

El médico, el paciente bipolar y la enfermedad

Dr. Alvaro D'Ottone



Médico Psiquiatra
Ex Profesor Adjunto de
Clínica Psiquiátrica

Nos tomamos la libertad de parafrasear en el título a Michael Balint, para proponer a los colegas no psiquiatras un tema que está cada vez más presente en el imaginario social y de la comunidad médica.

Años atrás estaba de moda hablar de depresión; hoy los pacientes y sus familiares le preguntan al médico “¿y...no seré (o será) bipolar?”

Este cambio en la preocupación del público resulta de la captación –correcta– acerca de las tendencias en la especialidad psiquiátrica. Efectivamente, los médicos que se ocupan de las enfermedades mentales están hoy en día más alertas en cuanto a detectar lo que los manuales llaman “Trastornos Bipolares”, pues se ha producido una relectura de las alteraciones anímicas y se ha avanzado en su manejo terapéutico.

La bipolaridad

¿A qué nos referimos con el término “bipolaridad”?

Si se observa la “*gráfica anímica*” de una persona no portadora de un trastorno del humor, en mayor o menor grado se aprecian períodos de alza y de baja, con respecto a su estado promedio.

En general, estos períodos se correlacionan con las situaciones que se atraviesan: descenso anímico ante las pérdidas o frustraciones, estado de bienestar intenso cuando todo marcha viento en popa en los afectos, la salud y los demás aspectos de la vida propia y del prójimo. Resultaría extraña una gráfica anímica que fuera una recta horizontal sin accidentes.

También podemos detectar en algunas personas, oscilaciones anímicas no estrictamente correlativas con la situación que se vive; “*levantarse con buena o mala onda*” es una expresión coloquial que describe un estado anímico que parece imponerse a la persona con cierto carácter inexplicable y hasta paradójico; constituye el “*estado basal*” del ánimo, sobre el cual inciden luego los acontecimientos, para elevarlo o deprimirlo.

Estas fluctuaciones espontáneas pueden ser controladas voluntariamente, no en el hecho de ocurrir, pero sí en cuanto a impedir que gobiernen inapropiadamente el pensamiento y la conducta.

Se es, en última instancia, libre, a pesar de las determinaciones psicobiológicas que ya en este ejemplo familiar se hacen notorias.

Algunas personas, en cambio, son víctimas impotentes de oscilaciones intensas del ánimo, netamente anómalas y perjudiciales, que los psiquiatras clasifican en cuatro

tipos de “*episodios*”: depresivo, maníaco, hipomaníaco y mixto.

Depresión, manía e hipomanía

La *depresión* se caracteriza por el abatimiento psíquico y físico; la *manía* implica lo opuesto: las funciones psíquicas y físicas son vividas como intensas, fluentes, rápidas, y poderosas- aunque en realidad la falta de criterio y pertinencia es el rasgo más visible. El humor puede ser eufórico, pero igualmente frecuente es el predominio de un estado de irritación y desconfianza (ver Cuadro 1).

La *hipomanía* es una forma menor de manía, que interfiere menos en la inserción familiar y social (imposible en la manía) pero que no deja de ser un estado de alto riesgo para el portador, pues suele cometer actos imprudentes que dañan su seguridad, prestigio y patrimonio, sin que el prójimo necesariamente advierta su carácter patológico.

Los *estados mixtos* implican la coexistencia de síntomas depresivos (por ejemplo la desesperanza) con un incremento de la actividad impulsiva.

El episodio se considera *maníaco* si produce deterioro considerable de la vida social o laboral, o si necesita hospitalización, o si hay síntomas psicóticos. En caso contrario, se considera *hipomaníaco*.

El siglo XIX vio el nacimiento de la psiquiatría como rama de la medicina; ello permitió un cambio en lo que había sido la postura social preponderante frente a las alteraciones del ánimo y la conducta de las personas que hoy llamamos bipolares.