



¿Qué es el trastorno bipolar?

.....

**Dr. Eduard Vieta,
Francesc Colom,
Anabel Martínez-Arán**

Hospital Clínic, Universidad de Barcelona

.....



Índice

● Presentación	5
● ¿Qué es el trastorno bipolar?	7
● La manía	9
● La hipomanía	12
● La depresión	14
● Las fases mixtas	16
● Las fases de remisión	18
● ¿Cuál es la causa de la enfermedad?	20
● ¿Cómo se diagnostica la enfermedad?	23
● ¿Hay diferentes tipos de trastorno bipolar?	25
● ¿Cuál es la evolución de la enfermedad?	27
● ¿Cuales son sus consecuencias?	29
● El tratamiento	31
● ¿Qué puedo hacer yo por mi enfermedad?	34
● Ante el inicio de una fase de euforia	38
● Ante el inicio de una depresión	39
● ¿Qué puede hacer la familia?	40
● ¿Hay motivos para ser optimista?	48
● Bibliografía	50

Presentación

Este pequeño libro que el lector tiene entre sus manos está dirigido a facilitar información de una forma sencilla, clara, pero al mismo tiempo rigurosa, sobre una enfermedad que afecta a cientos de miles de españoles y a millones de ciudadanos del mundo, llamada trastorno bipolar. Las afirmaciones que se realizan en él son necesariamente muy generales, y nunca pueden sustituir el consejo experto del psiquiatra. Su objetivo, sin embargo, es complementar la información que proporciona el profesional para que el paciente, sus familiares o sus conocidos, puedan entender mejor lo que le pasa a quien sufre la enfermedad. Los profesionales de la salud incluyendo a psiquiatras, médicos, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales y todos aquellos que participan del cuidado y apoyo a los afectados podrán encontrar en él una forma llana pero fiable de comunicar la información y, esperamos, un instrumento útil en el quehacer diario con sus pacientes. El conocimiento de la enfermedad y cómo afrontarla es el primer paso hacia la recuperación de una vida normal, que es el mayor objetivo de quienes sufren este trastorno. A todos ellos y a los profesionales que los ayudan va dedicado este libro.

Queremos agradecer el apoyo y colaboración por parte de Janssen-Cilag, S.A. que han hecho que la publicación de este libro sea una realidad.

¿Qué es el trastorno bipolar?

La enfermedad bipolar (también llamada maníaco-depresiva) consiste en una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo, de forma que los cambios habituales que experimenta cualquier persona en su tono vital, se acentúan hasta un punto que puede llegar a requerir la hospitalización. Las personas que sufren este problema presentan, durante días, semanas o meses, períodos de pérdida de interés en sus actividades habituales, falta de concentración, intensa apatía (cualquier pequeña tarea o contrariedad se convierte en un escollo insalvable) y alteraciones del sueño y del apetito (tanto en el sentido de aumento como de disminución). Estos síntomas son comunes a las diversas formas de depresión. Sin embargo, estos pacientes sufren también episodios inversos, en los que se sienten capaces de cualquier cosa, se embarcan en numerosos proyectos, hablan en exceso, gastan el dinero con profusión y se molestan fácilmente cuando se les lleva la contraria. Estas fases reciben el nombre de «manía» o «hipomanía», según su intensidad. Algunos pacientes, finalmente, presentan fases mixtas, en las que se entremezclan síntomas de depresión y síntomas de euforia.

La manía

Mucha gente contestaría con criterio a la pregunta ¿Qué es la depresión?. Sin embargo, si la cuestión es ¿Qué es la manía?, lo más probable es que la respuesta provoque hilaridad. Aunque su nombre se presta a equívocos, la manía (hipomanía cuando es moderada) es un cuadro clínico muy característico. Muchas veces, el primer síntoma es una disminución de la necesidad de dormir; el paciente duerme pocas horas y se levanta a primera hora de la madrugada con la cabeza llena de ideas y pletórico de energía. Durante el día, desarrolla una actividad inusual, se embarca en nuevos proyectos, implicándose excesivamente en asuntos que, hasta entonces, no le habían llamado la atención, gasta el dinero en regalos y se muestra extremadamente alegre, sociable y hablador, aunque frecuentemente acaba resultando indiscreto y avasallador. Poco a poco estos síntomas, que ni el propio afectado ni quienes le rodean identifican como tales, se acompañan de una creciente impaciencia e irritabilidad, y el paciente puede llegar a mostrarse agresivo si es contrariado o considera que una situación es injusta. En casos graves, la extraordinaria elevación del tono vital puede conducir al paciente a una sobrevaloración tal de sus propias capacidades que le lleva a perder la noción de la realidad, creyéndose dotado de poderes sobrenaturales o asediado por múltiples enemigos. Afortunadamente, con un tratamiento apropiado, estos síntomas remiten rápidamente y la persona recupera la normalidad, aunque es frecuente que tras un episodio maníaco suceda, a continuación, una fase depresiva. La manía comporta graves consecuencias para el afectado: separaciones, pérdida de trabajo, en-

¿Qué es el trastorno bipolar?

deudamiento y deterioro social son complicaciones frecuentes de la enfermedad. Puede ser que resulte difícil imaginar que una persona que ha llegado a tener una conducta tan alterada se recupere hasta el punto de no presentar ni rastro de esos síntomas, pero estas dificultades son fruto de los prejuicios populares hacia las enfermedades mentales, que las asocian a cronicidad, irreversibilidad y peligrosidad. En realidad, esta enfermedad guarda muchos puntos en común con la diabetes o la hipertensión arterial, enfermedades que no se asocian a estigmatización. El paciente bipolar es una persona normal que sufre una enfermedad, cuya gravedad puede, en algunos casos, distorsionar intensamente la personalidad. Lo que sí es cierto es que, la experiencia de una manía o hipomanía es de aquellas que no se olvidan y algunos pacientes incluso la echan de menos.



Síntomas de la fase maníaca (no es necesario que se den todos)

- Irritabilidad
 - Hiperactividad
 - Disminución de la necesidad de dormir
 - Locuacidad
 - Aumento de la sociabilidad
 - Euforia
 - Ideas de grandeza
 - Aumento del impulso sexual
 - Aceleración del pensamiento
 - Gastos excesivos e inapropiados
 - Conducta desordenada
 - Planes irrealizables
 - Ideas delirantes
 - Alucinaciones
-

Generalmente, la intensidad de los síntomas durante la fase maníaca y el comportamiento anormal del afectado durante la misma acaban comportando la hospitalización. Afortunadamente, los tratamientos actuales permiten devolver la salud mental del paciente con bastante rapidez, de forma que la duración de los ingresos hospitalarios es actualmente mucho más breve que en el pasado y en cuestión de semanas la mayor parte de los pacientes se encuentran en condiciones de seguir un tratamiento ambulatorio.

