

Trastorno bipolar

Actualización de su diagnóstico y tratamiento
Trastorno Bipolar y Suicidio Prevención

El trastorno bipolar es una de las enfermedades psiquiátricas de más difícil manejo. Una completa revisión actualiza sus criterios de diagnóstico y tratamiento.



Autor: Dres. Anderson IM, Haddad PM, Scott J *BMJ* 2012;345:e8508

Introducción

El trastorno bipolar -antes llamado enfermedad maníaco depresiva- es una de las enfermedades psiquiátricas de más difícil manejo. Su impacto es negativo en la mayoría de los pacientes y más del **6%** mueren por suicidio en las dos décadas siguientes al diagnóstico.

¿Qué es el trastorno bipolar?

Los trastornos bipolares se caracterizan por episodios recidivantes de estado de ánimo elevado y depresión, que se acompañan de cambios en la actividad o la energía y se asocian con síntomas cognitivos, físicos y conductuales característicos.

- El término **manía** se emplea cuando el estado de ánimo es muy alto y sostenido o se asocia con síntomas psicóticos, que llevan a una notable perturbación de la conducta y la función.
- La **hipomanía** se refiere a elevaciones menos intensas del estado de ánimo, que pueden ser bastante breves y en general no motiva la consulta; sin embargo, la hipomanía puede progresar a manía.

Los trastornos bipolares se clasifican como:

Trastorno bipolar I: con episodios de manía

Trastorno bipolar II: en el que sólo se producen episodios de hipomanía.

Los síntomas maníacos y los depresivos a menudo aparecen juntos, dando lugar a estados “mixtos”.

En muestras de población es similar la cantidad de personas que experimentan elevaciones leves del estado de ánimo (subumbrales) como la de aquéllas que reúnen los criterios para el trastorno bipolar y juntas forman el espectro bipolar.

La **ciclotimia** se refiere a un subconjunto de trastornos más leves con ciclos breves repetidos de hipomanía y estado de ánimo levemente bajo que ocurren regularmente durante dos o más años. Se discute si estos trastornos más leves se deben incluir en el diagnóstico de trastorno bipolar.

¿Quiénes sufren trastorno bipolar?

Un relevamiento mundial reciente efectuado en 11 países halló que la mediana de la edad de comienzo es a los 25 años, con predominio del trastorno bipolar I en los varones y del II en las mujeres (0,6% y 0,4, respectivamente).

La manía prepuberal es rara; habitualmente, la perturbación leve del estado de ánimo en la adolescencia progresa a episodios de depresión y más tarde a manía en la adultez.

Causas del trastorno bipolar

El **trastorno bipolar I** tiene una predisposición hereditaria de 0,75 explicada en su mayor parte por variantes de alelos comunes. Su expresión fenotípica es el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales. El abuso físico o sexual en la infancia es casi el doble de frecuente que en personas sanas y se asocia con comienzo más temprano de la enfermedad y con mayor gravedad de la misma. Acontecimientos vitales y factores de estrés crónico son desencadenantes importantes de los episodios.

¿Por qué el trastorno bipolar es tan problemático?

En el trastorno bipolar son frecuentes otros problemas psiquiátricos asociados, es especial trastornos de ansiedad. Más de un tercio de los casos, sobre todo aquéllos con trastorno de inicio temprano, también tienen problemas con el alcohol o las drogas, ya sea como desencadenantes o como complicación secundaria.

La falta de reconocimiento de su enfermedad y el rechazo de la ayuda son más frecuentes en la manía aguda que en otras fases de la enfermedad. Esto puede hacer necesario el tratamiento compulsivo.

La conducta desinhibida y violenta en la manía puede generar riesgo o daño a terceros y problemas con la justicia. La hipomanía, en cambio, a menudo escapa a la atención médica y, aún si es reconocida, el paciente puede ser reacio a consultar. Quizás considere a la hipomanía como positiva y asociada con aumento de la energía y la productividad. Las consecuencias sociales, económicas y laborales de los episodios de hipomanía o manía casi siempre son negativas y, en especial en la manía, pueden ser devastadoras.

