



BUENAS PRÁCTICAS



EL CUIDADO Y LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA
PERSONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR



**GOBIERNO
DE ARAGON**

Departamento de Sanidad,
Bienestar Social y Familia

Manual para el cuidador

BUENAS PRÁCTICAS
EL CUIDADO Y LA PROMOCIÓN DE
LA AUTONOMÍA PERSONAL EN EL
TRASTORNO BIPOLAR

 Manual para el cuidador



BUENAS PRÁCTICAS

EL CUIDADO Y LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Manual para el cuidador

Edita:
Gobierno de Aragón
Departamento de Servicios Sociales y Familia
Dep. Legal: Z-649-2013

Autores: José Ramón Bellido Mainar y Patricia Sanz Valer
Coordinación y Revisión de la serie:
COPTOA. Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón
Diseño y maquetación: Ana Belén Barranco Sánchez
Ilustraciones: Ana Belén Barranco Sánchez

Agradecimientos.

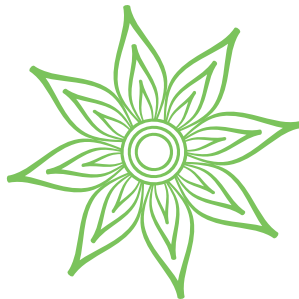
Quisiéramos agradecer a la Dirección General de Atención a la Dependencia del Gobierno de Aragón y al Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón su confianza en este ambicioso proyecto dedicado a cuidadores de personas en situación de dependencia, a Arantxa Ruiz por sus correcciones y a Ana Belén Barranco por su excelente trabajo profesional en la ilustración y maquetación.

A los pacientes que me han dado lo mejor de ellos, a mi familia por su lealtad y a todos los compañeros de trabajo que he conocido a lo largo de mi experiencia laboral por haberme permitido aprender de ellos.

José Ramón

A Fernando y mi familia, por creer en mí y demostrármelo día a día. A los compañeros del Hospital Santa María, por haber sido una suerte y un placer trabajar y aprender con ellos. A los pacientes, por haberme enseñado tantas cosas importantes.

Patricia

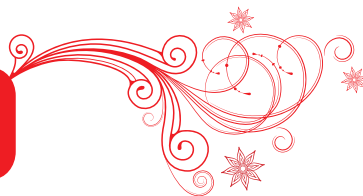


**EL CUIDADO Y LA PROMOCIÓN DE
LA AUTONOMÍA PERSONAL EN EL
TRASTORNO BIPOLAR**





INTRODUCCIÓN



El **trastorno bipolar** o **trastorno afectivo bipolar** es un trastorno que provoca una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo, acentuando y agravando los cambios habituales requiriendo, incluso, de hospitalización. Aparece principalmente en la edad adulta y algunos estudios hablan de una prevalencia de un 5% en la población mundial.

La severidad de los síntomas en las fases de manía y depresión impactan en la **capacidad funcional** de la persona afectando a todas sus áreas, tanto en sus actividades diarias, como en su descanso, sus relaciones con los demás e incluso consigo mismo. Esta afectación de la capacidad funcional de la persona requerirá, por tanto, de una **intervención global** de todas esas áreas y, posteriormente, en fase de estabilización la prevención de recaídas será fundamental para evitar el deterioro funcional de la persona diagnosticada de trastorno bipolar.

Actualmente, la enfermedad mental en general, y el trastorno bipolar en particular continúan siendo una fuente de desconocimiento, inseguridades, miedos y dudas, sobre **qué es y cómo puede afrontarse**. A pesar de que cada día son más las investigaciones y avances científicos tanto en el ámbito farmacológico como en el terapéutico, la realidad es que las personas que continúan enfrentándose diariamente sin descanso a la enfermedad son el propio afectado y sus familiares. En nuestra experiencia clínica, como terapeutas ocupacionales, con personas con trastorno bipolar hemos podido comprobar como a veces el mismo afectado desconoce hasta que punto cuestiones cotidianas diarias a las que no damos demasiada importancia pueden influir a favor o en contra de su proceso de recuperación.

Esta guía surge justamente con este fin, poder **dar respuestas** a cómo el día a día de la persona, las actividades que realiza, los proyectos que intenta llevar a cabo y los objetivos que se plantea, pueden ser medios para **favorecer su recuperación, su autonomía y mejorar su satisfacción personal**. El objetivo último es dar herramientas al cuidador para poder ayudar a su familiar afectado, sin perder de vista, que la implicación activa de este último es fundamental para lograr cualquier mejoría.

La mayoría de los ejemplos, propuestas y estrategias sugeridas han sido seleccionadas respetando fielmente la realidad de afectados y familiares con los que hemos trabajado y también la intimidad de los mismos. Hemos tratado de facilitar situaciones que los lectores fácilmente puedan identificar en sus familiares, en su día a día con el objetivo de que puedan resultar reales, cercanas y útiles. De esta forma se pretende facilitar un mejor entendimiento y aceptación de la enfermedad. El fin último que deseamos es que todas estas aportaciones puedan contribuir a mejorar la autonomía personal y la calidad de vida de los afectados y sus familiares.



ÍNDICE



1. ¿Qué es el Trastorno Bipolar?

09

Tipos de fases o episodios	11
Tipos de trastorno bipolar	16
Pronóstico	17
Factores precipitantes/mantenedores de la enfermedad	18
Importancia del diagnóstico precoz	20
Prevalencia	22
Tratamiento	22

2. Dificultades y limitaciones que puede causar el trastorno bipolar en la vida diaria en la fase depresiva

27

Actividades de la Vida Diaria	30
Actividades de la Vida Diaria Instrumentales	32
Estudios y Trabajo	34
Ocio y Tiempo Libre	36
Participación Social	36

3. Dificultades y limitaciones que puede causar el trastorno bipolar en la vida diaria en la fase maníaca.

39

Actividades de la Vida Diaria	42
Actividades de la Vida Diaria Instrumentales	43
Estudios y Trabajo	44
Ocio y Tiempo Libre	45
Participación Social	46

4. Consideraciones fundamentales para mejorar el curso de la enfermedad

49

5. Principios básicos para favorecer la autonomía personal del familiar 61

Actividades de la Vida Diaria Básicas	64
Actividades de la Vida Diaria Instrumentales	68
Trabajo/estudios	70
Ocio/participación social	75

6. Pautas generales para la “buena práctica” 79

Cómo cuidar al familiar con trastorno bipolar	81
Cómo cuidar al inicio de los episodios	83
Recomendaciones al inicio de un episodio de manía	85
Recomendaciones al inicio de un episodio de depresión	87
Cómo cuidar durante los episodios	88
Recomendaciones durante un episodio de manía	88
Recomendaciones durante un episodio de depresión	89
Cómo cuidar durante la hospitalización	90
Cómo cuidar tras los episodios	91
Cómo cuidar durante los periodos de riesgo	92

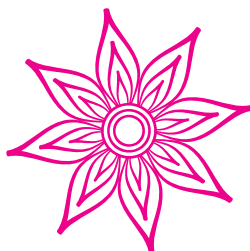
7. Decálogos del cuidador 95

Para cuidarse usted...	98
Para cuidar mejor...	99

8. Recursos 101

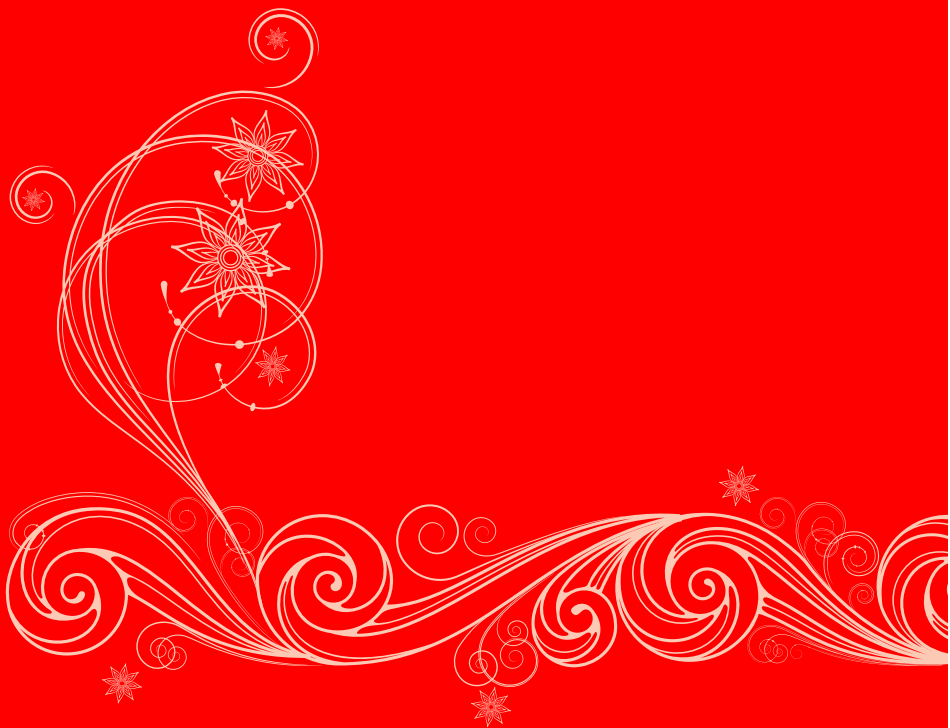
del SAAD	103
además...	104
directorío	108

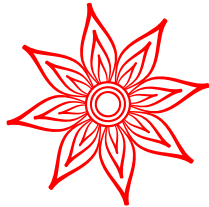
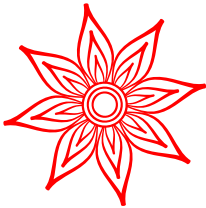
más información 114





1. ¿Qué es el trastorno bipolar ?