La hipomanía

La hipomanía es una manía suave. Durante la hipomanía nunca se presentan síntomas psicóticos; el resto de lo que ya hemos explicado respecto a la manía sería válido para la hipomanía, siempre en un grado menor que no comporte una gran alteración del comportamiento que pueda llevar, por ejemplo, a un ingreso. Los límites entre manía e hipomanía son, por lo tanto, difusos. Pero ¿dónde situamos la frontera entre la hipomanía y la alegría? Aunque a veces puede resultar complejo situar dicha frontera, existen algunas características diferenciales obvias: la alegría suele tener una justificación clara, dura poco tiempo y tiende a decrecer con el paso de los días. Todo lo contrario que la hipomanía: ésta puede aparecer sin desencadenante alguno, su duración puede alcanzar varias semanas y suele agravarse con el paso del tiempo. Además, hay síntomas de la hipomanía que no serían propios de la alegría. Nos referimos a la irritabilidad, la aceleración del habla, el insomnio, etc.

La hipomanía puede ser un estado que resulte extraordinariamente agradable. Si es moderada, puede hacer que la persona incremente su actividad, o comportar mayor creatividad o capacidad de liderazgo. El problema es que la hipomanía nunca es estable, todo lo contrario, tiende a empeorar, pudiendo evolucionar hasta una fase maníaca, un episodio mixto o virar súbitamente hacia una fase depresiva.

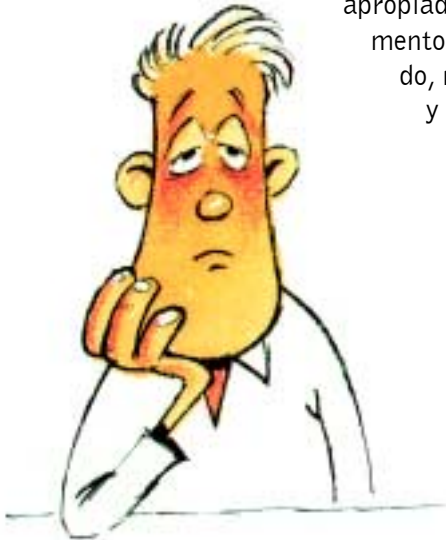
Síntomas de la hipomanía (no es necesario que se den todos)

- Aumento de la autoestima
 - Exageración de las propias capacidades
 - Embarcarse en demasiadas cosas al mismo tiempo
 - Aumento de la sociabilidad
 - Aumento de la locuacidad
 - Gastar más de lo habitual
 - Dormir menos de lo habitual
 - Optimismo exagerado
 - Falta de autocrítica
 - Hablar en voz alta sin tolerar interrupciones
 - Aumento del interés en el sexo
 - Cambios bruscos de humor
 - Aumento de la emotividad
-

La depresión

La fase depresiva del trastorno bipolar es similar a los demás tipos de depresión, especialmente aquellos en los que no hay una causa clara que la desencadene. La persona afectada se encuentra cansada, sin ilusión por nada, apática y desmotivada. Cualquier acto sencillo o rutinario cuesta un enorme esfuerzo y la situación no parece tener salida. Se alteran el sueño, el apetito y la conducta sexual pierde todo interés. Nada parece tener sentido, ni siquiera seguir las normas higiénicas más elementales. Algunos pacientes pueden notar ansiedad, o ideas repetitivas de tipo negativo, con deseos de morir. En casos graves, al igual que en la manía, aunque con menor frecuencia, pueden darse ideas delirantes de contenido depresivo, de ruina o de culpa. Uno de los principales problemas de la fase depresiva es que el afectado no es consciente de que su estado es transitorio, y que con un tratamiento

apropiado todo lo que en aquel momento le parece gris y sin sentido, recuperará su razón de ser y su color. Para la persona deprimida, nada ni nadie puede cambiar el infierno en el que se ha convertido su vida, y en algunos casos, el suicidio se ve como la única solución posible, sin comprender que con un tratamiento oportuno se puede recuperar la ilusión de vivir en pocas semanas.



Síntomas de la fase depresiva (no es necesario que se den todos)

- Apatía
 - Falta de ilusión
 - Sensación de tristeza o de vacío
 - Baja autoestima
 - Dificultad para realizar las tareas habituales
 - Enlentecimiento
 - Falta de concentración
 - Deseo de morir
 - Molestias físicas
 - Ansiedad
 - Insomnio o exceso de sueño
 - Pérdida o exceso de apetito
 - Inhibición social
 - Ideas de culpa o ruina
-

Las fases mixtas

Las fases mixtas consisten en una mezcla de síntomas de manía y depresión. Este tipo de fases resulta especialmente difícil de diagnosticar y comportan un gran sufrimiento para el paciente y para aquellos que le rodean. Es frecuente que en estas fases aparezca hiperactividad y aceleración del pensamiento a la par que ideas negativas y pensamientos depresivos. La irritabilidad y la ansiedad son también síntomas muy comunes en es-

16



tas fases. Algunos pacientes presentan fases mixtas de forma aislada, pero lo más frecuente es que las fases mixtas sean una continuación de una fase maníaca o bien una transición entre una fase maníaca y una fase depresiva. Esto ocurre sobre todo en aque-

Los pacientes que denominamos ciclotonos rápidos, que se caracterizan por cambiar a menudo (varias veces en un año, en un mes o, incluso, en una semana) y de forma brusca de manía a depresión o a la inversa.



Síntomas de las fases mixtas (no es necesario que se den todos)

- Mal humor
 - Aceleración del pensamiento
 - Inquietud
 - Hostilidad
 - Falta de ilusión
 - Cambios rápidos del humor
 - Labilidad emocional
 - Insomnio
 - Comportamiento descontrolado
 - Ideas delirantes
 - Ideas negativas
 - Alucinaciones
-

Las fases de remisión

Afortunadamente, la persona que sufre un trastorno bipolar no pasa toda su vida de una fase a otra. Existen períodos en que, tras la recuperación de una crisis de cualquier tipo, el estado de ánimo se va normalizando y los síntomas de la enfermedad desaparecen prácticamente por completo. Estas fases de remisión las denominamos fases de eutimia. Eutimia significa "estado de ánimo correcto". Durante esta fase es precisamente cuando

menos nos hemos de confiar, pretendiendo que todo ha pasado y

no hay ningún problema. Al contrario, hay que estar atento, sin obsesionarse, para prevenir cualquier síntoma que anuncie una nueva crisis.

