



CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

CYCLOTHYMIA, A TYPE OF BIPOLAR DISORDER?

Agustín Bermejo Pastor, Ana García Carpintero, Belén Rodado León, Mar Jiménez Cabañas

agusbermejo@gmail.com

ciclotimia, trastorno bipolar

Cyclothymia, bipolar disorder, temperament

RESUMEN

En contra de la definición dada por las principales clasificaciones, algunos autores proponen entender este trastorno ciclotímico como la exageración de un temperamento ciclotímico basal, estrechamente relacionado a nivel genético con los trastornos bipolares cuya base es la disregulación afectiva. Así, la ciclotimia constituye un cuadro psicopatológicamente muy rico, de inicio en la infancia o adolescencia, caracterizado por una elevada reactividad emocional e inestabilidad afectiva que condicionan una serie de complicaciones a nivel cognitivo y conductual. Este trastorno se presenta en un 0,4-8% de la población general, si bien su prevalencia es de 30-50% en algunas muestras clínicas, dada la elevada tasa de comorbilidad con otras patologías como trastornos de ansiedad, afectivos o de la conducta alimentaria. Un correcto diagnóstico de este trastorno permite el abordaje terapéutico basado en programas específicos de psicoeducación y el uso de estabilizadores anímicos, siendo fundamental la retirada de antidepresivos por su riesgo de inducción de episodios maníacos, ciclación rápida o estados mixtos. A nivel teórico, la ciclotimia puede suponer el eslabón perdido al tratar de entender la función evolutiva de los genes asociados al trastorno bipolar, constituyendo una manifestación subsindrómica de rasgos ventajosos asociados a dichos genes.

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

INTRODUCCIÓN

La ciclotimia es un trastorno psiquiátrico persistente y de inicio precoz, íntimamente relacionado con los trastornos bipolares, caracterizado por fluctuaciones anímicas tanto espontáneas como reactivas, resultando en una rica expresión psicopatológica que asocia múltiples consecuencias cognitivas y conductuales¹.

Si bien la actual definición de la ciclotimia en las clasificaciones CIE 11 y DSM 5 se ciñe a la alternancia de síntomas depresivos e hipomaníacos a lo largo del tiempo, varios autores han descrito este término de una forma más amplia y rica, poniendo énfasis en otras características nucleares como la disregulación emocional².

El término ciclotimia fue usado por primera vez por Ewald Hecker, discípulo de Ludwig Kahlbaum, en 1877. Inicialmente, ambos psiquiatras la consideraron una entidad distinta de la psicosis maníaco depresiva, basándose fundamentalmente en la ausencia de síntomas psicóticos y su curso no deteriorante. Ya en 1921, Kraepelin criticaría esta visión, aludiendo a la coexistencia de formas atenuadas y graves en las mismas familias o incluso los mismos individuos. Así, incluiría en la enfermedad maníaco depresiva tanto las formas graves de manía y melancolía como otras formas que denominó estados básicos constitucionales, entre los que constan estados atenuados depresivos (distimia), maníacos (hipertimia), irritables o la alternancia de estados de manía y depresión (ciclotimia). Contemporáneamente a esto, en 1909, los psiquiatras franceses Gaston Deny y Pierre Khan realizaron descripciones de la ciclotimia en que la describían como un estado constitucional persistente, haciendo referencia a la inestabilidad y reactividad afectivas, los problemas conductuales y relacionales, así como la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos¹.

No sería hasta 1981 cuando Akiskal desarrollaría una perspectiva temperamental de la ciclotimia, incorporando el concepto kraepeliniano de estados básicos como una expresión constitucional de la enfermedad maníaco depresiva y proponiendo unos criterios operativos para la ciclotimia, que fueron apoyados por una serie de estudios revelando su agregación familiar con el trastorno bipolar y la tendencia al viraje inducido por antidepresivos¹.

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

En el año 1980 la ciclotimia fue incluida en el DSM-III y más tarde en la CIE-10, recibiendo una amplia validación empírica como un trastorno del espectro bipolar y perdurando en las siguientes ediciones de los manuales. No obstante, la ciclotimia ha sido definida únicamente por la alternancia crónica entre estados depresivos e hipomaníacos leves, sin tener en cuenta otras de sus características más importantes, llevando a la situación actual en que este diagnóstico es prácticamente ignorado en el ámbito clínico habitual¹.