Cuando el paciente consulta por depresión, que es más frecuente que el estado de ánimo elevado, a menudo los episodios previos de hipomanía no se detectan. Es posible que se tarden muchos años en efectuar el diagnóstico y mientras tanto se indique un tratamiento ineficaz o hasta perjudicial.

La “tasa de conversión” de la depresión al trastorno bipolar es del 1% por año y se han encontrado altas tasas de trastorno bipolar no diagnosticado en pacientes deprimidos que no responden a los antidepresivos.

El curso variable del trastorno, desde episodios aislados breves o infrecuentes con recuperación total entre los mismos hasta enfermedad persistente grave o caótica, plantea grandes desafíos terapéuticos. Los ciclos rápidos (cuatro o más episodios por año) constituyen marcadores de gravedad y de poca respuesta al tratamiento. Puede haber deficiencias cognitivas de leves a moderadas, aún cuando los pacientes están eutímicos.

En el 30-40% de los pacientes se produce daño autoinfligido.

La tasa de suicidios en un gran estudio prospectivo reciente fue del 7,8% en hombres y del 4,8% en mujeres durante una mediana de 18 años de seguimiento tras el primer contacto psiquiátrico, mayor que para la depresión o la esquizofrenia.

¿Cuál es la relación entre Trastorno Bipolar y suicidio? ¹

El riesgo más grave del trastorno bipolar es el suicidio, asociado con más frecuencia al episodio depresivo. Se ha señalado que entre el 25 y el 50 por ciento de los enfermos de trastorno bipolar intenta suicidarse en algún momento a lo largo del curso de su enfermedad. Sin un tratamiento eficaz, el trastorno bipolar puede acabar en suicidio en aproximadamente entre el 10 y el 15 por ciento de los casos, lo que lo convierte en una de las enfermedades psiquiátricas más graves y letales. Para reducir el riesgo de suicidio, es muy importante el diagnóstico temprano de la enfermedad y el tratamiento a largo plazo.

¿Cuáles son las señales de suicidio?

¹ Este cuadro no forma parte de artículo original y ha sido incorporado con finalidad didáctica y preventiva por www.psicoadolescencia.com.ar

- Sentimientos de impotencia y desesperación
- Distanciamiento extremo de amigos, familiares y actividades habituales
- Conversaciones sobre el suicidio o sobre "acabar con todo"
- Comportamiento autodestructivo o arriesgado
- Regalo de las posesiones preferidas
- Cambios súbitos de humor o comportamiento
- Aumento del consumo de alcohol o drogas
- Identificación con suicidas
- Preocupación por las ideas de muerte
- Intento o intentos de suicidio anteriores

¿Cómo ayudar a alguien que envía señales de suicidio?

¡Conozca las señales de advertencia!

La mayoría de los suicidas da pistas acerca de sus sentimientos. No tema preguntar a una persona por la que esté preocupado si está pensando en matarse. No se convierte a una persona en suicida por hacerle una pregunta directa y afectuosa acerca de las señales de advertencia de suicidio que usted haya identificado.

Dígale a su ser querido que está preocupado y explíquele las razones concretas. Haga hincapié en que es un ser muy importante para usted y otras personas. Anime a la persona a buscar ayuda de un psiquiatra, un asistente social, o cualquier otro profesional experto en salud mental.

¿Cómo enfrentarse a las señales de suicidio?