Para ello es imprescindible seguir las recomendaciones del psiquiatra y la medicación preventiva. Dicha medicación está destinada a alargar el máximo tiempo posible la fase de remisión e impedir, o cuanto menos suavizar, la aparición de un nuevo episodio de la enfermedad. Estar en remisión no significa estar curado, pero es lo más próximo al concepto de cura-





de un nuevo episodio de la enfermedad. Estar en remisión no significa estar curado, pero es lo más próximo al concepto de cura-

de un nuevo episodio de la enfermedad. Estar en remisión no significa estar curado, pero es lo más próximo al concepto de cura-

de un nuevo episodio de la enfermedad. Estar en remisión no significa estar curado, pero es lo más próximo al concepto de cura-





ción. La enfermedad, sin embargo, está dormida y debemos procurar que no despierte. Más adelante daremos algunos consejos útiles para contribuir a mantener la enfermedad compensada.

¿Cuál es la causa de la enfermedad?

Como se ha dicho, el trastorno bipolar consiste en una alteración de los mecanismos biológicos que regulan el estado de ánimo. El funcionamiento de estos mecanismos depende de dos factores: genéticos y ambientales. Actualmente sabemos que en el trastorno bipolar la genética desempeña un papel muy importante, ya que es la responsable de que el estado de ánimo esté mal regulado. Los factores ambientales pueden actuar como precipitantes de las crisis, pero generalmente es necesaria cierta predisposición hereditaria para la enfermedad. Muchas personas se extrañan de ello porque la enfermedad se les ha manifestado en la edad adulta, o porque no hay casos similares en la familia. Lo cierto es que muchas enfermedades con componente hereditario no dan la cara al nacer y se necesitan factores ambientales, tan importantes o más que los genéticos, para que se manifiesten. Por otra parte, muchas veces los antecedentes familiares pueden ser remotos y, por tanto, desconocidos para el afectado. Además, las mutaciones (cambios espontáneos en los genes), explican que las enfermedades hereditarias aparezcan en personas sin antecedentes.

El estado de ánimo es el motor que impulsa al organismo hacia la consecución de metas, más allá de la simple satisfacción de las necesidades básicas. Para un buen funcionamiento psíquico y físico, es imprescindible la integridad de los mecanismos que lo regulan, que son los que permiten no desfallecer ante las dificultades, afrontar los problemas del día a día y mantener la ilusión en el futuro. Cuando los problemas sobrepasan la capacidad de adaptación de una persona, estos mecanismos no consiguen por sí solos restablecer el equilibrio anímico y puede

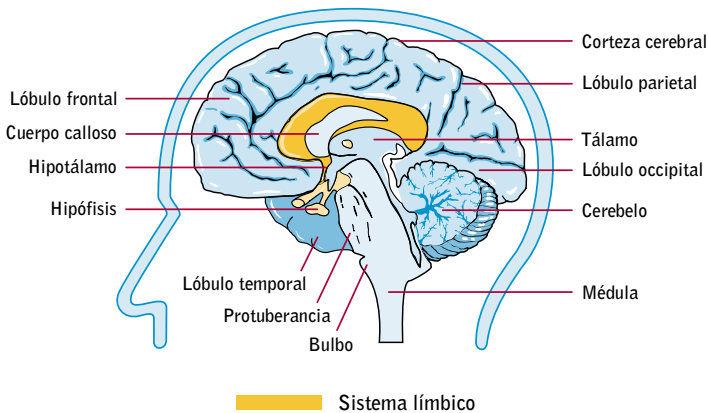
sobrevinir una depresión. Estas depresiones son denominadas generalmente «depresiones reactivas» o «exógenas», porque aparentemente se producen como consecuencia de un o unos sucesos desfavorables para el sujeto. Sin embargo, existen otro tipo de alteraciones del estado de ánimo en que los propios mecanismos reguladores son los que funcionan de forma incorrecta, de modo que la persona afectada puede padecer una depresión sin necesidad de que exista un precipitante evidente. Como casi siempre existen problemas con los que justificar que una depresión es reactiva, muchas veces pasa desapercibida la auténtica raíz del trastorno, que reside en un mal funcionamiento de dichos mecanismos.

En la regulación del tono vital participan factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, meteorológicos y farmacológicos. Entre los factores biológicos destacan unas sustancias que circulan por el interior de las neuronas (células cerebrales), denominadas neurotransmisores, y las hormonas. Otras sustancias importantes son los denominados neuromoduladores y los iones. Estos mecanismos funcionan como un termostato: cuando el estado de ánimo disminuye por algún motivo, se producen diversas sustancias que impiden que se alcancen niveles demasiado bajos, que podrían poner en peligro la supervivencia del sujeto; cuando el ánimo se eleva, se producen otras que evitan un exceso de euforia que también podría conllevar problemas, como el desprecio del riesgo y la sobrevaloración de las propias fuerzas. Por este motivo, la sensación de alegría tras un acontecimiento positivo suele durar poco, aunque no ocurra nada malo a continuación. Cuando este «ánimostato» pierde precisión, cualquier suceso estresante puede acabar pro-

¿Qué es el trastorno bipolar?

vocando una alteración importante del estado de ánimo. Las depresiones que aparecen tras un parto, por ejemplo, son fruto de la combinación del descenso brusco de la concentración de ciertas hormonas en la sangre (estrógenos), que forman parte de este «ánimostato», junto con las dificultades psicológicas de adaptación a una situación nueva, en las madres primerizas (inseguridad), y altamente estresante en general (cargas familiares y económicas). La localización de estos mecanismos de regulación del estado de ánimo es el sistema límbico, una región del cerebro situada en la zona central interna.

El sistema límbico. Regulador del estado anímico



Denominado también, por su función, "cerebro emocional", está compuesto por el lóbulo límbico de la corteza cerebral y por una serie de estructuras subyacentes entre las que se encuentran el hipotálamo, el hipocampo y la amígdala cerebral.

Además de regular el estado de ánimo, se ocupa de la conducta sexual, el apetito y el sueño

¿Cómo se diagnostica la enfermedad?

