

Una Comprensión Ampliada del Trastorno Afectivo Bipolar a partir de la Neuropsiquiatría y Enfoques Clínicos Basados en la Evidencia

Leonardo Alejandro Peñuela Velásquez¹

lpenuela@docentes.uat.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0001-8908-2433>

Centro Universitario CIFE –
Universidad Autónoma de Tamaulipas,
Facultad de Medicina e Ingeniería
en Sistemas Computacionales de Matamoros,
México.

Pedro Luíz Mendoza Múzquiz

plmendoza@docentes.uat.edu.mx

Universidad Autónoma de Tamaulipas,
Facultad de Medicina e Ingeniería
en Sistemas Computacionales de Matamoros,
México.

Dionicio Enrique Martínez Saldaña

enmartinez@docentes.uat.edu.mx

Universidad Autónoma de Tamaulipas,
Facultad de Medicina e Ingeniería
en Sistemas Computacionales de Matamoros,
México.

Nicolás Parra-Bolaños

nicolasparra@asociacioneducar.com

<https://orcid.org/0000-0002-0935-9496>
Asociación Educar para el Desarrollo Humano,
Laboratorio de Neurociencias y Educación,
Buenos Aires, Argentina

Juan Sebastián Benjumea Garcés

Juan.benjumea@tdea.edu.co

<https://orcid.org/0000-0001-8230-2384>

Institución Universitaria Tecnológico
de Antioquia, Medellín, Colombia

RESUMEN

La bipolaridad es un trastorno del ánimo que tiene repercusiones sobre la calidad de vida y en la estabilidad social, familiar, laboral y humana de todas las personas que se ven afectadas por este trastorno. El objetivo de este estudio de revisión ha consistido en la generación de una matriz de datos en donde se recolectó un número significativo de artículos científicos que abordan a este cuadro clínico a partir de los avances y desarrollos de la neuropsiquiatría. Se concluye que, la bipolaridad requiere no solo de la psiquiatría y la medicina para proporcionarle tratamiento a estas poblaciones, sino que también se necesitan emplear las más recientes técnicas y herramientas devenidas de los enfoques psicoterapéuticos basados en la evidencia para garantizar los cuidados psicosociales y psicológicos que necesitan los pacientes afectados por este trastorno, haciendo énfasis en las aportaciones que la neuroeducación puede hacer para vincularse al diseño de programas de reforzamiento mucho más eficaces para el abordaje de pacientes bipolares.

Palabras clave: *neuropsiquiatría; psicoterapia; neuroeducación; calidad de vida; rehabilitación*

¹ Autor principal.

Correspondencia: lpenuela@docentes.uat.edu.mx

An Expanded Understanding of Bipolar Affective Disorder from Neuropsychiatry and Evidence-Based Clinical Approaches

ABSTRACT

Bipolarity is a mood disorder that has repercussions on the quality of life and on the social, family, work and human stability of all people who are affected by this disorder. The objective of this review study has consisted in the generation of a data matrix where a significant number of scientific articles that address this clinical picture based on the advances and developments of neuropsychiatry were collected. It is concluded that bipolarity requires not only psychiatry and medicine to provide treatment to these populations, but it is also necessary to use the most recent techniques and tools derived from evidence-based psychotherapeutic approaches to guarantee psychosocial and psychological care. needed by patients affected by this disorder, emphasizing the contributions that neuroeducation can make to be linked to the design of much more effective reinforcement programs for the approach to bipolar patients.

