropa de dormir cómoda.
3. 1. Retirarnos a la cama para dormir directamente (cuando ya el sueño está haciendo su aparición).
4. 1. Haber cenado lo justo.

5. 1. Haber dejado de beber unas dos horas antes de irnos a dormir.
 6. 1. No tomar entre 6 y 8 horas antes excitantes de consumo habitual como café, té, cola...
 7. 1. Tomar un analgésico indicado si existe un dolor que se presenta de forma habitual y nocturna.
 8. 1. No llevarse el desasosiego a la cama.
2. ¿Que hacer si lo anterior se cumple y aún así no dormimos bien?
- Recurrir a medidas adicionales como son:
1. 2. Tomar alguna *bebida* hipnoinductora: leche caliente, tila...
 2. 2. Hacer algún *ejercicio* suave previo a acostarse.
 3. 2. Tomar una *ducha o baño* de agua templada.
 4. 2. Recurrir temporalmente a un *hipnótico* por indicación médica. Un *hipnótico* durante una corta temporada -en principio- puede ser suficiente, a veces, para que no llegue una desestabilización o no se perpetúe.
 5. 2. *Reconsiderar* nuestras actividades, nuestro diagnóstico, nuestro tratamiento y nuestro ámbito perionírico.

Pero dado que el desasosiego por estrés es una de las causas principales argumentadas como causantes de un mal dormir, vamos a considerar este que ya viéramos en el capítulo 2 (Neurofisiología del Humor, en la página 39 : Salud y estrés).

El estrés, que en principio es bueno para el organismo y es creado por el sistema nervioso para que así lo sea, puede convertirse en un enemigo muy íntimo para nuestro existencial y dentro de este para la parte de dormir y descansar que en este se encuentran comprendidas.

El estrés, una hiperalerta constante, muchas veces innecesaria para nuestra bioevolución y bioadaptación homeostática, viene en la persona con un Humor Bipolar, Desequilibrado o no, como una doble consecuencia:

- Por un lado la receptividad a los estímulos por parte de la persona con la variante de Humor Bipolar puede estar inadecuada siendo esta de calidades e intensidades distintas a la media, lo normal, por serlo en ella inadecuada en sistema receptor de estímulos y su elaboración emocional, cognitiva y conductual. Por ello, hay un desmedido estrés derivado de la percepción en sí.
- Por otro lado, derivadas de las conductas de lo anterior, existen unas

circunstancias propias del individuo bipolar que ya son autónomas y a la vez generadoras de nuevos tipos de estrés. Circunstancias familiares, sociales, laborales y de la autopercepción generan un círculo vicioso donde el estrés ha conseguido un palco para dominar este espectáculo de un existenciar limitado.

La persona bipolar, sin sosiego, con estrés y sin el adecuado descanso, ha de romper el círculo, el nudo gordiano de su desequilibrada percepción, ayudado con la medicación, la terapia cognitivo-conductual, la información y la educación en una búsqueda del posible equilibrio que existe probablemente en su Sistema Nervioso.

Anejo 2. COMER y BEBER

Uno come-bebe lo que puede y, a veces, lo que puede y piensa que debe. Comer, la **comida** (<http://www.neurologia.org.es/00050.-La-comida/>), no es baladí. Una persona con un Humor Bipolar puede en principio hacer una dieta normal, es decir, variada y rica en verduras, frutas, carnes, pescados, o sin carne ni pescado,... No obstante hay particularidades en la dieta en las que debemos insistir. En principio sirva una dieta variada, libre y con un número de calorías equivalentes a las que consumimos diariamente por nuestras actividades. Recordamos ya aquí que una dieta hipocalórica es conveniente (lo es para todo ser vivo animal) desde un inicio, no en vano, con el tiempo, se da en la mayoría de los casos de Humor Bipolar Desequilibrado una tendencia a ganar peso bien por sedentarismo, bien por aumento de la ingesta calórica (a causa de comorbilidades como la ansiedad, la bulimia, el síndrome del comedor nocturno) o bien por efecto secundario de determinados medicamentos.

En general es bueno beber en abundancia, unos 2-2½ litros de líquido cada día, preferentemente agua. No más cantidad ya que podemos caer en una potomanía (☹). Y hemos de beber en la abundancia referida por varios indicadores: por ser el agua un elemento esencial en el funcionar homeostático de un ser vivo,

por aumentar la calidad y la fluidez de los líquidos corporales y mejorar sus transmisiones y porque, en el caso del Humor Bipolar Desequilibrado, los medicamentos que se usan suele reseca. Y estos resecan las mucosas que percibimos como secas (se nos seca la boca) pero también lo hacen sobre los líquidos que componen nuestras heces (nos estriñen), nuestro suero sanguíneo (nos hipotensiona y aumenta la concentración de los elementos formes de la sangre) y reseca en general todo nuestro organismo.

Vale todo en la comida pero no en la bebida. Comeremos equilibradamente y tendremos especial cuidado de no coincidir algunos alimentos y alguna medicación: litio y pomelo no son compatibles, por ejemplo. Esas cosas suelen estar indicadas en prospectos medicamentosos, guías de conductas...

El litio también obliga a sazonar las comidas ya que en los intercambios necesarios de la función renal este toma las sales de litio si no existen otras como alternativas.

En la bebida no vale todo. Lo mejor el agua. No toméis alcohol ni bebidas energéticas (café, cola, té...). ¿A caso hay que explicar esto?

Ese agua que debemos tomar hay que reducirla en su ritmo de ingesta a la media tarde ya que las ganas de orinar que nos proporciona puede inadecuar los adecuados requisitos para un buen dormir.

Si bien de los extremos del beber se pueden obtener potomanías y deshidrataciones con sus secundarismos, de los extremos del comer obtenemos desnutrición o hiperalimentación, elemento este último que es un cooperador necesario en el factor de riesgo vascular de nuestro organismo que es un riesgo elevado en la persona con un Humor Bipolar Desequilibrado. En efecto, los bipolares tienen un riesgo elevado mayor que el de la población general de sufrir enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión o síndrome metabólico.

La mayor predisposición de estas personas a padecer patologías cardiovasculares se explica por varias causas:

- *En primer lugar: su estilo de vida es más sedentario, al menos en las fases depresivas.*
- *En segundo lugar: existen un alto porcentaje de consumo de tóxicos entre los que se encuentran el tabaco y el alcohol.*
- *En tercer lugar: los tratamientos farmacológicos que se les prescriben,*

habitualmente les provoca aumento de peso y del apetito - muchas veces sobre una bulimia o sobre un síndrome del comedor nocturno previo-

Estos tres factores obligan a que el tratamiento no se deba '*dejar caer*' sobre el bipolar con la única mira de controlar la depresión, la manía o estabilizar el ánimo, sino que habrá, en cada caso, que valorar que medicamentos son los más adecuados para cada paciente. Bueno es sacar al bipolar de episodio de desequilibrio pero sin llevarlo a problemas cardiovasculares que no son reversibles.