LA CICLOTIMIA: ¿UN TRASTORNO BIPOLAR LEVE O UN TEMPERAMENTO?

La ciclotimia, tal como es definida por las clasificaciones CIE-11 y DSM 5 consiste en la alternancia, durante más de dos años y sin largos períodos de estabilidad, entre episodios de síntomas hipomaníacos y de síntomas depresivos sin que lleguen a cumplir criterios de depresión mayor, episodio maníaco ni episodio mixto. De este modo, se define un trastorno de curso prácticamente idéntico al de un trastorno bipolar I o II, con la única distinción de que los episodios son atenuados y más frecuentes^{3,4}. Las diferencias entre ambas clasificaciones se ilustran en la **tabla 1**.

	DSM 5	CIE-11
Duración	2 años	
Síntomas	No más de 2 meses seguidos sin síntomas.	Más tiempo del que no.
Síntomas maníacos	No llega a cumplir criterios de episodio hipomaníaco	Puede cumplir criterios de episodio hipomaníaco pero no maníaco.
Síntomas depresivos	No cumple criterios de episodio depresivo.	

Tabla 1: Diagnóstico de ciclotimia en las clasificaciones DSM 5 y CIE-11^{3,4}

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

Autores como Perugi^{1,2,5}, sin embargo, consideran que esta definición, además de resultar reduccionista y no considerar la riqueza psicopatológica del síndrome, es una de las principales causas de que la ciclotimia haya recibido en los últimos años escasa atención por parte de investigadores y clínicos, pese a los datos que revelan una prevalencia de hasta un 5% en la población general² y de hasta un 50% en algunas muestras clínicas^{1,5}

Según estos autores, la ciclotimia puede ser mejor entendida como la exageración, con consecuencias negativas en diferentes áreas, de un temperamento ciclotímico básico que se inicia en la infancia o adolescencia y está presente durante la mayor parte de la vida⁵. En esta línea de pensamiento, se ha llegado a definir la ciclotimia como un trastorno del neurodesarrollo cuyo núcleo sería el de la disregulación emocional, lo cual se ve reforzado por la observación de que la disregulación emocional es muy frecuente entre los diferentes trastornos del neurodesarrollo (TDAH, TEA, síndrome de Tourette o discapacidad intelectual) y por los estudios en pacientes bipolares con alta labilidad afectiva que muestran anomalías funcionales y estructurales en las redes neuronales encargadas del procesamiento de la información emocional, como una hiperreactividad amigdalар y déficits en la regulación del córtex prefrontal y orbito-frontal. De esta forma, la ciclotimia resultaría de la compleja interacción entre un déficit del neurodesarrollo y el ambiente, resultando en un cuadro clínico que puede variar en gravedad, edad de inicio o complejidad en función del peso de cada uno de estos componentes².

La ciclotimia es, por tanto, un estilo temperamental derivado de la interacción entre un componente genético íntimamente relacionado con los trastornos bipolares y diversos factores ambientales, cuyas características clínicas nucleares son la excesiva inestabilidad afectiva y reactividad emocional a estímulos externos, que se acompañan de fluctuaciones rápidas en los niveles de actividad energía y estado de ánimo que se suceden sin apenas períodos de estabilidad⁵.

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La viñeta clínica típica de la ciclotimia es una mujer joven que acude a consulta por síntomas ansiosos, depresivos, problemas en relaciones interpersonales o en el control de impulsos, emergiendo tras una detallada evaluación un patrón de inicio en la infancia o adolescencia consistente en una elevada sensibilidad a estímulos ambientales tanto positivos como negativos, así como frecuentes fluctuaciones tanto en el estado de ánimo como en los niveles de energía y actividad, con consecuencias negativas en diferentes áreas de su funcionamiento. Estas oscilaciones son desencadenadas por factores de todo tipo, ya sean psicológicos (p. ej. enamorarse o un desengaño amoroso) físicos (p. ej. actividad o inmovilidad), ambientales (p. ej. cambios meteorológicos o de huso horario) o químicos (e. ej. alcohol, drogas o fármacos)^{1,6}.