Keywords: *neuropsychiatry; psychotherapy; neuroeducation; quality of life; rehabilitation*

*Artículo recibido 15 agosto 2023
Aceptado para publicación: 05 setiembre 2023*

INTRODUCCIÓN

El trastorno afectivo bipolar es uno de los cuadros clínicos que ha presentado mayor evolución en los países Occidentales, volviéndose un problema de salud pública, pues su presencia ha crecido de forma diametral y vertiginosa, por lo que ha tomado por sorpresa a los especialistas en epidemiología, ya que sus márgenes de crecimiento y expansión son mucho mayores a lo que cualquier pronóstico hubiera referenciado. El trastorno bipolar es íntegramente de características afectivas y se ubica dentro de la clasificación de trastornos del estado de ánimo, presentando dos grandes variedades: Tipo I y Tipo II, en donde el primero se caracteriza por eventos depresivos mayores y el segundo se identifica por eventos maníacos (Munkholm, Vinberg & Kessing, 2016; Oldani, Altamura, Abdelghani & Young, 2016; Perugi, Vannucchi, Bedani & Favaretto, 2017).

Este cuadro clínico viene siendo presentado por alrededor del 1,5% de la población mundial, dependiendo por supuesto de qué población estamos hablando, qué grupo de edad, qué grupo con antecedentes genéticos o no, entre otros, pero lo cierto es que se espera que esta suma se duplique o triplique en las próximas décadas debido a variables de crecimiento poblacional y elevación desproporcionada de cuadros clínicos del estado del ánimo. En esta misma línea, la mayoría de los pacientes con trastorno bipolar presentan eventos en donde sus relaciones sociales y afectivas se tornan gravemente alteradas por causa de la hipomanía y la depresión, además de los cambios bruscos de humor (Callahan, McLaren-Gradinaru, Burles & Iaria, 2021; Labalestra, Stefaniak, Lefebvre & Besche-Richard, 2021; Sadana, Gupta, Jain, Kumaran, Thennarasu & Rajeswaran, 2019).

Solo el 2,2% de personas diagnosticadas con bipolaridad acaban en suicidio debido al sufrimiento tan grande que tienen estos pacientes, pero más que nada, debido a la falta de dispositivos que les permita regular sus fuertes emociones y sus cambios de ánimo tan extremos. Este trastorno afecta en igual proporción a hombres y a mujeres a diferencia de muchas otras o casi todas las demás enfermedades mentales y se hace necesario desmitificar la creencia popular de que la bipolaridad solo afecta a mujeres o que estas son la gran mayoría de casos, porque no es así. Esta es completamente igualitaria y usualmente va a aparecer entre los 19 y los 29 años, aunque se han reportado casos donde comienza mucho antes. Es decir, es una enfermedad que se manifiesta en personas jóvenes o incluso, adolescentes y preadolescentes de forma fortuita (MacQueen & Memedovich, 2017; Salagre, Vieta & Grande, 2017).

Muchos de los casos de bipolaridad tienen antecedentes familiares, evidenciando historial clínico y neuropsiquiátrico de un episodio de manía o varios, junto con episodios de depresión, llegando a pasar meses entre uno y otro evento, y presentando también, episodios de manía durante bastante tiempo, saltando de estar súper emocionados a súper tristes. Cabe destacar que no solo nos encontramos dentro del DSM con la bipolaridad tipo I y II, sino que es un cuadro clínico mucho más complejo y con una variedad que se extiende a trastornos ciclotímicos, trastornos bipolares especificados, trastornos bipolares no especificados, trastorno bipolar inducido por sustancias y trastorno bipolar debido a afecciones médicas, lo que da cuenta de que la bipolaridad no es reducible a su mínima expresión y que requiere no solo un completo diagnóstico neuropsiquiátrico y terapias basadas en la evidencia, sino que se requiere del trabajo de otras disciplinas de las ciencias de la salud para mejorar la calidad de vida de estos pacientes (Buoli, Serati, Caldiroli, Cremaschi & Altamura, 2017; Harrison, Geddes & Tunbridge, 2018; Young & Juruena, 2021).