Además de elegir con cuidado la medicación y sus combinaciones habrá que insistir desde sus inicios en la necesidad de seguir una dieta hipocalórica y el abandono de los hábitos tóxicos.

De nada valdrá un renovado ánimo al paciente, si no quiere pararse ante el espejo para ver su figura y además sus arterias envejecen al galope.

El riesgo cardiovascular, es decir, el riesgo de tener un problema cardiocirculatorio (por aterosclerosis, hipertensión arterial, embolismo...) a nivel del corazón y del cerebro fundamentalmente, está aumentado en los bipolares, hasta un 10% más que en la población en general.

Intervienen en este riesgo aumentado, los mayores índices de obesidad, de hipertensión arterial, de diabetes, de lípidos elevados y de tabaquismo.

Como hemos dicho antes existe una tendencia a ganar peso por sedentarismo, por aumento de la ingesta calórica y por algunos medicamentos en sí mismos que llevan a la aparición secundaria de esos trastornos metabólicos (Diabetes y Dislipemia) que junto a la Hipertensión Arterial y el Tabaquismo suponen una confluencia importante de factores de riesgo cardiovascular. Pero como referimos anteriormente, y no menos importante que estos factores metabólicos y endocrinos, el estrés es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular.

Así que habrá que poner tratamiento del sobrepeso y una persona tiene sobrepeso cuando su índice de la masa corporal ([IMC](#)) es superior a 25. Uno no se hace obeso de la noche a la mañana por lo que hay lugar para tomar las medidas oportunas en evitación del sobrepeso. La dieta, la dieta hipocalórica, es la base del tratamiento y evitación de la obesidad. Podrán ayudar también la realización de ejercicios activos en consonancia con la edad del paciente y sortear algunos medicamentos de reconocida ganancia de peso. Queremos referir aquí que no todo

ejercicio es conveniente para el bipolar. Pasear no es malo para nadie, pero deportes muy activos y extenuantes pueden tener como efecto secundario la hiperestimulación y el viraje hacia la manía.

Si en nuestros análisis, aquellos que nos realiza el médico que lleva nuestro caso antes de iniciar cualquier tratamiento, hay algún factor endocrino o metabólico que corregir lo haremos desde un primer momento ya que algunos de éstos como los trastornos del tiroides pueden ser la causa de nuestro Humor Bipolar. Además, si los trastornos aparecen como consecuencia de la ganancia de peso o del uso crónico de algún medicamento tendremos que combatirlos con la dieta hipocalórica y con la retirada de tales medicamentos. Ponemos el ejemplo del litio y el tiroides. El hipotiroidismo subclínico puede ser la causa de un Humor Bipolar Desequilibrado. A la vez, del litio – derivado de su uso- puede sobrevenir un hipotiroidismo.

Anejo 3. EL HUMOR BIPOLAR EN LA MUJER

Como decíamos en otro lugar de este trabajo, “ *con esta variante se nace, se lleva en los genes, y será la vida, los acontecimientos vitales, junto con determinados factores neurobiológicos (neurotransmisores, hormonas, etc.) - resultantes de la genética y de la epigenética- los que le harán aflorar y, a veces, desequilibrar*”. Efectivamente, las *hormonas en la mujer* van a condicionar las formas de presentación del Humor Bipolar así como su evolución, y no por ello hay que menospreciar los *acontecimientos vitales en la mujer*- de ellas-, distintos a los de ellos.

Desde un punto de vista **epidemiológico** parece que en ellas predominan los **episodios depresivos**, y en esos episodios suele haber **síntomas atípicos** con más frecuencias que en ellos. También en la balanza de las frecuencias en ellas el fiel se inclina hacia el platillo que alberga **los episodios mixtos y la ciclación rápida**.

La **tensión premenstrual, el embarazo y puerperio**, así como la menopausia **son ella per se**, y per se de obligado tratamiento aquí.

En lo referente a la **comorbilidad** nos detenemos especialmente en tres de ellas:

- **Alcoholismo**. Es de las patologías comórbidas más frecuentes. Suele ser un factor premórbido que precede en torno a un año al episodio maníaco y suele ser de mal pronóstico. El *riesgo relativo de comorbilidad alcohólica* y Humor Bipolar Desequilibrado alcanza cifras del 6% en varones y del **10% en mujeres**. Se desconoce la causa de esta relación.
- **Desequilibrios de la conducta alimentaria** (bulimia y anorexia nerviosa). Más frecuente en ellas (el 95 % de los casos se dan en mujeres). A la vez el 25 % de las personas con desequilibrio de la conducta alimentaria presentan un actual o pasado desequilibrio por abuso de sustancias (el alcohol entre otras). De los dos desequilibrios la *bulimia* es más prevalente.
- **Desequilibrios por ansiedad**. También son más frecuentes en ellas.

Desde un punto de vista **etiológico** cabe exponer algunos **desequilibrios neuroendocrinos**:

◆ **Del eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo (HHT)**

Las hormonas de este eje (*TRH, TSH, triyodotironina y tiroxina*) están implicadas en la neurofisiopatología y en el curso del Humor Bipolar Desequilibrado. Puede haber **hipotiroidismo subclínico** relacionado con la aparición de **ciclos rápidos**. Algunas formas del Humor Bipolar en la mujer se asocian a desequilibrios detectables del sistema tiroideo, particularmente cuando existen ciclos rápidos, disforia prominente y una respuesta pobre a los tratamientos habituales. La **tiroxina** es eficaz en los casos resistentes al tratamiento (incluso en ausencia de hipotiroidismo subclínico).

◆ **Del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal (HHG)**

El eje hipotálamo-hipófisis-gonadal controla la síntesis hormonal ovárica a través de los *factores liberadores* (GnRH) y las *hormonas gonadotropicas* (LH, FSH). Los *esteroides ováricos* ejercen una

retroalimentación negativa sobre el hipotálamo y la hipófisis.

Existe un mayor riesgo de fase maníaca en la mujer en las dos primeras semanas *tras el parto* (por la brusca caída de los niveles de estrógenos que provoca una sensibilización de los receptores dopaminérgicos mesolímbicos, una hiperactividad dopaminérgica). Las hormonas sexuales intervienen igualmente en los cambios de fases relacionados con la *menstruación* y las variaciones de la libido.

- ◆ **Otras hormonas como la prolactina** esta relacionada con el *Desequilibrio Afectivo Estacional*.