- Mantenga la calma. No reaccione de forma exagerada.
- Exprese preocupación. Tómese en serio a su amigo o familiar. Explique la causa de su preocupación. Sea concreto.
- Escuche atentamente. Mantenga el contacto visual.
- Formule preguntas directas. Es importante saber si su amigo tiene un plan de suicidio concreto.
- Reconozca sus sentimientos. No juzgue. Si no es capaz de ayudar a su amigo a "animarse", no se lo tome como algo personal.
- Tranquilice. Haga hincapié en que el suicidio es una solución permanente a problemas temporales. Recuerde a su amigo que siempre hay esperanza y que las cosas pueden ir e irán mejor.
- No prometa confidencialidad. Es posible que necesite consultar con otras personas o hablar con el médico de su amigo acerca de las señales de suicidio que haya identificado.
- Actúe, implique a otras personas. No intente arreglar esto solo. Hable con personas preparadas para ayudar y enfrentarse a las señales de advertencia de suicidio.

Recuerde en todo momento que, aunque la familia puede tener una influencia positiva sobre la persona que padece depresión o trastorno bipolar, nunca puede considerarse responsable. Los familiares no deben sentirse culpables por las ideas suicidas de sus seres queridos.

Además el índice de mortalidad estandarizado para las causas naturales de muerte es de alrededor de 2. La causa más frecuente es la enfermedad cardiovascular, vinculada a los hábitos de vida, la obesidad y otros componentes del **síndrome metabólico**.

Diagnóstico

La clave para el diagnóstico es la presencia o los antecedentes de hipomanía o manía. El estado de ánimo predominantemente irritable puede enmascarar un cuadro maníaco subyacente y los síntomas psicóticos se pueden confundir con la esquizofrenia. Es necesaria una buena anamnesis y un examen del estado mental, complementados con información colateral.

Es preciso tener en cuenta que quizás el paciente niegue o no informe el estado de ánimo elevado. La hipomanía puede no ser evidente si no se conoce previamente a la persona y llamar la atención sólo tras repetidos episodios o consecuencias adversas. La superposición con otros trastornos puede llevar a pasar por alto el diagnóstico si no se considera la asociación con el trastorno bipolar.

En niños y adolescentes el diagnóstico de trastorno bipolar exige la presencia de manía con euforia inequívoca (no sólo irritabilidad) y un curso episódico.

Cuestionarios de autoevaluación, como el cuestionario de estado de ánimo o el listado de verificación de hipomanía, pueden ayudar a identificar episodios anteriores de hipomanía o manía.

¿Cómo distinguir entre depresión bipolar y unipolar?

La depresión del trastorno bipolar no se puede distinguir de la depresión unipolar sólo sobre la base de los síntomas. En ausencia de antecedentes de estado de ánimo elevado, una revisión exhaustiva de estudios propuso un enfoque basado sobre las características sintomáticas, los antecedentes familiares y la evolución de la enfermedad.

Tratamiento del trastorno bipolar

El objetivo del tratamiento inmediato de los episodios es resolver los síntomas y reducir el riesgo inmediato para sí o para terceros. El objetivo del tratamiento prolongado es prevenir futuros episodios de enfermedad y ayudar a volver al funcionamiento previo a la enfermedad, mejorar la salud física y disminuir el riesgo a largo plazo de suicidio. Los pacientes que ciclan entre la manía o la hipomanía y la depresión son especialmente difíciles de tratar. Estabilizar su estado de ánimo es tan importante como tratar el episodio agudo.

Los fármacos son el pilar del tratamiento para los trastornos bipolares I y II, pero su función en los trastornos más leves no está bien comprobada. Las psicoterapias específicas son complementos importantes para disminuir las recaídas, tratar la depresión y mejorar la función. Otros elementos esenciales son mantener la continuidad de la atención médica y enfrentar los trastornos asociados y los factores de riesgo de recaídas,

como el alcohol, las drogas y la alteración de los ritmos circadianos. En general, primero se estabiliza el estado de ánimo y después se tratan los trastornos psiquiátricos específicos.

Tratamiento farmacológico y psicoterapia

Muchos fármacos son más eficaces para uno de los polos de la enfermedad, por lo que los pacientes con “estabilizadores del estado de ánimo” (habitualmente litio o anticonvulsivos) pueden no ser tratados de la misma manera para ambos polos.