El diagnóstico de esta enfermedad debe ser realizado por un experto. No existen, por ahora, pruebas específicas que permitan objetivar el diagnóstico, de modo que éste se fundamenta en el criterio clínico, es decir, en el análisis de toda la información disponible proporcionada por el propio paciente y sus familiares. Si esta información se ajusta a unos criterios previamente establecidos, se



puede afirmar que aquella persona padece la enfermedad. Este enfoque tiene el inconveniente de que marca una frontera ficticia entre lo normal y lo patológico, pero tiene la ventaja de que aumenta la fiabilidad del diagnóstico y facilita la comunicación científica. También la hipertensión arterial se diagnostica marcando unos límites

¿Qué es el trastorno bipolar?

de normalidad consensuados por la comunidad científica. Es cierto que, en las fases de descompensación, se han hallado alteraciones significativas en el funcionamiento de las sustancias que regulan el estado de ánimo, y precisamente por eso sabemos que existe un desarreglo bioquímico subyacente a la enfermedad, pero estos hallazgos no son aplicables a la hora de realizar un diagnóstico, por lo menos hasta la fecha. Además, no se ha demostrado fehacientemente que exista diferencia alguna a ese nivel entre un paciente bipolar bien compensado y un no paciente. Por este motivo, la psiquiatría no es una ciencia exacta y, en casos dudosos, pueden existir discrepancias diagnósticas, que muchas veces crean confusión y desesperanza en el paciente. Por fortuna se está avanzando mucho en este aspecto.

¿Hay diferentes tipos de trastorno bipolar?

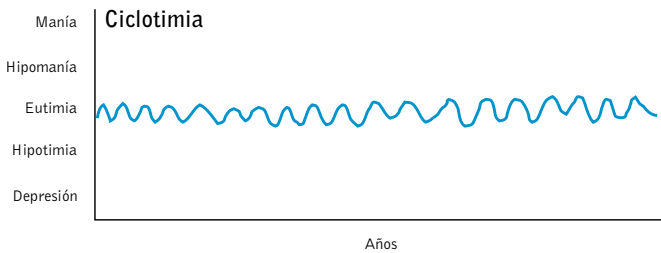
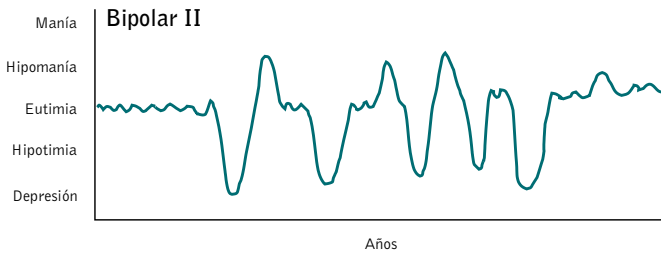
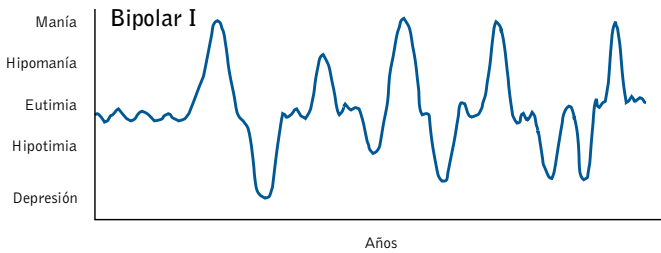
El trastorno bipolar se clasifica dentro del apartado de enfermedades del estado de ánimo, junto con otras patologías como la depresión unipolar (se llama unipolar precisamente en contraposición a la bipolar). Dentro de los trastornos bipolares existen, asimismo, una serie de subtipos. En función de la intensidad de los síntomas, existen tres subtipos: el tipo I, el tipo II y la ciclotimia.

- El tipo I es la forma clásica, caracterizada por fases de manía, que generalmente requiere hospitalización, y depresiones intensas; es relativamente frecuente que aparezcan delirios (interpretar coincidencias como si tuvieran relación con uno mismo, creerse superdotado o un Mesías, o bien, en la depresión, creerse culpable de todo e indigno de seguir viviendo) e incluso, en algunos casos, alucinaciones. Cuando el paciente recupera la normalidad le parece increíble haber llegado a pensar aquellas cosas.
- El trastorno bipolar tipo II se caracteriza por depresiones igualmente intensas, pero fases de euforia moderadas, que no requieren ingreso hospitalario y que se denominan hipomanía.
- La ciclotimia consiste en la sucesión de hipomanías y fases depresivas leves o moderadas y es frecuente que quienes la sufren nunca hayan solicitado atención psiquiátrica, en parte por no ser conscientes del trastorno y en parte por ignorar que, aunque leve, aquello es una enfermedad y que existe un tratamiento. El ciclotímico es generalmente visto por

¿Qué es el trastorno bipolar?

los demás como inestable, imprevisible o «lunático» (en referencia a las fases de la luna, que en el saber popular se relacionan con las oscilaciones anímicas).

Estado de ánimo



¿Cuál es la evolución de la enfermedad?

Con tratamiento, la evolución es generalmente buena. Sin tratamiento, en cambio, la evolución es casi siempre muy negativa, con constantes recaídas y graves consecuencias familiares, laborales y sociales.

Generalmente, aunque hay excepciones, la enfermedad se desarrolla de forma imperceptible durante la adolescencia, etapa ya de por sí proclive a la inestabilidad emocional, y alcanza su esplendor en la edad adulta, en forma de una fase depresiva o bien maníaca. Muchas veces, el primer episodio viene precedido por una situación ambiental estresante. Sin embargo, a partir de ahí la enfermedad se va independizando de las circunstancias ambientales y psicológicas, de modo que los mecanismos biológicos reguladores del estado de ánimo parecen entrar en una oscilación permanente, que lleva a la persona a perder el punto de referencia de su estado anímico habitual. Cada recaída hace al individuo más vulnerable al estrés, de forma que, algunos pacientes, pueden llegar a



¿Qué es el trastorno bipolar?

presentar lo que se llama «ciclación rápida», que es la sucesión ininterrumpida de depresión y euforia (por convención, se incluye en este subgrupo a aquellos que presentan 4 o más episodios al año). El trastorno bipolar es sólo ligeramente más frecuente en la mujer que en el hombre, pero la ciclación rápida es muchísimo más frecuente en las pacientes femeninas.

Existe un subgrupo de pacientes que tienen en común la tendencia a recaer siempre por las mismas fechas. Por esta razón se han citado los factores meteorológicos como partícipes de la regulación del estado de ánimo. El patrón estacional más frecuente es el que comporta una fase depresiva en primavera, una maníaca o hipomaníaca en verano, y una nueva depresión en otoño. Parece que uno de los factores meteorológicos más importantes es la luminosidad del día y su duración. Algunos de estos pacientes mejoran de la depresión al viajar a países del trópico, y a algunos el cambio les ha llegado a desencadenar una fase maníaca.

¿Cuáles son sus consecuencias?

El tratamiento es determinante para impedir las principales complicaciones de la enfermedad. Algunas de ellas ya se han mencionado, la más grave de todas es el suicidio. El suicidio se produce generalmente en el contexto de una fase de depresión profunda. La persona afectada tiene la sensación de que su vida no tiene sentido, se siente fracasada e inútil y piensa sinceramente que su desaparición será un alivio para ella y para los que la rodean. Como ha perdido la capacidad de disfrutar, tiene la sensación de que su vida está vacía y que no vale la pena. Es muy difícil hacerle comprender a una persona en tal estado que su dramática visión de las cosas está producida por una enfermedad, y que, con tratamiento, en pocas semanas recuperará la objetividad y dejará de desear la muerte. Se estima que un 15% de los pacientes bipolares fallecen por suicidio. El índice de intentos fallidos es mucho más elevado.

