

El trastorno Bipolar

Una guía
para familiares
y pacientes



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat
© de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2001
© de los textos: los autores
Coordinación: Lorenzo Livianos Aldana, Josep Ribes Cuenca y Luis Rojo Moreno.
Hospital Universitario "La Fe". Servicio de Psiquiatría.
Redacción: Alberto Domínguez Carabantes,
Lorenzo Livianos Aldana, Asunción Pino Pino, Luis Rojo Moreno,
Josep Ribes Cuenca, Teresa Rubio Granero, Pílar Sierra San Miguel.
Imprime: Gráficas Hurtado, S.L.
D.L.: V-????-2001

**A los familiares y pacientes
de la Unidad de Bipolares
del Hospital Universitario "La Fe",
fuente e inspiración de este folleto.**



Índice

Presentación del Conseller	00
Prefacio	00
Guía de lectura	00
Introducción: ¿Qué es el Trastorno Bipolar?	00
¿Cómo se manifiesta el Trastorno Bipolar?	00
¿Son frecuentes los Trastornos Bipolares?	00
¿Cuales son las causas del Trastorno Bipolar?	00
¿Cómo se reconoce el Trastorno Bipolar?	00
¿Cómo evolucionan los Trastornos Bipolares?	00
¿Cómo se tratan los Trastornos Bipolares?	00
Preguntas más frecuentes	00
¿Dónde lograr ayuda?	00
¿Dónde lograr más información?	00



Presentación

Durante siglos el enfermo mental grave, y en especial aquellos que sufrían procesos crónicos, han padecido el estigma de este tipo de dolencia y con ello la irremediable exclusión social.

Sin embargo, desde que *Pinel* rompió las cadenas que ataban a estos enfermos en los manicomios, muchos han sido los avances que ha vivido nuestra sociedad, sobretodo a la hora de comprender la verdadera dimensión de la enfermedad mental. Uno de los avances más significativos en esta materia ha sido la integración dentro de los dispositivos asistenciales generales, de sistemas específicos con los que supervisar la salud mental de la población.

Siguiendo esta línea de pensamiento, la Conselleria de Sanitat ha querido orientar todos sus esfuerzos hacia el impulso y consolidación de esta idea y para ello ha dado un paso cualitativo importante en materia de planificación sanitaria.

Con la presentación del Plan Director de Salud Mental y Atención Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana, nace un proyecto con el que pretendemos establecer un marco de actuación público, eficaz, en el que se integren de forma adecuada los recursos asistenciales públicos, tanto en materia de Atención Especializada, de Atención Primaria, como de servicios sociales.

En el mismo se promueven medidas como la creación de nuevas unidades de salud mental en los centros de salud, como la mejora de las infraestructuras de psiquiatría en los hospitales generales de la red sanitaria pública, como la puesta en marcha de nuevas unidades y sistemas de atención, como por ejemplo los hospitales de día o los programas de intervención a domicilio; unidades y sistemas que han demostrado su eficacia a la hora de acercar la asistencia psiquiátrica tanto al ciudadano que lo necesita, como a sus familiares.

La iniciativa que hoy presentamos se enmarca en esta filosofía de trabajo y nace de la voluntad de informar a la sociedad en general, y a los fami-

liares del enfermo mental en particular, sobre las características de una de las patologías que ha acompañado al hombre desde tiempos inmemoriales: el trastorno bipolar, también conocido como trastorno o psicosis maníaco-depresiva.

Esta enfermedad se caracteriza por una alternancia entre los períodos de depresión y euforia. Un síntoma que muchas veces se ha asociado con fases de creatividad elevada, pues no en vano se ha descrito en muchos artistas e intelectuales conocidos.

Es también importante señalar que, en la actualidad, podemos hacer frente a la enfermedad, con tratamientos eficaces, si no para su curación, sí para obtener un buen control de los síntomas y una mayor eficacia a la hora de prevenir las recaídas.

Sin embargo, la Conselleria de Sanitat no quiere limitarse al tratamiento y rehabilitación de estos enfermos, sino que desea educar a la población en los problemas de la salud mental, y para ello ha querido poner a disposición de los interesados una información clara y rigurosa con la que aumentar la comprensión y la solidaridad hacia quien padece este tipo de trastorno y hacia su entorno familiar.

Esta publicación sigue la línea de otras obras editadas sobre las diferentes vertientes de la enfermedad mental; obras como el manual "Conocer la esquizofrenia" o como la monografía en la que se analizaban los trastornos del comportamiento alimentario. Todas ellas han sido auspiciadas por la Conselleria de Sanitat y están apoyadas en la amplia experiencia asistencial de profesionales sanitarios valencianos.

Serafin Castellano Gómez
Conseller de Sanitat



Prefacio


Este folleto nace de una necesidad sentida durante el trabajo diario en el Servicio de Psiquiatría del Hospital La Fe de Valencia. La Unidad de Bipolares de este servicio, que viene funcionando desde hace unos años, permite un contacto con los pacientes que, por lo general, no se produce en el Área de Salud Mental. La existencia de un número creciente de pacientes que presentan la misma patología permite apreciar los matices del cuadro clínico que los trae a consulta y también la de organizar actividades terapéuticas que difícilmente tienen cabida en un conjunto heterogéneo de pacientes de múltiples patologías. Es precisamente el contacto más laxo que propician las sesiones psicoeducativas que organizamos el que nos ha concienciado acerca de la necesidad de contar con una guía de divulgación que nos ayude a difundir unos conocimientos específicos. Por desgracia, estamos muy lejos en España de contar con un fondo editorial de divulgación al contrario de lo que ocurre en Estados Unidos, lo que en cierto modo ha obligado a redactar esta obra.

Se ha comentado recientemente, a raíz de un estudio realizado en Estados Unidos de América, que el 60% de los libros de divulgación son incomprensibles para la mayoría de los pacientes. En esta obra hemos procurado evitar esto con una metodología propia. Cada uno de los autores se encargó de la redacción de un capítulo. Finalizado esto, la obra en su conjunto se distribuyó a todos y cada uno de los autores que corrigieron de forma independiente todos los capítulos atendiendo no solo a la información presentada sino también a la forma de exponerla. Introducidas las correcciones y matizaciones la obra se distribuyó a pacientes de la Unidad de Bipolares del Hospital Universitario La Fe de Valencia insistiendo en que debían prestar especial atención a la facilidad de lectura del texto. De forma similar a como lo habían hecho antes los autores, introdujeron también sus observaciones y correcciones que fueron incorporadas al texto. Posteriormente el mismo proceso se repitió con los familiares de los pacientes bipolares que asisten a las sesiones psicoeducativas de la Unidad de Bipolares del Hospital Universitario La Fe. Deseamos que conste aquí nuestro agradecimiento por su interés y colaboración. El resultado final es el que tienen ahora en sus manos. Esperamos que la obra sea de lectura fácil, útil y agradable.

Guía de lectura

En toda obra de divulgación los autores se ven en la disyuntiva de ofrecer una información escueta pero que leerán más personas o de ofrecer una información más extensa que corre el riesgo de aburrir al lector poco interesado, que pronto interrumpirá la lectura. Hemos procurado conseguir un equilibrio ofreciendo información en varios niveles. En primer lugar, el libro está dividido en varios capítulos. Cada uno de los capítulos se inicia con un breve resumen que ofrece lo primordial de la información en él contenida. A este resumen le sigue una exposición más extensa que pueden consultar los lectores interesados. A la exposición del texto le sigue una recopilación de las preguntas más frecuentes que se nos hacen en nuestra práctica clínica. La lectura de estas preguntas y respuestas es independiente de la del cuerpo del folleto y a la vez complementaria. Cerramos lo que es propiamente el folleto con dos capítulos. Por una parte hemos introducido las direcciones de las asociaciones de los familiares y enfermos mentales, para facilitar el contacto con las asociaciones de autoayuda, y modestamente, promover la necesidad de asociarse. Y por último, en los días que corren, no podían faltar direcciones de Internet donde lograr más información.

Para cualquier observación técnica sobre la presente monografía, contactar por favor con Manuela, tfno. **963860064**.



Introducción: ¿Qué es el Trastorno Bipolar?

La guía que hoy llega a sus manos, tiene el propósito de informarle de lo que los psiquiatras sabemos actualmente sobre el trastorno bipolar, de una forma sencilla y breve.

Es importante que tanto el enfermo bipolar como sus familiares, conozcan a fondo esta enfermedad, porque diagnosticada y tratada a tiempo, es uno de los trastornos psiquiátricos con mejores posibilidades de evolución.

A lo largo de los capítulos de los que se compone esta guía, le hablaremos de los síntomas y de la evolución de la enfermedad, de las pruebas que son útiles o no para su diagnóstico, de las teorías que intentan explicar por qué aparece y de todos los tratamientos que están a nuestra disposición.

Empezaremos por el principio: ¿Qué es el trastorno bipolar?

Es una enfermedad en la que lo que se altera es el estado de ánimo y el nivel de actividad del enfermo que la padece.

Típicamente, el paciente bipolar experimenta a lo largo de su vida periodos de salud y de enfermedad. La enfermedad la sufre en forma de episodios en los que, o bien su humor se exalta y el paciente se encuentra eufórico y con gran vitalidad (es lo que llamamos episodio maniaco), o bien se deprime y entristece, dando la sensación de estar falto de energía (entonces decimos que está sufriendo un episodio depresivo).

Entre un episodio de enfermedad y el siguiente, el paciente se recupera y vuelve a ser “el de siempre”.

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica, lo que quiere decir que, en teoría, el riesgo de que haya una recaída, presentando un nuevo episodio, permanece toda la vida. Si el enfermo sigue correctamente el tratamiento que le indica su psiquiatra, el riesgo de presentar una recaída no desaparece del todo, aunque sí disminuye mucho.

Creemos conveniente que conozca algunos de los términos relacionados con el trastorno bipolar. Seguro que algunos le resultan muy familiares.