Uno de los puntos cruciales radica en que cada caso no solo sea adecuadamente diagnosticado por un equipo interdisciplinario de profesionales de las ciencias de la salud, tales como: psiquiatría, neuropsiquiatría, neurología, psicología clínica y psicología de la salud, sino que se les pueda ofrecer la terapia cognitiva, conductual o contextual que más avances clínicos haya demostrado, pues es un derecho de los pacientes, acceder a las mejores y más rigurosas terapias para todo su proceso de acompañamiento, mientras van adquiriendo de la mano del terapeuta, las técnicas, herramientas y destrezas necesarias para poder afrontar con valentía y determinación, todos los eventos críticos que son tan propios de las dificultades psicológicas que conlleva la bipolaridad (Fares-Otero & Martínez-Aran, 2022; Miola, Cattarinussi, Loré, Ghiotto, Collantoni & Sambataro, 2022).

Tenemos que descartar, no tanto para el diagnóstico, sino para el pronóstico, la ideación suicida, pues si los pacientes están tan deprimidos que ya están pensando en un plan para atentar contra su propia vida, se requiere una intervención inmediata desde los enfoques clínicos que abordan estos casos, para evitar que los pacientes puedan poner en riesgo sus vidas. Por supuesto eso e incluso, la indicación para hospitalizar al paciente hasta que esté estable, justamente para salvarle la vida. También se debe hacer énfasis en que la bipolaridad no está sola, sino que generalmente se presenta como una patología dual, evidenciando la presencia de otros cuadros clínicos concomitantes. Un paciente que tiene trastorno

bipolar, podría fácilmente tener conductas tendientes al abuso de sustancias, porque ambas están muy ligadas, razón por la cual, se hace necesario un completo mapeo de los entornos y contextos de reforzamiento más visitados por los pacientes para encontrar alivio (Aragno, Fagiolini, Cuomo, Paschetta, Maina & Rosso, 2022; Cossu, Preti, Gyppaz, Gureje & Carta, 2022).

METODOLOGÍA

El presente estudio de revisión realizó una profunda indagación sobre los aportes de la neuropsiquiatría en lo relativo al Trastorno Bipolar, por lo cual se hizo una pesquisa en dos de las principales Bases de Datos científicas: Scopus y Web of Science. Se construyó para ello, una matriz en donde se categorizaron cada uno de artículos publicados durante un periodo de 7 años, ubicando un rango de tiempo desde el año 2016 al 2022. Se identificaron un total de 1,185 investigaciones, que fueron categorizadas y decantaron mediante criterios de exclusión e inclusión, dando como resultado en un total de 30 artículos científicos de base, los cuales constituyeron la síntesis presentada en este manuscrito.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En algunos estudios hasta 31% de los pacientes con trastorno bipolar, van a tener también abuso de sustancias en su vida. Esto, de nuevo, puede ser desde alcohol, hasta estimulantes, tabaco, entre otras. Desde la neuropsiquiatría se hace un fuerte énfasis en la patología dual, pues esta provee de las herramientas que aportan los datos confiables para el diseño de los programas de intervención que el paciente requiere. Ahora bien, ¿cuál es el tratamiento más adecuado para la bipolaridad? Por supuesto, el tratamiento se divide en tres. En primera instancia está el tratamiento con fármacos para el episodio maniaco, fármacos para el trastorno depresivo y fármacos estabilizadores del estado de ánimo. Los estabilizadores del estado de ánimo pueden también ser antimaníacos o antidepresivos, dependiendo cuál estemos hablando, pero en términos generales, primero antimaníacos. En segundo lugar, una completa evaluación neuropsiquiátrica para garantizar que se haya ejecutado una completa pesquisa de los cuadros clínicos del paciente y, en tercer lugar, el diseño de programas conductuales de reforzamiento para lograr que el paciente aprenda los repertorios necesarios para darle manejo autónomo a su situación clínica (Linke, Koppe, Scholz, Kanske, Durstewitz & Wessa, 2020; Tondo, Vázquez & Baldessarini, 2017).