Otra complicación grave que presentan algunos pacientes es el abuso de drogas: los estimulantes, como la cocaína o las anfetaminas, proporcionan un alivio momentáneo, aunque pernicioso a medio y largo plazo, de los síntomas depresivos. El alcohol es, para otros, una forma de escapar de la angustia que acompaña asiduamente a la depresión. Cuando un paciente bipolar cae en el abuso o dependencia de drogas, añade una enfermedad más a la que ya padece, ensombreciendo el pronóstico de ésta.

Esta enfermedad comporta también graves problemas familiares: parejas rotas, separaciones y conflictos son con-

¿Qué es el trastorno bipolar?

secuencias comunes de una fase de euforia. Muchas veces, el desconocimiento del carácter patológico de la conducta lleva al cónyuge a pensar que ésta es voluntaria y libre, y que lo que ocurre es que realmente no conocía a la persona con la que convive. En otros casos, aún conociendo la enfermedad, el peso de la misma se hace excesivo y la pareja se separa. Cuando el paciente es muy joven y vive con sus padres, éstos reaccionan con frecuencia sobreprotegiéndole y limitando su autonomía personal, comprensiblemente por el temor de que no sea capaz de adaptarse.

La pérdida del puesto de trabajo, la degradación o la ruina empresarial son también consecuencias de la enfermedad si no se trata a tiempo. La euforia lleva a contraer riesgos excesivos y gastar más de lo que se tiene; la depresión comporta bajas laborales y un evidente descenso de la productividad.

En el aspecto social, el halo negativo que rodea los trastornos psiquiátricos comporta notables perjuicios al paciente cuya enfermedad ha traspasado los límites de su propia familia. Llegará el día en que se pueda hablar con la misma naturalidad de un trastorno bipolar que de una artrosis, o de un exceso de colesterol.

El tratamiento

Afortunadamente, esta es, con toda seguridad, la enfermedad psiquiátrica que cuenta con mayores recursos para su tratamiento. Se dispone de medicamentos que frenan las fases de euforia y de medicamentos que ayudan a superar la depresión, y además, de sustancias que reducen la frecuencia de las recaídas y su intensidad. Ninguna de estas sustancias es una droga, ni crea dependencia, contra lo que muchos piensan. La más importante de todas ellas es el litio. El litio tiene un efecto preventivo sobre las recaídas, ya que aumenta la eficacia del «ánimostato», impidiendo que las oscilaciones normales del tono vital alcancen niveles patológicos. Aunque el litio se encuentra en cantidades muy pequeñas en el organismo humano, los pacientes bipolares parecen precisar cantidades mayores de esta sustancia de las que se obtienen de los alimentos para mantenerse «eutímicos» (ni eufóricos ni deprimidos). En realidad, no es que exista una auténtica falta de litio en estos pacientes, sino que necesitan de este mineral para reforzar sus mecanismos reguladores del estado de ánimo. El litio es una sustancia extremadamente simple, lo que se llama un elemento. Sin embargo, su utilización debe ser siempre controlada por el médico, dado que, a dosis altas, resulta tóxico. Por este motivo, quienes siguen tratamiento con litio deben realizarse análisis periódicos para controlar su concentración en la sangre. Además del litio, se han descubierto otras sustancias que reducen el riesgo de recaídas, y algunas de ellas parecen ser más eficaces en los casos más difíciles, en los que se produce la ciclación rápida. Estos fármacos se habían utilizado durante años para el tratamiento de otra enfermedad, la epilepsia, y posteriormente se descubrieron sus propiedades de regu-

¿Qué es el trastorno bipolar?



32

lar los mecanismos biológicos que actúan sobre el estado de ánimo. Muchos pacientes se benefician también de un apoyo psicológico, que les permite afrontar con entereza las dificultades que comporta la enfermedad, aprender a reconocer los síntomas iniciales de una posible descompensación y conocerse mejor, en suma. También es recomendable un estilo de vida caracterizado por una razonable regularidad en los hábitos de sueño y alimentarios, evitar en lo posible someterse a situaciones estresantes y practicar algún tipo de deporte o ejercicio, aunque estos consejos por sí solos no son útiles si no se acompañan del imprescindible tratamiento farmacológico. La enfermedad, bien tratada, acostumbra a tener un pronóstico bueno. Además, últimamente se está investigando mucho sobre nuevos tratamientos para la enfermedad, tanto para la fase maníaca, para la que han aparecido nuevos fármacos con menos efectos secundarios, como la depresiva. Por ejemplo, los denominados antipsicóticos atípicos, han demostrado ser muy útiles para tratar las fases maníacas, tienen menos efectos secundarios que los medicamentos más antiguos y podrían ser útiles también para la prevención de recaídas.

También hay nuevos medicamentos muy prometedores en estudio provenientes del campo de la epilepsia. Todos ellos están todavía en fases preliminares de aplicación y debe ser siempre el psiquiatra el que decida qué tratamiento es apropiado para cada caso.

Consejos para pacientes en tratamiento con litio

1. Tomar la medicación todos los días
 2. No interrumpir el tratamiento salvo por prescripción médica
 3. Realizar los análisis solicitados por el médico
 4. No reducir la cantidad de sal en las comidas
 5. Consultar a su médico o, en su ausencia, reducir temporalmente la dosis de litio en los siguientes casos:
 - Diarrea intensa
 - Vómitos frecuentes
 - Deshidratación
 - Fiebre elevada
 6. No tomar los siguientes medicamentos sin antes consultar a su médico
 - Diuréticos (medicamentos utilizados para problemas circulatorios, edemas, retención de líquidos...)
 - Analgésicos (medicamentos utilizados para el tratamiento del dolor)
 - Antiinflamatorios no esteroideos (medicamentos utilizados para diversos tipos de inflamaciones. En ocasiones utilizados como antigripales)
-

¿Qué puedo hacer yo por mi enfermedad?

1. **Autoobsérvese.** Una correcta autoobservación es la mejor manera de prevenir recaídas. Fíjese sobre todo en su estado de ánimo, y si este no es normal analice porqué. Preste especial atención al sueño; muy a menudo, la sensación de “no necesito dormir” es el primer eslabón de una descompensación hipomaníaca. Observe también si últimamente discute más que de costumbre, si le molestan cosas a las que antes no daba importancia, si habla más o está más bromista; en general, desconfíe de los cambios. Puede resultar útil llevar a cabo un registro diario que incluya el número de horas de sueño, las actividades importantes que realiza y una puntuación (del 1 al 10, por ejemplo) de su estado de ánimo.