Términos relacionados con el Trastorno Bipolar

Estado de ánimo. También se le llama **humor**. Es un conjunto de sentimientos que experimenta una persona de forma mantenida y más o menos duradera. Aunque el estado de ánimo o humor es algo que la persona vive subjetivamente, puede ser observado por otros (“está de un humor de perros”, decimos de alguien que está irritable o “tiene el ánimo por los suelos”, cuando hablamos de alguien que está muy triste). Cuando en el estado de ánimo de una persona predominan los sentimientos de tristeza, se dice que tiene el humor deprimido. Si lo que predominan son los sentimientos de alegría, decimos que su humor es eufórico. Si los sentimientos están compensados y no se siente ni aparentemente triste, ni alegre, decimos que su humor es eutímico (El humor eutímico es el “humor normal”). El estado de ánimo o humor tiene una gran influencia en el comportamiento y en las acciones de las personas.

Maneras de presentarse la enfermedad

Episodio maniaco (o manía). Es un periodo de enfermedad en el que el paciente se siente eufórico, aumentando anormalmente su actividad física y mental.

Episodio hipomaniaco. Es un grado menor de manía. Los síntomas son parecidos a los que aparecen en un episodio maniaco, pero menos graves.

Episodio depresivo. Es un periodo de enfermedad en el que el paciente se siente triste y reduce su nivel de actividad. Según la intensidad de los síntomas, los psiquiatras decimos que un episodio depresivo es leve, moderado o grave.

Episodio mixto. Como indica la palabra, se trata de un periodo de enfermedad en el que podemos ver síntomas maníacos y síntomas depresivos a la vez o bien alternándose rápidamente. Así, el paciente que sufre un episodio mixto puede sentirse eufórico y a la vez sin vitalidad, o bien tener un ánimo depresivo y, sin embargo, estar demasiado activo.

Ciclador rápido. Llamamos así al paciente que a lo largo de un año presenta cuatro o más episodios de la enfermedad. (Los episodios pueden ser de tipo maníaco, hipomaníaco, depresivo o mixto).

Tipos de Trastorno Bipolar

Trastorno bipolar tipo I. El paciente al que se le diagnostica un trastorno bipolar tipo I, ha sufrido a lo largo de su vida al menos un episodio maníaco, independientemente de que además haya presentado otro de los episodios descritos con anterioridad.

Trastorno bipolar tipo II. Este diagnóstico lo recibe el paciente que ha sufrido a lo largo de su vida, al menos un episodio depresivo y un episodio hipomaníaco.

Enfermedades parecidas

Trastorno ciclotímico. No es un verdadero trastorno bipolar, aunque se le parece mucho. El paciente que lo padece presenta un estado de ánimo muy inestable y sufre periodos de euforia y periodos depresivos de poca gravedad una y otra vez, de forma que prácticamente no tiene periodos de humor equilibrado.

Trastorno esquizoafectivo. Es una enfermedad diferente al trastorno bipolar, pero que también se padece en forma de episodios. Durante estos episodios, el paciente presenta alteraciones del humor (pudiendo ser en forma de euforia o de depresión) y, además, síntomas esquizofrénicos, que aparecen a la vez o con pocos días de diferencia.

Otros términos

Acontecimientos vitales. (En realidad nos referimos a los acontecimientos vitales estresantes). Son los sucesos en la vida de una persona que, por suponer un cambio importante en sus circunstancias, son vividos con estrés. Ejemplos de esto, son los fallecimientos de los seres queridos, los casamientos y los divorcios, los embarazos, los nacimientos de los hijos, los cambios de domicilio, los cambios laborales... Aunque no en todos los casos, en algunos pacientes bipolares se observa una coincidencia entre los episodios de enfermedad y los acontecimientos estresantes de su vida.

¿Cómo se manifiesta el Trastorno Bipolar?

El trastorno bipolar es una enfermedad que cursa en forma de episodios, en los que el paciente puede presentar un estado de gran tristeza y apatía (*episodio depresivo*) o un estado de gran euforia (*episodio maníaco*); sería como “las caras opuestas de una misma moneda”. Además, es una enfermedad recurrente, es decir, los episodios pueden volver a aparecer. Mientras que los hombres tienden a presentar un número parecido de episodios maníacos y depresivos a lo largo de su enfermedad, las mujeres suelen presentar mayor número de episodios depresivos.

EPISODIO DEPRESIVO

Estado de ánimo

El estado de ánimo que caracteriza a la depresión es de gran *tristeza*; el *llanto* en ocasiones es su forma de expresión. El enfermo depresivo puede tener *miedo* a todo, a la gente, al teléfono, a tomar cualquier decisión; se encuentra desvalido frente al mundo. Hay pacientes que sin tener temor a los demás, sólo desean estar solos; otros, llegan a tener miedo incluso de hablar, porque creen que no pueden hacerlo correctamente. Algunos llegan a la *desesperación*, creyendo que no hay solución, que no existe para ellos el futuro, como si hubiesen extendido un “*velo negro*” ante sus ojos; se hace insoportable el amanecer, ante el cual, el enfermo se ve impotente.

El enfermo depresivo se siente fuera de lugar, como si fuese un mueble en su propia casa. Cree que es un fracaso, piensa que es una carga para los demás (*sensación de inutilidad*). La diferencia entre lo que cree que tiene que hacer y lo que realmente hace, produce grandes *sentimientos de culpabilidad*; con frecuencia aparecen sentimientos de culpa respecto de acontecimientos pasados.

Otras veces, el paciente se queja de la *imposibilidad de sentir gusto por la vida y por las cosas*; resulta ineficaz mandar a un depresivo a divertirse, cosa que no debe hacerse. Como consecuencia de este estado de ánimo, el paciente está pesimista, pierde la ilusión por su familia, su trabajo, etc.; y pueden aparecer *ideas de suicidio*.

Respecto a la vida sexual, las caricias para un depresivo no dicen nada, hay una *disminución del deseo sexual*.

Alteración de la percepción

En el enfermo depresivo, el interés por lo que sucede es escaso. Los defectos sensoriales anteriores parecen acentuarse; así, si existía una disminución de la audición, ésta parece ser mayor; si existía miopía, ésta se acentúa.

En algunos casos más graves, pueden llegar a no sentir su propio cuerpo como suyo; en otras, siente las cosas como muertas. En ocasiones, lo que siente, lo siente como molesto, de modo que le molestan los ruidos, las luces, la TV, la radio, etc.

Alteración de la memoria

El paciente se queja de *falta de memoria*, incluso llega a olvidar tareas que para él son cotidianas. Se dificulta el recuerdo de los aspectos alegres de su vida, sólo se permite recordar los aspectos tristes.

Alteración del pensamiento

En ocasiones, al enfermo le cuesta trabajo pensar; comenta: "no me viene nada a la cabeza", y frecuentemente contesta con monosílabos (*pensamiento enlentecido*).

Aparecen ideas extrañas que el paciente no puede dominar, que son falsas pero que el paciente vive como verdaderas; son las *ideas delirantes*, de las que es imposible convencer al enfermo que son fruto de la alteración de sus pensamientos. Así, las más frecuentes son: *ideas de ruina*, sin relación con el estado verdadero de su economía; *ideas hipocondríacas*, en las que el enfermo está seguro de padecer una enfermedad grave e incurable; *ideas*

de culpa, en las que el enfermo está convencido de que es culpable e indigno, se acusa de las faltas que cree haber cometido e insiste en tener un castigo por ello. En algunos de estos casos puede haber riesgo suicida, porque el paciente contempla la muerte como una solución a su sufrimiento.

Alteración del movimiento

Existe una *disminución del movimiento*, el enfermo aparece quieto y lento; a veces, se siente incapaz de moverse.

Alteración del sueño

Puede aparecer dificultad para dormir (*insomnio*), y un despertar mucho antes del habitual. En ocasiones existen *pesadillas* (sueños de contenido desagradable y angustioso).

Síntomas físicos

El enfermo, la mayoría de las veces, refiere *malestar general*. Pueden aparecer dolores generalizados, dolores de cabeza, mareos y vértigos. *Síntomas digestivos* como náuseas, vómitos, disminución del apetito, y digestiones pesadas. *Síntomas cardio-vasculares* como disminución de la tensión o disminución de la frecuencia cardíaca. *Síntomas respiratorios* como sensación de falta de aire, o respiración lenta.

Tabla nº 1. Síntomas del episodio depresivo

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Tristeza patológica. | 10. Falta de memoria. |
| 2. Tendencia al llanto. | 11. Ideas delirantes: ideas de ruina, hipocondríacas y de culpa. |
| 3. Miedos injustificados. | 12. Pensamiento enlentecido. |
| 4. Desesperación. | 13. Disminución de los movimientos. |
| 5. Sensación de inutilidad. | 14. Insomnio y pesadillas. |
| 6. Sentimientos de culpabilidad. | 15. Síntomas físicos: malestar general, síntomas digestivos, síntomas cardio-vasculares y síntomas respiratorios. |
| 7. Imposibilidad para sentir placer. | |
| 8. Ideas de muerte. | |
| 9. Disminución del deseo sexual. | |

EPISODIO MANÍACO

El inicio del episodio maníaco puede ser brusco o relativamente rápido; pero en ocasiones es más lento, apareciendo los “*síntomas señal o de alarma*” como cansancio, inquietud, euforia, irritabilidad, alteraciones del sueño como insomnio (suele ser el más frecuente), alteraciones de la alimentación o alteraciones de conducta. Cada enfermo tiene sus síntomas señal, y es muy importante saberlos reconocer para poner tratamiento de forma rápida.

El enfermo aparenta tener un contacto fácil, pero en ocasiones es difícil mantener una relación con él por su tendencia a la indiscreción y a invadir el terreno ajeno; se sienten superiores, con altos ideales y predomina la gran euforia, se sienten capaces de cualquier cosa, avasallan a los otros. Puede disminuir el respeto por los demás y aumentar la confianza en sí mismos, de forma exagerada.

Estado de ánimo

En el maníaco la alegría no es normal, se trata de una *euforia patológica*, en la que él cree merecerlo todo y por tanto lo exige, por lo que cuando se le contradice puede volverse colérico. Todo le gusta, le encantan todos los escaparates, lo *compran todo*.

Otras veces existen síntomas depresivos, con llanto y tristeza, que aparecen durante breves minutos. La variación rápida entre la alegría y la pena es lo que se denomina *labilidad afectiva*.

El paciente suele mostrar una *confianza excesiva* en él mismo, por ejemplo entra tranquilamente en una casa y dice que se queda a comer. Creen ser los más simpáticos de todo el mundo y estar rodeados de muchísimos amigos.

