

Trastorno Bipolar

Evaluación precisa ante la comorbilidad con el Trastorno Obsesivo Compulsivo

Como resultado de muchas investigaciones que se llevan a cabo desde hace décadas, hoy se sabe que el 50 % de los pacientes con Trastorno Bipolar presentan comorbilidades con otros cuadros. Esto significa que el Trastorno Bipolar no suele presentarse solo en estado puro, sino combinado con algún otro diagnóstico psiquiátrico. El Trastorno Obsesivo Compulsivo, cuando se presenta conjuntamente con el Trastorno Bipolar, representa una de las comorbilidades más complejas a la hora de diagnosticar y tratar.

En la actualidad, los que trabajamos en psicología y ciencias afines nos encontramos frente a un conflicto a la hora de hacer ciertos diagnósticos. En el caso de que evaluemos a un paciente que presenta tanto síntomas de Trastorno Bipolar como de Trastorno Obsesivo Compulsivo, nos resulta difícil determinar si estamos frente a dos diagnósticos diferentes o si uno depende del otro, en cuyo caso, tratando al diagnóstico primario revertiríamos en alguna medida la sintomatología del segundo. Esta disyuntiva ya no presenta dudas cuando hablamos de comorbilidades entre los Trastornos de Ansiedad y la Depresión; ya que en general, la Depresión unipolar suele ser secundaria al Trastorno de Ansiedad. Ya no hay prácticamente dudas de esto pues la investigación en Psiquiatría y Psicología lo ha confirmado en numerosas investigaciones.

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Los síntomas compulsivos son comunes en el Trastorno Bipolar, mayormente en la etapa de depresión. Sin embargo, la dificultad no se encuentra en hallar obsesiones y compulsiones en un paciente de quien ya sabemos, padece un Trastorno Bipolar. En tal caso, cuando es claro que el diagnóstico de base es el Trastorno Bipolar, las características del T.O.C., se ven simplemente como síntomas asociados que no conforman en sí una categoría diagnóstica. Ahora bien, ¿qué sucede cuando en un paciente con T.O.C. como diagnóstico primario y puro, se observan síntomas de fluctuaciones anímicas que nos hacen pensar en una comorbilidad con el Trastorno Bipolar? Este representa un verdadero desafío pues nos expone a algunas dificultades diagnósticas que podrían derivar en un tratamiento erróneo.

Recordemos algunos elementos que tienen que ver con las características de ambos diagnósticos. Tanto el Trastorno Bipolar como el T.O.C. tienen una muy fuerte carga genética, esto implica hablar de herencia, por lo cual seguramente cuando un paciente presenta alguno de estos diagnósticos, sabemos que en la familia alguien también lo padece. En general, cuando evaluamos a un paciente con Depresión, siempre tratamos de indagar por sus antecedentes genéticos lo cual nos ayuda a hacer el diagnóstico diferencial entre depresión unipolar y bipolar. Esto es más que claro, de hecho es parte del protocolo de evaluación en Terapia Cognitivo Conductual para poder trabajar con trastornos del ánimo. Lo mismo podemos afirmar de una interconsulta psiquiátrica para medicar, también parte del protocolo de evaluación, sabiendo que en el Trastorno Bipolar no se puede prescindir de medicación estabilizadora.

Cuando evaluamos a un paciente con T.O.C., también hacemos algunas preguntas por sus antecedentes genéticos y solemos encontrar algún pariente cercano y/o lejano que presenta el mismo cuadro, aunque la variabilidad de los subtipos a veces hace pensar que no hay antecedentes familiares (a veces en una familia son

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

muchos los que presentan T.O.C. pero con tan diferentes subtipos que a simple vista no parece el mismo trastorno). Por ello, una indagación profunda y precisa nos da datos más fidedignos que suelen confirmar también el patrón familiar. En general, los subtipos se evalúan con alguna escala específica, como la Y-BOCS y esto en seguida nos da un panorama muy claro de cómo se va a trabajar desde la Terapia Cognitivo Conductual así como el tipo de medicación que se debe indicar a fin de potenciar los efectos del tratamiento combinado.

En cuanto al uso de medicación, encontramos aquí uno de los problemas más complejos cuando estamos frente a esta combinación diagnóstica. La medicación de primera elección utilizada para el T.O.C. son los antidepresivos I.S.R.S. (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina). Sabemos que el paciente con T.O.C. medicado con I.S.R.S. y tratado conjuntamente con Terapia Cognitivo Conductual, garantiza un control casi del 80 % del trastorno. También recordemos que exceptuando las variantes más leves, el T.O.C. es un trastorno que no suele curarse sino controlarse y que la medicación, sobre todo en los casos más severos, es a largo plazo.