Sobre estos rasgos nucleares aparecen períodos de síntomas hipomaníacos y depresivos, que se caracterizan por los rápidos e impredecibles cambios entre una polaridad y otra. Si bien el concepto de ciclotimia considerado por las principales clasificaciones se basa en la alternancia entre fases cortas pero definidas de síntomas de euforia y de depresión, lo más habitual en la ciclotimia es el cambio rápido entre ambos polos y con mucha frecuencia la combinación de síntomas hipomaníacos y depresivos al mismo tiempo, siendo los síntomas de depresión mixta atenuados la forma más frecuente de presentación de la ciclotimia en la práctica habitual. Asimismo, la hipomanía tiende a presentarse en su vertiente “oscura” (en contraste con la más conocida versión “brillante” de la hipomanía eufórica) caracterizándose por un aumento de actividad, impulsividad, irritabilidad y conductas de riesgo. La aparición de irritabilidad y conductas disruptivas durante los episodios hipomaníacos y también en los períodos depresivos dificultan el diagnóstico si la ciclotimia es únicamente considerada un “trastorno bipolar leve”, favoreciendo que sean interpretados como trastornos de personalidad¹.

Por otro lado, la elevada reactividad del humor se relaciona estrechamente con una elevada sensibilidad interpersonal, pudiéndose considerar éstas dos aspectos (cognitivo y afectivo) de la misma dimensión psicopatológica.

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

Esta elevada sensibilidad interpersonal lleva con frecuencia a patrones de relación inestables y problemáticos que se solapan con los descritos para algunos de los trastornos de personalidad, entre los que destacan: una elevada sensibilidad al rechazo, dependencia emocional, celos patológicos, necesidad de complacer a otros, necesidad de recibir cumplidos y refuerzos sociales, sentimientos de ser incomprendido, fluctuaciones entre baja autoestima y excesiva confianza, etc¹.

DIAGNÓSTICO

Dado que la conceptualización y los criterios diagnósticos de ciclotimia en las clasificaciones CIE y DSM han sido ampliamente criticados por autores expertos en el tema^{1,2,5}, han sido propuestos unos criterios alternativos para el temperamento ciclotímico, que recojan mejor las características de este estilo temperamental. Los criterios se recogen en la tabla 2.

A. Fluctuaciones de humor subclínicas bifásicas con cambios bruscos y lábiles, y con variabilidad en la duración, medida desde horas hasta unos días.

B. Al menos cuatro de los siguientes aspectos constituyen la línea de base habitual a largo plazo del sujeto:

- Letargia que alterna con eutonía.

- Autoestima inestable que alterna entre baja autoestima y exceso de confianza.

- Disminución de la producción verbal alternando con locuacidad.

- Confusión mental que alterna con un pensamiento agudo y creativo.

- Lágrimas inexplicables que se alternan con excesivos juegos de palabras y jocosidad.

- Ensimismamiento introvertido alternado con desinhibición y búsqueda de personas.

Tabla 2: Criterios diagnósticos de ciclotimia según Akiskal⁷.

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

Como apoyo a la entrevista clínica y a estos criterios diagnósticos, disponemos de una escala autoaplicada que permite explorar los temperamentos afectivos, la Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS)-A⁸. A pesar de que se trata de una escala creada con fines de investigación y no validada con fines clínicos, algunos autores⁹ sugieren su utilidad a nivel de práctica clínica con un punto de corte del 75% según algunas fuentes y del 50% según otras, permitiendo detectar temperamentos hipertímico, distímico, ciclotímico, irritable y ansioso. Para el temperamento ciclotímico concretamente, con la escala en su versión en español, es necesario un resultado afirmativo en al menos 11 (>50%) o 16 (>75%) de los 21 ítems localizados entre el nº 22 y el nº 42 del cuestionario. Un resultado de este tipo en la escala, acompañado de un cuadro sintomático compatible y una historia personal y familiar sugestiva de un trastorno del espectro bipolar puede ayudar al diagnóstico de ciclotimia⁷⁻⁹.