Alteración de la percepción

Puede existir un *aumento de las sensaciones sensoriales*, en la que el enfermo oye mejor que nunca, ve mejor y saborea los alimentos mejor. Un nú-

mero reducido de pacientes presenta *alucinaciones auditivas*, es decir, oye voces o ruidos que el resto de personas no puede oír, con convencimiento de realidad.

Alteración de la memoria

En general, los pacientes maníacos presentan *facilidad para el recuerdo de cosas alegres y positivas*. Su memoria actúa como un filtro que sólo deja pasar los aspectos positivos de su vida.

Alteración del pensamiento

Lo característico del pensamiento maníaco es la *rapidez y aceleración* del mismo y el cambiar de tema constantemente, pasando de un pensamiento a otro sin terminar el anterior. Esto hace que en ocasiones sea difícil de entender. Otra característica es la *verborrea*, es decir, hablan sin parar, haciendo asociaciones rápidas y superficiales, juegos de palabras, rimas, etc.

El paciente maníaco puede tener, igual que el depresivo, *ideas delirantes* relacionadas con su gran autoestima en la mayoría de los casos. Los temas más frecuentes son:

De capacidades especiales: el paciente cree tener el don de poder curar a los demás, ser inventor de algo extraordinario o haber escrito un libro único.

De identidad grandiosa: el enfermo se cree de sangre real, la reencarnación de Cristo o ser pariente de alguien importante como el Rey o el Papa.

De riqueza: el paciente cree ser multimillonario.

De misión especial: el paciente cree tener la capacidad para resolver problemas mundiales como el paro, guerras, el hambre, etc. En ocasiones se creen elegidos por la humanidad o ser enviados por los extraterrestres, para cumplir una misión especial que salvará al mundo.

Alteración del movimiento

La característica de la conducta del maníaco es la *hiperactividad*, con periodos de actividad normal; y puede haber un aumento de la agresividad. El comportamiento social es extravagante, realizando negocios ruinosos o pueden encargar coches, ropas o muebles por encima de sus posibilidades y luego no pueden pagar. Pueden dar fiestas en las que invitan a todo el mundo, y es frecuente el consumo de alcohol o sustancias tóxicas.

La psicomotricidad varía desde un grado de *inquietud*, donde no pueden estar quietos, van y vienen, ríen, cantan, bailan, etc., pudiendo involucrar a los demás, visitando vecinos, empezando muchas tareas que luego no acaban; hasta un grado de quietud total, porque la velocidad del pensamiento es tal, que el paciente no llega a iniciar ninguna acción.

En cuanto a la *vida sexual*, pueden adquirir compromisos inadecuados o noviazgos absurdos; sin embargo, en las fases más agudas, el sexo deja de tener interés, pudiendo llegarlo a considerar como una pérdida de tiempo.

Alteración del sueño.

El ritmo sueño-vigilia está alterado, aparece *insomnio* sin sensación de fatiga, "dormir es perder el tiempo", es uno de los síntomas que primero aparecen en una descompensación.

Síntomas físicos

El *hambre* y la *sed* pueden estar aumentados, sin embargo *adelgazan* debido a la gran hiperactividad, otras veces creen estar tan ocupados que se olvidan hasta de comer.

El paciente no se siente enfermo, ante la pregunta "¿cómo se siente?", suelen contestar con frecuencia "como nunca"; por lo tanto no se considera enfermo y rechaza cualquier tipo de tratamiento (*ausencia de conciencia de enfermedad*).

Tabla nº 2. Síntomas del episodio maniaco

- | | |
|--|--|
| 1. Gran euforia. | con cambios constantes de tema. |
| 2. Labilidad afectiva (variación rápida entre la alegría, la pena y la irritabilidad). | 8. Verborrea. |
| 3. Confianza excesiva en sí mismos (gran autoestima). | 9. Ideas delirantes: de capacidades especiales, de grandiosidad, de riqueza, de misión especial. |
| 4. Aumento de las sensaciones sensoriales. | 10. Hiperactividad, inquietud |
| 5. Un número reducido de pacientes puede presentar alucinaciones auditivas. | 11. Compras inadecuadas. |
| 6. Facilidad para el recuerdo de cosas agradables y positivas | 12. Aumento o disminución de la vida sexual. |
| 7. Pensamiento rápido, acelerado y | 13. Insomnio. |
| | 14. Aumento o disminución del hambre y la sed, con adelgazamiento. |
| | 15. Ausencia de conciencia de enfermedad. |



¿Son frecuentes los Trastornos Bipolares?

Los trastornos bipolares afectan en la actualidad al 1,2% de la población. Los pacientes suelen ser jóvenes cuando se manifiestan los primeros síntomas. Podemos encontrarlos en todas las etnias, culturas y niveles socioeconómicos. Es uno de los trastornos psiquiátricos en los que tiene mayor importancia la herencia, con una fuerte carga genética en su origen.

El Trastorno bipolar es una enfermedad de naturaleza crónica que aparece aproximadamente en el 1,2% de la población general, es decir, una de cada cien personas lo padece. Además, de cada cien pacientes que sufren un trastorno del estado de ánimo, en veinte se trata de un trastorno bipolar. En general, es menos frecuente que el trastorno depresivo mayor y su frecuencia es similar a la esquizofrenia.

En los últimos años, se ha observado que la incidencia del trastorno bipolar está aumentando mientras que la edad de aparición ha disminuido.

Sus características fundamentales se repiten en todas las etnias, con variaciones en función de cada cultura y de la personalidad individual. Existen algunos estudios que han encontrado una mayor frecuencia en las clases económicas elevadas, aunque esto no ha sido completamente demostrado.

Los pacientes en los que el trastorno bipolar comienza siendo muy jóvenes, suelen coincidir en varias características: permanecen solteros con más frecuencia, tienen un nivel educacional inferior, al no llegar a completar estudios superiores, presentan más antecedentes familiares, tienen más intentos de suicidio y mayor gravedad en los síntomas.

Por otra parte, se ha señalado una mayor incidencia entre las personas imaginativas como escritores, artistas y músicos debido a la intensa creatividad artística durante la fase maníaca.

En general, el número de hombres y mujeres afectados es similar, aunque sí es cierto que la proporción de mujeres aumenta conforme predominan las fases depresivas sobre las maníacas, de forma que entre los bipolares II, caracterizados por la sucesión de ciclos de depresión-hipomanía, hay afectadas prácticamente dos mujeres por cada hombre, mientras que en los bipolares I, la distribución es similar para ambos sexos. Habitualmente, los hombres sufren más episodios maníacos y las mujeres más mixtos y depresivos. En el caso de los cicladores rápidos, es decir, aquellos pacientes que padecen al menos cuatro episodios de manía-depresión al año, también es mayor el número de mujeres afectadas.

¿Cuáles son las causas del Trastorno Bipolar?

La incidencia de trastorno bipolar no depende de factores étnicos, culturales o geográficos. Existen datos concluyentes que confirman la importancia de la herencia en la aparición de esta enfermedad. Estos datos también sugieren la importancia de la herencia en la evolución, gravedad y respuesta al tratamiento. Los acontecimientos vitales parecen influir más en las recaídas que en el desencadenamiento de la enfermedad.

Existen pruebas evidentes que demuestran que el trastorno bipolar tiene un fuerte condicionante hereditario. Si un gemelo presenta esta enfermedad, la probabilidad de que otro gemelo idéntico la presente es de más del 60%. Cuando se trata de gemelos no idénticos esta probabilidad se reduce al 15%.

La herencia de esta enfermedad es mucho más complicada que la de otros rasgos (color de los ojos, o del pelo, etc.), y se asemeja a la de rasgos como la altura o el peso. Todos sabemos que los padres obesos suelen tener hijos obesos, pero no siempre ocurre así. Por otra parte, determinados factores, como la alimentación, el ejercicio físico, etc., pueden favorecer que los hijos sean más o menos obesos. También determinados problemas en la época de crecimiento (enfermedades infantiles, accidentes, etc.) o hábitos de vida (sedentarismo, tipo de alimentación...) pueden favorecer que el peso sea mayor o menor.

En el trastorno bipolar parece pasar algo semejante, si bien existe una marcada predisposición de origen genético, parecen actuar otros factores ambientales.

Existen datos concluyentes que confirman la importancia de la herencia en la aparición de esta enfermedad

Esta enfermedad es más frecuente en familias cuyos miembros padecen trastorno bipolar, pero también en familias con antecedentes de otras enfermedades mentales, especialmente depresión.

No existen evidencias concluyentes, que apunten la existencia de una mayor o menor heredabilidad de la enfermedad por vía materna o paterna.

Con el desarrollo de técnicas de biología molecular, se han identificado varios cromosomas que pudieran estar relacionados con la enfermedad. Los estudios no son concluyentes y en ocasiones son contradictorios. Lo más probable es que la predisposición a padecer esta enfermedad se herede no a través de un único gen sino que actúen varios genes localizados en varios cromosomas.

Así el riesgo de que una persona con trastorno bipolar tenga un hijo con el mismo trastorno es aproximadamente un 15%; este riesgo se incrementa si los dos padres presentan la enfermedad, llegando a casi el 80%.

Se ha observado la misma incidencia de trastorno bipolar en diferentes culturas, razas y entornos geográficos. Estos datos parecen confirmar el componente genético. Tampoco se han observado diferencias significativas relacionadas con el sexo.

Existen datos que sugieren la importancia de la herencia en la evolución, gravedad y respuesta al tratamiento

Diferentes trabajos sugieren que el componente hereditario se relaciona no sólo con la presencia de la enfermedad, sino también con algunas características clínicas: gravedad, evolución y respuesta al tratamiento.

Es posible que determinadas alteraciones genéticas, puedan asociarse a mejor respuesta al tratamiento, a una mayor gravedad de la sintomatología o a un inicio precoz de la enfermedad.

La importancia de los Acontecimientos Vitales

La existencia de acontecimientos vitales que por sí mismos desencadenen la enfermedad es dudosa.

Cuando una persona inicia un cuadro maníaco, es posible que sin darse cuenta se meta en problemas. Estos problemas son producto de la enfermedad, pero posteriormente se puede achacar a estos problemas el origen de la enfermedad.