¿Qué es el trastorno bipolar?

El **trastorno bipolar** o **trastorno afectivo bipolar** es un trastorno que afecta a los mecanismos que regulan el estado de ánimo provocando un aumento o descenso excesivo del mismo. Es una enfermedad episódica, es decir, se producen episodios muy diferenciados que alternan fases de excitación o estado de ánimo elevado (manía o hipomanía) con fases de intensa tristeza (depresión) o incluso se superponen dando lugar a una combinación de síntomas de ambas fases (episodio mixto).

Las características más importantes que debemos conocer para poder entender el trastorno y así ayudar a una persona con este diagnóstico son las siguientes:

- Es un **trastorno orgánico** causado por alteraciones biológicas del cerebro.
- Es un trastorno **crónico** por lo que será fundamental, aunque sólo se haya presentado un episodio, considerar siempre una serie de precauciones para que no se repitan estos episodios.
- **Requiere tratamiento biológico** con medicamentos que regulan el funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales durante temporadas muy largas, o de por vida en los casos en los que exista una tendencia a recaídas constantes.
- El diagnóstico se realiza por criterios clínicos: la existencia de un solo episodio maníaco es suficiente para diagnosticar un trastorno bipolar.

Tipos de fases o episodios

Como hemos mencionado en la introducción, en el trastorno bipolar se alternan o superponen una serie de fases o episodios que se caracterizan por la presentación de unos síntomas concretos que son los que ayudan a diagnosticar el trastorno. Para ello los psiquiatras se basan en los **criterios diagnósticos** de un

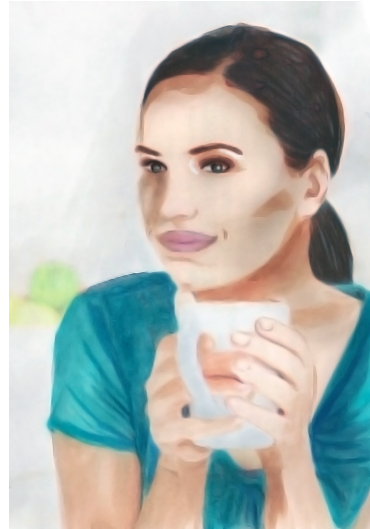


manual de psiquiatría denominado DSM-IV. A continuación, basándonos en este manual, trataremos de describir los síntomas de cada uno de estos episodios de manera clara, evitando utilizar términos excesivamente médicos o complejos:

- **Episodios depresivos:** durante estas fases están presentes **cinco o más** de los siguientes síntomas (uno de ellos deberá ser 1. o 2.) durante dos semanas casi cada día o la mayor parte del día, suponiendo un **malestar clínicamente significativo** y un **cambio** respecto a la actividad previa habitual de la persona que causa un deterioro social, laboral o de otras áreas:
 1. Estado de ánimo depresivo.
 2. Disminución del interés o la capacidad para el placer en las actividades.
 3. Pérdida o aumento importante de peso o de apetito.
 4. Insomnio (falta de sueño) o hipersomnia (exceso de sueño).
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores observables.
 6. Fatiga o pérdida de energía.
 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados.
 8. Disminución en atención, concentración o capacidad para pensar, o indecisión.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico ni una tentativa.



- **Episodios de remisión o eutimia:** son periodos en los que el **estado de ánimo se va normalizando** y los síntomas de la enfermedad desaparecen prácticamente por completo. A pesar de ello es imprescindible continuar atento a la aparición de síntomas, tomando la **medicación preventiva y las precauciones** necesarias de las que hablaremos en los próximos capítulos.



- **Episodios maníacos:** son periodos caracterizados por un estado de ánimo anormal y persistentemente **elevado, expansivo o irritable** durante al menos una semana o incluso menos si necesita hospitalización o presenta síntomas psicóticos. Los síntomas psicóticos más frecuentes son las alucinaciones, que se caracterizan por que la persona oye voces o ve cosas o personas que no son reales, y los delirios, en los que la persona tiene ideas, creencias o siente amenazas o persecuciones que tampoco se corresponden con la realidad.

Por tanto, los episodios maníacos se caracterizan por que en ellos se presentan **más de tres** de los siguientes síntomas en



un grado significativo llegando a provocar **deterioro** laboral o social:

- Autoestima exagerada o grandiosidad.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Más hablador de lo habitual o verborreico (por ejemplo, habla de manera muy rápida y muy difícil de interrumpir).
- Fuga de ideas (sucesión rápida de fragmentos del pensamiento en la que se dan variaciones rápidas y bruscas del tema, asociaciones de ideas disparatadas y hay una gran dificultad para alcanzar una conclusión pudiendo llegar a ser un discurso desordenado, incoherente e inteligible) o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
- Distraibilidad, que es la dificultad para mantener la atención o la fácil y excesiva distracción ante mínimos estímulos externos poco importantes o relevantes.
- Aumento de la actividad social, laboral o sexual o agitación psicomotora (actividad del pensamiento y motora excesiva asociada a una sensación de tensión interna que se manifiesta, por ejemplo, caminando velozmente, moviéndose nerviosamente, dificultad para permanecer sentado...).

- Implicación excesiva en actividades placenteras con altas probabilidades de producir consecuencias graves (por ejemplo, realizar compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas excesivas e inadecuadas).



- **Episodio hipomaníaco:** es un periodo diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual presentando al menos **tres síntomas** de los mencionados en el episodio maniaco. La diferencia con el anterior es que el episodio **no es tan grave como para provocar un deterioro** laboral o necesitar hospitalización, en un principio no aparecen síntomas psicóticos.



- **Episodios mixtos:** son episodios caracterizados por un **estado de ánimo mezclado** con aspectos de euforia y aspectos de depresión simultáneamente, se producen síntomas de los dos episodios durante al menos una semana casi diariamente. La alteración es bastante grave como para provocar un deterioro laboral o social o para necesitar hospitalización o hay síntomas psicóticos. Son especialmente complejos, sobre todo si cursan con ideación depresiva, pues existe una mayor posibilidad de que el paciente pase a la acción y **realice tentativas de suicidio**.



Tipos de trastorno bipolar

Según los episodios de exaltación sean “maníacos” o “hipomaníacos”, los trastornos bipolares pueden clasificarse en:

- **Trastorno afectivo bipolar tipo I**, se caracteriza por la presencia o historia de uno o más episodios de manía y de al menos un episodio depresivo mayor. También pueden darse episodios de hipomanía y mixtos.
- **Trastorno afectivo bipolar tipo II**, se caracteriza por la presencia o historia de uno o más episodios depresivos mayores y al menos un episodio hipomaníaco. En éste no se da ningún episodio maníaco ni mixto.

- **Trastorno ciclotímico o ciclotimia:** es una alteración crónica (de al menos dos años) y con fluctuaciones, con numerosos períodos que comportan síntomas hipomaniacos y síntomas depresivos. Ni unos ni otros tienen la gravedad ni la cantidad suficiente como para hablar de una fase hipomaniaca o de una fase depresiva.

Pronóstico del trastorno bipolar

El diagnóstico precoz es el primer factor que condiciona el buen pronóstico de la persona que padece un trastorno bipolar. El **diagnóstico tardío** es lamentablemente bastante común y es una de las condiciones que más empeoran la evolución de la enfermedad, especialmente cuando aparece durante la adolescencia. En numerosas ocasiones el diagnóstico se dificulta porque los síntomas no son identificados como patológicos o son atribuidos a cambios del estado de ánimo relacionados con la situación vital de la persona

Mayoritariamente, **cuando la enfermedad está correctamente diagnosticada y tratada, el enfermo puede funcionar de manera adecuada en su vida cotidiana y puede mantener su trabajo**, con un riesgo de recaída bastante bajo. Generalmente, la mayoría de los pacientes no presentan síntomas entre las fases.