Para la manía y los estados mixtos hay buena evidencia de la eficacia de los antipsicóticos como clase, el valproato, el litio y la combinación de antipsicóticos + litio o valproato. Como tratamiento complementario se recomienda un ambiente con bajo nivel de estímulos. Los tratamientos cortos con benzodiazepinas se emplean para tratar la agitación y el insomnio

Para la depresión hay buena evidencia a favor de la quetiapina y como tratamiento complementario la terapia conductual cognitiva y la terapia centrada en la familia. La primera ayuda a identificar y enfrentar pensamientos y conductas perjudiciales. La segunda intenta mejorar la comunicación en la familia y fortalecer las estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas.

Para el tratamiento de mantenimiento y la prevención de las recaídas hay buena evidencia de la eficacia de la monoterapia con litio (para la manía y la depresión), los antipsicóticos como clase (para la manía), la quetiapina (depresión y manía), la olanzapina (manía más que depresión), la lamotrigina (depresión más que manía); el tratamiento combinado con antipsicóticos + litio o valproato (mejor que el litio o el valproato solo para la manía), el litio + valproato (mejor que el valproato para las recaídas, la quetiapina + litio o valproato (mejor que litio o valproato solos para la manía y la depresión).

Como psicoterapia hay buena evidencia de la eficacia de la **psicoeducación** grupal, que proporciona información sobre el trastorno bipolar, fortalece la autogestión y mejora la identificación temprana de las recaídas (manía más que depresión) y la terapia centrada en la familia.

¿Cuándo derivar al especialista o compartir la atención del paciente?

Durante los episodios agudos se debe derivar a todos los pacientes con trastorno bipolar conocido o presunto al especialista para tratar el episodio agudo, evaluar el riesgo, confirmar el diagnóstico (si es necesario), determinar o repasar el plan terapéutico a largo plazo.

Los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar deben continuar con el especialista si tienen dificultad con el cumplimiento terapéutico, sufren recaídas frecuentes o síntomas persistentes. También si surge una enfermedad psiquiátrica grave asociada, tal como

trastornos de ansiedad o abuso de alcohol o drogas, si necesitan tratamiento por riesgo de suicidio o riesgo para terceras personas.

Los pacientes estables con trastorno bipolar que no están tratados por un especialista deben consultarlo si están considerando un embarazo o están embarazadas, en el caso de las mujeres, sufren efectos secundarios o complicaciones por el tratamiento que pueden necesitar un cambio de fármacos, están pensando en cambiar o suspender el tratamiento. Aunque algunos pacientes necesitan tratamiento psiquiátrico prolongado, muchos que están estables y bien pueden ser tratados en atención primaria. La buena comunicación y la interconsulta psiquiátrica temprana y rápida son esenciales.

Tratamiento de los episodios de manía

La manía a menudo exige la hospitalización para manejar el riesgo y permitir el tratamiento. Puede ser necesario el ingreso compulsivo del paciente y la conducta muy perturbada quizás necesite tratamiento inmediato con antipsicóticos o benzodiazepinas o ambos. Se debe evitar el exceso de estimulación y proporcionar un ambiente tranquilo.

Los grados de manía más leves se pueden tratar ambulatoriamente en servicios especializados. Los episodios mixtos se tratan como si fueran maníacos. La hipomanía a menudo no se trata, pero podría ser necesario un apoyo más intensivo y el ajuste del tratamiento para prevenir su progreso a la manía en el trastorno bipolar I. En el trastorno bipolar II el objetivo es tratar los episodios depresivos recurrentes.

El primer paso es identificar y tratar cualquier causa médica, así como los desencadenantes, como la suspensión del tratamiento de mantenimiento, el consumo de drogas y los acontecimientos vitales estresantes. Se deben suspender los antidepresivos porque pueden estar exacerbando el estado de ánimo elevado. Revisar la eficacia y la tolerabilidad de los tratamientos para episodios anteriores y optimizar el tratamiento a largo plazo o recomendarlo si se lo había suspendido.