Si bien la asociación de acontecimientos vitales al inicio del cuadro es dudosa, parece demostrado que determinados acontecimientos pueden desencadenar recaídas.

No se ha demostrado la relación de determinados tipos de acontecimientos con las recaídas, al contrario de lo que ocurre con las pérdidas familiares y la depresión.

¿Cómo se reconoce el Trastorno Bipolar?

El diagnóstico del Trastorno Bipolar se realiza por los síntomas que relatan el paciente y su familia, y por las características de su conducta.

Las analíticas de sangre, electroencefalogramas, T.A.C., Resonancia Magnética y otras pruebas diagnósticas no ayudan en el diagnóstico, porque en esta enfermedad son normales.

El diagnóstico del Trastorno Bipolar se realiza a partir de la existencia de un episodio maniaco. La presencia de esos episodios, diferencia el Trastorno Bipolar del Trastorno Depresivo Recurrente.

Los episodios depresivos o maniacos relacionados con el uso, abuso, o retirada de ciertos fármacos y drogas, o enfermedades no psiquiátricas, reciben el nombre de depresiones o manías secundarias.

El Trastorno Bipolar se diferencia de la Esquizofrenia en que no deteriora, y no suele haber alucinaciones. Las ideas delirantes suelen referirse a ciertos temas relacionados con la tristeza en los episodios depresivos, y con la grandiosidad, en los maníacos.

Los cuadros en los que existen síntomas de esquizofrenia y de trastorno bipolar se denominan Trastornos Esquizoafectivos.

D iagnosticar es el procedimiento por el que el médico averigua y llega a la conclusión de qué enfermedad sufre el paciente. Para ello, ha de tener en cuenta las molestias que relatan el paciente y su familia (síntomas), y lo que él observa en el cuerpo o la conducta del paciente (signos), que pueda estar relacionado con una enfermedad. Comparando estas observaciones con las características de las enfermedades que conoce por su preparación y experiencia, llega a la conclusión de que el enfermo sufre una determinada enfermedad.

Los signos y síntomas del Trastorno Bipolar han sido descritos en el capítulo anterior: ¿Cómo se manifiesta el Trastorno Bipolar?

Recordemos que lo que define la enfermedad es la sucesión de periodos de normalidad, con periodos de tristeza exagerada, que dificulta la vida normal del paciente, a los que denominamos episodios depresivos, y periodos de tiempo en los que el paciente experimenta una alegría especial, rara, también exagerada. O una irritabilidad rara, también exagerada, inusual en el paciente. A estos periodos les denominamos episodios maníacos.

Al igual que en el resto de enfermedades psiquiátricas, el diagnóstico del Trastorno Bipolar se realiza, por los síntomas que nos relatan el paciente y su familia, y por las características de su conducta. El diagnóstico se realiza, si el paciente presenta el conjunto de síntomas y signos característicos del Trastorno Bipolar.

En este momento no disponemos de ninguna prueba (radiografías, electroencefalografía, T.A.C., Resonancia Magnética Nuclear...) que permita el diagnóstico de esta enfermedad, porque todas ellas son normales en el Trastorno Bipolar.

El paciente puede haber experimentado a lo largo de su vida periodos de tiempo en los que habrá sufrido los síntomas que caracterizan un episodio depresivo; sin embargo, el diagnóstico de Trastorno Bipolar se establece en el momento en que aparezcan los síntomas que caracterizan a un episodio maníaco.

Mientras el paciente experimenta episodios depresivos, sufre una enfermedad depresiva, pero en cuanto aparece el primer episodio maníaco, establecemos el diagnóstico de Trastorno Bipolar.

Puede ocurrir incluso, que antes no haya habido episodios depresivos, y la primera manifestación de la enfermedad sea un episodio maníaco. También en este caso, el diagnóstico es de Trastorno Bipolar.

¿En qué se parece y se diferencia el Trastorno Bipolar de otras enfermedades mentales?

1º Episodio depresivo -Depresión-; Trastorno depresivo recurrente

Una persona que sufre varios episodios depresivos a lo largo de su vida, sufre un **Trastorno Depresivo Recurrente**. No hay diferencia entre los episodios depresivos de esta enfermedad y los del Trastorno Bipolar. La diferencia entre ambas enfermedades está en que en el Trastorno Bipolar, hay episodios maníacos. Como ya se ha comentado, el diagnóstico de Trastorno Bipolar se hace cuando aparece el primer episodio maníaco.

2º. *Trastorno orgánico del estado de ánimo; manía secundaria*

Algunas enfermedades generales o enfermedades que afectan al cerebro, pueden producir síntomas muy parecidos o iguales a los del Trastorno Bipolar.

A este cuadro maníaco (como sabemos, la clave del diagnóstico **bipolar**, es la manía) debido a otras enfermedades, se le llama **manía secundaria**, y es mucho menos frecuente que el de la manía "primaria" ("típica"). Se ha estimado que suponen el 5% de los casos de manía. Por lo general, los pacientes que presentan estos cuadros tienen mayor edad, y los síntomas duran menos que en los pacientes que sufren una manía "primaria".

Sobre todo, se han descrito manías secundarias a enfermedades endocrínicas (enfermedades del tiroides y de las glándulas suprarrenales), neurológicas (infecciones, tumores, traumatismos craneales, accidentes vasculares cerebrales).

Cuando el médico solicita analíticas de sangre, o T.A.C., suele hacerlo como un procedimiento de rutina para descartar la presencia de una posible enfermedad no psiquiátrica, que fuese la causa de los síntomas psiquiátricos, no porque espere encontrar ninguna alteración especial, ya que, como se ha dicho, las analíticas y otras pruebas diagnósticas, son en general, rigurosamente normales en esta enfermedad. Cuando se solicitan estas pruebas, suelen pedirse una sola vez al comienzo de la enfermedad. Habitualmente, no es necesario repetir las en cada nuevo episodio.

3º. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

El uso, abuso o la supresión brusca de algunos medicamentos y drogas (alcohol, cocaína, anfetaminas, etc.), también pueden producir síntomas parecidos a los que caracterizan al Trastorno Bipolar. Los cuadros depresivos son los más frecuentes, pero también, pueden aparecer cuadros parecidos a la manía (maniformes).

Para llegar a la conclusión de que los síntomas psiquiátricos son debidos al consumo de sustancias o a una enfermedad médica que no sólo afecta a la mente, ha de quedarle claro al médico que los síntomas se deben a la enfermedad o a las drogas, y que sin ellos, el paciente no tendría los síntomas del trastorno bipolar.

La mejor prueba se conseguiría si el paciente dejara de consumir drogas o tomar el medicamento que se supone implicado, o bien si la enfermedad médica se tratara adecuadamente o se curase y los síntomas psiquiátricos desapareciesen.

4º Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta al pensamiento, y el trastorno bipolar, en cambio, al estado de ánimo.

La esquizofrenia es una enfermedad que altera la forma de percibir e interpretar la realidad, de manera que el paciente puede escuchar o percibir sensaciones que los demás no percibimos, (voces que escucha con su oído, o que capta en su mente, por ejemplo **-alucinaciones-**) y creer como ciertas, cosas que a los demás nos parecen increíbles o imposibles **-ideas delirantes-**. Se produce además en el paciente, un cambio permanente en su carácter, que puede ser progresivo y que consiste en un empobrecimiento, de manera que tiene una tendencia a estar desmotivado, desinteresado, apático, y ensimismado, que le impide concentrarse y rendir en los estudios, el trabajo, o las relaciones sociales **-defecto, deterioro-**.

Ánimo se refiere a "alma o espíritu"; y también, "valor, esfuerzo, energía". Las enfermedades del ánimo, afectarían pues, a la "energía" con la

que nos vinculamos al mundo; débil, en la depresión, exagerada en la manía.

En el Trastorno Bipolar no existe el **deterioro** esquizofrénico, de manera, que en los periodos de normalidad de la enfermedad, los pacientes están "como antes, como son ellos".

Esta es la principal razón, por la que el Trastorno Bipolar tiene mejor pronóstico que la Esquizofrenia.

En el Trastorno Bipolar no suele haber **alucinaciones**, o no son uno de los principales síntomas. Puede haber **ideas delirantes**, pero suelen referirse a temas relacionados con el estado de ánimo: o son ideas -falsas- de culpa, de ruina, de sufrir una enfermedad grave, en los episodios depresivos graves; o son ideas -falsas- de grandiosidad (admirable grandeza, magnificencia.): ser un personaje rico, famoso, con poderes especiales, o con vinculación especial o directa con Dios, en los episodios maníacos. Estas ideas delirantes vinculadas al estado de ánimo, se llaman **congruentes o acordes con el estado de ánimo o deliroides**. Las ideas delirantes esquizofrénicas suelen ser más extrañas.

Aunque en teoría, las diferencias entre la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar están claras, en la práctica puede no ser tan fácil, porque a menudo podemos ver pacientes con esquizofrenia que presentan síntomas intensos relacionados con el estado de ánimo (depresivos o maniformes –parecidos a la manía-), pacientes con Trastorno Bipolar que presentan **alucinaciones o ideas delirantes no congruentes con el estado de ánimo**, más propios de la esquizofrenia, y también, pacientes en los que existen, alternándose o simultáneamente, síntomas propios de la esquizofrenia, y síntomas propios del trastorno bipolar.

Por esto, no es raro que haya pacientes que fueron diagnosticados en principio como esquizofrénicos, y que posteriormente se revisase y cambiase el diagnóstico por el de trastorno bipolar, y al revés. El cambio diagnóstico de esquizofrenia a trastorno bipolar es más frecuente que al revés.

Hay que tener en cuenta además, que los síntomas de la enfermedad

pueden ser más confusos en los primeros episodios, pero irse aclarando conforme pasa el tiempo.

En relación con que hay personas que tienen síntomas tanto de esquizofrenia, como de trastorno bipolar, hay un diagnóstico denominado:

5º Trastorno Esquizoafectivo

En este trastorno existen tanto síntomas de esquizofrenia, como de trastorno bipolar.

El término afectivo que consta en la denominación del trastorno, se refiere a *afecto*, que es el conjunto de conductas observables que expresan un estado de sentimiento –ánimo-(emoción).