Hay que recordar aquí que *los beneficios cardiovasculares que las hormonas conceden a la mujer biológicamente se pierden* en el Humor Bipolar Desequilibrado por la *vida sedentaria*, el *consumo de tóxicos* (tabaco y alcohol) y el *sobrepeso* por la medicación (entre otros). Esto hace que padezcan más frecuentemente que la población general de HTA, diabetes y síndrome metabólico.

Cuando se está haciendo un **diagnostico de Humor Bipolar** en una mujer, *siempre hay que solicitar un test de embarazo* (en mujer en edad fértil). Su *negatividad* dará tranquilidad para el empleo de medicamentos potencialmente teratógenos y para planificar el embarazo. Su *positividad*, además de alertar sobre lo anterior, estará indicando que los cambios hormonales que se van a producir irán acompañados de cambios afectivos ante los cuales habrá que estar preparados.

LA MENSTRUACIÓN

Las mujeres con Humor Bipolar Desequilibrado en tratamiento tienen una elevada tasa de *ciclos largos*, de *oligomenorrea*, *menorragia*, *polimenorrea* y *sangrado intermenstrual*. También presentan unos *cambios de humor* en relación con la fase del ciclo. La *tensión premenstrual* y el llamado *síndrome disfórico premenstrual* son más frecuentes en el Humor Bipolar.

LA PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO

Quien tiene un Humor Bipolar y sigue tratamiento por algún desequilibrio debe tomar medidas planificadoras por el bien propio y por el bien propio-ajeno (del embrión). Sin esas medidas la mujer está expuesta a una descompensación de su bipolaridad, por un lado, y a posibles efectos teratógenos en el embrión, por otro. Si se ha producido el embarazo bajo tratamientos teratógenos, la ética o la moral de cada uno le dirá si debe interrumpirlo. Para no llegar a lo anterior, la máxima debe ser “*mujer tratada, mujer planificada*”, y planificar un embarazo se puede hacer a favor o en contra de él:

- **Embarazo no deseado.** Aquí la prevención es la norma. La mujer con Humor Bipolar *no debe usar* los llamados *anticonceptivos hormonales*, ya que además de tener sus influencias anímicas negativas supone añadir un factor más de riesgo cardiovascular a la lista de los existentes para el Humor Bipolar Desequilibrado. Son aconsejables los métodos de barrera (preservativos, cremas espermicidas...), máxime con el riesgo de enfermedades de transmisión sexual que existe y la promiscuidad consabida que hay en algunos bipolares. Si existe un número de hijos que satisface la maternidad (<http://www.neurologia.org.es/00056.-La-maternidad/>) se debe optar por métodos definitivos como la ligadura de trompas o la vasectomía.
- **Embarazo deseado.** Ninguna mujer con Humor Bipolar Desequilibrado debería renunciar a la maternidad, si la desea. Una vez en la idea de la maternidad deberá pedir *consejo genético (al genetista)*, mediante el cual se le informará, a ella y a su pareja, de los riesgos de que sus hijos hereden este padecimiento. Aceptado el riesgo genético, hay que establecer un plan de tratamiento para el embarazo. Ha llegado el momento de consultar con el médico que la lleve habitualmente. Si ese médico desaconseja el embarazo, hay que cambiar de médico. Una excepción a este último consejo: un *Humor Bipolar Desequilibrado Grave*.

LA GESTACIÓN

No es frecuente un primer episodio de Humor Bipolar Desequilibrado durante el embarazo, siendo excepcional la presentación de un episodio maníaco, que sobreviene, de ocurrir, como un episodio depresivo en torno al segundo trimestre de la gestación.

Todos los medicamentos son potencialmente teratógenos y hay que prescindir de ellos durante al menos el primer trimestre del embarazo (durante la embriogénesis). De nada vale esperar a ver en resultados ecográficos avanzados de los daños ya hechos. Ya no hay remedios. La embarazada y el médico han de correr el riesgo de renunciar a la medicación y quedarse con la opción terapéutica de la electroestimulación (la TEC por ejemplo), estigmatizada por anticuadas y desfasadas creencias, por malos memes.

EL PUERPERIO

Constituye un periodo de riesgo para *un primer episodio* de Humor Bipolar Desequilibrado. También lo es de *descompensación* de quien ya lo padecía (hasta en un 50% de los casos). Este riesgo de descompensación aumenta con el número de embarazos y con el número de descompensaciones previas. La descompensación extrema sería la *pseudoesquizofrenia puerperal* (20-30%) y hasta ella toda una gama clínica de Humor Bipolar Desequilibrado Grave.

LA MENOPAUSIA

Los cambios hormonales que lleva consigo la menopausia parece que no tienen influencia en el curso evolutivo del Humor Bipolar. La anterior frase puede

decirse y se dice a veces : *“La menopausia acaba con todos los problemas que la fertilidad origina a la mujer con Humor Bipolar”* . Los cambios hormonales no son influyentes *per se*, pero apagan el fuego de la fertilidad.

El hecho de que a veces el Humor Bipolar inicie su desequilibrio coincidiendo con la menopausia puede obedecer a la mayor incidencia de acontecimientos vitales estresantes de la vida de estas personas que debutan en estas edades.

DIFERENCIAS DEL HUMOR BIPOLAR EN LA MUJER Y EL HOMBRE

En las mujeres suelen predominar los episodios depresivos mientras que en los hombres lo hacen más frecuentemente los maníacos o al menos igualan en frecuencia a los depresivos.

Elas presentan síntomas atípicos más frecuentemente que ellos en las depresiones. También en ellas son más frecuentes los episodios mixtos y la ciclación rápida. Además existe un riesgo elevado de recaída durante las primeras semanas del puerperio. Por otro lado, la tensión premenstrual y el uso de anticonceptivos orales pueden tener connotaciones que hay que valorar.

Anejo 4. TABLA PARA ANOTAR LOS CONTROLES ANALÍTICOS

Ya en el diagnóstico hemos hablado de la necesidad de chequear básicamente nuestro organismo inicialmente y en los controles sucesivos con algunos exámenes elementales como son:

- **Análisis de la sangre:** Glucosa, urea, creatinina,

colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, ácido úrico, ácido fólico, vitamina B₁₂, GOT, GPT, GGT, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Mg⁺⁺, Fe⁺⁺, hematíes, hemoglobina, hematocrito, plaquetas, protrombina, VSG, recuento y fórmula leucocitaria, y Hormonas Tiroideas (T₃, T₄ y TSH). El litio (Li) se reserva para personas que tomen carbonato de litio o vayan a tomarlo.