Sin embargo, **cuando la patología no es diagnosticada ni tratada farmacológicamente, la enfermedad sigue su curso y empeora**. Los episodios aumentan en frecuencia y severidad provocando un deterioro notable en el funcionamiento de la persona en las diferentes áreas de su vida.



Factores precipitantes y mantenedores de la enfermedad

Según la descripción de la mayoría de autores relevantes, como José Manuel Montes, el trastorno debuta de forma característica al inicio de la edad adulta, aunque tampoco son raros los casos juveniles e incluso infantiles, así como los que se inician por encima de los 50 años.

Este autor destaca también que el trastorno bipolar es una **enfermedad poligénica** (como muchas en medicina), es decir en la que entran en juego varios genes y que interaccionan con el ambiente de tal forma que éste es el que va a permitir o modular la expresión última de la enfermedad. Por lo tanto, además de los genes, se tienen que dar una serie de circunstancias precipitantes o desencadenantes externas para que aparezca la enfermedad.

¿Cuáles son estos factores?

1. Cuando comienza por primera vez la enfermedad es frecuente que sea precedida por una situación vital estresante: pérdida de empleo, ruptura de pareja, muerte de una persona significativa, etc.
2. Consumo de cualquier tipo de drogas: alcohol, cocaína, cannabis, etc.)
3. La toma de determinados fármacos de la familia de los corticoides
4. Alteraciones hormonales que suceden en el periodo de posparto.

El trastorno bipolar es una enfermedad **de curso crónico** que necesita de unas pautas de conducta estables en el tiempo y cuyo incumplimiento ocasionan un mantenimiento de la enfermedad.

¿Cuáles son estos factores mantenedores de la enfermedad?

1. Mal cumplimiento o abandono del tratamiento psicofarmacológico.
2. Un desequilibrio acusado en el ciclo: actividad-sueño-descanso.
3. Consumo de drogas.
4. Invertir un exceso de horas en actividades en que se exige un resultado eficaz, como son las de trabajo, estudio, etc.
5. Abandonar las actividades de ocio y tiempo libre que permiten una desconexión de las preocupaciones y el cansancio acumulado a lo largo del día.
6. Aislamiento social.

FACTORES PRECIPITANTES

Situación vital estresante
Algunos fármacos de la familia de los corticoides
Alteraciones hormonales posparto
Consumo de cualquier tipo de drogas

FACTORES MANTENEDORES

Mal cumplimiento o abandono del tratamiento
Desequilibrio del ciclo actividad-sueño-descanso
Consumo de drogas
Inversión excesiva de tiempo en actividades de gran exigencia
Abandono de actividades de ocio y tiempo libre
Aislamiento social





Importancia del diagnóstico precoz

Según Eduard Vieta, otro autor relevante en relación al trastorno Bipolar, en el momento actual no existe ninguna exploración o prueba que nos lleve al diagnóstico de la enfermedad. El diagnóstico siempre se lleva a cabo mediante la historia clínica y los datos que puedan aportar los familiares. En este sentido, se diagnostica el trastorno bipolar siempre que un paciente ha presentado al menos una fase depresiva y otra fase hipomaníaca o maníaca.

En general, podemos afirmar que el riesgo de que los hijos de personas que padecen un trastorno bipolar presenten también esta enfermedad es mayor que para los hijos de las personas que no la padecen. El riesgo para los hijos de los afectados se sitúa cerca del 20%, lo que quiere decir que el niño tiene más posibilidades de no padecer el trastorno (80%) que de padecerlo (20%).

Por tanto, realizar un diagnóstico de trastorno bipolar antes de que aparezcan los síntomas no es posible en este momento. Pero lo que sí que es posible y, además, de vital importancia es la **detección precoz** de nuevos episodios maníacos, depresivos o mixtos una vez que la persona ha presentado la enfermedad. A través de la **psicoeducación** se enseña a los pacientes y a los familiares a identificar cuáles son los signos o señales previas que presenta cada paciente antes de iniciar una recaída ya que permitirá a los servicios de salud mental una intervención rápida que evite una recaída.



Ejemplos de señales de alarma:

1. Aumento de gastos innecesarios.
2. Aumento de las actividades que implican relaciones sociales.
3. Disminución de las horas de sueño y descanso.
4. Una expresión más acusada de las emociones y sentimientos.
5. Aumento de las actividades productivas.
6. Aumento brusco del deseo sexual.
7. Irritabilidad.
8. Fatiga, cansancio, apatía.
9. Consumo de tóxicos.
10. Dificultades de atención y concentración.
11. Aumento de las actividades físicas.

Habitualmente se realiza un énfasis especial en la **detección precoz de los síntomas hipomaníacos y maníacos** por las siguientes razones:

1. La rapidez con la que los pródromos (señales de alarma) de hipomanía se convierten en un episodio completo de manía es mucho más rápido que en el caso de la depresión, en el que los síntomas subdepresivos cristalizan mucho más tarde en un episodio depresivo.
2. Se dispone de fármacos rápidos y de acción prácticamente inmediata para frenar el inicio de un episodio maníaco.
3. La mayor parte de los pacientes tienen dificultades para identificar un episodio hipomaníaco.





Prevalencia

La prevalencia es la proporción de individuos de un grupo o población que presentan una característica o evento determinado, en el caso que nos ocupa, el trastorno bipolar.

Depende de los criterios que se utilicen para diagnosticar el trastorno bipolar, pero si consideramos formas más blandas, denominadas del espectro bipolar, pueden llegar hasta el 5% de la población mundial.

La enfermedad está distribuida por todo el mundo, afectando por igual a distintas razas, clases sociales, economías, etc.

Tratamiento

El trastorno bipolar es uno de los trastornos psiquiátricos para los que existen más recursos farmacológicos y en el que más se ha avanzado en los últimos años. **El objetivo del tratamiento es la estabilización anímica y la evitación de recaídas.**

Es fundamental destacar que cualquier cambio, modificación e introducción de fármacos, ya sean psicofármacos u otros, tiene que ser informado y controlado por el psiquiatra de referencia.

- Tratamiento de mantenimiento

Los fármacos utilizados en el tratamiento de mantenimiento “regulan” el estado de ánimo y evitan las recaídas tanto maníacas como depresivas; son los llamados EUTIMIZANTES O ESTABILIZADORES del estado de ánimo, que el paciente deberá tomar a largo plazo. El más utilizado es el LITIO.

El litio ayuda a prevenir la aparición de fases sobre todo maníacas, pero también depresivas. La dosis de litio que necesita cada paciente es diferente, es decir, la dosificación debe ser personalizada.

En aquellas ocasiones en las que el paciente no puede seguir el tratamiento con litio, existen otros **eutimizantes** que se han usado tradicionalmente para el tratamiento de la epilepsia y que se ha demostrado que también previenen recaídas del trastorno bipolar. Algunos medicamentos que realizarán la función estabilizadora serían: *el ácido valproico, la carbamazepina, la lamotrigina, la oxcarbazepina y el topiramato.*

- Tratamiento de los episodios depresivos

En las fases depresivas se utilizan fármacos denominados antidepresivos, que contribuyen a mejorar el ánimo y la desesperanza. En el trastorno bipolar los **antidepresivos** siempre implican un riesgo de inducir un cambio de estado, de depresión hacia manía o hipomanía, denominado **riesgo de viraje**. Es por ello que los antidepresivos son utilizados generalmente en dosis bajas y con una vigilancia exhaustiva. Los más empleados son los inhibidores de la recaptación de la serotonina (*fluoxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, paroxetina o fluvoxamina*) por tener menos riesgo de inducir fases maníacas.



- Tratamiento de los episodios maníacos

Los fármacos utilizados para evitar los síntomas de “subida” o euforia típicos de estos episodios son los como **ANTIMANÍACOS, ANTIPSICÓTICOS O NEUROLÉPTICOS**. Los más conocidos son: la risperidona, la ziprasidona, la olanzapina, la quetiapina, el aripiprazol, la clozapina y el amisulpiride.

- Tratamiento y embarazo

El Dr. José Manuel Montes destaca que algunos de los fármacos utilizados en el tratamiento del trastorno bipolar como el valproato o el litio se asocian con un riesgo de aumento de malformaciones en el feto. Lo recomendable es evitar tomar fármacos, especialmente durante el primer trimestre del embarazo y tratar de que éste se produzca de una forma planificada, reduciendo de forma gradual el tratamiento hasta su suspensión. Sin embargo, no debemos olvidar que debemos **considerar los riesgos y los beneficios** tanto de tomar como de suspender la toma de medicación.