En general, parece que los pacientes con trastorno esquizoafectivo presentan un pronóstico mejor que la esquizofrenia. Se considera que el trastorno esquizoafectivo está más vinculado a los trastornos del humor o afectivos, que a la esquizofrenia; entre otras razones, por la evidencia de la eficacia del litio en el tratamiento de algunos casos de trastorno esquizoafectivo. Hay un mayor riesgo de deterioro en esta enfermedad que en el trastorno bipolar, pero menor que en la esquizofrenia.

¿Cómo evolucionan los Trastornos Bipolares?

Es un trastorno que aparece en la adolescencia tardía, aunque algunos casos tienen un comienzo mucho más retardado. La tendencia natural del trastorno bipolar es la de la evolución crónica, marcada por la aparición de fases depresivas y maníacas que alternan con periodos de normalidad. Resulta difícil establecer la media de fases que se sufren a lo largo de la vida. Hay una tendencia, no muy marcada a que las fases depresivas se presenten en otoño-invierno y las maníacas en primavera-verano. Aún con un tratamiento correcto, cabe la presentación de una fase. Si bien no sufren un deterioro similar al que sufren los pacientes esquizofrénicos, sí que pueden existir importantes consecuencias a nivel social, familiar, laboral y económico.

Para hablar de la evolución de los cuadros bipolares, conviene que desgajemos la información en apartados.

Edad de inicio

Se admite que la media de edad de comienzo es alrededor de los 28 años. Pero esta es la media que incluye tanto los casos de comienzo muy precoz, como los de comienzo tardío. La edad más frecuente de aparición es alrededor de los 20 años. Generalmente se suele diferenciar los casos de **comienzo precoz** de aquellos que tienen un **comienzo tardío**.

El **comienzo temprano** de la afección suele llevar aparejado una mayor influencia genética. Cuando el inicio es temprano, los síntomas que presenta el sujeto son más parecidos a los de la esquizofrenia, con aparición de alucinaciones acústicas o visuales, ideas autoreferentes (la creencia por parte del paciente de que lo que ocurre se refiere a él, o que los demás están pendientes de él) entre otros, que se añaden y enmascaran los síntomas propios

de la manía que ya hemos visto. Por ello, es frecuente la confusión diagnóstica con la esquizofrenia. Pero en la evolución posterior, el cuadro clínico se va perfilando como bipolar.

Existen ocasiones en las que la manía se manifiesta por primera vez a edades avanzadas, o incluso en la vejez, en pacientes sin antecedentes personales de trastorno afectivo; conviene descartar entonces que no se deba a la complicación de una enfermedad física como por ejemplo una infección, lesiones cerebrales, alteraciones hormonales...o que no sea inducido por un fármaco o un tóxico.

Número de fases

Resulta imposible con los datos de que disponemos, pretender dar una cifra ni siquiera aproximada del número de episodios que sufre una persona. En el marco general de una afección crónica con tendencia natural a la repetición de los episodios, la variabilidad con la que nos encontramos es, como ya hemos dicho, muy grande. De forma aproximada podemos decir, que la mitad de los sujetos tienen hasta 3 fases a lo largo de su vida, mientras que la otra mitad sufren más de 4.

Tipos de ciclos

El Trastorno bipolar se caracteriza por la alternancia de dos tipos de ciclos. Por una parte las fases depresivas y por la otra las maníacas. Pero tanto unas como otras, pueden tener distinta intensidad. Si ambas fases se presentan con gran intensidad se suele hablar de **Bipolar I**. Si las fases depresivas son intensas y predominan en el curso, alternando con fases maníacas poco intensas, se suele hablar de **Bipolar II**.

Hay otro tipo de ciclo que conviene comentar, el de **ciclador rápido**. Se llama así a los pacientes que en un periodo de un año presentan 4 o más fases. Estos sujetos representan el grupo de mayor gravedad de la afección y requieren habitualmente de tratamientos específicos. Conviene añadir que la ciclación rápida puede aparecer como una complicación dentro de la enfermedad para desaparecer y dejar paso a la evolución normal en determinadas circunstancias.

En ocasiones un paciente presenta de forma simultánea síntomas depresivos y maníacos, a esto se le llama **estados mixtos** o **manía disfórica**.

Influencia de las estaciones

Desde los inicios de la medicina se ha mantenido, que tanto las fases depresivas como las maníacas se presentan de forma preferente en determinadas estaciones. Según esto, la depresión se presenta en las temporadas de otoño-invierno, mientras que la manía lo hace en la de primavera-verano. Esto se ha relacionado con el número de horas de sol y parece ser más cierto para las fases maníacas, que para las depresivas.

Evolución del episodio maniaco

Las fases maníacas no se presentan todas ellas con la misma intensidad. Dentro de ellas se reconocen unos estadios que de más leve a más grave, son los que a continuación comentamos. **Estadio inicial**: el paciente está más inquieto, habla mucho y de forma rápida, se encuentra eufórico aunque puede en ocasiones llorar. También muestra gran confianza en sí mismo, con aumento del impulso sexual. En el **Estadio intermedio** aumenta más la actividad motriz, el humor sigue siendo eufórico pero aparece también hostilidad y cólera cuando se oponen a sus deseos. El pensamiento es tan rápido que se escapa; la grandiosidad se transforma en delirios de grandeza. Por último, en el **Estadio final** el paciente se encuentra angustiado, con actividades extrañas, pensamiento incoherente y aparecen alucinaciones y desorientación. Cuando el cuadro se resuelve y cede, se recorre el camino andado anteriormente. Hay que especificar que no todos los sujetos llegan a los mismos estadios y que no todas las fases en un mismo sujeto alcanzan la misma intensidad.

Evolución a largo plazo

Ya hemos dicho que el Trastorno Bipolar es crónico y muestra una tendencia a la repetición de las fases. Sin tratamiento, la tendencia natural es la del alargamiento de las fases y del acortamiento del periodo entre fase y fase con lo que los pacientes pasan más tiempo enfermos.

El tratamiento tiene un marcado efecto sobre este curso natural, pero no hay que olvidar que los tratamientos actuales no son efectivos en el 100% de los pacientes y que aún siendo efectivos no lo son al 100%. Por ello, aún con un tratamiento correcto es de esperar que los sujetos sufran alguna fase.

Mortalidad y suicidio

La mortalidad es entre los pacientes bipolares, casi tres veces mayor que la de la población general. Las causas más frecuentes para este aumento de la mortalidad suelen ser el suicidio, las enfermedades cardiovasculares o respiratorias (el consumo elevado de tabaco es muy frecuente entre los pacientes bipolares).

En contra de lo que se piensa, el paciente bipolar no sólo corre el riesgo de suicidarse durante la fase depresiva, puesto que alrededor de la cuarta parte de los suicidios tienen lugar durante un episodio mixto o maniaco.

Los suicidios en los Trastornos Bipolares ocurren con mayor frecuencia al comienzo de la enfermedad y son mucho menos probables, cuando el sujeto lleva ya unos años de evolución.

Repercusiones sociales

A diferencia de lo que ocurre en el paciente esquizofrénico, el paciente bipolar no sufre un deterioro interno, pero puede darse un deterioro en los niveles social, laboral, económico, etc. Puede haber pérdidas económicas, y empobrecerse las relaciones sociales. Las relaciones familiares se establecen a distintos niveles, adquiriendo a menudo un carácter de dependencia.

¿Cómo se tratan los Trastornos Bipolares?

Como hemos expuesto en las páginas anteriores, los trastornos bipolares no son enfermedades de causa psicológica en las que el tratamiento fundamental sea hablar con el enfermo, sino que el tratamiento debe realizarse con medicamentos. Ésto no quiere decir, que la psicología no tenga ninguna importancia en estos pacientes; la propia enfermedad tiene repercusiones sobre los pacientes y sus familiares más inmediatos, cuya calidad de vida se ve siempre más o menos alterada. Hablaremos de las intervenciones psicológicas en la parte final de este capítulo, pero debe quedar muy claro que el tratamiento con fármacos no debe desatenderse en ningún momento ya que de su continuidad depende una mejor evolución de la enfermedad.

Ya sabemos que los trastornos bipolares tienen dos caras: los episodios de depresión y los de exaltación o maníacos. Los *fármacos antidepressivos* facilitan a veces el paso de la depresión a fases de exaltación. Por su parte, los fármacos que reducen la exaltación pueden facilitar que un individuo caiga de nuevo deprimido. Esta es la razón por la que lo que normalmente se intenta es un '*tratamiento estabilizador*' del humor. ¿Qué es esto?, pues una medicación que al tomarla no facilite ni las depresiones, ni las fases de exaltación, es la medicación ideal ya que 'previene' las recaídas de la enfermedad. No siempre eso es posible, y hay que plantear el tratamiento de las depresiones o episodios de exaltación cuando vuelvan a producirse.

Depresiones y antidepressivos

Cuando el enfermo bipolar se deprime, no solamente estamos ante alguien que sufre, sino que además rinde poco o nada en sus actividades cotidianas, pierde el apetito, puede perder peso, tener alterado el sueño y, lo que suele ser más inquietante, puede no tener ganas de vivir con lo que se multiplica el riesgo de que atente contra su propia vida. Si el estado depresivo es

grave, se recomienda a la familia que no descuide vigilar al enfermo, al menos hasta que empiece a recuperar las ganas de vivir. Es muy frecuente que se piense que en las depresiones los pacientes tienen la rara habilidad de no querer hacer nada por sí mismos: 'tienes que poner de tu parte' es un consejo que frecuentemente oyen, como si les gustara estar como están. Nada más erróneo; cuando el enfermo empieza a encontrarse mejor, sin necesidad de que le empujen, se empieza a interesar por las actividades; hasta entonces los consejos bienintencionados, 'sal y entretente', le suenan a reproche y le pueden hacer sentirse culpable de como está. Si es usted familiar de un paciente bipolar que está deprimido, pregunte al psiquiatra si ya es el momento de animarlo a iniciar una actividad o es preferible esperar un poco.