- **Análisis de la orina:** Bioquímica y sedimento.
- **E.K.G.**
- **Rx de tórax.**
- **Estudio de neuroimagen.**

Existen algunas probabilidades de que si se presenta un Humor Bipolar Desequilibrado la medicación y la medicalización adquieran cronicidad, pero de lo que no hay prácticamente posibilidad es de que el profesional que lleve el seguimiento de este proceso tenga tiempo y espacio para reflejar en una gráfica lo que en este anejo y en el siguiente os proponemos. Así que si usas un procesador de texto hazte una tabla con las columnas y filas que te recomendamos, y si no sabes usarlo hazte una tabla con una regla y un lápiz.

	Al diagnóstico	Cada 6 meses	Cada 12 meses	Cada 24 meses
Examen de Sangre				
Glucosa	X	X		
Urea	X	X		
Creatinina	X	X		
Colesterol	X	X		
Triglicéridos	X	X		
LDL	X	X		
HDL	X	X		
Ácido úrico	X	X		
Ácido fólico	X	X		
Vitamina B ₁₂	X	X		
GOT	X	X		
GPT	X	X		
GGT	X	X		
Na ⁺	X	X		
K ⁺	X	X		
Ca ⁺⁺	X	X		
Mg ⁺⁺	X	X		
Fe ⁺⁺	X	X		

Hematíes	X	X		
Hematocrito	X	X		
Hemoglobina	X	X		
Plaquetas	X	X		
Protrombina	X	X		
VSG	X	X		
Leucocitos	X	X		
Neutrófilos	X	X		
Linfocitos	X	X		
Basófilos	X	X		
Monocitos	X	X		
Eosinófilos	X	X		
T3	X	X		
T4	X	X		
TSH	X	X		
Litio	X	X		
Otros				
Examen de orina				
Bioquímica	X	X		
Sedimento	X	X		
E.K.G.	X		X	
Rx de Tórax	X			X
Neuroimagen	X			X

Anejo 5. TABLA PARA ANOTAR EL HUMOR

Este es un ejemplo de gráfica de los muchos que se pueden usar. Conviene, igual que la anterior del *anejo 4* para tener una visión propia de la evolución así como para poderla presentar al profesional que nos siga en la evolución y tratamiento facilitando la información.

	Día Mes Trimestre Año	Día Mes Trimestre Año	Día Mes Trimestre Año	.../....
Estado del Humor				
Manía
Hipomanía
Eutimia

Hipotimia
Depresión
Datos complementarios				
Peso				
Tratamiento				
Incidente				

La distribución temporal de la gráfica se puede hacer como se desee. Lo más práctico es que inicialmente se haga diaria, después por meses, semestres y años.

El peso es un elemento que debemos medir y este no es mal sitio para reflejarlo. Por otro lado se deben reflejar los medicamentos con sus dosis y en los incidentes hay reflejar aquello que pueda ser de interés (insomnio, cambio de medicación, abuso de sustancias, emociones estresantes, etc.).

Anejo 6. LA DISCAPACIDAD Y DIVERSIDAD FUNCIONAL EN EL HUMOR BIPOLAR

Una *persona con discapacidad* es aquella que tiene una deficiencia, física, que le impide participar sociolaboralmente en igualdad de condiciones con los otros que presuntamente no tienen esa u otra deficiencia.

En algunos sitios de Occidente se ha propuesto el llamado modelo de *Diversidad Funcional* que propone la sustitución del término discapacidad por una terminología como la de *personas especiales*, ya que el uso de este ha significado una discriminación hacia personas diferentes genética o epigenéticamente.

Este modelo consistente en una nueva visión que no es negativa, con independencia del origen de las diferencias, pero que no niega el hecho de que se habla de personas que son diferentes estadísticamente y que realizan algunas de sus funciones de manera diferente a la media de la población.

Bajo la perspectiva de la *Diversidad Funcional* se considera esencial apoyar la independencia en todos los ámbitos de la vida (educación, trabajo, edificación, transporte, comunicación, información, ocio, etc.) dando a cada persona las herramientas que precise para desarrollarse en esos ámbitos, de manera que tome el control de su propia vida.

Se considera a una persona con Humor Bipolar Desequilibrado con una discapacidad cuando presenta desestabilización en el comportamiento adaptativo de forma muy prolongada periódicamente o dicha desestabilización es previsiblemente permanente.

Luego en el Humor Bipolar – desequilibrado o no – existe toda una amplia gama de Diversidad Funcional y/o Discapacidad según las características de cada persona.

Anejo 7. ¿QUIEN DEBE TRATAR EL HUMOR BIPOLAR DESEQUILIBRADO?

El tratamiento del Humor Bipolar Desequilibrado corresponde fundamentalmente al médico, ya que entre los elementos terapéuticos los hay con solo la licencia del médico. Así el empleo de fármacos y el diagnóstico diferencial con otras entidades que pudieran emular un Humor Bipolar Desequilibrado los ha de hacer el médico. También entre estas licencias está la del empleo de unas herramientas que consisten en estimulaciones eléctricas y magnéticas sobre el cerebro.

Si embargo, médicos y psicólogos comparten y se reparten la terapia cognitiva y conductual así como la labor docente e informativa de los pacientes y de sus próximos.

El Humor Bipolar es competencia de quien sepa de él. No hay especialidades médicas *ad hoc* para él, ni psicólogos específicos desde el punto de vista de la formación académica y práctica.

Anejo 8. EL DETERIORO COGNITIVO

El deterioro cognitivo en general es la pérdida, transitoria o definitiva, parcial o total, aguda o crónica, de la capacidad de conocer y saber. Es un deterioro que depende de muchos factores, pero que en el caso que nos ocupa, en el Humor Bipolar Desequilibrado y/o Medicalizado, se puede corresponder con una o varias de las siguientes:

- La manía en sí.
- La depresión en sí.
- El efecto secundario de los medicamentos u otras alternativas terapéuticas.
- La cronicidad o recidivancia de los desequilibrios.
- La comorbilidad de otros desequilibrios orgánicos en general y neurológicos en particular.

La prevención del deterioro, como cuando se trata de casos no vinculados con el Humor Bipolar, depende de acciones azarosas y de acciones voluntarias. Es decir, de las capacidades neurogenéticas preconcepcionales y postconcepcionales, como son:

- De las circunstancias genéticas influyentes en la esfera cognitiva y conductual.
- De las circunstancias epigenéticas influyentes en la esfera cognitiva y conductual: educación-formación, alimentación-nutrición, desarrollo perceptual- emocional y epigénesis neurotóxica.