2. **Duerma cada día ocho o nueve horas.** Estudios recientes demuestran que una correcta calidad y cantidad de sueño es un factor básico para prevenir recaídas.

En general, podemos afirmar que dormir menos de siete horas diarias comporta un riesgo elevado de presentar una fase hipomaníaca o maníaca, mientras que dormir más de diez horas al día aumenta las posibilidades de presentar un episodio depresivo.



3. **No consuma tóxicos.** El consumo, aunque sea en una única ocasión, de determinadas sustancias como la cocaína, el LSD, el éxtasis y otras drogas “de diseño” es —a parte de perjudicial para la salud física y mental de cualquier persona— suficiente para presentar una descompensación, complicar el curso de la enfermedad y facilitar la apari-

ción de síntomas psicóticos. El consumo de otras sustancias como el alcohol, la marihuana y sus derivados tiende a provocar la aparición de nuevos episodios y a aumentar la ansiedad. En lo que respecta al café, debemos ser conscientes de que sus efectos inductores de insomnio duran aproximadamente ocho horas. Por lo tanto, es recomendable no tomar café a partir de las cuatro de la tarde.

- 4. No se someta a regímenes rigurosos.** Evite pasar hambre, ya que ello podría aumentar la irritabilidad y la ansiedad, predisponiendo así a una nueva recaída. Disminuir el peso corporal bruscamente produce cambios hormonales y metabólicos que pueden llevar a un nuevo episodio. Además, gran parte de los fármacos y parafármacos prescritos para adelgazar contienen derivados anfetamínicos que, por sí mismos, pueden provocar una viraje maníaco.
- 5. Escuche a personas de confianza.** Busque, entre sus familiares o amigos, a alguien que pueda actuar como punto de referencia. Confíe en esta persona; a menudo, los que le rodean, pueden detectar el inicio de una descompensación más claramente que usted. Comentarios del tipo "últimamente te veo un poco extraño" o "te comportas de un modo distinto" le han de servir para tomar conciencia de que, quizás, está iniciando una recaída. Entonces, es mejor actuar que pararse a discutir: visite a su psiquiatra cuanto antes. Si la gente que le rodea estaba en un error, usted sólo habrá perdido el tiempo de la visita (y se habrá ahorrado mucho tiempo en discusiones). Si, por el contrario, tenían razón y ello ha permitido detectar y tratar precozmente un episodio, usted le habrá ganado un precioso tiempo a la enfermedad.

6. **Tome correctamente la medicación.** Tomar correctamente la medicación es la mejor manera de evitar recaídas. Tenga en cuenta, además, que la medicación es como un amigo rencoroso: es posible que si hoy le abandona, mañana no le haga caso. Abandonar la medicación por iniciativa propia conlleva el riesgo de crear resistencia al fármaco. Por otra parte, dejar la medicación bruscamente aumenta de forma considerable el riesgo de recaer de forma inmediata. A pesar de todo ello, si usted no está tomando de forma correcta su medicación lo mejor que puede hacer es ser sincero con el psiquiatra y comentárselo, de lo contrario puede estar confundiendo a su médico respecto a la conveniencia de un fármaco determinado, respecto a las dosis, etc. que podrían tener consecuencias muy negativas para el curso de la enfermedad.

7. **Cuéntele al doctor todos sus síntomas.** Aunque parezca raro, algunas veces, datos aparentemente irrelevantes (cambios en los hábitos alimentarios, sexuales o en la forma de vestir) pueden resultar determinantes para que el psiquiatra sepa en qué momento de la enfermedad se halla usted, y así poder pautar un tratamiento adecuado.

8. **Aficiónese a la regularidad.** La regularidad en los hábitos de sueño, de actividades y hasta en los hábitos alimentarios es básica para disminuir la vulnerabilidad a las recaídas. La estabilidad lleva a más estabilidad. Esto, en su caso, es sinónimo de salud.



9. **Huya del estrés.** Intente reservarse un tiempo diario para usted mismo, para “perderlo”, para disfrutarlo. Realice actividades agradables, siempre de forma relajada. Practique alguna actividad que le ayude a rebajar la tensión (ejercicio físico moderado, lectura, pintura). Trate de relativizar sus problemas: pocos tienen la dimensión que aparentan. Pero, cuidado, tenga en cuenta que estas medidas nunca pueden sustituir el tratamiento psiquiátrico aunque pueden ser un buen complemento.

10. **No se enfrente a la enfermedad,** intente aprender a convivir con ella. La negación de su enfermedad no hará sino agravarla. Su identidad va más allá de la enfermedad que usted padece: usted no “es” bipolar, usted tiene un trastorno bipolar. Piense en la diferencia entre las dos frases. Por otra parte, tenga en cuenta que el trastorno bipolar no tiene nada que ver con la personalidad: no hay dos bipolares iguales, del mismo modo que no hay dos diabéticos iguales. Ni dos psiquiatras.

Ante el inicio de una fase de euforia

1. Aumente el número de horas de sueño hasta un mínimo de diez.
2. Limite el número de actividades.
3. Dedique un máximo de seis horas diarias a estar activo.
4. No intente vencer a la euforia "por agotamiento": cuantas más actividades realice, más eufórico estará.
5. Reduzca la estimulación mental mediante ejercicios de relajación o tumbado en la cama.
6. Evite el consumo de estimulantes, como el café, el té, los refrescos de cola y las bebidas energéticas.
7. Ante el impulso de realizar gastos importantes, posponga cualquier operación económica un mínimo de 24 horas y pida su opinión sobre la misma a alguien de confianza.
8. Someta sus "ideas geniales" al criterio de otra persona.
9. No se permita subir: la euforia de hoy es la depresión de mañana.
10. Y, sobre todo, póngase en contacto cuanto antes con su psiquiatra.



Ante el inicio de una depresión

1. Duerma un máximo de nueve horas.
2. Nunca se automedique.
3. Intente aumentar el número de actividades.
4. Fíjese objetivos realistas: paso a paso.
5. No tome decisiones importantes.
6. No se sienta culpable de la depresión, de la misma forma que un diabético no debe sentirse culpable de sus niveles de azúcar.
7. Nada dura eternamente: usted no estará deprimido toda la vida.
8. Relativice las ideas de inferioridad, pesimismo y desesperanza: son síntomas de la propia depresión que no responden a la realidad.
9. Intente realizar ejercicio físico: a menudo resulta útil para sentirse más enérgico.
10. Consulte a su psiquiatra.