Este mismo autor nos recuerda que, a pesar de no haber gozado de buena prensa por su uso indiscriminado en el pasado, la terapia electroconvulsiva resulta un tratamiento muy eficaz allí donde los fármacos han fracasado. Además, prueba de su seguridad es que generalmente es el tratamiento de elección durante el embarazo.

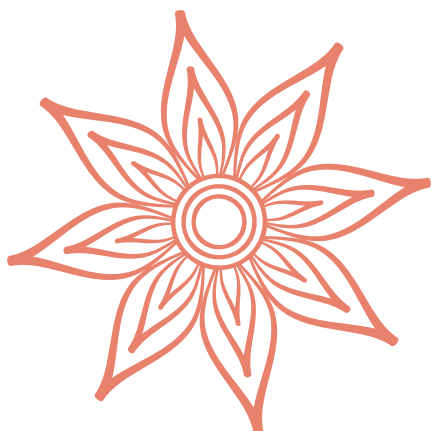
- Otros Tratamientos no farmacológicos

Los tratamientos psicológicos más utilizados en el trastorno bipolar son: la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar y sobre todo la psicoeducación. Todos ellos son un tratamiento complementario eficaz junto con el tratamiento farmacológico.

La **psicoeducación** tiene como objetivo enseñar al paciente numerosos aspectos de la enfermedad que le ayuden a convertirse en un colaborador activo en el manejo de la misma. En palabras de E. Vieta y F.Colom, referentes de la psicoeducación en el trastorno bipolar en España, entre los objetivos de estos grupos se encuentran: “aprender a mantener estilos de vida regulares y hábitos sanos, detectar síntomas iniciales de recaída, evitar en la medida de lo posible someterse a situaciones estresantes, realizar actividades lúdicas que favorezcan la relajación, conocer los efectos nocivos del incumplimiento terapéutico o mejorar el conocimiento de los fármacos empleados y de sus efectos secundarios para reducir su abandono”.

El tratamiento de **terapia ocupacional** pretende apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso de la persona con la ocupación. **Esta ciencia nos demuestra que cuando una persona es capaz de comprometerse en la realización de aquellas actividades diarias y ocupaciones que desea y necesita hacer, tanto la organización de su vida diaria, como su salud y bienestar se fortalecen.** En relación al trastorno bipolar, mediante el uso terapéutico de la actividad, de manera grupal y/o individual, se pretende prevenir y reducir la discapacidad que resulta de la enfermedad, mejorar la adaptación de la persona para que pueda recuperar o desarrollar las tareas de sus roles y ocupaciones y trabajar hacia el logro y la autonomía de la persona.

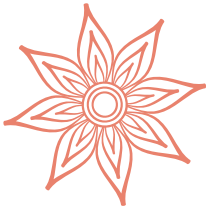






2. Dificultades y limitaciones que puede causar el trastorno bipolar en la vida diaria en la fase depresiva





Las dificultades y limitaciones que causa el trastorno bipolar en las actividades de la vida diaria no son exactamente iguales en todas las personas que sufren la enfermedad, sino que en cada persona se manifiesta con unas particularidades dependiendo, entre otros muchos factores, del grado o intensidad con el que se produce la crisis.

A pesar de ser una sola enfermedad las fases principales que se producen a lo largo de la misma son tan diferentes que generan unas dificultades y limitaciones muy distintas, por eso, en este segundo apartado abordaremos las dificultades que se generan en la fase depresiva.

Lo más característico de la fase depresiva es que se produce una **pérdida de interés** hacia las actividades habituales de la persona, incluso hacia aquellas que previamente eran muy significativas e importantes.

Por otro lado, la **falta de concentración** y la **intensa falta de energía** hacen que cualquier actividad sencilla y familiar se convierta en una gran dificultad y problema, lo cual disminuye en gran medida el nivel de actividad. La persona se siente intensamente cansada, sin ilusión ni motivación por nada y muy apática.

El **malestar** es tan **intenso** que el riesgo de suicidio es alto, por esta razón la alianza con los cuidadores es fundamental para prevenir la consumación de las conductas suicidas que suponen un riesgo vital para el paciente.

El hecho de que esta sintomatología en el trastorno bipolar se presente de forma más brusca y acusada aún añade más intensidad al grado de desconcierto del paciente y de la familia que en otros trastornos y, por tanto, aún hace más necesaria la intervención terapéutica rápida debido al **alto riesgo de suicidio** que presentan en esta fase.

La falta de información e incompreensión de la enfermedad ha hecho que en muchos momentos se etiquetara a las personas con depresión de “vagas” o “cómodas” sin poder comprender el gran sufrimiento que estos síntomas generan en la persona. Es decir, la persona no elige sentirse sin ilusión, sin motivación o sin energía, su **voluntad** está completamente **anulada** por la enfermedad. Para poder ayudar a una persona en este estado es **clave conectar con el gran sufrimiento, malestar e incapacidad** que estos síntomas generan como veremos más adelante.

Es importante tener presente que pueden tener alucinaciones auditivas y visuales o delirios congruentes con su estado de ánimo, es decir, de culpa, de pecado, de fracaso, de ruina, de enfermedad terminal...

A continuación detallaremos cómo estos síntomas afectan a las distintas esferas de la vida diaria, para ello consideraremos las categorías que se utilizan en Terapia Ocupacional y que se denominan áreas ocupacionales: actividades de la vida diaria, actividades de la vida diaria instrumentales, educación y productividad, ocio y participación social.

Actividades de la Vida Diaria

Las actividades de la vida diaria o actividades básicas de la vida diaria son actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo e incluyen actividades como la higiene personal, la ducha o baño, la higiene del inodoro, el vestido, la alimentación, la movilidad básica, la actividad sexual y el sueño.

La falta de energía y concentración provocan un **retardo psicomotor** que es claramente observable en la persona en fase depresiva; esta palabra significa que se produce un enlentecimiento tanto en el pensamiento como en la acción física o motora que genera una dificultad para iniciar y desarrollar cualquier acción.

Este enlentecimiento, unido a la **pérdida de sentido** que hemos mencionado, agrava el funcionamiento dificultando la realización de las tareas más básicas llegando a obviar incluso las normas higiénicas más elementales.

Es decir, la fase depresiva les provoca una **falta de interés y motivación** por las actividades del cuidado de sí mismos, no le encuentran sentido a este tipo de actividades, y esto, unido a que sienten que todo lo realizan de forma incorrecta, provoca que **se sientan incapaces** para cualquier actividad incluso éstas tan básicas.

En ocasiones, pueden mantener algunos hábitos si no implican gran esfuerzo, aunque existe dificultad de enfrentarse incluso ante los más sencillos pudiendo llegar al **abandono** total de ellos mismos. A su vez, el **deterioro de los hábitos** aumenta el nivel de inactividad y, éste, disminuye el nivel de energía y el estado de ánimo con lo que aún existen más dificultades para mantener estos hábitos mínimos generándose un círculo vicioso.

Normalmente la persona mostrará desinterés hacia la mayoría de estas actividades pudiendo observarse una o varias de estas **limitaciones o dificultades**:

- Se baña o ducha con mucha menos frecuencia y eficacia de la habitual.
- No elige con tanta atención las prendas de ropa o lleva repetidas veces la misma ropa.
- Se viste con colores más oscuros o sin tanta relación con su estilo personal.
- Pierde peso, no tiene apetito.
- Rechaza alimentarse, no quiere comer.

- Camina con más dificultad y lentitud.
- No se arregla apenas, tiene un aspecto descuidado
- Muestra desinterés o disminución de la actividad sexual habitual.
- Tiene insomnio, despertar temprano o duerme muchas más horas.
- Permanece muchas horas en la cama incluso durante el día.



Actividades de la Vida Diaria Instrumentales

Estas actividades están orientadas a interactuar con el ambiente y con los demás, en general son **más complejas** que las anteriores por lo que, como veremos, aún están más afectadas. En general, son más exigentes y son de un nivel mayor de dificultad por lo que a la persona aún le suponen un esfuerzo y un desgaste de energía y concentración mayor con los que en el momento de la fase depresiva no cuenta.

Entre estas actividades se incluyen: cuidar a otros (incluido mascotas), manejo del dinero, manejo de la medicación y cuidado de la salud, tareas domésticas, preparación de comidas, compras, manejo de sistemas de comunicación (teléfono...), comprar, movilidad en la comunidad y respuesta ante emergencias.

La **falta de motivación e interés**, unida a las dificultades a nivel de habilidades por el **enlentecimiento** y a la mayor complejidad de estas actividades, genera más problemas a la hora de realizar estas actividades.