Los antimaniacos buscan específicamente bajarle un poco a este estado tan exaltado que tiene el paciente en ciertos momentos del día. Puedo utilizar antipsicóticos, ya que estos bajan rápidamente la conducta alterada del paciente, y si tiene psicosis, seguramente presentará delirium o ideas delirantes, por lo que se les debe ayudar bastante a los pacientes con el acompañamiento social y familiar, ya que con eso corren pocos riesgos de tener algún accidente severo o algún problema económico grave que acelere la aparición de sus síntomas. Los antipsicóticos pueden ser típicos o atípicos, también pueden ser vía oral o inyectables. Los inyectados, por supuesto, de larga duración, en algunos casos pueden mejorar la adherencia y pueden estabilizar mejor al paciente. Aunque, por supuesto, habrá que valorar cada caso para ver si conviene o no (Gonçalves, Andrejew & Gubert, 2022; Zovetti, Perlini, Brambilla & Bellani, 2022).

También se pueden utilizar valproato o litio. El litio, específicamente, es también un fármaco que estabiliza el estado de ánimo y es la columna vertebral del tratamiento de los pacientes bipolares desde la neuropsiquiatría. Sin embargo, el litio tarda en hacer efecto. Si llega un paciente a urgencias, el tratamiento inicial no sería el litio, porque va a tardar mucho tiempo en controlarlo, hasta que se le pase ese episodio maniaco. De nuevo, no se está diciendo que no se empiece con el litio, pero se le debe proporcionar al paciente en crisis, algo que actúe de manera rápida, como un antipsicótico o valproato, para bajar esos episodios de manía, y así mantenerlos más controlados (Gallagher, 2021; Guglielmo, Miskowiak & Hasler, 2021; Shi, Tang, Wu, Chen, Huang & Fang, 2021).

Los antimaniacos serán usualmente solo para bajar el episodio maniaco y después de un tiempo se suspenden, y el paciente queda solamente con el estabilizador del estado de ánimo. De nuevo, no significa que estos no puedan darse por largos periodos de tiempo, si es que el paciente está teniendo episodios maniacos todavía con el litio. De todos los tratamientos existentes, es específicamente el litio el más empleado en entornos clínicos y la neuropsiquiatría resalta la relevancia de este fármaco para la regulación de los pacientes. Ya lo mencionamos, el litio es la columna vertebral del tratamiento del trastorno bipolar y por eso no se recomienda omitirlo, sino más bien, acompañarlo de terapias psicológicas basadas en la evidencia (Kollmann, Yuen, Scholz & Wessa, 2019; Madireddy & Madireddy, 2022; Rossetti, Girelli, Perlini, Brambilla & Bellani, 2022).

CONCLUSIONES

Diversos estudios demuestran que, en pacientes que por alguna razón no pueden recibir tratamiento con litio, ya sea porque no le pueden dar el seguimiento y el litio puede ser peligroso por contraindicaciones médicas, es necesario ir haciéndole estudios regulares y frecuentes al paciente hasta encontrar el fármaco que mejor se adapte a las necesidades de la persona y no al revés, pues el objetivo de los fármacos no son los de calmar al paciente, sino, que sean una configuración diseñada concretamente para las necesidades de cada caso y que contribuya a mejorar la calidad de vida de los mismos. En este sentido, la neuropsiquiatría nos señala que, el valproato también tiene que estar siendo monitorizando constantemente para ver sus efectos positivos y negativos, para con base en esa información, decidir qué dirección debe tomar el tratamiento. Si el paciente no lo puede tomar tampoco por alguna razón o no puedo monitorizarlo de manera tan específica, debemos migrar a la carbamazepina. Por supuesto, siempre el elegido usualmente es el litio (Kato, 2017; López-Muñoz, Shen, D'Ocon, Romero & Álamo, 2018).

