

UN CASO DE REVISIÓN DIAGNÓSTICA DE UNA DEPRESIÓN PREVIAMENTE DIAGNOSTICADA DE TRASTORNO BIPOLAR

DIAGNOSTIC REVIEW OF A DEPRESSED PATIENT PREVIOUSLY DIAGNOSED OF BIPOLAR DISORDER

AURORA GAVINO, MONTSERRAT POSTIGO Y LUCÍA PÉREZ
Universidad de Málaga

Recibido 14-7-03

Aceptado 18-8-03

Resumen

Se presenta la intervención terapéutica combinada con farmacología y psicoterapia en un caso diagnosticado previamente de trastorno bipolar. El trabajo conjunto de psiquiatra y psicólogos permitió plantear una alternativa diagnóstica y una intervención conjunta de acuerdo a la misma. El caso, dados los resultados obtenidos, muestra la necesidad, en muchas ocasiones, de plantear más de una hipótesis diagnóstica, especialmente cuando los datos conseguidos no se pueden interpretar de forma unívoca con respecto a los criterios diagnósticos al uso.

Abstract

A combined therapeutic intervention –pharmacological and psychological– is described for the treatment of a patient previously diagnosed of Bipolar Disorder. The cooperation of psychiatrists and psychologists helped to set an alternative diagnosis (depression) and the subsequent treatment. The therapeutic outcome obtained shows the need to assume, under certain circumstances, several simultaneous and competitive diagnoses, especially when the overall pattern of the gathered data cannot be unequivocally translated into symptoms according to current diagnostic criteria.

Palabras clave: Trastorno bipolar, depresión, asertividad, habilidades sociales.

Key words: Bipolar disorder, depression, assertiveness, social skills.

Introducción

A pesar del intento de especificidad en el sistema clasificatorio del DSM-IV-TR (2000), el trastorno bipolar aún resulta difícil de diagnosticar en muchas ocasiones, especialmente cuando los extremos del comportamiento no aparecen claros en el paciente. En esos casos el profesional se ve obligado a guiarse por la información de los familiares sobre los comportamientos que presenta el paciente y que pueden resultar diagnósticos para un estado depresivo, un estado maníaco o uno hipomaníaco. En estas situaciones, los antecedentes familiares son una gran ayuda para ratificar o descartar el diagnóstico de trastorno bipolar.

La introducción en el DSM-IV-TR del diagnóstico de Trastorno bipolar tipo II (combinación de episodios depresivos mayores con al menos un episodio hipomaníaco) obliga, aún más, a una mayor «finura» diagnóstica.

Por otra parte, el tratamiento del Trastorno bipolar ha sido durante mucho tiempo casi exclusivamente farmacológico. No obstante, en los últimos años se han generado tratamientos psicológicos que presentan bastante posibilidades de éxito si se combinan con el farmacológico (Becoña y Lorenzo, 2001; Colom y Reinares, 2003; Nathan y Gorman, 1998).

Tanto desde la intervención farmacológica como desde la psicológica, el mayor problema que existe en este tipo de alteración es la adherencia terapéutica (Colom, Martínez-Arán y Vieta, 2003). De ahí, la gran dificultad, en muchas ocasiones, de confirmar el diagnóstico, así como de obtener resultados terapéuticos exitosos.

A continuación presentamos el caso de un paciente que fue diagnosticado con un trastorno bipolar a la edad de 15 años.

Método

Sujeto, motivo de la consulta e historia del problema

El paciente, que a partir de ahora llamaremos Andrés, tiene 29 años, trabaja como ATS en atención primaria y vive con su familia. Acude a consulta por primera vez acompañado de su novia, que trabaja como Graduado Social.

Cuando Andrés acude a consulta lo hace animado por su familia y por la novia. Lo describen como un chico inseguro, sin iniciativa, pasivo y débil.

Andrés es el menor de una familia tradicional de 4 hermanos. Su padre falleció cuando él tenía 18 años. En su familia encontramos los siguientes antecedentes psiquiátricos: el padre estaba diagnosticado de esquizofrenia y alcoholismo, y uno de sus hermanos está en tratamiento psiquiátrico por depresión.