Algunos ejemplos que pueden darse son:

- Dificultad para cuidar a otros por la imposibilidad para pensar, buscar soluciones, anticipar problemas o prevenir riesgos.
- Evitación de entornos comunitarios: salir a la calle, a lugares sociales.
- Aislamiento: la persona pasa mucho más tiempo en casa e intenta estar sola.
- Falta de interés y poca valoración hacia el dinero.
- Ideas de ruina o de problemas económicos no ajustados con la realidad
- Olvidos de medicación, poca atención a su salud, no acude a las citas con el psiquiatra...
- Consumo de alcohol o drogas para disminuir el malestar.
- Pérdida de sentido de la vida, ideas de suicidio.
- Abandono de las tareas de limpieza o preparación de comidas.
- No salen a comprar incluso aunque sea necesario.
- Dificultades para pedir ayuda o responder ante una emergencia.



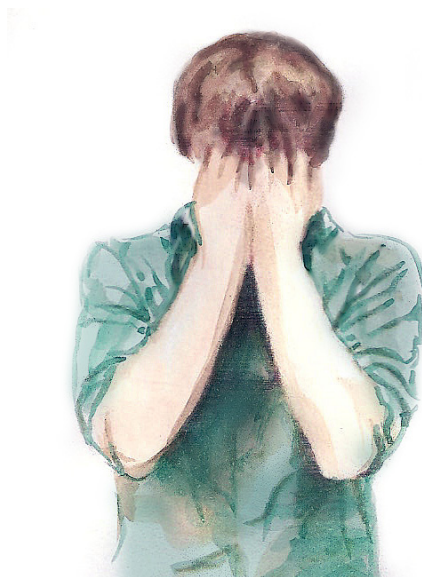
Estudios y Trabajo

Dentro del área ocupacional de **EDUCACIÓN** se incluyen todas aquellas actividades necesarias para ser un estudiante y participar en ambientes de aprendizaje, incluidos los no formales como descansos, recreos...

En esta fase se da una **imposibilidad** para desarrollar todas estas actividades, generalmente dejan de asistir a las clases de manera ocasional cuando se inician los síntomas subdepresivos hasta que progresivamente la ausencia a las mismas es total.

La persona no puede realizar estas actividades porque sus **habilidades cognitivas están muy mermadas** generando muchas dificultades para procesar la información (se dan problemas de atención, concentración, memoria, toma de decisiones, resolución de problemas...). En ocasiones, estas habilidades se encuentran también afectadas porque la persona experimenta pensamientos recurrentes de desesperanza e ineficacia. La **desmotivación, la falta de energía, interés y de iniciativa** implica que presente dificultades para iniciar cualquier tipo de actividad o tarea.

Muy relacionada con esta área ocupacional está el área del **TRABAJO** que sería un grado más de desafío y dificultad para cualquier persona adulta. Se incluyen tanto las actividades necesarias para comprometerse en empleos remunerativos como en actividades de voluntariado.



Al ser un área todavía más exigente que la Educativa, la persona con trastorno bipolar en fase depresiva también presentará **imposibilidad** para desarrollar esta área ya que desciende su rendimiento habitual de manera notable, se aíslan en las relaciones laborales requiriendo causar una baja médica antes de que se instaure la fase depresiva propiamente dicha.



La **disminución de la autoestima** y la **disminución de sus habilidades cognitivas** repercuten en el desempeño de las actividades laborales que implica el rol de trabajador. El rol de voluntariado, en muchas ocasiones, es de menor exigencia que el rol del trabajador pero igualmente no pueden cumplir ni realizar las tareas que implica.

La dificultad para cumplir con las responsabilidades de estos roles productivos provoca un gran **impacto en la identidad, sentido y estructura** de su vida cotidiana, lo cual impacta fuertemente, a su vez, en su estado de ánimo, generándose de nuevo un círculo vicioso difícil de modificar.

Ocio y Tiempo Libre

Esta área ocupacional incluye las actividades no obligatorias que son motivadas internamente y que requieren de una dedicación de tiempo diferente del dedicado a ocupaciones obligatorias como cuidados personales, trabajo o sueño.

En las fases previas subdepresivas, se observa un **abandono progresivo** de estas actividades, en especial aquellas que supongan un esfuerzo físico importante y una interacción social intensa. A medida que aumentan los síntomas de la enfermedad, la participación en estas actividades es menor ya que los síntomas impiden poder encontrar actividades de su interés, iniciar acciones y principalmente disfrutar o desconectar con estas actividades.

Otro síntoma característico de la fase depresiva es la **anhedonia** que es la dificultad para disfrutar o sentir placer en actividades o situaciones significativas. Lo cual interfiere más en la participación de estas actividades cuyo objetivo principal es el disfrute y la desconexión.

Participación social

Son actividades directamente relacionadas con la interacción y el grupo social, es decir, actividades sociales o de relación con otros (comunidad, familia, amigos...).

Estas actividades también **se abandonan progresivamente** al inicio de los síntomas subdepresivos. Al igual que las actividades de



ocio y tiempo libre, estas actividades no están tan relacionadas con la obligación o el compromiso por lo que suelen ser las que la persona tiende a evitar más tempranamente. La **alteración de la autoestima** disminuye el interés y la motivación por estar e interaccionar con otros, además presentan **dificultad** para participar en actividades que requieren la puesta en marcha de **habilidades de comunicación e interacción social**. Por otro lado, el discurso reiterativo de tristeza y desesperanza puede propiciar que las personas que le rodean no se muestren tan dispuestas a estar y relacionarse con él.

En relación con sus habilidades sociales, que son las más necesarias para desarrollar eficazmente estas actividades, algunos de los comportamientos más frecuentes son:

- No expresa emociones o refiere no sentir las.
- Expresa sentimientos de desesperanza o de ruina.
- Se muestra irritable, agitado o ansioso.
- Busca ayuda constante de otros para realizar las tareas, tomar decisiones...
- Se aísla, evita el contacto con otros.
- Lloro sin razón aparente o con mucha frecuencia.
- Expresa sentimientos de desvalorización de sí mismo.
- No habla o habla con gran esfuerzo.
- Le cuesta iniciar y mantener una conversación.
- Tiene dificultades para pedir ayuda o expresar su malestar.
- Responde con lentitud y le cuesta comprender las cosas.







3. Dificultades y limitaciones que puede causar el trastorno bipolar en la vida diaria en la fase maníaca.





El paciente en fase maníaca **se siente capaz** de cualquier cosa, lleva a cabo **gran cantidad de actividades** y se embarca excesivamente en **numerosos y nuevos proyectos** por los que previamente no prestaba ninguna atención, muchos de ellos irreales e inalcanzables. Pueden llegar a tener alucinaciones auditivas y visuales o delirios que les hacen sentir que tienen talentos excepcionales.

En esta fase, están interesados en nuevas actividades pero no pueden completar las tareas porque tienen un tiempo de atención muy breve y están muy distraídos, esto se debe a la **hipersensibilidad** que se produce ante los estímulos externos y a la aceleración del pensamiento.

Suele generar rechazo en los otros por mostrarse **muy invasivo e irrespetuoso**, tiene dificultades para escuchar propuestas o sugerencias de los otros y, en general, tiene dificultades para adecuarse y adaptarse a contextos sociales.

Otro de los problemas que se producen, que tiene gran importancia, es que debido a la **impulsividad** presentan una dificultad para valorar consecuencias y anticipar riesgos por lo que toman decisiones y resuelven problemas de manera poco adecuada llegando a ponerse en **situaciones de riesgo** a ellos mismos o a otras personas.

Debemos tener en cuenta que las personas con trastorno bipolar también pueden presentar fases de hipomanía o mixtas. Esta hipomanía se caracteriza por las mismas dificultades o limitaciones que en la fase maníaca pero algo más atenuadas y que en la fase mixta se dan simultáneamente dificultades o limitaciones relacionadas con la fase depresiva y otras relacionadas con la fase maníaca. Por ello, no nos detendremos a profundizar en la fase hipomaníaca ni mixta para simplificar y facilitar la comprensión del impacto de la enfermedad en el funcionamiento y la autonomía de la persona.

A continuación, al igual que en la fase depresiva, se detalla cómo los síntomas de la fase maniaca afectan a las distintas esferas de la vida diaria en las áreas ocupacionales mencionadas.

Actividades de la Vida Diaria

Esta fase, por tanto, sería lo opuesto a la fase depresiva, predomina un **exceso de energía, de autoestima, de actividad** pero no por ello de eficacia, que impide una realización adecuada de las actividades de cuidado personal ya que se llevan a cabo con alto nivel de impulsividad, excitación y gran rapidez sin poder prestar atención al proceso y a la secuencia correcta.

Los **horarios y rutinas se desorganizan y aceleran** de manera importante obviando las necesidades básicas como la alimentación, el sueño o los horarios laborales. Necesitan de ayuda externa para organizar una estructura mínima que les ayude a estabilizarse.