Los antipsicóticos son el tratamiento de primera línea para la manía. En estudios aleatorizados controlados, los más eficaces fueron el haloperidol, la risperidona y la olanzapina. Un metanálisis de ocho estudios aleatorizados controlados halló que el tratamiento combinado con un antipsicótico y litio o valproato fue más eficaz que el valproato o el litio solos y otro estudio halló que la asociación de valproato con un antipsicótico fue más eficaz que un antipsicótico solo. Las benzodiazepinas pueden ser necesarias a corto plazo para el tratamiento de la agitación y el insomnio, pero carecen de propiedades antimaniacas.

Tratamiento de la depresión en pacientes con trastorno bipolar

Al igual que para la manía, se deben identificar y eliminar todos los factores

desencadenantes. La elección de fármacos depende de los antecedentes terapéuticos y de la necesidad de evitar el cambio a un estado de ánimo elevado.

Un metanálisis de 19 estudios aleatorizados controlados sobre depresión bipolar halló que en relación con el placebo el fármaco más eficaz es la quetiapina (cinco estudios). Un metanálisis reciente de 15 estudios aleatorizados controlados no halló que los antidepresivos fueran más beneficiosos que el placebo para tratar la depresión bipolar.

Las recomendaciones aconsejan asociar siempre un antimaníaco para disminuir el riesgo de desestabilizar el estado de ánimo. Los fármacos de elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, porque es menos probable que causen viraje a la manía. Se recomienda suspender los antidepresivos tras la resolución de los síntomas depresivos.

Se deben tener en cuenta los tratamientos psicológicos eficaces junto con los fármacos, especialmente si la depresión se prolonga o persisten síntomas recurrentes o leves.

Tratamiento de mantenimiento o profiláctico

Es esencial que los pacientes se involucren, conozcan su trastorno y reciban tratamiento adaptado a las circunstancias de cada uno. Deben poder identificar los desencadenantes de las recaídas, conocer la importancia de los fármacos para prevenir y tratar las exacerbaciones e identificar los objetivos funcionales y sintomáticos del tratamiento. El estigma de la enfermedad mental es un problema importante para muchos.

A menudo resulta difícil para los pacientes aceptar que necesitan tratamiento prolongado. Un gran estudio halló que sólo el 54% de los pacientes cumplían totalmente con el tratamiento de mantenimiento. El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recomienda el tratamiento prolongado en el trastorno bipolar I después de dos episodios agudos o de un único episodio maníaco con consecuencias graves, y en el trastorno bipolar II si hay recaídas frecuentes, deterioro funcional o riesgo de suicidio.

Los fármacos para el mantenimiento o la profilaxis se prescriben según el patrón predominante de las recaídas. Un metanálisis de 20 estudios aleatorizados controlados sobre el tratamiento de mantenimiento y un gran estudio posterior con litio y quetiapina, hallaron que el litio y la monoterapia antipsicótica, y los antipsicóticos asociados y el litio o el valproato fueron eficaces contra las recaídas maníacas. La quetiapina sola o asociada con el litio y el valproato fue eficaz contra las recaídas depresivas.

En un análisis conjunto de dos estudios aleatorizados controlados con placebo, la lamotrigina fue eficaz contra las recaídas depresivas y en menor grado contra las maníacas. Evidencia de metanálisis también mostró que el litio disminuye el

www.psicoadolescencia.com.ar

suicidio cuando se lo emplea para el tratamiento de mantenimiento de los trastornos del estado de ánimo. Este tratamiento tiene un bajo índice terapéutico y es necesario controlar la concentración plasmática de litio cada tres meses y la función renal y tiroidea cada seis meses.