Para la depresión, de nuevo se suele administrar litio. No es de urgencia, con el tiempo va a ir mejorándolo. El tratamiento para la depresión, por supuesto son los antidepresivos, pero en un paciente que tiene trastorno bipolar y por lo tanto depresión bipolar, no pueden darse antidepresivos solos, sino que debe acompañarse de psicoterapia y del fortalecimiento de las redes de apoyo del paciente. Para terminar, prácticamente siempre se recomienda al litio como agente estabilizador del estado de ánimo de pacientes bipolares, pero sin olvidar que todos los avances y progresos que haga la neuropsiquiatría para ayudar a estas poblaciones, van estrechamente ligadas a los éxitos de la psicoterapia basada en la evidencia y si es posible vincular a ello, todos los componentes de la neuroeducación, se podrían crear programas de reforzamiento mucho más eficaces y potentes (Kato, 2019; Laidi & Houenou, 2016; Salarvan, Sparding, Clements, Rydén & Landén, 2019).

LISTA DE REFERENCIAS

- Aragno, E., Fagiolini, A., Cuomo, A., Paschetta, E., Maina, G., & Rosso, G. (2022). Impact of menstrual cycle events on bipolar disorder course: a narrative review of current evidence. *Archives of women's mental health*, 25(2), 257–266. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01217-9>
- Buoli, M., Serati, M., Caldiroli, A., Cremaschi, L., & Altamura, A. C. (2017). Neurodevelopmental Versus Neurodegenerative Model of Schizophrenia and Bipolar Disorder: Comparison with

- Physiological Brain Development and Aging. *Psychiatria Danubina*, 29(1), 24–27.
<https://doi.org/10.24869/psyd.2017.24>
- Callahan, B. L., McLaren-Gradinaru, M., Burles, F., & Iaria, G. (2021). How Does Dementia Begin to Manifest in Bipolar Disorder? A Description of Prodromal Clinical and Cognitive Changes. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 82(2), 737–748. <https://doi.org/10.3233/JAD-201240>
- Cossu, G., Preti, A., Gyppaz, D., Gureje, O., & Carta, M. G. (2022). Association between toxoplasmosis and bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 153, 284–291. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.013>
- Fares-Otero, N. E., & Martinez-Aran, A. (2022). Social Stress in Bipolar Disorder. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 60, 22–24. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.04.002>
- Gallagher, P. (2021). Neuropsychology of Bipolar Disorder. *Current topics in behavioral neurosciences*, 48, 239–253. https://doi.org/10.1007/7854_2020_148
- Gonçalves, M. C. B., Andrejew, R., & Gubert, C. (2022). The Purinergic System as a Target for the Development of Treatments for Bipolar Disorder. *CNS drugs*, 36(8), 787–801. <https://doi.org/10.1007/s40263-022-00934-0>
- Guglielmo, R., Miskowiak, K. W., & Hasler, G. (2021). Evaluating endophenotypes for bipolar disorder. *International journal of bipolar disorders*, 9(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s40345-021-00220-w>
- Harrison, P. J., Geddes, J. R., & Tunbridge, E. M. (2018). The Emerging Neurobiology of Bipolar Disorder. *Trends in neurosciences*, 41(1), 18–30. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2017.10.006>
- Kato, T. (2017). Neurobiological basis of bipolar disorder: Mitochondrial dysfunction hypothesis and beyond. *Schizophrenia research*, 187, 62–66. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.10.037>
- Kato, T. (2019). Current understanding of bipolar disorder: Toward integration of biological basis and treatment strategies. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 73(9), 526–540. <https://doi.org/10.1111/pcn.12852>

