



XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría

#interpsiquis - del 1 al 29 de Febrero

“NO PUEDO ESTAR AQUÍ, TENGO MUCHAS COSAS QUE HACER”

María Gavilán Morales¹, Santiago Pina Franco¹, Pablo Botías Cegarra¹, Isabel Ibernón Caballero², Cecilia Calero Mora¹, Natividad Megías Simarro¹, María de los Ángeles Carrillo Córdoba¹, Manuel Martínez Carlón Bueso¹, Javier Sánchez Sánchez¹, Pilar Chacón Martínez¹

1. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.
2. CSM Águilas, Murcia.

mariagavilan.morales@gmail.com

RESUMEN

Durante el episodio maniaco, el individuo puede implicarse en muchos proyectos nuevos y solapados. El estado de ánimo se suele describir como eufórico, excesivamente alegre, alto o “sintiéndose por encima del mundo”. Durante los episodios maniacos, los pacientes no suelen percibir que están enfermos ni reconocer que necesitan tratamiento y se resisten de forma vehemente a recibirlo. Como consecuencia de la capacidad de juicio empobrecida, de la escasa conciencia de enfermedad y de la hiperactividad, el episodio maníaco puede tener consecuencias catastróficas (hospitalización involuntaria, problemas legales, problemas financieros serios, etc).

Presentamos el caso de una mujer de 32 años de edad, enfermera de profesión, sin antecedentes psiquiátricos registrados, que viene a Puerta de Urgencias de nuestro hospital por clínica maniaca a la cual nos vemos obligados a realizar un ingreso involuntario.

El consumo de sustancias psicoactivas puede causar algunos síntomas que presenta la paciente; sin embargo, esto no descarta el trastorno bipolar afectivo. Ante un episodio maniaco es esencial realizar un diagnóstico diferencial con un trastorno por uso de sustancias manifestado con síntomas maniacos para así poder diferenciarse del trastorno bipolar I.

El diagnóstico temprano y acertado, junto con la elección y aplicación del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico más adecuado, son la única medida viable y con ciertas garantías de éxito, para evitar algunas de las posibles secuelas que arrastra esta enfermedad.

“NO PUEDO ESTAR AQUÍ, TENGO MUCHAS COSAS QUE HACER”

INTRODUCCIÓN

El rasgo esencial de un episodio maníaco es un periodo bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal o persistente de la actividad o la energía que está presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un periodo al menos de una semana acompañado de una serie de síntomas que representan un cambio notorio del comportamiento habitual. El estado de ánimo se suele describir como eufórico, excesivamente alegre, alto o “sintiéndose por encima del mundo”. Cuando se niegan los deseos del individuo o si éste ha estado consumiendo sustancias con frecuencia el estado de ánimo predominante es más irritable que elevado.

Durante el episodio maniaco, el individuo puede implicarse en muchos proyectos nuevos y solapados, como le pasó a nuestra paciente. Esto se suele acompañar de una autoestima elevada que va desde la autoconfianza carente de crítica hasta una marcada grandiosidad que puede alcanzar dimensiones delirantes.

Durante los episodios maniacos, los pacientes no suelen percibir que están enfermos ni reconocer que necesitan tratamiento y se resisten de forma vehemente a recibirlo. Como consecuencia de la capacidad de juicio empobrecida, de la escasa conciencia de enfermedad y de la hiperactividad, el episodio maníaco puede tener consecuencias catastróficas (hospitalización involuntaria, problemas legales, problemas financieros serios, etc).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 32 años de edad, enfermera de profesión, sin antecedentes psiquiátricos registrados, que viene a la Puerta de Urgencias de nuestro hospital traída engañada por su médico de familia. La entrevista se realiza de forma dificultosa dado a que la paciente presenta un comportamiento desorganizado (escribe y tacha lo que escribe en folletos de publicidad que trae consigo) y una alta inquietud psicomotriz. A la exploración psicopatológica se muestra verborreica, con una importante fuga de ideas. El discurso es disgregado y se centra en ideas de perjuicio respecto a sus familiares y en los numerosos proyectos de futuro que tiene. Su familia nos describe una importante desinhibición sexual por parte de la paciente, grandes gastos de dinero, aumento en el consumo de tóxicos (cocaína, éxtasis, cannabis, etc) y falta de horas de sueño estas últimas semanas.