COMORBILIDADES Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como se ha comentado, la forma más frecuente de presentación de la ciclotimia en la práctica clínica es la de una persona que busca ayuda por algún otro tipo de problema psiquiátrico como ansiedad, atracones, abuso de sustancias u otros problemas conductuales, más que por las fluctuaciones anímicas en sí, que habitualmente son egosintónicas y vistas como normales¹. Esto hace crucial el estudio de las comorbilidades de la ciclotimia, la cual ha demostrado ser un factor de riesgo importante para un gran número de trastornos psiquiátricos, entre los que se encuentran los siguientes.

- **Trastornos de ansiedad:**

Son los trastornos comórbidos más frecuentes en la ciclotimia. El trastorno de pánico parece ser especialmente prevalente, habiéndose identificado un subtipo familiar de trastorno bipolar caracterizado por la inestabilidad tipo ciclotímico, las oscilaciones circadianas, el trastorno de pánico y una edad de inicio temprana. El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) por su lado, muestra una comorbilidad con la ciclotimia y otros trastornos de espectro bipolar de entre un 15,5 y un 50%, pudiendo también esta asociación ser un subtipo concreto de TOC, caracterizado por una mayor gravedad, edad de inicio más temprana y una mayor discapacidad¹.

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

◦ **Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH):**

Los estudios disponibles muestran que hasta un 71% de los adultos con diagnóstico de TDAH presentan un temperamento ciclotímico. La interpretación de esta asociación estadística, sin embargo, es controvertida, existiendo un solapamiento entre ambos constructos y resultando sumamente difícil diferenciar en la práctica clínica entre la inestabilidad anímica e impulsividad características del TDAH y la propia de la ciclotimia. Diversos autores han propuesto diferentes explicaciones a esta relación, que han primado uno de los dos diagnósticos respecto al otro¹.

◦ **Trastornos de conducta alimentaria:**

A pesar de que no existen datos suficientes sobre ciclotimia, parece existir una clara relación entre los trastornos de conducta alimentaria y trastornos afectivos como la depresión o el trastorno bipolar tipo II, especialmente relevante en los trastornos caracterizados por un elevado nivel de impulsividad, como la bulimia o el trastorno por atracones¹.

◦ **Trastornos del control de impulsos:**

Algunos trabajos han mostrado una correlación entre los trastornos de espectro bipolar y los trastornos del control de impulsos relacionados con la agresión, conductas sexuales, juego patológico, etc. Estos trastornos se asemejan en su respuesta a algunos fármacos estabilizadores y en su frecuente patrón de comorbilidades¹.

◦ **Adicciones:**

Varios estudios muestran una correlación entre los trastornos por uso de sustancias y la ciclotimia, así como otros trastornos de espectro bipolar. Así, parece existir una diátesis común para ambos trastornos y una asociación que actúa de forma bidireccional: la elevada reactividad emocional favorece el refuerzo producido por las sustancias y facilita el abuso y adicción, mientras que los efectos de las sustancias agudizan los síntomas afectivos y los virajes rápidos entre éstos, pudiendo favorecer el desarrollo de episodios maníacos o depresivos completos¹.

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

◦ **Trastornos de personalidad:**

El inicio en la infancia o adolescencia, la elevada sensibilidad interpersonal, reactividad emocional e inestabilidad afectiva son elementos comunes de la ciclotimia y algunos trastornos de personalidad de cluster B, especialmente el límite y el histriónico. De hecho, algunos autores sugieren que, dadas estas características, la diferenciación entre un trastorno de personalidad cluster B y una ciclotimia depende en muchos casos de la orientación del profesional más que de una diferencia clínica real¹.

La literatura científica muestra que ambos diagnósticos comparten una característica central, la disregulación emocional, así como algunos de los circuitos cerebrales relacionados con esta función. No obstante, los resultados son controvertidos en cuanto a la relación entre ciclotimia y trastornos de personalidad, encontrando trabajos que muestran una relación estrecha en cuanto a historia familiar, curso y respuesta a tratamiento y otros trabajos que no encuentran una clara asociación^{1,2}.

No obstante, considerar la similitud entre ambos diagnósticos, así como la posibilidad de que algunos pacientes con trastorno límite de personalidad tengan un trasfondo de ciclotimia, podría aportar luz sobre algunos casos en que una persona con síntomas compatibles con un trastorno límite de la personalidad presenta a su vez una historia familiar de trastorno bipolar, con las consideraciones de manejo terapéutico que podría tener en este caso un diagnóstico de ciclotimia.