Andrés fue tratado desde los 15 años hasta los 29 (la última visita fue cuatro meses antes de acudir a nuestra consulta) por el mismo psiquiatra que atendió a su padre y a su hermano, diagnosticándolo de Trastorno Bipolar. Nunca había recibido psicoterapia. Cuando acudió a nosotros tomaba carbonato de litio (800 mg/día), amitriptilina (75 mg/día), propanolol (60 mg/día), trimipramina (100 mg/día) y mirtazapina (30 mg/día). El carbonato de litio se introdujo en su tratamiento hace unos diez años y siempre ha llevado asociado uno o más anti-depresivos tricíclicos a distinta dosis, según las manifestaciones clínicas de cada momento. El propanolol le fue prescrito para evitar el temblor, posible efecto secundario del tratamiento con litio.

A los 19 años el paciente acude a otro psiquiatra, que se plantea la necesidad de una intervención psicológica y la posibilidad de un diagnóstico diferente, atendiendo tanto a la evolución del caso desde que fue diagnosticado por primera vez, como a la información presente ofrecida por el paciente y su novia.

Durante todo este tiempo su estado de ánimo ha tenido carácter depresivo, excepto hace un par de años que tuvo un periodo que catalogan los familiares como eufórico en el que predominaron las conductas desinhibidas, siempre relacionadas con el consumo de alcohol.

Evaluación

Instrumentos

Los instrumentos utilizados se utilizaron tanto para la evaluación como para valorar los cambios producidos tras el tratamiento aplicado.

□ *Entrevista clínica:*

De la entrevista con el paciente se desprenden los siguientes datos:

1. Presenta síntomas depresivos de tristeza, culpabilidad, apatía y desesperanza.
2. Manifiesta altos niveles de ansiedad y agitación ante los asuntos y preocupaciones cotidianas.
3. Está insatisfecho con su relación de pareja. Aún así, se siente obligado a casarse con la novia. Teme decepcionar a su familia si no lo hace, ya que lo consideran incapaz de tener una vida independiente y siempre han considerado que lo mejor para él era casarse. Teme equivocarse tanto si toma una decisión como si toma la otra.
4. Está insatisfecho con su trabajo. Aunque le gusta su profesión, se siente inseguro, teme cometer errores y no estar a la altura de las circunstancias. Le da miedo promocionarse en su trabajo y, al mismo tiempo, se siente fracasado si continúa en la situación presente (haciendo sustituciones esporádicas en centros de atención primaria y sin estabilidad).
5. Con los compañeros de trabajo se siente incómodo, inferior y rechazado. No suele relacionarse con ellos.
6. Desde que está con su novia ha perdido el contacto con sus amigos, y también ha dejado sus principales aficiones: conciertos, revistas e intercambios de música.
7. Se siente un enfermo crónico.

De la entrevista con la novia se desprende lo siguiente:

1. Le considera una persona insegura y que necesita apoyarse en los demás para tomar decisiones.
2. Aunque han tenido bastantes crisis como pareja, manifiesta mucho interés en casarse. Suele ser ella la que toma las decisiones importantes, como por ejemplo, comprar un piso en común.
3. No le gustan los amigos de Andrés porque lo incitan a beber.

□ *Cuestionarios*

- Versión Norteamericana del Inventario de Depresión de Beck, (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961): 19 puntos, Depresión Moderada.
- Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI; Spielberger, 1983): Ansiedad Estado: centil 96; Ansiedad Rasgo: centil 99.
- Inventario de Asertividad (Gambrill y Richey, 1975). Manifiesta altos grados de malestar y baja probabilidad de respuesta a la hora de enfrentarse a las situaciones descritas en el inventario. La conducta es predominantemente pasiva.

□ *Registros*

La información que obtenemos de los registros muestra que nuestro paciente presenta gran cantidad de creencias irracionales y pensamientos distorsionados. Algunos ejemplos son los siguientes:

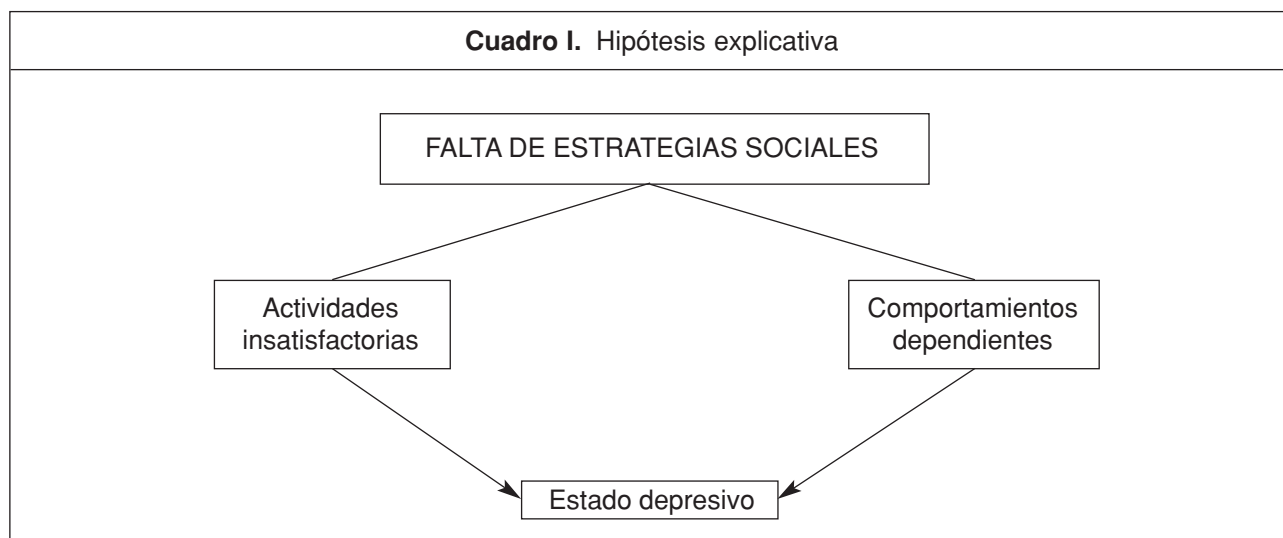
- la actitud de mi novia es injusta,
- no soy capaz de valerme por mí mismo,
- no voy a estar a la altura,
- si mi compañero de trabajo no me habla es porque me rechaza,
- seguro que me ven inferior a ellos,

También presenta un importante nivel de ansiedad ante situaciones en las que se siente inseguro y no sabe cómo actuar. Por ejemplo:

- cuando tiene una discusión con la novia,
- cuando se enfrenta a una situación nueva en el trabajo,
- en situaciones sociales en el trabajo,
- al coincidir con compañeros de carrera que han promocionado más que él,
- ante las críticas de la familia,
- cuando ha de defender sus derechos,
- ante nuevos retos laborales

Diagnóstico

En base a la evaluación, se diagnosticó al paciente de déficit de habilidades sociales y de



una depresión moderada mantenida por la insatisfacción en su manera de desenvolverse en las distintas áreas de su vida: familia, novia, compañeros de trabajo y amigos.

De acuerdo a los datos obtenidos, se plantea la siguiente hipótesis (ver Cuadro I): la falta de habilidades sociales genera en el paciente comportamientos de indecisión e inseguridad que le llevan a depender de otras personas cercanas. Estas, a su vez, refuerzan tal dependencia. La insatisfacción de este tipo de vida que, por otra parte no puede romper, le lleva a un estado depresivo y a una gran ansiedad, que refuerzan a su vez la falta de toma de decisiones y de comportamientos sociales satisfactorios.

Tratamiento

La información obtenida de la evaluación lleva tanto a la psiquiatra como a las psicólogas a plantear una intervención conjunta que duró 10 sesiones.

Desde el punto de vista psicofarmacológico, el primer paso consistió en un abordaje psicoeducativo sobre los efectos de los psicofármacos y las pautas adecuadas de retirada. Con ello se perseguían dos objetivos: la implicación del paciente y el que posibles síntomas de retirada de la medicación no supusieran un obstáculo para la intervención psicoterapéutica. Fue de gran importancia la coordinación psiquiatra-psicólogas.

Se empezó disminuyendo paulatinamente las dosis de antidepresivos a lo que se unieron pautas de consejo sobre higiene del sueño, ya que alguno de los antidepresivos estaban dosificados por la noche y con fines hipnóticos. Posteriormente se fue retirando progresivamente el carbonato de litio, dejando el propranolol condicional hasta la supresión total del tratamiento (el paciente es enfermero y expresaba un gran temor a que el temblor pudiera dificultar su trabajo).

La intervención psicológica pretende incidir sobre los datos obtenidos en la evaluación. El orden, de acuerdo a la hipótesis terapéutica, lleva a intervenir sobre las habilidades sociales, las creencias irracionales y los supuestos básicos erróneos. Por último, se introducen actividades gratificantes de las que no había podido disfrutar hasta ese momento debido a su comportamiento anterior.

Técnicas

- Terapia cognitiva de Beck sobre los supuestos básicos.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Asignación de tareas graduadas para los sentimientos de incompetencia personal y profesional.
- Programación de actividades gratificantes.
- Entrenamiento en auto-refuerzo.