Algunos ejemplos de comportamientos que pueden observarse son los siguientes:

- Se ducha rápida e incorrectamente.
- Utiliza ropas extravagantes y llamativas.
- Falta de atención en la alimentación, obvia comidas.
- Camina y/o se mueve con gran rapidez.
- Pierde peso por el aumento de la actividad física.
- No reconoce su propio agotamiento físico.
- Descuida su aspecto físico, desaseado, desarreglado.
- Puede tener una conducta promiscua, ser infiel, obviar medidas de precaución sexual...
- Consume drogas o alcohol.
- Duerme poco o incluso nada.

Actividades de la Vida Diaria Instrumentales

La aceleración psicomotora, los problemas de atención-concentración y la desvalorización que también realiza de estas actividades hace que entren dentro de una **rutina caótica y acelerada** de la que hablábamos en el punto anterior. **Menosprecian** estas actividades porque sus sentimientos de superioridad y omnipotencia minusvaloran la importancia de estas actividades que además presentan un menor reconocimiento social.

Estos síntomas pueden observarse en las actividades de la vida diaria instrumentales en alguno o varios de estos ejemplos:

- No puede responsabilizarse del cuidado de otros o lo hacen desorganizadamente.
- Realiza compras indiscriminadas, realiza muchos regalos...
- Malgasta o agota sus tarjetas de crédito, pueden llegar a embargar o vender sus bienes y endeudarse.
- Conduce a alta velocidad, no atienden a las señales de circulación...
- Abusa de drogas o alcohol.
- No toma su medicación.
- No realiza las tareas del hogar.
- Inicia muchas tareas a la vez o inicia tareas que no finaliza.
- No cocina o lo hace de manera inadecuada.



Estudios y Trabajo

En muchas ocasiones, una de las primeras señales de alarmas de que la persona está entrando en una fase hipomaniaca es que **aumenta su implicación en el área** educativa o laboral, abandonan otras ocupaciones, dedican gran parte de su tiempo y energía disminuyendo las horas de sueño, se involucran en nuevos proyectos que van desde interesantes a extraños, peligrosos o sin sentido...



La **exacerbación del rendimiento intelectual y la percepción de un aumento de las capacidades** puede hacerles pensar que su rendimiento académico o laboral es mucho más eficaz; de hecho, en ocasiones al inicio de una fase hipomaniaca las personas de su alrededor reconocen que la persona afectada está más creativa o que tiene ideas realmente originales y brillantes. Este es uno de los problemas principales de la hipomanía: al inicio la persona se siente llena de energía, muy competente, muy resolutiva, con reconocimiento externo y una autoestima alta. Esto tiene un **componente adictivo muy potente** y la persona “se engancha” y no quiere renunciar a “bajar” ya que se siente, tal y como dicen muchas veces ellos mismos, “mejor que nunca”. Realmente es difícil renunciar a sentirse así, el problema es que si no se regula el tratamiento el paso a la manía es a una gran

velocidad y entonces aumentan los riesgos para la persona. Pueden aparecer síntomas psicóticos, es más difícil volver a estabilizarle y, sobre todo, cada recaída provoca un deterioro a nivel emocional, cognitivo y funcional que se agrava según aumenta el número de recaídas.

Las **habilidades cognitivas** (principalmente la atención, la memoria a corto plazo y el pensamiento abstracto) están seriamente **afectadas** al igual que las **habilidades sociales**, lo cual, unido a las **expectativas irreales**, imposibilita que la persona pueda participar de manera adecuada tanto en el rol de estudiante como en el de trabajador.

Ocio y Tiempo Libre

Generalmente, tienen dificultades para identificar actividades relacionadas con sus intereses y gustos personales, suelen estar interesados en muchas actividades a la vez que después no pueden llevar a cabo si exigen unos mínimos de concentración o tiempo. Su **patrón de actividades de interés está incrementado** o incluso puede mostrar gran interés por actividades que previamente eran completamente contrarias a sus gustos.

El **disfrute** de estas actividades está también **afectado** por la sintomatología ya que todas las emociones se intensifican y presentan dificultad para desempeñar actividades, juegos o deportes grupales, debido a la dificultad para aceptar normas o reglas y respetarlas y la **dificultad para relacionarse** con los otros de manera adecuada.

Tienden a elegir **actividades de riesgo** como juego, apuestas de dinero... Muchas veces la participación en estas actividades es excesiva. La sensación de omnipotencia y la necesidad de sobreestimulación les llevan a realizar elecciones con alto potencial de consecuencias negativas.

En relación con las actividades deportivas puede objetivarse una tolerancia mucho mayor al esfuerzo por el exceso de energía, tienen la impresión de “estar muy en forma” y tienen serias **dificultades para registrar el cansancio y el agotamiento.**



Participación social

La involucración en este tipo de actividades con otras personas suele ser **muy poca y sin compromiso**. Tienen dificultades para considerar el punto de vista e incluso los derechos de los otros, por lo que son actividades poco valoradas y les cuesta integrarse. Como en el resto de actividades, pueden iniciar una o varias pero surgirán problemas para sostenerlas en el tiempo.

Generalmente, al inicio de la fase, puede mostrarse extremadamente alegre, sociable y hablador, pero rápidamente acaba resultando indiscreto e impositivo.

La autoestima exagerada hace que se consideren mejores que los otros por lo que no pueden respetar y tolerar los tiempos de los demás, les parece que son lentos, poco habilidosos o que sus aportaciones u opiniones son simples y poco aceptables. Muchas veces tienden a discutir y son muy cuestionadores e invasivos.

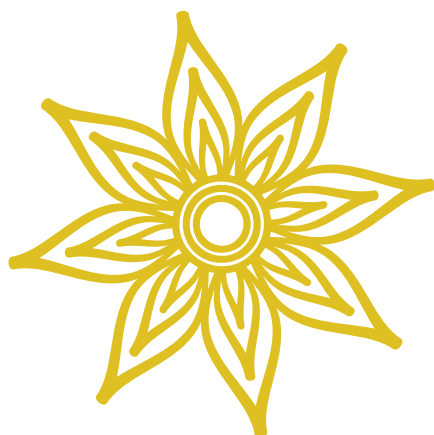






4. Consideraciones importantes para mejorar el curso de la enfermedad







Antes de comenzar a aprender a ayudar en la mejora de la autonomía hay unas **consideraciones y principios claves** que la persona con trastorno bipolar y su familia deberá conocer para mejorar la evolución de la enfermedad y favorecer la recuperación.

Es fundamental que el primer objetivo de ambos y del equipo terapéutico, tras lograr la estabilización clínica, sea **EVITAR RECAÍDAS**. Cada recaída supone un impacto emocional importante y una pérdida de funciones cognitivas que suponen una disminución progresiva de las capacidades para desempeñarse con normalidad en la vida diaria. Es por todo ello que la prevención de recaídas tiene un papel vital en el tratamiento y recuperación ya que ha sido comprobado como **a mayor aumento de recaídas aumenta también el deterioro cognitivo y funcional de la persona, se produce una peor respuesta al tratamiento y, por tanto, una peor evolución de la enfermedad** ya que cada vez las recaídas son más frecuentes e intensas.

Los aspectos que se presentan a continuación son fundamentales para disminuir estas posibilidades de recaídas, favorecer la estabilidad clínica y la evolución favorable del proceso terapéutico.

1. Conocer en profundidad la enfermedad y cómo se manifiesta en cada caso en concreto.

Para poder enfrentarse a cualquier dificultad es fundamental conocerla en profundidad. El desconocimiento y la negación de la enfermedad impiden que la persona pueda afrontarla adecuadamente y considerar los cuidados que son importantes para su bienestar.

Para lograr este objetivo es muy valiosa la ayuda que pueden prestar los **programas psicoducativos** que se llevan a cabo en asociaciones de familiares y recursos sanitarios.



Cada afectado y su familia, con la ayuda de los profesionales, deben tratar de identificar todas las señales posibles para evitar una crisis. Uno de los ejemplos más comunes suele ser la sensación de “no necesitar dormir” que puede indicar que se inicia una descompensación hipomaníaca.



2. Trabajar en la aceptación de la enfermedad

El desconocimiento del trastorno bipolar y de las enfermedades mentales en general por parte de la sociedad y de los propios afectados en muchos casos, genera que la persona diagnosticada y su entorno sienta miedo, rechazo, negación... y, sobre todo, muchas dificultades para entender y aceptar lo que le está sucediendo. Esto dificulta una buena vinculación al tratamiento lo cual empeora gravemente el pronóstico. Por ello es importante saber que el trastorno bipolar es una **enfermedad clínicamente y científicamente estudiada** que tiene tratamiento y que no determina la personalidad o identidad de la persona afectada.