◦ **Trastornos afectivos:**

Actualmente, la clasificación DSM 5 solo permite el diagnóstico simultáneo de ciclotimia y otro trastorno afectivo como depresión mayor, trastorno bipolar tipo I o tipo II en el caso de que la ciclotimia hubiera aparecido previamente y permanecido durante el suficiente tiempo para permitir el diagnóstico, antes del episodio afectivo mayor. No obstante, muchos de los pacientes ciclotímicos se presentan en consulta debido a su primer episodio afectivo mayor, de forma que el temperamento ciclotímico previo y posterior a la resolución del episodio no es tenido en cuenta, pese a su gran importancia a nivel de manifestación sintomática, evolución y tratamiento de los trastornos bipolares o depresivos. El temperamento ciclotímico parece estar presente en un 30-50% de los pacientes deprimidos en tratamiento ambulatorio según algunas series, siendo esta combinación la forma más frecuente de trastorno del espectro bipolar. La ciclotimia parece ser también el temperamento de base de muchas personas con trastorno bipolar tipo II^{1-3,5}.

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

EPIDEMIOLOGÍA Y RELACIÓN CON EL TRASTORNO BIPOLAR

La prevalencia de la ciclotimia en la población general que oscila entre un 0,4% a un 8%, un rango muy amplio debido a la utilización de diferentes criterios para definir este constructo, como por ejemplo la inclusión o no del temperamento ciclotímico. En muestras clínicas, como se ha visto, esta prevalencia es mucho mayor, con tasas de hasta un 50% en ciertos grupos⁵.

Tanto en muestras clínicas como poblacionales la ciclotimia es más frecuente en mujeres, con una proporción 2:1. Su edad de inicio suele ser en la adolescencia temprana, aunque tanto ésta como el curso de la enfermedad varían en función de la carga genética y ambiental, con casos de inicio en la infancia y ciclación ultrarrápida y otros casos que atraviesan por períodos de inestabilidad anímica separados por largos períodos de estabilidad, aunque con una base temperamental permanente^{1,2}.

En cuanto a su relación con el trastorno bipolar, las clasificaciones CIE-11 y DSM 5^{3,4}, basándose en la literatura disponible, reconocen la alta prevalencia del trastorno ciclotímico entre los familiares de pacientes con trastorno bipolar², así como la frecuente evolución de pacientes ciclotímicas hacia un trastorno bipolar en hasta un 15-50% de los casos³. La presencia de un temperamento ciclotímico de base en un paciente con depresión es uno de los factores de riesgo más importantes para la evolución hacia un trastorno bipolar².

TRATAMIENTO

El tratamiento de la ciclotimia ha sido escasamente estudiado, especialmente en comparación con la depresión y la manía. No obstante, expertos en el tema^{1,2,5} destacan la importancia de combinar el tratamiento farmacológico con programas de psicoeducación que permitan la aceptación del diagnóstico y la formulación de objetivos terapéuticos adecuados.

El principal objetivo terapéutico debe ser el tratamiento de la disregulación emocional que subyace a las disfunciones psicológicas y conductuales. Dado que muchos pacientes consultan por otros cuadros como trastornos de ansiedad, del ánimo o de la conducta alimentaria, que la identificación de la disregulación emocional como problema de base y de su tratamiento como objetivo principal es una de las labores principales al inicio del tratamiento¹.

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

Debido a que los pacientes ciclotímicos no encajan en los modelos de psicoeducación diseñados para trastorno bipolar tipo I y II, algunos autores han desarrollado tratamientos psicoeducativos específicos¹. Concretamente, en la tabla 3 se muestra el programa diseñado por el equipo de Hantouche, en París, que ha demostrado eficacia en un período de seguimiento de dos años, en combinación con tratamiento farmacológico. Si bien estos programas psicoeducativos solo están disponibles en unos pocos centros en el mundo, la psicoeducación en una versión menos estructurada debería ser una parte central de cada consulta en el tratamiento de pacientes ciclotímicos².