En el caso del Humor Bipolar Desequilibrado o Medicalizado hay que tener en cuenta que el deterioro puede deberse también como antes hemos dicho a circunstancias epigenéticas como son a la intensidad y gravedad de los episodios, a su cronicidad y recidivancia, a las comorbilidades posibles y al efecto del tratamiento. Igual que es muy frecuente la queja subjetivísima de deterioro en los episodios depresivos, también es muy frecuente la, igualmente subjetiva, queja tras la manía/hipomanía, ya sea sin medicación o con ella, especialmente si está pasada de dosis.

En nuestra experiencia es más frecuente el deterioro por efecto secundario de

la medicación e incluso el derivado de las abundantes recidivas en pacientes muy evolucionados que el producido por otras formas.

Además de la prevención de esas causas apuntadas se puede minorar o parar el deterioro en base a:

- No usar medicamentos ni dosis inadecuadas.
- Llevar una vida saludable.
- Ejercitar la cognición.
- Suplementar la dieta con vitamina B12, ácido fólico y Omega 3-6.

Anejo 9. RIESGO DE TENER HUMOR BIPOLAR PARA LOS DESCENDIENTES

Ya hemos dicho anteriormente que ninguna mujer con Humor Bipolar - Desequilibrado o no- debería renunciar a la maternidad, si la desea. Una vez en la idea de la maternidad deberá pedir *consejo genético (al genetista)*, mediante el cual se le informará, a ella y a su pareja, de los riesgos (probabilidades) de que sus hijos hereden esta variante del humor. Aceptado el riesgo genético, hay que establecer un plan de tratamiento para el embarazo. Ha llegado el momento de consultar con el médico que la lleve habitualmente. Si ese médico desaconseja el embarazo, hay que cambiar de médico. Una excepción a este último consejo: un *Humor Bipolar Desequilibrado Grave*.

El consejo genético dirá en un principio que el riesgo (la probabilidad) de que una persona con Humor Bipolar tenga un descendiente con esta variante es de aproximadamente un 20% (si sólo un integrante de la pareja tiene la variante bipolar).

Pero las características de esta variante del humor son muy diversas y su modelo de transmisión, como ya vimos (ver Factores Genéticos en la página 63), es muy complejo. Así, a veces pasa de abuelos a nietos o a biznietos y salta alguna generación. Y por otro lado su forma fenotípica puede variar notablemente de unas personas a sus descendientes, y es aquí donde se debe considerar el llamado *fenómeno de anticipación genética*, concepto genético este del que nos interesa aquí decir que es cuando la variante genética aparece en unas edades cada vez más tempranas y es cada vez más grave con el paso de las generaciones.

Anejo 10. EL INTERNAMIENTO NECESARIO

Cuando es necesario hay que internar o internarse en un hospital. En efecto, el Humor Bipolar hace uso de la supuesta libertad humana aun cuando en ocasiones está Desequilibrado. Pero en ocasiones hay que asumir la necesidad de un ingreso y esta la asume el paciente en desequilibrio, el médico que le atiende o un juez a instancia de los próximos (familiares, amigos, conocidos o profesionales).

Desequilibrios depresivos del Humor Bipolar pueden hacer que requiramos un internamiento, también los desequilibrios maníacos, etc. En general en las situaciones que se pueden dar lo que hemos dado en llamar Humor Bipolar Desequilibrado Grave o inmediatamente antes de cumplir esos requisitos si se esperan.

Anejo 11. LA ASTENIA O NEURASTENIA

Derivada de nuestra actividad clínica y como intervinientes durante años en foros de personas con Humor Bipolar nos vemos obligados a intentar arrojar algo de luz sobre el *concepto-queja* de la astenia.

Conocemos como la **Astenia o Neurastenia** el estado *físico* de cansancio, debilidad y agotamiento general, que se caracteriza por la falta de energía vital necesaria para la realización de las actividades diarias más habituales. Se acompaña de una disminución en el dinamismo motor, con reducción de la actividad, pérdida del entusiasmo, rápida fatigabilidad y carencia de iniciativa por relajación de la atención y déficit de la voluntad. Esta situación genera un estado de discomfort y preocupación que se deja traslucir en la vida de relación con los otros. Puede la astenia tener su origen tanto en los desequilibrios homeostáticos primarios o secundarios del sistema nervioso.

Dentro del concepto-queja de la astenia se han observados algunas variedades añadidas a lo expuesto:

- La presencia de quejas continuas, de un molesto cansancio o de debilidad ante esfuerzos mínimos. Suele acompañarse con frecuencia de mialgias, vahídos, cefaleas tensionales, desequilibrios del sueño, discapacidad para relajarse, irritabilidad y dispepsia.
- Estados de temor o ansiedad, obsesiones, ideas fijas, sentimientos de inferioridad, indecisión y tendencia a la duda.
- Cansancio sin causa a la que achacarlo que se manifiesta durante los meses de primavera y que es más común entre las mujeres.

En general, no hacen falta vitaminas ni medicamentos por el estilo para tratar la astenia. Hay **astenias** que son **de causa reconocida**: anemia, hipotensión arterial, la producida por algunos medicamentos, etc. Estas se tratan: corrigiendo la anemia, subiendo la presión arterial (ese *cafelillo* que da la vida), o cambiando ese medicamento que la produce por otro que no la produzca.

Por otro lado está la **Astenia que nadie se atreve a señalar con el dedo**

"como originada por" y que desde antiguo de la medicina se le ha llamado de todo (astenia, neurastenia, psicastenia, primaveral...). Pues bien, tónicos, multivitamínicos y cientos de remedios caseros han desfilado por esos asténicos cuerpos y, ya se sabe – cuando en medicina hay muchos remedios - ninguno de ellos es de gran eficacia.

Nosotros recomendamos uno de esos remedios: irse a la ducha cuando te encuentres flojo (eliges la temperatura más fresca que soportes sin sobresaltos), no estar en habitaciones con temperaturas por encima de los 24°C y tomarse algún cafelillo o similar (ojo con esto último).

Por último, está la **astenia crónica**, a la que no se le encuentra causa, de los *síndromes de fatiga crónica*, y éstos también tienen primaveras y se languidecen más aún en ellas.

Observaciones

Observación 1. DESMITIFICAMOS ALGUNAS CREENCIAS

Algunas personas piensan que para el ser humano todo lo que venga de la naturaleza sin intermediarios, sin síntesis humanas de por medio, es lo más adecuado. Muchos bipolares se resisten a los tratamientos médicos basados en la tecnociencia en favor de remedios tradicionales de un no claro beneficio para nuestro organismo pero que está rodeado del halo especial de lo *empírico y natural*.