Cuando se suspende el litio se lo debe hacer en el curso de varios meses, ya que su suspensión rápida puede desencadenar recaídas. Para muchos pacientes la polifarmacia es inevitable, pero se asocia con problemas de tolerabilidad y cumplimiento terapéutico; por ello es necesario planificarla en lugar de dejar que los fármacos se vayan acumulando. Si el tratamiento prolongado se suspende, se lo debe hacer gradualmente en varios meses y con supervisión del especialista. Es necesario controlar estrechamente al paciente para detectar signos precoces de recaída.

Se debe ofrecer psicoeducación a todos los pacientes. Otros tratamientos psicológicos están indicados para síntomas como la ansiedad; las recaídas frecuentes o el deterioro social, funcional o cognitivo persistente.

El trastorno bipolar en mujeres en edad fértil

Las mujeres que están considerando un embarazo deben ser derivadas para recibir información preconcepcional del especialista. Si están embarazadas deben ser tratadas conjuntamente por los servicios de psiquiatría y obstetricia.

En un gran estudio retrospectivo se halló que el 23% de las mujeres con trastorno bipolar sufrían una recaída durante el embarazo y el 52% durante el posparto; casi todas las recaídas eran depresivas. El riesgo aumenta si los estabilizadores del estado de ánimo se suspenden durante el embarazo. En dos estudios prospectivos el 85-100% de las mujeres sufrieron recaídas en relación con el 30-37% de las que continuaban con la medicación. El litio y los anticonvulsivos se asocian con aumento del riesgo de teratogénesis.

El valproato plantea el mayor riesgo, ya que causa retraso del desarrollo neurológico, por ello está contraindicado en mujeres en edad fértil, salvo que empleen un método anticonceptivo eficaz. Otros anticonvulsivos están contraindicados en el primer trimestre del embarazo; el litio sólo se debe administrar con supervisión obstétrica y en lo posible evitarlo durante el primer trimestre.

Los antipsicóticos son el tratamiento de elección para la manía durante el embarazo. Para la depresión es mejor la terapia cognitiva que los antidepresivos. Después del parto, se debe considerar iniciar o reiniciar el tratamiento para prevenir recaídas. La lactancia materna está contraindicada para las mujeres que reciben litio, lamotrigina o clozapina.

Opciones ante el fracaso terapéutico

www.psicoadolescencia.com.ar

Ante una escasa respuesta al tratamiento, se debe revisar el diagnóstico e identificar y tratar todos los trastornos asociados, el abuso de drogas o alcohol y la falta de cumplimiento terapéutico.

Después, se debe aumentar la dosis de los fármacos que recibe el paciente dentro de los límites de la tolerabilidad. Si continúa la falta de respuesta, cambiar o agregar otro fármaco. Considerar la psicoterapia y enfrentar los factores ambientales dentro de lo posible.

Un metanálisis de seis estudios de cohortes halló que los anticonvulsivos son una opción para la depresión bipolar grave y ante el fracaso de otros tratamientos, como así también para la manía resistente al tratamiento. Se debe considerar la derivación a un centro terapéutico terciario para los casos difíciles o complejos.

Pronóstico

La mayoría de los pacientes se recuperan de su primer episodio, pero alrededor del 80% sufren una recaída dentro de los cinco a siete años. Casi todos sufren tres o más episodios en 20 años y el riesgo de recaída persiste en la vejez. En estudios de seguimiento los pacientes experimentan deterioro de moderado a grave el 26-32% del tiempo.

El tratamiento es más eficaz cuanto más pronto se inicie. No obstante, muchos pacientes tienen buena evolución y pueden llevar una vida plena, aunque deben ser conscientes de su enfermedad y poder manejar los riesgos y los desencadenantes asociados con las recaídas.