La **información y ayuda necesarias** para lograr este objetivo puede recibirse de los profesionales de referencia del afectado, de los grupos de apoyo de enfermos o familiares, manuales como éste u otros publicados que se detallarán en el apartado de bibliografía.



3. No abandonar el tratamiento psicofarmacológico

La toma adecuada de la medicación es la **herramienta más efectiva para prevenir recaídas**. Los abandonos de medicación sin supervisión médica aumentan altamente las probabilidades de recaída brusca y además pueden provocar una pérdida de la efectividad del **tratamiento**, ya que la discontinuidad en la toma de la medicación estabilizadora del ánimo produce resistencia al fármaco.



4. Acudir a las citas del psiquiatra y del resto de profesionales del equipo terapéutico

La **relación de confianza** con el equipo terapéutico es básica.

Para que el tratamiento sea adecuado también es necesario que el equipo conozca todos los cambios relacionados con los síntomas, los psicofármacos y cualquier otra medicación que tome (incluso la no prescrita por un médico), los efectos secundarios, enfermedades médicas, intervenciones quirúrgicas, situaciones vitales estresantes, etc.





5. Estabilizar el sueño

Otro factor básico de prevención es asegurar una **cantidad y calidad** de horas de sueño óptimas.

Respetar siempre un **mínimo de siete horas de sueño y un máximo de nueve** es fundamental para cualquier persona con trastorno bipolar ya que dormir menos de siete horas aumenta el riesgo de presentar un episodio maníaco o hipomaníaco (incluso, como hemos mencionado antes, en muchas ocasiones es señal de alarma del inicio de estas fases); y dormir más de nueve horas puede causar la aparición de la depresión (incluso debe tenerse en cuenta que acontecimientos como enfermedades que exigen reposo o pasar más tiempo en la cama pueden favorecer una recaída depresiva).

Deberá prestarse, por tanto, especial atención al sueño, evitando el exceso y el déficit y tratando de respetar las **normas básicas de higiene del sueño**, que se expondrán en el punto número 5, así como el **ciclo natural** del día para la actividad y la noche para el descanso.





6. Favorecer al máximo la regularidad de hábitos

A mayor regularidad de hábitos tanto de sueño, como de actividades, como de alimentación... **mayor equilibrio y estabilidad** tanto mental como física y, por supuesto, clínica. La estabilidad es **sinónimo de salud** y disminuye la vulnerabilidad a las recaídas.

Deben respetarse los ciclos naturales circadianos (día-noche) y circanuales (estacionales) en beneficio de su salud.

Este aspecto se relaciona de manera directa con el concepto que los terapeutas ocupacionales denominan “**equilibrio ocupacional**” y que podemos resumir con la conocida “**regla del 8**”, es decir, dedicar 8 horas al día a actividades productivas o de responsabilidad, 8 horas al día al sueño y las otras 8 horas a actividades de cuidado personal (higiene, alimentación... y también tareas domésticas), descanso (no es lo mismo que el sueño pero sí igual de importante) y ocio.





7. Manejo del estrés y resolución de conflictos:

En el momento en que se diagnostica el trastorno bipolar es fundamental realizar un examen serio y **cambios fundamentales en el estilo de vida**. Al igual que las personas que han sufrido una crisis grave de cualquier otro tipo de patología (cardíaca, diabética...) deberán realizar cambios importantes para mejorar su salud, la persona diagnosticada de trastorno bipolar deberá hacer el mismo proceso.

El estrés y la tensión que conlleven cualquier actividad deben ser tomadas en cuenta muy seriamente ya que es un **factor de riesgo de recaída**. Además la persona deberá trabajar para potenciar y desarrollar estrategias de manejo del estrés, resolución de problemas y estrategias de relación y bienestar.

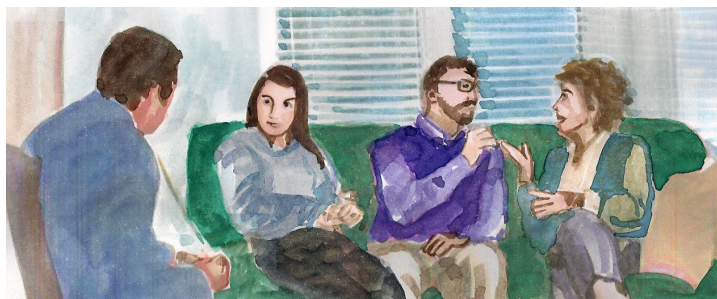


8. Construir un sistema de apoyo (familia y amigos)

En el primer punto hemos comentado la importancia de conocer la enfermedad y que para ello es preciso contar con el apoyo de profesionales para poder consultar todas las dudas y poder ser informado lo más detalladamente posible. Generalmente distinguimos entre equipo terapéutico y familia como dos partes diferenciadas del tratamiento, pero es importante entender ambas partes, junto con el afectado en el centro, unidas en un gran conjunto con un mismo objetivo: mejorar el bienestar y la calidad de vida del afectado. Es importante que las personas cercanas aprendan sobre la enfermedad y también pidan ayuda.



La persona con trastorno bipolar debe intentar crear una **red de apoyo de personas de referencia en las que confíe** para que le ayuden a **detectar cambios y/o el inicio de una descompensación**, además de para mantener la estabilidad.



9. No consumir tóxicos

El consumo de alcohol, cannabis u otras drogas es un **factor claro de descompensación**: ya que interfieren en el sueño, el ánimo y la medicación, con lo cual aumentan la ansiedad y pueden facilitar la aparición de síntomas psicóticos complicando el curso de la enfermedad.

También se debe tener gran precaución con el **café y otros estimulantes** porque tienen efectos inductores de insomnio durante aproximadamente ocho horas. Por lo tanto, no deberán tomarse estas sustancias a partir de las 4 de la tarde ya que interferirían en el sueño nocturno.





10. No realizar regímenes rigurosos ni dejar de fumar sin consejo médico

Tanto el hambre como dejar de fumar aumentan la irritabilidad y la ansiedad, con lo cual **pueden predisponer a recaída**.

Además disminuir el peso provoca cambios hormonales y metabólicos que también pueden inducir una recaída y existen fármacos y parafármacos empleados para adelgazar que contienen derivados anfetamínicos y pueden producir un viraje maniaco.



11. Hacer ejercicio moderado

Hacer ejercicio físico de forma regular y moderada ayuda a la óptima absorción de la medicación, mejora el estado de ánimo y físico, y genera endorfinas que aumentan la sensación de bienestar.

Es importante intentar **no llegar a la fatiga e integrar el ejercicio** como parte de una semana regular, ayudando así a la estabilidad de horarios.





12. Sentirse útil, tener proyectos de vida

El ser humano es un **ser ocupacional** por lo que es innegable que todas las personas necesitan **participar en actividades y ocupaciones** para sentirse útiles y adaptados en su entorno inmediato y en la sociedad en la que viven. Dicho sentimiento de utilidad favorece la proyección en el futuro de metas, deseos y retos que guían las decisiones personales y proporcionan sentimiento de esperanza hacia el futuro. El poder percibir que la vida tiene un **sentido** previene de la necesidad de acudir a vías de escape destructivas y causantes de muchas recaídas de las personas que padecen un trastorno bipolar.

13. Capacidad para pedir y aceptar la ayuda antes de que se consolide la recaída

En ocasiones, la persona que padece un trastorno bipolar ante la aparición de los primeros síntomas que preceden a una recaída, se siente confundido; a veces no logra identificar las señales de alarma, no encuentra explicación y se queda bloqueado a la hora de poner en funcionamiento estrategias orientadas a controlar la recaída (acudir a su psiquiatra de referencia, disminuir el nivel de actividad, ajustar horarios de sueño, etc.). Es por ello, que **fomentar y desarrollar la capacidad para pedir y aceptar la ayuda** de las personas que conocen y rodean habitualmente al paciente es fundamental para prevenir un agravamiento de los síntomas iniciales y por tanto una recaída, y evitar las consecuencias que comporta.

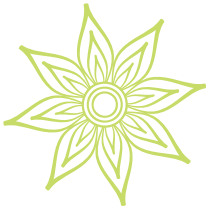






5. Principios básicos para favorecer la autonomía personal del familiar





Un **estilo de vida saludable** precisa de una **distribución equilibrada** del tiempo que se invierte en actividades diarias. Es necesario reservar un espacio en nuestra rutina diaria para nuestro autocuidado y el cuidado de nuestro entorno más próximo, también es imprescindible poder sentirse útiles a través del trabajo, estudios o cualquier otra actividad productiva (voluntariado, cuidador del hogar o de otras personas...); es vital poder desconectar y disfrutar con las aficiones y relaciones interpersonales y, por último, es necesario poder dedicar un tiempo al descanso y a un sueño reparador.