Son ejemplos de lo anterior la *Yerba de San Juan*, la *Tila*, la *Valeriana*, etc. Y nosotros ignoramos científicamente si estas tienen algún beneficio que vaya más allá de un posible efecto placebo o de alguna propiedad neurotrópica no suficientemente trascendente. Lo que si sabemos es que con los procesos tecnocientíficos (medicamentos, estimulaciones cerebrales, etc.) se producen mejorías estadísticamente mensurables, bien de forma aisladas, agrupadas o complementadas con otros procesos no clasificables en lo tecnocientífico.

Desde el punto de vista de la aplicación de los procesos externos no considerados tecnociencia, topamos con las llamadas psicoterapias o, mejor, las llamadas intervenciones cognitivoconductuales. Estas suelen estar en manos de todo profesional que argumente conocer métodos para intervenir en la neurología de la conducta y la cognición. Generalmente, en posesión gremial por parte de psicólogos y médicos, presenta diversos métodos de los que se pueden obtener resultados positivos.

Pero existe una *excepción / observación* en la que nos parece adecuado aumentar la explicación: el *psicoanálisis*.

Nosotros no conocemos proceso cerebral alguno derivado de un [inconsciente](http://www.neurologia.org.es/00020.-Nota-sobre-la-neurologia-de-la-conciencia-y-la-alerta/index.php) (<http://www.neurologia.org.es/00020.-Nota-sobre-la-neurologia-de-la-conciencia-y-la-alerta/index.php>) cuya inexistencia argumentamos. Luego no podemos albergar conceptualmente ni diagnósticos ni tratamientos basados en el análisis de lo que no hemos significado y por lo tanto no existe para nosotros.

Distinto es que el psicoanálisis se asiente sobre la base de una terminología que si bien no nos parece adecuada (*psico-*) si pretende el análisis de procesos cerebrales, de unas conductas, que obedecen a interacciones físicas derivadas de una homeostasis medioambiental externa e interna.

El estigma, en el caso de las mal llamadas enfermedades mentales, sobrepasa con mucho las menudas declaraciones de intenciones echadas al aire con frecuencia para luchar contra esa mal llamada Enfermedad Mental. Estas intenciones no tienen un calado general en el estigmatizador *memetizado*. El estigma sobrepasa a la sociedad actual, como lo hizo a las pasadas, y nos atrevemos a decir que lo hará a las sociedades futuras. Ya lo verán otros. Nosotros haremos aquí por explicarnos.

Richard Dawkins conceptuó la *metáfora de los memes* (un híbrido entre imitador y gen), y es un *meme* cualquier elemento cultural susceptible de imitación (como puede serlo un son, una idea, una noticia, la fama, unas formas de vestir y construir, etc).

Pues bien, los memes se mueven de un cerebro a otro utilizando cualquier soporte de información: escrito, audiovisual, etc. , y los hay buenos y malos. Así, el estigma de la enfermedad cerebral llamada mental constituye uno de estos memes, malo por supuesto, que pasa de un cerebro a otro a través de los más variados soportes (boca oído, radio, televisión, prensa, libros e internet).

Nosotros los humanos, presumimos de ser los únicos seres libres del universo que conocemos. Libres por suponer que tenemos *libre albedrío* (y por ello podemos obrar por reflexión y elección), sin embargo nuestro contenido cognitivo y conductual está construido con memes. Y, solo la educación en la autonomía, la tolerancia, la paz y la sabiduría podrá hacer que los humanos (que los [transhumanos](http://www.neurologia.org.es/00051.-Transhumanos-y-Transhumanismo-H-plus-/)- <http://www.neurologia.org.es/00051.-Transhumanos-y-Transhumanismo-H-plus-/>) en un presente y en un futuro se vayan desposeyendo de esos memes negativos.

Mientras eso llega, si tu eres una persona con un Humor Bipolar, Desequilibrado o no, no lo enarboles para luchar contra el estigma. Cierto es que todo avance social supone el sacrificio de cierta parte del colectivo, pero aquí tu

papel es como mucho “neutro” y ni tu solo ni en comunión más que imposible con el resto inclinaría el fiel de la balanza hacia el platillo de la desestigmatización.

Aprovecha si puedes, las posibilidades de integración que los distintos organismos de la sociedad en que habitas pongan a tu alcance pero sin dar la cara de tu variable del humor o del padecimiento de sus desequilibrios más que lo necesario.

No intentes cambiar el comportamiento humano, el de los demás, en una fracción de tiempo tan pequeña como la vida de las personas. Haz tu vida. El tiempo, un tiempo menos físico, menos *fugit*, puede que dé la oportunidad a otras personas, con tu variante y sus padecimientos, de no estar estigmatizados. Será difícil pero posible con una educación sabia de los seres humanos (a transhumanos).

Observación 3. ¿EXISTEN MEDIOS ULTRARAPIDOS DE TRATAMIENTO?

Usemos un símil entre el corazón y el cerebro.

Hay veces en que nuestro ritmo cardíaco se desenfrena o enlentece pudiendo incluso volverse caótico hasta el punto de que el corazón no puede hacer un trabajo eficaz. En estos casos la medicina corre en su ayuda para frenar o avivar la frecuencia de los latidos, o bien para proporcionar a ese corazón la cadencia necesaria mediante medicamentos y métodos de electroestimulación que puede llevar a cabo su misión *en horas* salvo en algunos casos refractarios. Se utilizan unas drogas antiarrítmicas, unas drogas ionotrópicas positivas, unas ionotrópicas negativas, la cardioversión eléctrica o la implantación de un marcapasos cardíaco.

Esta claro lo anterior: hay que emplear los mejores y más rápidos métodos y herramientas para revertir la situación que conduce a nuestro organismo a un riesgo vital por fallo de su bomba, *el corazón*.

Vayamos ahora al otro elemento del símil. Vayamos a un cerebro arrítmico, caótico a veces, enlentecido o desenfrenado como puede ocurrir en la depresiones, las manías, los estados mixtos y los estados pseudoesquizofrénicos. Aquí *el cerebro* no es vital en el sentido que lo es el corazón como bomba pero si es *existencial* en el sentido de las vivencias que otorga, el tiempo que lleva pasar esos episodios y los problemas que pueden derivarse de ese estado.

En el caso del cerebro se invierten semanas o meses en revertir, parcialmente a veces, la situación. Es el cerebro un noble acostumbrado a trabajo de plebeyo. Y esto no parece lo que justamente debería corresponder a una tecnociencia del sigloXXI. Se echa en olvido el cerebro y se deja caer en el concepto de lo que puede esperar. Que no urge su eficacia.

Existen estimuladores eléctricos y magnéticos para revertir situaciones de arritmia, desenfreno y enlentecimiento cerebral. También existen drogas neurotrópicas positivas y neurotrópicas negativas. ¿Por que se espera tanto?