- Kollmann, B., Yuen, K., Scholz, V., & Wessa, M. (2019). Cognitive variability in bipolar I disorder: A cluster-analytic approach informed by resting-state data. *Neuropharmacology*, 156, 107585. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.03.028>
- Labalestra, M., Stefaniak, N., Lefebvre, L., & Besche-Richard, C. (2021). Influence of Psychological Vulnerability Factors for Bipolar Disorders on a Semantic Mediated Priming Task. *Frontiers in psychology*, 12, 598114. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.598114>
- Laidi, C., & Houenou, J. (2016). Brain functional effects of psychopharmacological treatments in bipolar disorder. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 26(11), 1695–1740. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2016.06.006>
- Linke, J. O., Koppe, G., Scholz, V., Kanske, P., Durstewitz, D., & Wessa, M. (2020). Aberrant probabilistic reinforcement learning in first-degree relatives of individuals with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 264, 400–406. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.063>
- López-Muñoz, F., Shen, W. W., D'Ocon, P., Romero, A., & Álamo, C. (2018). A History of the Pharmacological Treatment of Bipolar Disorder. *International journal of molecular sciences*, 19(7), 2143. <https://doi.org/10.3390/ijms19072143>
- MacQueen, G. M., & Memedovich, K. A. (2017). Cognitive dysfunction in major depression and bipolar disorder: Assessment and treatment options. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 71(1), 18–27. <https://doi.org/10.1111/pcn.12463>
- Madireddy, S., & Madireddy, S. (2022). Therapeutic Interventions to Mitigate Mitochondrial Dysfunction and Oxidative Stress-Induced Damage in Patients with Bipolar Disorder. *International journal of molecular sciences*, 23(3), 1844. <https://doi.org/10.3390/ijms23031844>
- Miola, A., Cattarinussi, G., Loré, M. L., Ghiotto, N., Collantoni, E., & Sambataro, F. (2022). Brain gyification in bipolar disorder: a systematic review of neuroimaging studies. *Brain imaging and behavior*, 16(6), 2768–2784. <https://doi.org/10.1007/s11682-022-00713-x>
- Munkholm, K., Vinberg, M., & Kessing, L. V. (2016). Peripheral blood brain-derived neurotrophic factor in bipolar disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 21(2), 216–228. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.54>

- Oldani, L., Altamura, A. C., Abdelghani, M., & Young, A. H. (2016). Brain stimulation treatments in bipolar disorder: A review of the current literature. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 17(7), 482–494. <https://doi.org/10.3109/15622975.2014.984630>
- Perugi, G., Vannucchi, G., Bedani, F., & Favaretto, E. (2017). Use of Stimulants in Bipolar Disorder. *Current psychiatry reports*, 19(1), 7. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0758-x>
- Rossetti, M. G., Girelli, F., Perlini, C., Brambilla, P., & Bellani, M. (2022). A critical overview of tools for assessing cognition in bipolar disorder. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 31, e70. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000555>
- Sadana, D., Gupta, R. K., Jain, S., Kumaran, S. S., G S, R., Thennarasu, K., & Rajeswaran, J. (2019). Neurocognitive profile of patients with Bipolar Affective Disorder in the euthymic phase. *Asian journal of psychiatry*, 44, 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.037>
- Salagre, E., Vieta, E., & Grande, I. (2017). The visceral brain: Bipolar disorder and microbiota. *El cerebro visceral: trastorno bipolar y microbiota. Revista de psiquiatria y salud mental*, 10(2), 67–69. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.02.001>
- Salarvan, S., Sparding, T., Clements, C., Rydén, E., & Landén, M. (2019). Neuropsychological profiles of adult bipolar disorder patients with and without comorbid attention-deficit hyperactivity disorder. *International journal of bipolar disorders*, 7(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0149-9>
- Shi, Y., Tang, Y., Wu, Z., Chen, J., Huang, J., & Fang, Y. (2021). Schizophrenia, bipolar disorder, or intracranial aneurysm? A case report. *Brain and behavior*, 11(8), e2245. <https://doi.org/10.1002/brb3.2245>
- Tondo, L., Vázquez, G. H., & Baldessarini, R. J. (2017). Depression and Mania in Bipolar Disorder. *Current neuropharmacology*, 15(3), 353–358. <https://doi.org/10.2174/1570159X14666160606210811>
- Young, A. H., & Juruena, M. F. (2021). The Neurobiology of Bipolar Disorder. *Current topics in behavioral neurosciences*, 48, 1–20. https://doi.org/10.1007/7854_2020_179

Zovetti, N., Perlini, C., Brambilla, P., & Bellani, M. (2022). Childhood adversities and bipolar disorder: a neuroimaging focus. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 31, e12.
<https://doi.org/10.1017/S2045796021000834>