¿Qué puede hacer la familia?

Aprenda a detectar síntomas

Identificar precozmente una recaída es básico para evitar que esta sea grave. Para ello es básica la colaboración de las personas que conviven con el paciente, que deben estar alerta ante cualquier cambio en el comportamiento del afectado, sobre todo en lo que respecta a:



- **Nivel de actividad:** un aumento brusco de la actividad suele ser un buen indicador del inicio de un cuadro eufórico.
- **Irritabilidad:** la aparición de constantes disputas, impaciencia excesiva o intolerancia puede anunciarnos el inicio de una fase maníaca o mixta.
- **Productividad verbal:** el hecho de que el paciente empiece a estar más hablador, que hable más rápido y con mayor volumen, los cambios constantes de tema o la dificultad para interrumpir su discurso pueden indicarnos también el inicio de una fase eufórica.

- **El sueño:** la disminución de la necesidad de dormir es, muy frecuentemente, el síntoma más precoz de recaída. Al inicio de una fase de euforia, el paciente comienza a despertarse antes de lo habitual, se levanta más temprano y suele aprovechar esto para hacer cosas cuando tendría que estar durmiendo. Dormir menos puede actuar como desencadenante de un episodio y, por otra parte, el insomnio puede ser también un síntoma de la enfermedad y aparecer durante los episodios depresivos, maníacos o mixtos, agravando el cuadro. En las depresiones puede suceder, a veces, lo contrario: el paciente se levanta más tarde y nota más sueño durante el día.
- **Aparición de nuevos intereses, proyectos, ideas...:** sobre todo cuando estos aparecen de manera repentina, en principio no deben coartarse iniciativas o decisiones razonadas por el paciente de manera sistemática. Cuando la familia considera que los planes e ideas del paciente pueden comportar consecuencias negativas y tienen una elevada probabilidad de fracaso, en lugar de entrar en discusiones sobre estos nuevos proyectos es aconsejable hacerle ver que puede tratarse de un síntoma de la enfermedad y que estarían más tranquilos si él consultara a su médico. En cualquier caso, no utilice descalificativos del tipo "eres poco realista", "¿cuándo piensas madurar?" y comentarios similares.

¿Qué es el trastorno bipolar?

- **Cambios del estado de ánimo:** fíjese sobre todo en aquellos cambios anímicos que no se han producido por un motivo o razón concretos o que son demasiado intensos o prolongados en relación con la causa que los ha provocado. Puede resultar muy útil advertir “cambios de carácter”, por ejemplo, si una persona que generalmente suele ser tímida o introvertida comienza a mostrarse más bromista y extrovertida, muy probablemente está iniciando un episodio maníaco o hipomaníaco. Por otra parte, si alguien que habitualmente suele tener buen humor empieza a mostrarse más malhumorado o inhibido, seguramente está comenzando un episodio depresivo.

Ante las ideas de suicidio

La depresión es una enfermedad que limita la capacidad de tomar decisiones libremente y que, en algunos casos, puede conducir a un intento de suicidio. El 15% de los pacientes bipolares mueren por suicidio. El paciente deprimido puede llegar a contemplar el suicidio como única salida para acabar con su sufrimiento, sin valorar que la depresión es tratable y transitoria, mientras que la muerte es irreversible. Las ideas de suicidio constituyen un síntoma de la depresión, los pacientes pueden creer que tienen derecho a suicidarse y que no hay otra solución, cuando en realidad no son ellos quienes deciden sino que decide la propia enfermedad, ya que cuando desaparece la depresión también lo hacen las ideas suicidas. Por esta razón, el familiar del paciente tiene el derecho y el deber de evitar, dentro de lo posible, que el paciente lleve a cabo sus amenazas suicidas. Sobre todo se le ha de hacer entender al paciente que no se está limitando su libertad ni sus dere-

chos en el momento en que se toman medidas contra el suicidio, sino que se están ampliando.

Algunas medidas recomendables en el caso de que el paciente presente pensamientos de suicidio son:

- Informe a su psiquiatra.
- Prepare todo lo necesario para, si el psiquiatra lo considera conveniente, realizar una hospitalización.
- Mientras dure la situación de riesgo, no deje al paciente solo en casa.
- No deje la medicación a su alcance, respóndase vd de administrársela. Guarde el resto de la medicación en un lugar seguro, con llave si es posible.

¿Qué actitud tomar hacia el hijo menor de edad?

Una de las dudas más frecuentes por parte de los familiares de pacientes jóvenes es qué actitud tomar o, dicho de otra forma, cuál es el grado de permisividad más adecuado. Esto evidentemente dependerá del estilo educador que se había mantenido antes de manifestarse la enfermedad. Si tenemos en cuenta que el estrés puede perjudicar de manera importante el curso de la enfermedad, las exigencias deberán ser realistas. En el caso de que su hijo estudie, el nivel de exigencia ha de ser proporcional a la capacidad de estudio de su hijo; en cualquier caso debe evitarse un exceso de presión porque implicaría una acumulación

¿Qué es el trastorno bipolar?

de estrés que resultaría perjudicial para su salud. Asegúrese de que distribuya el trabajo de manera que no se vea obligado a realizar grandes esfuerzos al final de cara a los exámenes, y que duerma y descanse un tiempo suficiente.

Respecto a las salidas nocturnas, es importante mantener una regularidad de hábitos pero también que su hijo esté integrado en su grupo de amigos. Su hijo ha de llevar una vida lo más "normal" posible, lo que implicará en muchas ocasiones que salga por las noches con sus amigos. Intente llegar a acuerdos con él en relación con este tema, de todas formas, asegúrese de que duerma siempre unas 8-9 horas diarias.

Si usted sospechara que su hijo está iniciando una fase de manía o hipomanía, desaconséjele las salidas nocturnas y si fuera necesario prohíbaselas, teniendo en cuenta que le podrían perjudicar.

Muéstrese abierto a dialogar con su hijo, especialmente cuando surgen más dudas e incógnitas en la pubertad y adolescencia. No obstante, respete la intimidad de su hijo, no permita que se sienta ahogado aunque su intención sea buena. La vigilancia a distancia, centrada en la detección precoz de síntomas, suele ser la actitud más efectiva con su hijo.

¿Cómo ha de actuar el resto de la familia?

La persona que padece un trastorno bipolar es básicamente, la mayor parte del tiempo, una "persona normal", por lo que debe tratársela del mismo modo que la trataría si no tuviera ninguna enfermedad psiquiátrica. Existe el riesgo de marginar al paciente cuando se piensa que no puede asumir ciertas responsabilidades estando asintomático, como si fuera diferente a los demás, y no se debe caer en este error.