Resultados

Tras el tratamiento se han observado las siguientes mejoras:

1. Los síntomas depresivos y ansiosos han desaparecido.
2. Ha decidido romper su relación de pareja y en la actualidad está buscando un piso para independizarse.
3. Ha tomado decisiones importantes con relación a su promoción laboral. En este momento se siente seguro y satisfecho en su trabajo. Está pendiente de ocupar una plaza de mayor responsabilidad y lo vive con ilusión.
4. Ha normalizado por completo su relación con los compañeros. Tampoco teme relacionarse con futuros compañeros de trabajo.
5. Ha retomado sus amigos y sus aficiones.

Seguimiento

Cuatro meses después de finalizar el tratamiento se citó a Andrés para un seguimiento terapéutico. Los resultados conseguidos se mantenían. No había vuelto a tomar medicación. Mantuvo su trabajo, se había independizado y vivía sólo. Estaba contento con su situación y no había tenido ninguna recaída en cuanto a su depresión. Seguía aplicando las estrategias aprendidas en terapia. Actualmente la situación se mantiene.

Resultados de los cuestionarios en la fase de seguimiento:

Cuestionarios

- Versión Norteamericana del Inventario de Depresión de Beck, BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961): 6 puntos, estado no depresivo.
- Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI; Spielberger, 1983): Ansiedad Estado: centil 77; Ansiedad Rasgo: centil 77.
- Inventario de Asertividad (Gambrill y Richey, 1975). Manifiesta una alta proba-

bilidad de respuesta y bajos grados de malestar a la hora de enfrentarse a las situaciones descritas en el inventario. La conducta es predominantemente asertiva.

Los resultados del tratamiento y los del seguimiento apoyan el último diagnóstico.

Discusión

En este trabajo se pone de manifiesto una situación problemática a la que nos enfrentamos los psicólogos y psiquiatras terapeutas. Los datos que se recogen en la entrevista clínica tanto del propio paciente como de la familia, dirigen hacia hipótesis diagnósticas que pueden ser erróneas, o al menos equívocas, en determinados tipos de problemáticas en los que se tienen pocos recursos de evaluación. Este es el caso del trastorno bipolar. No es difícil diagnosticar este trastorno cuando el comportamiento y la manifestación conductual, cognitiva y fisiológica es evidente y cumple todos los requisitos que presentan los manuales diagnósticos como el DSM y el CIE. Sin embargo, en muchos casos, los criterios diagnósticos quedan lejos de ser fácilmente aplicables al comportamiento del paciente, de tal forma que el profesional ha de recurrir a información adicional que, sin constituir propiamente criterio diagnóstico, ayuda en el establecimiento del diagnóstico más adecuado. Entre este último tipo de datos destacan, en el caso bipolar, los antecedentes familiares, la toma de alcohol o sustancias diversas, etcétera.

Andrés había presentado desde los 15 años periodos depresivos con una frecuencia casi anual. Estos episodios no cumplían criterios de trastorno depresivo mayor (según el DSM) ni tenían un patrón estacional y siempre estuvieron relacionados con situaciones vitales estresantes.

Hace 2 años el paciente, que no es consumidor habitual de alcohol, presentó una situación clínica compatible con un episodio hipomaniaco. No obstante, la relación directa de los síntomas con el consumo de alcohol y su remisión rápida con la abstinencia sugieren que el cuadro fue inducido por esta sustancia y no formaba parte de un episodio hipomaniaco primario.

El planteamiento de los autores de este artículo ha permitido dar una orientación dife-

rente tanto a la evaluación como al tratamiento farmacológico y psicológico. Sin olvidar los datos que podían apoyar el diagnóstico anterior, se plantearon otras posibilidades diagnósticas debido al curso del trastorno y lo encontrado en los instrumentos de evaluación utilizados. Esta posibilidad permitió orientar el tratamiento hacia variables situacionales relacionadas con la asertividad y el aprendizaje de estrategias para la competencia social.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Becoña, E. y Lorenzo, M.C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13, n.º 3, 511-522.
- Colom, F. y Reinares, M. (2003). Tratamientos eficaces en los trastornos bipolares. En E. Vieta: *Novedades en el tratamiento del trastorno bipolar*. Madrid: Editorial médica panamericana.
- Colom, F, Martínez-Arán, A. y Vieta, E. (2003). Adherencia terapéutica en los trastornos bipolares. En E. Vieta: *Novedades en el tratamiento del trastorno bipolar*. Madrid: Editorial médica panamericana.
- Gambrill, E.D. y Richey, C.A. (1975). An Assertion Inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (1998). *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. PaloAlto, CA: Consulting Psychologists Press.