DISCUSIÓN

Es importante destacar que más del 50% de los pacientes con trastorno bipolar abusan del alcohol u otro tipo de sustancias durante su enfermedad. Existe una evidencia bien conocida de la relación entre el consumo, por ejemplo, de cocaína y la presencia de un trastorno bipolar

“NO PUEDO ESTAR AQUÍ, TENGO MUCHAS COSAS QUE HACER”

subyacente. El alcohol y el abuso de sustancias son a menudo circunstancias enmascaradoras de esta realidad y que añaden, si cabe, mayor complejidad al problema (1).

El consumo de sustancias psicoactivas puede causar algunos síntomas; sin embargo, esto no descarta el trastorno bipolar afectivo. La drogadicción también puede ser un síntoma de trastorno bipolar.

Como pasa con nuestra paciente, ante un episodio maniaco es esencial realizar un diagnóstico diferencial con un trastorno por uso de sustancias manifestado con síntomas maníacos para así poder diferenciarse del trastorno bipolar I. La respuesta a los estabilizadores del humor durante la manía inducida por sustancias no necesariamente supone un diagnóstico de trastorno bipolar. Puede existir solapamiento, dada la tendencia que tienen los pacientes con trastorno bipolar I a abusar de sustancias durante los episodios. El diagnóstico primario de trastorno bipolar debe realizarse si los síntomas permanecen una vez que cesa el consumo de las sustancias (2).

El diagnóstico temprano y acertado, junto con la elección y aplicación del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico más adecuado, son la única medida viable y con ciertas garantías de éxito, para evitar algunas de las posibles secuelas que arrastra esta enfermedad. Destacando aquí, el riesgo de suicidio, ya que se estima que a lo largo de la vida de los pacientes con trastorno bipolar el riesgo de suicidio es 15 veces superior al de la población general. De hecho, el trastorno bipolar supone un cuarto de todos los suicidios consumados (3).

Muchas veces el diagnóstico se demora largo tiempo porque los síntomas no son reconocidos como patológicos o son achacados a cambios del estado de ánimo correspondientes a la situación vital de la persona en ese momento. Precisamente, el diagnóstico tardío es una de las situaciones más comunes y que más afectan al enfermo en su pronóstico, sobre todo cuando la enfermedad debuta durante la adolescencia. El motivo fundamental es la alteración del desarrollo social normal. Durante la adolescencia el paciente aún no ha finalizado sus estudios y es la edad en las que se suelen iniciar las relaciones sentimentales.

Cuando la enfermedad está correctamente diagnosticada y tratada el enfermo puede llevar una vida perfectamente normal y productiva, con un riesgo de recaída bastante bajo. Por el contrario, sin la correcta medicación, la enfermedad seguirá su curso natural y empeorará. A medida que pase el tiempo los episodios serán más frecuentes y las fases de manía serán más severas

Según numerosos estudios, el trastorno bipolar es, en la mayoría de ocasiones, no diagnosticado o diagnosticado erróneamente durante un período de tiempo que, como media, alcanza los 8 años. Los pacientes no suelen buscar ayuda profesional durante una media de más de 10 años desde la aparición de los primeros síntomas y cerca del 60% de los pacientes no son tratados correctamente o tratados de otras dolencias distintas de las causantes de sus problemas (4).

“NO PUEDO ESTAR AQUÍ, TENGO MUCHAS COSAS QUE HACER”

La edad media a la que aparecen los primeros síntomas (31 años) y a la que se realiza el diagnóstico definitivo (40,2 años), vuelve a confirmar que en poblaciones europeas el inicio y el diagnóstico de la enfermedad es más tardío que en poblaciones americanas.

Aunque muchos individuos con trastorno bipolar recuperan un nivel funcional completo entre los episodios, aproximadamente un 30% presenta una alteración grave de la función en el ámbito laboral. La recuperación funcional es más tardía que la sintomática, especialmente la ocupacional. Las alteraciones cognitivas pueden contribuir a que se produzcan dificultades vocacionales e interpersonales y persisten a lo largo de la vida, incluso durante los periodos eutímicos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Akiskal,H.(1996).The Prevalent Clinical Spectrum of Bipolar Disorders:Beyond DSM-IV.JClinPsychopharm.16:2Suppl1.4S-14S.
- (2) Vallejo,J.(1997):Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Madrid. Ed. Salvat.
- (3) Geller,B.y Luby,J.(1997).Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 36(9): 1168-76.
- (4) Asociación Psiquiátrica Americana (1995).Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona. Masson.
- (5) Post RM, Luckenbaugh DA, Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, et al. Incidence of childhood-onset bipolar illness in the USA and Europe. Br J Psychiatry. 2008; 192:150-1.