Sesión (2 horas/semana)	Temas trabajados
1ª Sesión	Definición de ciclotimia, sus causas y tratamientos.
2ª Sesión	Monitorización de las fluctuaciones anímicas, signos de alarma, estrategias de afrontamiento de recaídas y organización de rutinas positivas.
3ª Sesión	Vulnerabilidades psicológicas: dependencia emocional, sensibilidad al rechazo, complacencia, etc.
4ª Sesión	
5ª Sesión	Procesos cognitivos asociados a los altibajos.
6ª Sesión	Conflictos interpersonales.

Tabla 3: Programa de psicoeducación del grupo de Hantouche².

El tratamiento farmacológico de la ciclotimia se fundamenta en el uso de estabilizadores del ánimo.

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

Dada la cronicidad del trastorno, la búsqueda de la estabilización a largo plazo más que del tratamiento agudo agresivo y la especial propensión a efectos secundarios, se debe respetar especialmente la conocida consigna de “go slow and stay low”, iniciando los tratamientos de forma lenta y manteniendo la dosis mínima eficaz, que habitualmente es menor que la utilizada en los trastornos bipolares tipo I y tipo II. Dosis bajas de litio (200-400 mg), ácido valproico (300-600 mg) y lamotrigina (25-100 mg) han sido utilizadas en algunos estudios y, si bien no se dispone de ensayos clínicos aleatorizados que permitan contrastar la eficacia de cada uno, algunos autores sugieren un beneficio del ácido valproico en casos en que predomine la ansiedad e irritabilidad, lamotrigina cuando predominen síntomas depresivos y litio cuando exista un curso cíclico bien delimitado^{1,2,5}.

Cuando existan importantes síntomas depresivos de irritabilidad o ansiedad el tratamiento de base con estabilizadores se puede combinar con dosis bajas de antipsicóticos atípicos como quetiapina (25-50 mg) u olanzapina (2,5-5 mg) que podrían ser eficaces en el manejo sintomático a corto plazo.

No obstante, estos pacientes parecen ser más sensibles a los efectos secundarios y a la posibilidad de virajes depresivos con antagonistas dopaminérgicos, por lo que el objetivo a largo plazo será la retirada de los antipsicóticos y la monoterapia con estabilizadores. Otros fármacos sedantes como las benzodiacepinas deben ser utilizados con suma precaución dado el elevado riesgo de conductas adictivas en pacientes con ciclotimia^{1,2}.

En cuanto a los antidepresivos, el elevado riesgo de virajes hipomaníacos, inducción de ciclación rápida o formación de estados mixtos crónicos hacen necesaria un manejo cuidadoso de este grupo de fármacos. La realidad en la práctica clínica es que una gran proporción de pacientes ciclotímicos ya toman antidepresivos al momento del diagnóstico para síntomas ansiosos o depresivos por los cuales consultaron. Esto hace necesario una retirada gradual de los antidepresivos que deberá ser lenta para evitar los riesgos del síndrome de retirada serotoninérgica. Por todo esto, si bien existe un pequeño subgrupo de ciclotímicos que se beneficiarán del tratamiento con antidepresivos (comorbilidad con TOC y algunos episodios de depresión sin síntomas mixtos) la regla general será evitar su uso y priorizar el tratamiento con estabilizadores¹.

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

LOS TEMPERAMENTOS AFECTIVOS: UNA PERSPECTIVA EVOLUCIONISTA

La ciclotimia y otros temperamentos afectivos, además de ser relevantes a nivel clínico, podrían responder algunas de las preguntas que desde hace años se han hecho quienes estudian los trastornos afectivos. Una de las más importantes es por qué un trastorno que produce tal disfuncionalidad en una gran proporción de quienes las sufren se sigue heredando genéticamente y manteniendo una prevalencia estable en la población general. Algunos autores, en la corriente de la medicina Darwiniana, han sugerido que los genes implicados en el trastorno bipolar podrían conferir características evolutivamente ventajosas a los familiares sanos de los pacientes bipolares y autores como Akiskal han propuesto que la forma de expresión de estas características ventajosas sería la de los temperamentos afectivos^{10,11}.

De esta forma, mientras que la combinación de muchos genes implicados en el trastorno bipolar llevaría a la enfermedad en su expresión completa, la presencia de unos pocos de estos genes podría expresarse en forma de temperamentos afectivos que no solo no serían desventajosos si no que conferirían ciertos rasgos evolutivamente favorables. Esta visión muestra a las personas con trastorno bipolar como un “reservorio genético” de genes que resultan beneficiosos a sus familiares¹⁰.