En estos episodios se suele recetar *medicación antidepresiva*. Conviene saber que ningún antidepresivo hace efecto de forma inmediata. Entre que se empieza a tomar y aparecen las primeras señales de mejoría suelen pasar varias semanas, entre 3 y 6. Dar más dosis no sirve para acelerar la curación. Tampoco todos los antidepresivos están indicados. Aunque con todos los antidepresivos existe el riesgo de un cambio brusco a una fase de exaltación (se han descrito estos cambios al menos en un 20% de los casos), parece que algunos antidepresivos los facilitan más que otros. Su psiquiatra estará informado del mejor antidepresivo y lo recetará basándose en sus características farmacológicas y los efectos molestos que pueda producir.

Cuando la depresión sea grave, haya riesgo de suicidio y en el medio familiar no se pueda garantizar el control del paciente, el psiquiatra seguramente recomendará la hospitalización. El hospital podrá garantizar un control más estrecho del enfermo, mientras el antidepresivo empieza a tener efecto, u otros tratamientos que no puedan hacerse de modo ambulatorio.

Si a lo largo del tratamiento observa que el enfermo empieza a mostrarse más hablador de la cuenta, a gastar más de lo que debe, a sentirse con 'demasiada' vitalidad y ganas de hacer cosas, a 'estar como nunca' y a dormir muy poco debe ponerlo en conocimiento de su psiquiatra, ya que puede tratarse del inicio de una exaltación del estado de humor. Más vale una visita a tiempo, en la que la experiencia de su psiquiatra le permitirá un rápido diagnóstico, que arriesgarse a que se desarrolle una manía aguda que pueda necesitar de hospitalización.

Manía y antimaniacos

Ya sabe que la Manía es el nombre médico de los estados de exaltación de los Trastornos Bipolares. En formas leves, es posible un control mediante medicación ambulatoria.

En una auténtica manía la hospitalización, generalmente involuntaria, en una Unidad Psiquiátrica, suele ser necesaria. Ya saben que en esta enfermedad el paciente no se siente enfermo, por lo que no ve necesario tomar el tratamiento, que sus comportamientos no están controlados, que reacciona con agresividad cuando se le lleva la contraria y que puede llevar adelante proyectos descabellados.

Las medicaciones que se emplean se llaman *antipsicóticos*. Tienen un alta capacidad para reducir la excitación y para que vayan desapareciendo las ideas grandiosas y absurdas que suelen acompañar a estos trastornos. Dado que no tomar la medicación es una de las razones fundamentales por las que se suele llevar al enfermo al hospital, una posibilidad es administrar estos medicamentos en inyecciones cuyo efecto dura varios días o semanas: garantizan que el tratamiento haga su efecto, especialmente en los enfermos menos colaboradores.

Todos estos medicamentos tienen efectos colaterales (efectos no deseados) similares, aunque con algunos son más importantes. El psiquiatra seleccionará el que considere más adecuado. Debe saber que es poco probable que los efectos colaterales agudos sean graves. Sólo en el caso en que al inicio de un tratamiento con este tipo de medicación aparezcan fiebre muy alta, sudoración exagerada, rigidez muscular y confusión mental es precisa una valoración urgente. Esto es sin embargo, muy poco probable. Lo que sí puede aparecer, que es muy llamativo aunque carece de gravedad, son las llamadas 'crisis extrapiramidales': los ojos se van hacia arriba, el enfermo nota que no puede tragar y la musculatura, por ejemplo del cuello, se le agarrota. Estas crisis, que aparecen en un 5% de los pacientes tratados, suelen ser más frecuentes en pacientes jóvenes y se resuelven con gran rapidez, asociando al tratamiento otro tipo de medicación. Habitualmente, esta asociación la hará el psiquiatra al inicio del tratamiento.

Otros efectos colaterales de estos tratamientos, y todos ellos se resuelven al finalizarlos o con medicaciones accesorias, son: gestos menos expresivos, intranquilidad de piernas, temblor, lentitud de movimientos, salivación exagerada o falta de movimientos de brazos al andar. También sequedad de boca, tensión baja, estreñimiento, alteración o pérdida de la regla, o dificultad urinaria. No tienen por qué aparecer, todos ellos son reversibles y probablemente el psiquiatra le informará de los mismos al inicio del tratamiento. Sin embargo, en el caso de que le parezcan exagerados, pregúntelo.

En tratamientos muy prolongados, habitualmente de años, pueden aparecer movimientos no controlados en la boca o en la cara. Esto ocurre muy raramente (en el 0.5% de los casos tratados), pero si sucede se debe advertir al psiquiatra encargado del tratamiento.

Tratamiento de mantenimiento o profiláctico

Profiláctico quiere decir que evita la aparición de recaídas. El Trastorno Bipolar, ya saben, se caracteriza por la tendencia a que se repitan las depresiones y los episodios de manía. El descubrimiento, a principios de los años 50, de la capacidad del Litio para mejorar el curso de la enfermedad supuso un enorme beneficio para los enfermos. En ocasiones se puede anular por completo la aparición de nuevas recaídas, en otras espaciarlas y hacer que no sean tan graves. En la actualidad, el número de medicamentos con este efecto de 'estabilización' ha aumentado. No les extrañe que a alguno de estos pacientes se les recete un fármaco que se utiliza para la epilepsia (por ejemplo el Tegretol o el Depakine) ya que también se ha demostrado su eficacia en los Trastornos Bipolares y además suelen producir menos efectos adversos. El más utilizado y que sigue inspirando mayor confianza es el Litio (Plenur). El mínimo número de tomas diarias debe ser de dos. Se sabe que para que sea efectivo debe haber cierta cantidad en la sangre y además que por encima de cierta cantidad (1.5 mEq/l) es tóxico. Ésto no debe inquietarnos ya que cuando se utiliza en algún enfermo se hacen análisis periódicos de sangre (litemia) que sirven en un primer momento para encontrar la dosis necesaria que cada paciente necesita y posteriormente para controlarla.

Inicialmente se deben hacer análisis cada vez que se incrementa la dosis hasta que se equilibre la medicación. Con posterioridad, análisis periódicos en las revisiones psiquiátricas.

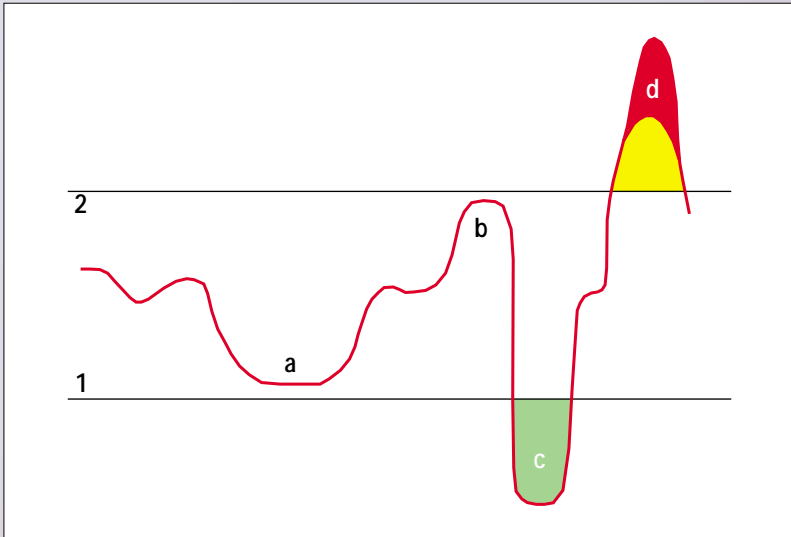
Son efectos colaterales del Litio el temblor, el cansancio, la sed y el orinar muchas veces. En los primeros años de tratamiento puede haber una discreta ganancia de peso (de unos 4 kilogramos) que después se mantiene estable. En algunos casos se desarrolla un bocio (se trata de un aumento del tamaño de la glándula tiroidea al disminuir su actividad), por lo que se deben realizar análisis de hormonas tiroideas antes de empezar con la medicación y posteriormente con una frecuencia al menos anual. En el caso de que aparezca, se puede mantener el tratamiento con Litio al que se debe asociar el tratamiento propio del bocio. Es también necesario el control de la función del riñón, con análisis cada seis meses que garanticen su normalidad. Los pacientes en tratamiento con Litio deben comunicarlo a sus médicos ya que están prohibidas las medicaciones que hacen orinar (diuréticos) y las dietas pobres o sin sal (son dietas que se suelen dar para el tratamiento de la hipertensión). Las enfermedades del corazón pueden ser un motivo para no seguir el tratamiento con Litio.

Si se siguen estas advertencias el tratamiento con Litio es seguro, con beneficios muy superiores a las molestias que puede producir. El mejor argumento a su favor es que después de 40 años, sigue siendo el primer tratamiento que se plantea para evitar las recaídas de los Trastornos Bipolares.

Tratamiento psicológico

Si pudiera calcularse, un adulto que sufra esta enfermedad pierde a lo largo de la misma muchos años de salud y de trabajo. Se entiende así que una parte muy importante de los esfuerzos psicológicos, se dirijan a enseñar al paciente la importancia de mantener el tratamiento y los riesgos del abandono.

Al tratarse de una enfermedad crónica, a los enfermos les cuesta adaptarse al hecho de padecerla. Sobre ello, sobre las repercusiones en las relaciones con los demás, especialmente con la familia inmediata, las pérdidas de trabajo y en el modo de vivir de los pacientes se centran otra parte de sus necesidades psicológicas.



La línea curva del esquema representa la vitalidad del humor o una de sus dimensiones: la alegría; mayor, cuando estamos contentos, y alegres; menor, cuando estamos enristecidos y desanimados. El humor fluctúa entre dos márgenes de normalidad: el inferior, de la pena “normal” que podemos sentir con el máximo contratiempo (a), y el mayor, con la máxima alegría que pudiéramos sentir por un hecho afortunado (b).

Cuando las cosas van bien, nuestro humor tiende a ser bueno. Cuando las cosas no van bien, el humor tiende a empeorar. Además, con nuestra voluntad podemos sobreponernos y modificar o moderar la tristeza o la alegría. Los márgenes superior (2) e inferior (1) de que hemos hablado, también son los límites de la voluntad.

Ocasionalmente, el humor se “hunde” por debajo del límite inferior de tristeza “normal”, apareciendo una tristeza excesiva, anormal o enfermiza, donde la voluntad NO CONSIGUE sobreponer a la persona que la siente. A esta situación la llamamos **depresión** o **episodio depresivo**, (c) y la forma de conseguir reponer el humor normal, es el tratamiento farmacológico antidepressivo.