Hospitalizaciones

En algunas ocasiones resulta necesario ingresar al paciente en contra de su voluntad para evitar las consecuencias negativas que se podrían derivar del episodio, sea porque está deprimido y existe riesgo de suicidio, bien porque presenta un episodio maníaco grave y no tiene ninguna conciencia de enfermedad o porque presenta síntomas psicóticos (en fase depresiva o maníaca). En estos tres casos estaría justificado y sería legítimo un ingreso involuntario, que sólo puede ser autorizado por un juez. En cualquier caso, al margen de cuestiones éticas o legales, para la familia constituye una experiencia dura, por lo que debe valorarse la hospitalización como una manera de proteger la integridad del paciente y evitar complicaciones mayores, que podrían afectar o poner en peligro no sólo al propio paciente sino también a su entorno. La familia ha de tener claro que cuando se tramita un ingreso no se está actuando en contra del paciente sino contra la enfermedad. La enfermedad limita la libertad del paciente, por tanto, actuando contra la enfermedad permitiremos que el paciente sea un poco más libre.

La realidad es que la mayoría de pacientes que han sido ingresados involuntariamente, una vez se han recuperado, agradecen a sus familiares el haber intervenido a tiempo y haber evitado males mayores. Generalmente el ingreso involuntario no suele prolongarse más de tres o cuatro semanas.

¿Qué es el trastorno bipolar?

¿Qué hacer si el paciente consume drogas?

Es positivo hablar abiertamente sobre el tema de las drogas, focalizado más en criterios de salud y utilizando símiles médicos: "igual que un hipertenso no ha de tomar sal, tú no tendrías que fumar porros o beber alcohol". La persona que padece un trastorno bipolar puede recurrir a diferentes tóxicos como una forma de automedicación para aliviar los síntomas de la enfermedad, cuando en realidad agrava o empeora la sintomatología.

Cuando no se sigue correctamente el tratamiento

46



El paciente ha de ser responsable de recordar tomar la medicación, especialmente cuando está estable, por tanto es positivo confiar en él. Existen maneras más sutiles de asegurarse que el paciente se acuerde de la medicación, por ejemplo hacer que coincida con las comidas. Sobre todo procure que no sea tema de discusión constante porque únicamente conseguiríamos magnificar el problema. Si el paciente se niega explícitamente a seguir el tratamiento porque se ha descompensado, ayúdele a que entienda que tomarla evitará un mal mayor como podría ser un

ingreso. En estos casos, durante un tiempo lo más aconsejable es que usted se responsabilice de que el paciente no “olvide” sus pastillas.

Actitud ante los síntomas psicóticos

Los pensamientos psicóticos (delirios y alucinaciones) suelen ser uno de los síntomas que más preocupan a las familias de pacientes bipolares. Cuando el paciente empieza a explicar sensaciones extrañas, interpretar la realidad de manera diferente o inadecuada o bien comenta pensamientos desadaptados (la gente le mira por la calle, tiene una importante misión que cumplir en la vida o alguien quiere hacerle daño a él y/o a los suyos) suele ser un indicador claro de que el paciente presenta una recaída. En estos casos, la única solución posible es consultar a su psiquiatra cuanto antes. No obstante, los pacientes esquizoafectivos pueden presentar síntomas psicóticos con mayor frecuencia, cuando aparentemente se encuentran compensados.

La familia, en ningún caso ha de intentar convencer al paciente de que esos pensamientos son falsos y tampoco ha de darle la razón porque de esta manera reforzaría el discurso del paciente. La postura más adecuada es intentar cambiar de tema o no responder al discurso delirante del paciente, a la espera de que el tratamiento haga su efecto. Afortunadamente, existen medicamentos muy eficaces para ese tipo de síntomas.

¿Hay motivos para ser optimista?

La enfermedad, bien tratada, acostumbra a tener un pronóstico bueno. Aunque todavía no es curable en el sentido estricto del término, sí es posible mantenerla completamente asintomática en un gran porcentaje de los casos; en otros, el tratamiento la mitiga lo suficiente como para llevar una vida prácticamente normal, aunque con algunas recaídas de vez en cuando; sin embargo, algunos pacientes sufren una forma grave de la enfermedad que les impide una vida normal y les incapacita para el trabajo. Cuando el paciente no sigue correctamente el

tratamiento, consume drogas y rechaza la existencia del trastorno, el pronóstico es mucho peor. Algunas personas han aprendido a sacar provecho de la enfermedad, desarrollando los matices de creatividad y liderazgo que puede comportar. Es conocido que numerosos artistas, poetas, escritores y músicos han padecido esta enfermedad. Entre ellos se encuentran, probablemente, Van

Gogh, Lord Byron, Blake, Shelley, Virginia Wolf, Hemingway, Schumann y Tchaikovsky. También algunos líderes políticos, como Cromwell o Churchill, sufrieron de ciclotimia. Es posible que la inestabilidad afectiva comporte una mayor sensibilidad y unas vivencias más ricas que en personas con talento podría traducirse en creación artística.



Es de esperar, además, que los progresos de la investigación, por una parte, aportando nuevos conocimientos y nuevos fármacos para el tratamiento de la enfermedad, y los progresos sociales, por otro, facilitando la reintegración social y laboral de quienes sufren este trastorno, culminen la progresión inequívocamente positiva que ha seguido el cuidado y apoyo a quienes padecen el trastorno bipolar, la enfermedad de las emociones.

Cinco consejos básicos

1. Siga los consejos de su psiquiatra
 2. Tome correctamente la medicación
 3. No consuma alcohol o drogas
 4. Aprenda a identificar los síntomas de recaída
 5. Procure llevar unos hábitos de vida regulares
-

Bibliografía

- Alvarez E, Pérez J, Pérez V. **Clínica del litio. Teoría y práctica.** Barcelona: Permanyer, 2000.
- González-Pinto A, Gutiérrez M, Ezcurra J. **Trastorno bipolar.** Madrid: Grupo Aula Médica, 1999.
- Goodwin FK, Jamison KR. **Manic-Depressive Illnes.** New York: Oxford University Press, 1990.
- Jamison KR. **Una mente inquieta. Testimonios sobre afectos y locura.** Barcelona, Tusquets, Editores, 1996.
- Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A. **La malaltia de les emocions: El trastorn bipolar.** Barcelona, Columna, 1999.
- Vieta E. **Abordaje actual de los trastornos bipolares.** Barcelona: Masson, 1999.
- Vieta E, Gastó C. **Los trastornos bipolares.** Barcelona: Springer-Verlag, 1997.
- **Asociación de Bipolares de Catalunya (ABC).** Pèndol y otras publicaciones, Barcelona. Tfno. 93 427 44 22.