Observación 4. LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

Difícil nos ha sido el conceptuar al Humor Bipolar. Nosotros, hemos dejado claro, no lo consideramos una enfermedad ya que no nos supone una alteración más o menos grave de la salud en el sentido de cambiar la esencia o la forma de la propia naturaleza del ser, sino que constituye '*la esencia del ser*'. Y mucho menos nos supone un trastorno, en cuanto a una enajenación mal llamada mental, ya que solo ocasionalmente saca a alguien fuera de si entorpeciéndole o turbándole el uso de la razón o de los sentidos.

Estamos, pues, ante una forma de ser, ante una forma de existir: '*la existencia bipolar*' que se deja a veces apellidar como enfermedad o trastorno para entrar en la lista de las que precisan ayuda médica para mitigar el sufrimiento que padecen, unas veces el bipolar y otras veces quienes les rodean, en algunos desequilibrios puntuales.

Nosotros fuimos colaboradores en la formación de una asociación de

pacientes y de sus familiares afectados por este Humor Bipolar, y vivimos muchas horas de experiencias compartidas. Además, un foro de afectados y de familiares en Internet junto con el correo diario y abundante proveniente de una página web que regentamos durante unos años llenaron nuestras cabezas de preguntas, cuyas respuestas, algunas de ellas posiblemente adecuadas, hemos ido conformando con el estudio y el tiempo, y aquí las estamos exponiendo.

Hace unos años se creó en Málaga (España) esa referida *Asociación de Bipolares de Andalucía Oriental (BAO)*. Desde el principio cientos de personas han contactado en ella, tanto afectados como familiares, y un grupo numeroso asiste regularmente a sus reuniones. Esta iniciativa ha venido a llenar un hueco cuyo espacio estaba destinado a los propios bipolares. Afectados y familiares han de potenciar sus contactos con los otros y buscar las ofertas que las distintas organizaciones de las sociedades en que habitan les proporcionan para potenciar una mejoría en la calidad de sus vidas.

Los hombres y mujeres que tienen una existencia bipolar, manteniéndose en el anonimato si lo prefieren, deben contactar con aquellos en sus iguales circunstancias para organizarse, asociarse y colaborar en conseguir objetivos comunes. Además el contacto con los iguales les muestra que no están solos en este difícil mundo de la bipolaridad.

Los que ya han llegado antes que ellos están dispuestos y preparados para tender una mano de ayuda a los que se van incorporando a este tipo de asociación. Si eres bipolar o conoces a alguien que se pueda beneficiar de esos contactos, aquí tienes una [dirección](http://www.bipolarneuro.com/inicio/index.php) (http://www.bipolarneuro.com/inicio/index.php) y un [foro en castellano -español-](http://www.bipolarneuro.com/foros/) (http://www.bipolarneuro.com/foros/) donde te pueden ayudar.

Observación 5. EL EQUILIBRIO COMO BASE DE LA VIDA DEL BIPOLAR

Esto, que suena a neurofilosofía profunda (y lo es), no pretende ser mas que lo

que es: la base de todo lo que es.

Si por *equilibrio* entendemos armonía, estabilidad, ecuanimidad, medida, sensatez, prudencia y astucia; y si por *desequilibrio* entendemos desproporción e insensatez, entre otras, está claro que *el equilibrio es el corrector del Humor Bipolar Desequilibrado.*

Y para el equilibrio del Humor Bipolar Desequilibrado necesitamos, la mayoría de las veces, dos tipos de procesos o tratamientos:

- Por un lado: un *proceso externo*, de *heteroterapeutas* (médicos, psicólogos, otros...) que nos proporcione, para ese humor desestabilizado, unas medidas físicas (medicamentos y otras) y unas enseñanzas sobre nuestra cognición y conducta.
- Por otro lado: un *proceso interno*, de *autoterapeutas* (nosotros mismos) que nos proporcione, para ese humor desestabilizado, unas medidas físicas (dieta y cuidados saludables) y la investigación sobre nuestras posibilidades cognitivas y de conducirnos. Un autoequilibrio. *Un autocontrol de nuestro sistema nervioso.*

GLOSARIO

ALUCINACIÓN: Es una sensación que no va precedida de la impresión inmediata en los sentidos.

CBZ: Carbamazepina

CRF: Hormona liberadora de corticotropina que se sintetiza en los núcleos paraventriculares.

COMORBILIDAD: es la presencia de uno o más desequilibrios de nuestro organismo junto al que constituye el desequilibrio primario o sobresaliente.

DELIRIO: Es un estado de confusión caracterizado por alucinaciones, reiteración de pensamientos absurdos e incoherencia.

DEPRESIÓN: es un estado de ánimo, cuyo su síntoma habitual es el abatimiento y

la infelicidad, que puede ser transitorio o permanente.

DISOCIACIÓN: mecanismo de defensa del sistema nervioso por el que se separan las vivencias incongruentes del resto. Se le considera como un mecanismo mal llamado *psicótico*, pero nosotros lo vemos como una normal forma de equilibrarse .

ESQUIZOFRENIA: Grupo de desequilibrios cerebrales que se declaran hacia la pubertad y se caracterizan por la disociación de algunas funciones cerebrales superiores, que conduce, en los casos graves, a una demencia incurable. Los pacientes poseen ideas delirantes y es por ello que se puede confundir con ella el Humor Bipolar, especialmente en una fase de manía y también en una fase de depresión- especialmente si existen síntomas de los llamados por nosotros pseudoesquizofrénicos-.

EUTIMIA: La eutimia es el estado de ánimo normal o mayoritario mejor, que se considera situado entre la hipertimia y la hipotimia o entre la manía y la depresión.

HIPERTIMIA: Aumento excesivo del tono afectivo que se observa, sobre todo, en la fases maniacas del Humor Bipolar pero que puede acontecer en un Humor Bipolar no desequilibrado o basal.

La persona se siente alegre, optimista, satisfecha de sí misma y del entorno. Dicho sentimiento no va ligado, a veces (normalmente), a situaciones reales que lo justifiquen, pero aun en el caso de que así fuera, puede existir una desproporción entre la situación y la intensidad, aparentemente inadecuada, de la reacción.

HB: Humor Bipolar.

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

KINDLING: Es el uso de un modelo que se desarrolló en el estudio de las epilepsias (de las convulsiones) y que se ha hecho extensivo al Humor Bipolar. En el llamado efecto *kindling*, la palabra *leña* es una metáfora en la que el aumento de la respuesta a los estímulos pequeños es similar a la forma en que las pequeñas ramitas puede producir un gran fuego. Una convulsión aumenta la probabilidad de que se produzcan más ataques; la estimulación repetida *reduce el umbral* para que se produzcan más ataques. De igual manera, en el Humor Bipolar, los desequilibrios reiterados aumentan la posibilidad de que se hagan mas frecuentes.