La medicación de primera elección en el Trastorno Bipolar son los estabilizadores del ánimo; el litio es el medicamento más utilizado, seguido por el topiramato, la carbamacepina y la lamotrigina, entre otros. Todos tienen como objetivo regular el estado de ánimo corrigiendo el problema a nivel del sistema límbico de los pacientes con esta afección que de esta manera, casi ya no experimentarán más las fluctuaciones abruptas del estado de ánimo. No se prescriben antidepresivos. Este trastorno tampoco se cura, sino que se regula con los estabilizadores mencionados, los cuales conjuntamente con la Terapia Cognitivo Conductual, mantienen al paciente libre de alteraciones del ánimo por periodos prolongados. También la medicación es de por vida, con un alto riesgo de descompensarse si se interrumpe.

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

De lo anteriormente explicado, ya se deduce que cuando el Trastorno Bipolar se presenta comórbido al T.O.C., la medicación ya nos plantea un primer desafío. Lamentablemente el uso de antidepresivos (tanto tricíclicos como los ya mencionados I.S.R.S.) están contraindicados en el Trastorno Bipolar. Justamente, siendo los I.S.R.S. la primera línea de elección de medicamentos para tratar el T.O.C., corremos el riesgo de que el control farmacológico de los síntomas de T.O.C., termine provocando la descompensación del Trastorno Bipolar en forma grave (ya sea induciendo una manía, precipitando conductas suicidas o incluso, episodios psicóticos). ¿Qué hacer entonces cuando nos encontramos con una situación de esta índole?

Las últimas investigaciones sobre el tema, nos llevan a concluir que cuando en un paciente se presentan síntomas de Trastorno Bipolar más síntomas de T.O.C., habremos de considerar al Trastorno Bipolar como diagnóstico principal y al T.O.C. como diagnóstico secundario, medicando sólo al primero, por ende, con algún estabilizador. Los síntomas de T.O.C. remiten cuando el Trastorno Bipolar se compensa. No se utilizarán entonces antidepresivos I.S.R.S.

Ahora bien, al hacer la evaluación inicial de un paciente con T.O.C. que no presenta aparentemente un Trastorno Bipolar, resulta prudente chequear la existencia de antecedentes familiares de este último desorden. Ello sólo nos va a ocupar unos minutos y puede prevenir muchos problemas. Para ello, solemos hacer un conjunto de preguntas sencillas en búsqueda de indicadores tales como historial familiar de depresión, suicidio, internaciones psiquiátricas. Hay dos razones importantes para hacer estas simples averiguaciones en la evaluación:

Por: Lic. José Dahab, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

1. No equivocarnos en mandar a nuestro paciente a medicar con un antidepresivo I.S.R.S. y que la consecuencia sea despertar al Trastorno Bipolar, empeorando aún más el cuadro.
2. Poder realizar un tratamiento combinado con técnicas cognitivo conductuales tanto para el T.O.C. como para el Trastorno Bipolar.

En este tipo de pacientes que presentan esta compleja comorbilidad diagnóstica, los síntomas de T.O.C. funcionan como los pródromos del Trastorno Bipolar; esto significa que cuando aparecen o se intensifican las obsesiones y/o compulsiones, nos hallamos frente a un indicador de que el paciente está descompensado, lo que ameritará un ajuste de la medicación o un ajuste conductual para regular entre otras cosas, el biorritmo. Los terapeutas debemos estar atentos y saber enseñar al paciente la detección precoz de la sintomatología propia del T.O.C.

Desde la Terapia Cognitivo Conductual, trabajamos tanto con los síntomas anímicos como con los síntomas del T.O.C. Así, para el manejo y prevención de los episodios afectivos de Trastorno Bipolar usamos la terapia de biorritmo, modificación de hábitos de sueño, detección temprana de pródromos, entre otros procedimientos. La terapéutica del T.O.C. contempla un conjunto amplio de técnicas entre las cuales se destacan la Exposición y Prevención de la Respuesta, la Psicoeducación y los Experimentos Conductuales. Frente a la complejidad de esta comorbilidad descripta, la conceptualización diagnóstica inicial resulta de un gran valor pues no sólo nos facilitará el tratamiento tanto medicamentoso como psicológico; sino que nos evitará exponer al paciente a los riesgos de un esquema farmacológico que termine por agravar su estado.