◆ Resumen y comentario objetivo: **Dr. Ricardo Ferreira**

2. Referencias Ver

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=78925&pagina=2>

Los editores le recomiendan continuar con las siguientes lecturas:

- ▶ Reconexiones de circuitos cerebrales podrían prevenir trastorno bipolar
- ▶ El uso de antidepresivos en pacientes con trastorno bipolar debe definirse según cada caso.
- ▶ Utilidad de diversas variables para la estadificación del trastorno bipolar
- ▶ Factores que aumentan el riesgo de suicidio en pacientes bipolares
- ▶ Beneficios de la Asenapina en pacientes con trastorno bipolar que cursan estados mixtos
- ▶ Comprueban la tolerabilidad adecuada de la asenapina a largo plazo
- ▶ La asenapina es un antimaníaco eficaz
- ▶ La mitad de los que padecen trastorno bipolar no lo sabe
- ▶ Investigan la eficacia y tolerabilidad de la asenapina como tratamiento adyuvante
- ▶ Tratamiento farmacológico de la fase aguda del trastorno bipolar de tipo II

www.psicoadolescencia.com.ar

- ▶ La envidia, un potente estímulo para la memoria y la atención
- ▶ Analizan diferentes opciones para el tratamiento de los pacientes bipolares
- ▶ Eficacia de la psicoeducación en el trastorno bipolar
- ▶ 10 premisas para enfrentar con éxito un trastorno afectivo
- ▶ El trastorno bipolar podría relacionarse con el reloj biológico

Reconexiones de circuitos cerebrales podrían prevenir trastorno bipolar

Los investigadores encuentran que unas "reconexiones" que ocurren de forma natural pueden prevenir la enfermedad mental

Unos cambios que se producen de forma natural en las conexiones del cerebro podrían ayudar a prevenir el trastorno bipolar en las personas que tienen un riesgo genético alto de la enfermedad mental, sugiere un estudio reciente.

El descubrimiento sobre esos cambios en las conexiones cerebrales podría ayudar en los esfuerzos por desarrollar mejores tratamientos para el trastorno, según investigadores del Hospital Mount Sinai, en la ciudad de Nueva York.

Las personas con trastorno bipolar experimentan oscilaciones severas en el estado de ánimo, los niveles de energía y actividad, y la capacidad de realizar las tareas cotidianas. La genética es un factor de riesgo importante, y las personas que tienen un padre o hermano con un trastorno bipolar son mucho más propensas a contraerlo que las que no tienen antecedentes familiares de la enfermedad mental.

Los investigadores usaron IRM funcional para monitorizar los cerebros de pacientes de trastorno bipolar, sus hermanos que **no tenían** la enfermedad (los hermanos resilientes) y unos voluntarios sanos que no estaban emparentados. Los pacientes de trastorno bipolar y sus hermanos resilientes tenían unas anomalías similares en las conexiones cerebrales que gestionan el procesamiento emocional, pero los hermanos resilientes presentaban cambios adicionales en dichas conexiones.

"La capacidad de los hermanos de reconectar sus redes cerebrales significa que tienen una **neuroplasticidad adaptativa** que podría ayudarles a evitar la enfermedad a pesar de que siguen portando la cicatriz genética del trastorno bipolar cuando procesan la información emocional", señaló en un comunicado de prensa del Mount Sinai la autora principal del estudio, la Dra. Sophia Frangou, profesora de psiquiatría.

El estudio aparece en la edición en línea del 5 de enero de la revista Translational Psychiatry.

www.psicoadolescencia.com.ar

"Los antecedentes familiares siguen siendo el mayor factor de riesgo de contraer un trastorno bipolar, y aunque con frecuencia nos enfocamos en el riesgo, podríamos olvidarnos de que la mayoría de personas que caen en esta categoría permanecerán bien", planteó Frangou.

"Buscar los mecanismos biológicos que puedan proteger de la enfermedad abre una dirección completamente nueva para el desarrollo de nuevos tratamientos. Nuestra investigación debe dar a las personas esperanzas de que aunque la enfermedad mental sea cosa de familia, es posible ganar en esta lotería genética", concluyó.

FUENTE: Mount Sinai Hospital

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=88343>