A veces, en las personas que sufren un trastorno bipolar, el humor sube por encima del límite de la alegría “normal”, sin que el paciente se dé cuenta de la exaltación inadecuada que sufre. A esta situación se la llama **hipomanía** si es leve, y **manía** (d) si es intensa. Por lo que se describe en el texto, y por la experiencia, los pacientes y sus familias saben que no es nada bueno que el humor esté demasiado exaltado. La voluntad tampoco consigue moderar esta exaltación y se hace necesario el tratamiento farmacológico, para que el humor recupere su nivel normal.

El tratamiento estabilizador del humor puede conseguir que éste se mantenga entre los límites de la normalidad.



Preguntas más frecuentes

El trastorno bipolar, ¿tiene algo que ver con la psicosis maníaco-depresiva?

Durante una época, hace ya bastantes años, los psiquiatras utilizaban el término de psicosis maníaco-depresiva para referirse a lo que hoy conocemos como trastorno bipolar.

¿Qué tienen en común los trastornos afectivos con el trastorno bipolar?

El trastorno bipolar es un tipo concreto de trastorno afectivo. Trastornos afectivos son todos aquellos en los que lo que se altera es el estado de ánimo o humor de la persona (en realidad es más correcto llamarlos trastornos del humor). Son trastornos afectivos o del humor: la enfermedad depresiva, la ciclotimia (trastorno persistente del estado de ánimo con fluctuaciones del humor en forma de episodios depresivos y de euforia leves), la distimia (depresión crónica del estado de ánimo, sin la intensidad de un episodio depresivo) y, por supuesto, el trastorno bipolar.

¿Pueden tener ideas delirantes los enfermos con trastorno bipolar?

Sí, tanto los enfermos en fase maníaca como los enfermos en fase depresiva pueden presentar ideas delirantes. Como hemos comentado, las ideas delirantes más frecuentes del enfermo depresivo son las ideas de ruina, hipocondríacas y de culpa; mientras que el paciente maníaco suele presentar ideas de capacidades especiales, de identidad grandiosa, de riqueza, de misión especial, etc.

¿Pueden tener alucinaciones los enfermos bipolares?

Entre los síntomas que pueden presentar por alteración de la percepción podrían aparecer alucinaciones, sin embargo éstas no son frecuentes, y

cuando aparecen tendremos que plantearnos un diagnóstico diferencial con el trastorno esquizoafectivo y la esquizofrenia.

¿Existen síntomas que indican una posible recaída?

Existen síntomas que llamamos “síntomas señal o de alarma” que nos pueden hacer sospechar que se está iniciando una recaída; varían en cada paciente, pudiendo decir que aunque existen unos síntomas de alarma que son más frecuentes que otros, “cada paciente tiene sus síntomas señal”. Así, en el episodio depresivo el paciente puede notar un aumento de la tristeza, un aumento por las preocupaciones de la vida cotidiana, aumento del cansancio, disminución de las ganas de relacionarse con los demás, malestar físico sin ninguna causa que lo justifique, trastorno del sueño, etc. En el episodio maníaco pueden aparecer como primeros síntomas un aumento de la inquietud, euforia, “estar mejor que nunca”, alteraciones del sueño como insomnio, aumento de la energía habitual, necesidad de hacer más cosas de lo normal, alteración de la conducta, etc.

¿Son frecuentes los trastornos bipolares?

Los trastornos bipolares son relativamente frecuentes; actualmente se considera que afectan a una de cada cien personas de la población. Estas cifras en ocasiones varían, porque en sus inicios el paciente con un trastorno bipolar es diagnosticado como esquizofrénico o viceversa, ya que puede ser difícil diferenciarlos, porque la clínica puede ser similar.

¿A qué edad suele iniciarse un trastorno bipolar?

Los pacientes son bastante jóvenes cuando se detectan los primeros síntomas de la enfermedad, con una edad media de dieciocho años en los hombres y veinte en las mujeres.

¿Es cierto que siempre se inicia en personas jóvenes?

No, no siempre es así, sino que el trastorno bipolar puede presentarse a cualquier edad, aunque generalmente comienza en la segunda década de la vida. Sin embargo, cuando aparece en edades avanzadas debemos descartar

que esté producido por una enfermedad orgánica o por una causa tóxico-infecciosa.

El trastorno bipolar, ¿puede afectar a todas las razas y culturas?

Sí, se han descrito casos indistintamente en todas las razas y culturas, lo que sucede es que en cada cultura, la manera de expresar los sentimientos, la alegría y la tristeza es distinta y ello determina que la manía y la depresión, se manifiesten de formas diferentes.

¿Por qué es más frecuente el trastorno bipolar entre personas solteras y divorciadas?

Es lógico que esto sea así, por una parte porque es una enfermedad que, como ya hemos dicho, comienza a manifestarse en personas muy jóvenes y por otra parte, porque cursa con muchos "altibajos" en el ánimo, lo que dificulta en gran medida alcanzar una situación estable a nivel sentimental y familiar.

¿Es tan importante la herencia familiar?

Sí, como ya hemos señalado se trata de uno de los trastornos psiquiátricos en los que más influyen los antecedentes familiares, de modo que en familiares de pacientes bipolares es una diez veces más frecuente el trastorno bipolar, y cinco veces más el trastorno depresivo mayor que en familiares de sujetos sanos. El riesgo viene en función del número de genes compartidos.

¿Todos los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar tienen la misma gravedad?

No, la gravedad es muy variable, así algunos enfermos cursan con numerosos episodios maniacos o depresivos, de corta o larga duración, mientras que otros no presentan más que una o dos crisis, seguidas de remisión aparente.

¿Deben tener hijos las personas con trastorno bipolar?

En la actualidad no existen pruebas genéticas de detección precoz de esta enfermedad. Si embargo, es posible que existan en un futuro próximo. No existe ninguna razón que nos haga pensar, que las personas con trastorno bipolar no deban tener hijos. Como hemos explicado, sólo se heredará cierta predisposición.

La consideración de tener hijos puede estar influida en el caso de mujeres con trastorno bipolar, por la necesidad de mantener el tratamiento de mantenimiento. Las pacientes y sus parejas deben discutir las posibilidades y alternativas con su médico.

¿Se debe el Trastorno Bipolar a los Acontecimientos Vitales que ocurren a las personas?

Los Acontecimientos Vitales parecen influir más en la provocación de nuevas fases, cuando ya el sujeto ha padecido alguna que en el origen de las primeras.

¿Pueden determinados Acontecimientos Vitales inducir una fase en el curso del Trastorno Bipolar?

No se ha comprobado ninguna asociación entre determinados Acontecimientos Vitales, tales como muerte de familiares, ganancias económicas... y la inducción de una fase.

¿Se puede predecir cómo va a evolucionar una persona afectada de un trastorno bipolar?

Con los conocimientos actuales es difícil predecir cuál va a ser la evolución en el caso de una persona concreta. Indicios de una mayor gravedad de la enfermedad pueden ser el comienzo temprano, la aparición sin circunstancias precipitantes, los antecedentes familiares de trastorno bipolar o depresión entre otros.

¿Una persona que haya sufrido una fase maníaca puede volverlas a sufrir?

Digamos que tiene más facilidad que otras personas para volverlas a sufrir, bien sea espontáneamente o desencadenada por las circunstancias. Pero es necesario insistir que el hecho de haber sufrido una fase, no obliga a la repetición de las mismas.

Quien tiene varias fases al año, ¿evoluciona siempre de forma similar?

La ciclación rápida, como se llama al hecho de sufrir varias fases en un mismo año, representa más bien un incidente en la evolución del trastorno bipolar. Por lo general, suele disminuir el número de episodios, y volver a la frecuencia con la que se presentaban antes de la aparición de la ciclación rápida, tras unos episodios de evolución.

¿Tiene alguna influencia la estación del año en la evolución del paciente bipolar?

Por lo general se admite que las fases depresivas se suelen presentar en otoño-invierno, mientras que las maníacas lo hacen en primavera-verano. De cualquier forma este es un efecto muy discreto, que resulta difícil de apreciar salvo en estudios científicos.

¿Tiene alguna influencia el ciclo lunar en el trastorno bipolar?

Ninguna que se haya podido probar, pese a lo mucho que se ha dicho al respecto.

Si una persona está en tratamiento y sufre una fase ¿significa esto que el tratamiento es inefectivo?

No, pero requiere de una nueva evaluación por parte del psiquiatra que se encarga de su tratamiento. De cualquier forma se admite que un paciente puede sufrir una fase aún con un tratamiento correcto, sin que esto lo invalide. Con lo que hay que compararlo, es con la evolución en ausencia de tratamiento.

¿Está el riesgo de suicidio limitado a la fase depresiva?

No, si bien es cierto que éste se presenta más frecuentemente en la fase depresiva, hay que considerar que una cuarta parte de los pacientes bipolares que se suicidan, lo hacen durante la fase maníaca.

¿Se deteriora el paciente bipolar como lo hace el paciente esquizofrénico?

El paciente bipolar no se deteriora como el esquizofrénico. Pero sí que pueden existir importantes repercusiones a niveles familiar, social, económico... que hay que considerar.

¿Cuándo se debe iniciar el tratamiento con Litio u otro medicamento estabilizador?

Normalmente se considera que éste se debe iniciar, cuando haya habido un mínimo de tres episodios en los últimos dos años. Sin embargo, pueden existir variaciones en algunos casos.

¿Cuánto tiempo se debe seguir el tratamiento con Litio o con otro estabilizador?

El tratamiento debe durar años. El psiquiatra puede decidirse a retirarlo cuando ha habido pocos episodios previos o hayan pasado como mínimo de tres a cinco años sin recaídas. Cuando se decide suspender el tratamiento, debe hacerse poco a poco. Si tras la retirada aparecen nuevas recaídas, se debe planificar un tratamiento de más duración.

¿Cómo se diagnostica el Trastorno Bipolar?

El Trastorno Bipolar se diagnostica por los síntomas que relatan el paciente y su familia, y por las características de la conducta del paciente.

¿Hay alguna analítica, o exploración, o “prueba” que permita el diagnóstico del Trastorno Bipolar?