LCR: El líquido cefalorraquídeo, es un fluido incoloro y transparente, que baña el encéfalo y la médula espinal con tres funciones principales: 1) Mantener flotando al encéfalo y médula, siendo su amortiguador, dentro del cráneo y el canal medular. 2)

Transportar nutrientes y eliminar detritus del sistema nervioso. 3) Compensar los cambios en el volumen intracraneal e intrarraquídeo manteniendo una presión constante.

POTOMANÍA: La potomanía es un desequilibrio alimentario que se define como el deseo de beber grandes cantidades de líquido, generalmente de agua, de manera compulsiva y sin que exista una sensación previa de sed.

PREVALENCIA: En epidemiología, es la proporción de personas que sufren un desequilibrio en su organismo con respecto al total de la población en estudio.

PSICOSIS: Síndrome cerebral caracterizado por delirios o alucinaciones, como la esquizofrenia o la paranoia. Su raíz etimológica (*psic*, de alma) no es compartida por nosotros que vemos más apropiado el término *neurosis*.

PSICOTROPO: Llaman así a un agente que actúa sobre el sistema nervioso central y que tiene como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, nivel de alerta y comportamiento. Nosotros preferimos llamarle *neurotrofo*.

SENSIBILIZACIÓN. La idea de que los desequilibrios del Humor Bipolar se deba a un proceso de sensibilización (y al *efecto kindling*) sugiere que los primeros episodios se desencadenan por acontecimientos vitales generalmente estresantes, pero que cada episodio va provocando cambios en el cerebro que facilitan el siguiente episodio y, finalmente, los episodios se producen espontáneamente. Este proceso se describió por primera vez como una explicación de la epilepsia, y podría explicar porqué ciertos medicamentos para la epilepsia también son eficaces en el tratamiento del Humor Bipolar.

TEC: Terapia Electro Convulsiva.

TRH: La *hormona liberadora de tirotrópina* se produce en el área hipotalámica anterior, en el núcleo paraventricular. También se encuentra en la hipófisis anterior, en otras zonas del cerebro, la médula y en el aparato digestivo (en la porción gastrointestinal).

TSH: La *tirotrópina* denominada también hormona estimulante de la tiroides u hormona tirotrópica, es producida por la hipófisis y regula la producción de hormonas tiroideas.

TRIYODOTIRONINA (T3): Es una hormona del tiroides que afecta a casi todos los procesos del organismo. Estimula el metabolismo de los hidratos de carbono y las grasas, activando el consumo de oxígeno, así como la degradación de las proteínas

dentro de las células.

TIROXINA (T4): es la prohormona y la reserva de la hormona tiroidea activa triyodotironina (T₃), cuatro veces más potente. La tiroxina regula el metabolismo celular. La hiposecreción de la hormona tiroidea ralentiza el metabolismo, lo que puede producir aumento de peso, debilitamiento muscular, aumento de la sensibilidad al frío, disminución del ritmo cardíaco y una pérdida de las actividades de alerta del sistema nervioso. Su hipersecreción acelera el metabolismo, produciendo aumento del apetito, pérdida de peso, irritabilidad, nerviosismo, taquicardia e intolerancia al calor.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

1. Akiskal(2006). Trastornos bipolares: conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Panamericana. Buenos Aires.
2. Bennasar, R (2000). Trastornos del Humor. Panamericana.
3. Bobes, J. (2004).Trastornos bipolares en esquemas. Ars Médica. Barcelona.
4. Bousoño ((2008). El trastorno bipolar y sus dimensiones. Astrazeneca.
5. Correa, E. (2006). Trastornos Bipolares. Mediterraneo. Santiago de Chile.
6. Correa, Silva y Risco. (2006). Trastornos Bipolares. Mediterráneo (Buenos Aires)
7. Goikolea,J.M.
(2006).psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol5/articulos/articulo1:0.pdf
8. Hernandez, M. Dimensión clínica y humana de la atención psiquiátrica del Trastorno Bipolar. Ars Médica. ISBN:978-849751-393-7.
9. Laclau, G. (2006). Bipolaridad: De la euforia a la depresión. Andrómeda. ISBN 950-722-202-2. Buenos Aires.
10. Limonero, Joaquin T. (2007). Cognición y emoción. FUOC.Barcelona.
11. Mosquera, D, Crieitriz, A.Un acercamiento al Trastorno Bipolar. Pleyades. ISBN:978-84-934645-4-7.
12. Pylon, Ch y Sánchez, C. www.neurologia.org.es.
13. Pino, A. Trastorno Bipolar y Psicoeducación. Depósito Legal: A-41-2008
14. Ratey (2003). El cerebro: Manual de instrucciones. Debolsillo.
15. Saiz Ruiz y Montes Rodríguez. La depresión bipolar.EMISA. ISBN-84-689-1199-2.
16. Sánchez, C. (2006):www.bipolarneuro.com/inicio/index.php
17. Stahl (2002). Psicofarmacología esencial de la depresión y trastorno bipolar.. Ariel Ciencias Médicas . Barcelona.
18. Vales, A. Despido y protección social del enfermo bipolar. REUS. ISBN: 978-84-290-1573-7.
19. Vázquez – Barquero, A; Facorro, C. (2005). Las fases iniciales de las enfermedades mentales: Trastornos Bipolares. Masson (2005). Barcelona.
20. Vieta, E. (2001).Trastornos Bipolares:Avances clínicos y terapéuticos. Panamericana.Madrid.

21. Vieta, E. (2003). Tratamiento de la depresión bipolar. Aula Médica. Madrid.
22. Vieta, E. (2010). Módulos del Curso de Experto en Salud Mental y Clínica Psiquiátrica .IAEU.
23. Vieta, E. Colom, F. Convivir con el Trastorno Bipolar. Panamericana. ISBN:84-7903-840-3.
24. Vieta, E. Trastornos Bipolares: Avances Clínicos y terapéuticos. Panamericana. ISBN:84-7903-657-5.
25. Vieta, E., Colom, F. El Trastorno Bipolar: Superando los altibajos de ánimo. Editorial Morales y Torres Editores S.L. ISBN:84-96106-63-2.
26. Vieta y Grunze (2003). Tratamiento de la depresión bipolar. Aula Médica. Madrid.
27. Vieta, E. Bipolaridad y Pintura. Janssen-Cilag S.A. ISBN:978-84-96504-14-1.

Dedicatoria

A **Myriam**

Nuestra amiga y esposa, respectivamente, que ha supuesto numerosas circunstancias de nuestro existenciar trascendental.

Charles Pylon

y

Carlos Sánchez