Esta consideración de los temperamentos afectivos como variantes ventajosas se ve reforzada por estudios que muestran características como una mayor creatividad artística, búsqueda de novedad, implicación en relaciones sentimentales y dotes comunicativas, entre otras¹⁰.

En el caso concreto de la ciclotimia, uno de sus rasgos distintivos parece ser la capacidad de enamorarse y desenamorarse de forma rápida, lo cual favorece el establecimiento de múltiples relaciones amorosas y de la reproducción, de forma que los genes responsables de la ciclotimia se transmitirían más a la descendencia. Igualmente, otras características relacionadas como la creatividad artística podrían servir a los mismos de relación y reproducción¹⁰.

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

CONCLUSIONES

A. Desde su creación en 1877, el término ciclotimia ha hecho referencia a diferentes formas de oscilación anímica relacionadas con los trastornos bipolares. La conceptualización en las clasificaciones actuales, como un trastorno bipolar leve no contempla la complejidad de este cuadro y dificulta su diagnóstico en la práctica clínica.

B. La ciclotimia es mejor entendida como una exageración patológica de un temperamento ciclotímico básico, caracterizado por la inestabilidad afectiva, reactividad emocional y fluctuaciones cíclicas y rápidas del ánimo, niveles de energía y actividad.

C. El caso paradigmático de ciclotimia es una mujer joven que acude por otro trastorno psiquiátrico, con historia familiar de trastorno bipolar, en la cual se detecta un temperamento ciclotímico tras la evaluación detallada, basada en la historia familiar y personal, los criterios diagnósticos propuestos por Akiskal y la escala TEMPS-A.

D. La prevalencia oscila entre 0,4 y 8% en la población general pero llega hasta un 50% en algunas muestras clínicas. Es más frecuente en mujeres y su edad de inicio es en la adolescencia.

E. El tratamiento de la ciclotimia tiene como objetivo la disregulación emocional y se fundamenta en la utilización de dosis bajas de estabilizadores anímicos. La retirada de antidepresivos es crucial por sus riesgos de precipitar virajes, ciclación rápida y estados mixtos.

F. El temperamento ciclotímico y otros temperamentos afectivos podrían ser la forma de expresión evolutivamente ventajosa de los genes implicados en el trastorno bipolar.

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

BIBLIOGRAFÍA

1. Perugi G, Hantouche E, Vannucchi G, Pinto O. Cyclothymia reloaded: A reappraisal of the most misconceived affective disorder. *J Affect Disord*. 2015 Sep;183:119–33.
2. Perugi G, Hantouche E, Vannucchi G. Diagnosis and Treatment of Cyclothymia: The “Primacy” of Temperament. *Curr Neuropharmacol*. 2017 Feb 28;15(3):372–9.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. p. xlv, 947–xlv, 947.
4. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Geneva; 2019.
5. Hantouche E, Perugi G. Should cyclothymia be considered as a specific and distinct bipolar disorder? *Neuropsychiatry (London)*. 2012 Oct;2(5):407–14.
6. Kotov R, Leong SH, Mojtabai R, Erlanger ACE, Fochtmann LJ, Constantino E, et al. Boundaries of schizoaffective disorder: revisiting Kraepelin. *JAMA psychiatry*. 2013 Dec;70(12):1276–86.
7. Akiskal H., Placidi G., Maremmani I, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, et al. TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient population. *J Affect Disord*. 1998 Oct;51(1):7–19.
8. Jiménez E, Bonnín C del M, Solé B, Sánchez-Moreno J, Reinares M, Torrent C, et al. Spanish validation of the Barcelona TEMPS-A questionnaire in patients with bipolar disorder and general population. *J Affect Disord*. 2019 Apr;249:199–207.
9. Ghaemi SN. *Clinical Psychopharmacology: Principles and Practice*. New York: Oxford University Press Inc; 2019.
10. Akiskal KK, Akiskal HS. The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *J Affect Disord*. 2005 Mar;85(1–2):231–9.

CICLOTIMIA ¿UN TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR?

11. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2nd edition. New York: Oxford University Press; 2007.