No, el diagnóstico del Trastorno Bipolar se realiza mediante la clínica, es decir, los síntomas del paciente. Las pruebas diagnósticas que se solicitan pretenden aclarar que los síntomas que observamos, no se deben a una enfermedad no psiquiátrica, que requiriese otro tratamiento que los psicofármacos (medicamentos que tratan las alteraciones de la conducta, y los síntomas psiquiátricos).

¿El Trastorno Bipolar, puede diagnosticarse mediante T.A.C., Electroencefalograma, Resonancia Magnética Nuclear, o analíticas de sangre?

No, el Trastorno Bipolar se diagnostica mediante la clínica; es decir, los síntomas del paciente.

¿El Trastorno Bipolar es una consecuencia de niveles bajos del litio “natural” en la sangre?

No, los niveles “naturales” de litio en la sangre son indetectables. Sin embargo, las sales de litio se usan para tratar el Trastorno Bipolar.

¿Quién tiene la culpa de que una persona desarrolle esta enfermedad?

Nadie tiene la culpa de que el paciente sufra esta enfermedad, que es tan “física” como un cáncer, el asma, o una bronquitis, y tan “injusta” como cualquier otra enfermedad. Ni el propio paciente, ni sus padres, ni la educación o el trato que le dieron, ni la calidad de su infancia, ni las esposas, esposos, suegros, cuñados, la mili, o los desengaños amorosos, son la causa de esta enfermedad.

¿Qué diferencia existe entre una depresión “normal” y el Trastorno Bipolar?

En el Trastorno Bipolar hay episodios depresivos “normales”, pero los pacientes han sufrido también, además, episodios maníacos (episodios de exaltación del humor).

¿Dónde lograr ayuda?

Cuando una persona desarrolla un trastorno como el bipolar, a menudo sobrecogedor en sus manifestaciones, se observa tanto en el paciente como en los familiares un estado de desamparo. El desconocimiento de lo que ocurre, la información inadecuada, la necesidad de buscar una salida hace que las repercusiones en el estado de ánimo de los que rodean al enfermo sean patentes. En este sentido, el concurso de personas que ya han pasado por la misma situación puede ser inestimable. A esto hay que añadir la especial situación de la asistencia en Salud Mental que se da en nuestra comunidad. Solo la unión de los interesados puede lograr que esta situación se resuelva. Por ambas razones es aconsejable asociarse. La asociación que reúne a todas ellas es la Federación Valenciana de Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEVAFEM) cuya dirección es la siguiente:

FEDERACIÓN VALENCIANA DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES (FEVAFEM)

C/. Ribera, 7, 4º Izqda. - 46002 Valencia

Tel.: +34 96 394 10 17 - Fax: +34 96 352 85 22

Si usted se encuentra en otra comunidad autónoma, las direcciones son las siguientes:

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES (FEAFES)

C/. Francisco Silvela, 51, 3º Dcha. - 28028 Madrid

Tel.: +34 91 402 70 14 - Fax: +34 91 402 59 05

**FEDERACIÓN ANDALUZA DE ALLEGADOS DE ENFERMOS
ESQUIZOFRÉNICOS (FANAES)**

C/. Villegas y Marmolejo, 2 Portal M - 41005 Sevilla
Tel. y Fax: +34 95 466 35 09 / 95 466 33 14
E-mail: jcparejo@correo.cop.es

**FEDERACIÓN BALEAR DE FAMILIAS DE ENFERMOS PSICÓTICOS
(FEBAFEP)**

C/. Vinyassa, 12 C - 07005 Palma (Mallorca)
Tel.: +34 971 46 00 13 / 971 46 35 45 / 971 77 12 29

**FEDERACIÓN CASTELLANO-LEONESA DE FAMILIARES
DE ENFERMOS MENTALES (FECLLEN)**

C/. López de Gomara, 30 - 47008 Valladolid
Tel.: +34 983 21 14 83

**FEDERACIÓN CATALANA DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES
DE ENFERMOS MENTALES (FECAFAMM)**

C/. Art, 7 y 9 - 08041 Barcelona
Tel. y Fax: +34 93 435 17 12

**FEDERACIÓN DE EUSKADI DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES
Y ENFERMOS PSÍQUICOS**

C/. Biarritz, 14, 4ª planta - 48002 Rekaldeberri, Bilbao
Tel. y Fax: +34 94 410 09 77

FEDERACIÓN MADRILEÑA PRO SALUD MENTAL (FEMASAN)

C/. Magdalena, 8, 1º Izqda. - 28012 Madrid
Tel.: +34 91 528 19 85 - Fax: +34 91 530 31 03
E-mail: diazaranda@correo.cop.es
Web: <http://www.arrakis.es/~fvidondo>

ASOCIACIONES DE BIPOLARES

ASSOCIACIÓ DE BIPOLARS DE CATALUNYA

C/ Cuba, 2. Hotel d'Entitats Can Guardiola 08030 Barcelona.

Tels. 93 4274424 y 93 2741460

Fax. 93 2741392

Correo Electrónico: cen00abc@jazzfree.com

Página Web: <http://tec.upc.es/intre/manich.htm>

Dirección Correo Electrónico: manich@eel.upc.es

ASOCIACIÓN BIPOLAR DE MADRID

C/ Martínez Campos, 36, metro Iglesia, 28010, Madrid.

Tel. 91 3195260 (miércoles y viernes de 18.30 a 20.30)

Apartado de Correos: 29116. 28080. Madrid

ASSOCIACIÓ DE BIPOLARS DEL BAGÈS-BERGUEDÀ I SOLSONÈS

Tel. 93 8742112

FUNDACIÓN BIPOLARES DE LA ARGENTINA. FUBIPA

Colegio Marianista. Avenida Rivadaria 5652. Capital Federal. Argentina.

¿Dónde lograr más información?

En nuestro país estamos aún muy alejados de lo que ocurre en el mundo anglosajón en lo que a libros de divulgación se refiere. Hasta donde hemos podido comprobar, no existe ningún libro que trate de divulgar en profundidad acerca de los trastornos bipolares. Posiblemente, el folleto que ahora tiene en sus manos es el único en papel publicado en España. Es nuestro propósito en un futuro cercano elaborar una "Guía para pacientes y familiares de afectos de Trastorno Bipolar".

En el mundo actual, la revolución que Internet ha introducido en el acceso a la información ha producido grandes modificaciones. Cualquier persona con acceso a Internet, tiene unas posibilidades de manejar una cantidad de información que ni siquiera se podía soñar antes, aunque no por ello está exento de riesgos, pudiéndose obtener datos erróneos que no han pasado ningún filtro de calidad. Además, casi toda la información está en inglés. Esto puede remediarse con algunos programas como Babilon que traduce las páginas del Inglés al Castellano, pero las traducciones de temas técnicos –y éste lo es– son más difíciles que las los temas cotidianos. Lo cierto es que los resultados de las traducciones automáticas dejan aún mucho que desear.

Recientemente ha aparecido una página en castellano que permite un acercamiento. La dirección es:

EL FOLLETO DEL PACIENTE BIPOLAR Y LA FAMILIA

<http://www.psychguides.com/bphs.html>

Otra dirección útil donde obtener información:

<http://www.psiquiatria.com/bipolar>

Pese a todas las limitaciones impuestas por el idioma, no nos resistimos a ofrecer una buenas direcciones de Internet que podrán servir de punto de partida para una navegación más eficaz:

BIPOLAR DISORDERS INFORMATION CENTER

<http://www.yourmind.com/bipolar/index.html>.

PENDULUM'S BIPOLAR DISORDER

<http://www.pendulum.org>

MERCURIAL MADNESS

<http://www.mindspring.com/~hugman/madness>

MOODSWING.ORG

<http://www.moodswing.org/index.shtml>

En el Hospital La Fe de Valencia, se está gestando una página de Internet en la cual se incluirá tanto este folleto como información más específica para profesionales.

Bibliografía

Como ya hemos dicho, al contrario de lo que nos encontramos en inglés, no existe en castellano ninguna obra de divulgación dirigida a los trastornos bipolares. Por ello, lo único que podemos ofrecer es una bibliografía técnica, precisamente la que hemos utilizado com punto de partida para este folleto.

- Dominguez, A.; Guillem, J.L.; Vila, M.; Pino, A. (1999) Genética y trastorno bipolar. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 205-217.
- Guillem, J.L.; Domínguez, A.; Villavicencio, D.; Mora, R. (1999) Estudio bioquímico y endocrinológico de los trastornos maníacos. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 133-161.
- Livianos, L. (1999) Curso y evolución del trastorno maníaco. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 289-312.
- Livianos, L. (1999) Valoración y cuantificación de los cuadros maníacos. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 269-288.
- Livianos, L.; Rojo, L. (1999) (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, 362 pp.
- Magraner Gil, B. (1999) Teoría y clínica de las manías: una perspectiva psicoanalítica. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 79-100.
- Medina León, A.; Moreno Díaz, M.J. (1999) Antropología existencial de la manía. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 219-229.

- Mora, R.; Dominguez, A.; Pino, A.; Guillem, J.L. (1999) Estudios neuropsicológicos del trastorno maníaco. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 193-204.
- Mora, R.; Guillem, J.L.; Pino, A.; Villavicencio, D. (1999) Estudios neurofisiológicos del trastorno maníaco. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 163-192.
- Pino, A. (1999) Criterios diagnósticos y taxonomía de los trastornos maníacos. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 231-258.
- Pino, A.; Villavicencio, D.; Mora, R.; Vila, M. (1999) Diagnóstico diferencial del tipo clínico maníaco. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 259-267.
- Rey, A. (1999) Historia del concepto de manía. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 19-28.
- Rojo Sierra, M.; Rojo, L.; Livianos, L. (1999) Análisis psicopatológico del tipo clínico maníaco. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 29-39.
- Rojo, L. (1999) Tratamiento de los trastornos maníacos. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 313-362.
- Vila, M.; Villavicencio, D.; Guillem, J.L.; Dominguez, A. (1999) La manía secundaria. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 101-132.
- Villavicencio, D.; Vila, M.; Dominguez, A. (1999) Epidemiología de manía. En: Lorenzo Livianos y Luis Rojo (Editores) *El Tipo Clínico Maníaco*. Madrid, Beecham Ediciones, pp. 41-78.