La **regularidad y orden en los hábitos ocupacionales** junto con el **manejo del estrés** son un aspecto crucial para mantener la estabilidad clínica de la persona afectada con un trastorno bipolar. Para ello, el tratamiento debe incluir estrategias e intervenciones que favorezcan en el paciente un **uso equilibrado y razonable de sus actividades diarias**. A continuación pasamos a describir recomendaciones y estrategias específicas para el trastorno bipolar orientadas a favorecer su autonomía personal.



Actividades de la Vida Diaria

Tal y como se expuso en el apartado número tres, la enfermedad tanto en sus fases depresivas como maníacas impacta en la capacidad de la persona para desarrollar con normalidad las actividades básicas de la vida diaria.

Seguidamente exponemos un abanico de **recomendaciones generales** sobre cómo desarrollar las actividades de la vida diaria que pueden ser muy útiles cuando la persona está en un **periodo de estabilidad**:

- Mantener unos horarios regulares de **aseo e higiene personal** para evitar entrar en dinámicas de desorden en los hábitos.
- Marcar una pauta organizada durante la semana de **utilización y cambios de ropa** evitando su acumulación, de esta forma se mantiene el orden en los hábitos y se evita el desgaste excesivo de energía que implica poner en orden de una sola vez todo el desorden de varios días o semana, ya que dichos sobreesfuerzos podrían activar síntomas de hipomanía como la aceleración del nivel de actividad y aumento de la irritabilidad.
- Respecto a la **alimentación** es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:
 - o Los pacientes que están tomando litio no deberían iniciar de forma brusca una dieta hiposódica (con poca sal) o anódica (sin sal) podría interferir en los efectos terapéuticos de dicho fármaco.
 - o Los pacientes que están tomando los antidepresivos IMAO deben respetar la dieta adecuada para estos medicamentos, ya que los efectos secundarios podrían poner en peligro la salud del paciente.
 - o En ningún caso conviene seguir una dieta restrictiva o regímenes rigurosos: pasar hambre es muy estresante

y puede llegar incluso a desencadenar una recaída. Por tanto la dieta siempre tendrá que estar supervisada por profesionales sanitarios en coordinación con su equipo de psiquiatría.

o En algunos pacientes bipolares se puede dar la conducta de “atracones”, consistente en comer de forma compulsiva una gran cantidad de alimentos en poco tiempo con el fin de calmar altos niveles de ansiedad. Si aparece dicha conducta se deberá recurrir a su equipo médico para buscar el mejor tratamiento para la gestión de la ansiedad.

o Es necesario que el paciente bipolar se marque una dieta equilibrada para lo cual es recomendable que se responsabilice de realizar las compras de la comida de acuerdo a unas pautas saludables.

o Es fundamental respetar rigurosamente los horarios y todas las comidas del día. No debe obviar ninguna ingesta por ningún motivo ya que puede potenciar el desarrollo de patrones caóticos potenciando síntomas clínicos.

- **Evitar el consumo de sustancias** (alcohol, café, bebidas estimulantes, cannabis, cocaína, alucinógenos, etc.) que tienen la capacidad de modificar estados de conciencia, de conducta, emociones y pensamientos. La mayor parte de los estudios disponibles indican que hasta un 60% de los pacientes bipolares abusa o depende de alguna droga, sobre todo el alcohol. Este abuso empeora el curso de la enfermedad y su pronóstico y es uno de los factores principales de recaída. Gran parte de los enfermos bipolares que tienen problemas de abuso o dependencia de sustancias las utilizan como una forma de

automedicarse, buscando una forma de tranquilizarse o relajarse en fases hipomaniacas/maníacas o como una forma de activarse y estimularse en fases depresivas. Es fundamental que tomen conciencia de que es una manera no saludable de mejorar su bienestar que cronifica y agrava su problema.

- Ser muy constante y perseverante en el **tratamiento psicofarmacológico** y llevar de forma ordenada toda la planificación de visitas con su equipo médico.
- Adquirir el hábito de **cuidar de forma integral la salud** para evitar la aparición de otras enfermedades que supongan al paciente una ruptura en su rutina habitual y una situación de angustia e incertidumbre.
- Es muy importante que el paciente bipolar pueda expresar a su equipo médico y a su pareja las dificultades que puede tener en el área de la **sexualidad** para buscar entre todas las estrategias necesarias.
- Respecto al **cuidado del hogar** es necesario que se organice unos horarios semanales para la realización de las tareas de limpieza. La máxima es evitar el caos y los sobreesfuerzos; como hemos comentado anteriormente los hábitos caóticos y entornos desordenados generan un nivel de estrés al paciente bipolar que pueden precipitar una recaída. Si el paciente no pudiera realizar por sí solo las actividades de cuidado de hogar, sería muy recomendable acudir a un servicio de ayuda a domicilio que permitiera supervisar la realización de dichas actividades.
- Planificar las **compras** intentando evitar compras compulsivas. Puede ser muy útil establecer un listado de prioridades conjuntamente o supervisado con el referente (familiares, parejas, amigos, etc.) y/o acordado con su equipo clínico.

- Como estamos comentado en esta guía, el paradigma respecto al mantenimiento de la autonomía personal del paciente bipolar es el **evitar los patrones de comportamiento caóticos** para no exponerse en exceso a situaciones de estrés.
- Es fundamental favorecer al paciente bipolar la **oportunidad para cuidar** a las personas que son significativas para ellos (padres, hijos, etc.). De esta forma sienten que pueden ser útiles y asumir responsabilidades y que, a pesar de los cuidados especiales que requieren el manejo de su enfermedad, son capaces de mantener ocupaciones tan importantes para la autoestima de la persona como son el rol de hijo/a, de pareja y/o de padre/madre.
- En todas estas actividades, es fundamental **respetar el principio de autonomía y participación**, evitando sobreproteger. A veces para proteger a la persona y evitar el estrés, los familiares o incluso los profesionales tienden a disminuir tanto el nivel de actividad de la persona que aumentan sus sentimientos de incapacidad e inutilidad, que pueden agravar la sintomatología depresiva e impactan negativamente en la autoestima de la persona. Será importante graduar progresivamente el nivel de actividad ajustándose a la situación de cada momento de la persona y considerando en todo momento su opinión y criterio.



Sueño y descanso

Los hábitos saludables de sueño y descanso son tan importantes en el paciente bipolar a la hora de evitar y manejar recaídas que se le dedicará un apartado concreto para destacar su **importancia** y poder profundizar detenidamente en los mismos. **Está demostrado que un paciente bipolar que presente 48 horas sin dormir es muy probable que se desestabilice hacia una fase maníaca o mixta.**

Las estrategias y recomendaciones fundamentales de “Higiene del Sueño” más adecuadas son las siguientes:

- Un adulto debe **dormir entre 7 y 9 horas** al día para restaurar su desgaste físico y mental. Es recomendable que estas horas se duerman seguidas y de noche, de modo que no es correcto dormir 5 horas y dormir 2 horas de siesta y hacer 7 horas de sueño.
- Los **horarios** de sueño y descanso deben ser **regulares** durante toda la semana y habrá que evitar levantarse tarde los fines de semana, porque esto puede tener consecuencias directas sobre la calidad de sueño para el resto de la semana. La disrupción brusca de los horarios de sueño tiene que ser la excepción y no la norma.
- La **regularidad horaria y de hábitos durante el día** ayuda a la regularidad del sueño.
- Pasar una **noche en vela** por trabajo, estudios u ocio esta absolutamente desaconsejado en el paciente bipolar. Algunos pacientes han sufrido una recaída por estar una noche entera estudiando.
- Respecto a la **siesta**, el tiempo máximo aconsejable es de unos 30 o 45 minutos máximo y sólo si esto no afecta al sueño nocturno. En ningún caso se pueden hacer siestas si existe sospecha de estar iniciando una fase depresiva.

- Durante la **última media hora antes de acostarse** no es recomendable utilizar el ordenador o el televisor, ya que la luz es estimulante y podría ocasionar insomnio.
- No deben tomarse **estimulantes** como cafeína o teína a partir de las 4 de la tarde porque también pueden interferir en la conciliación del sueño.
- Se desaconseja realizar **actividad física** durante las últimas horas del día porque puede aumentar el nivel de activación y afectar en el sueño.
- Tampoco es recomendable realizar un **esfuerzo intelectual** importante (estudio o trabajo) antes de acostarse, por el mismo motivo que se citó en el punto anterior.
- Se deben evitar **cenas copiosas** antes de ir a dormir.
- El **ambiente físico** en el que se va a dormir también es importante: la cama debe ser confortable, con ropa de cama y de dormir cómoda, la habitación debe estar bien ventilada y ordenada, sin luz ni ruidos...
- Es muy recomendable dejar pasar una hora en **actividades relajantes** antes de acostarse.
- Es importante **distinguir entre las horas de sueño y las de descanso**. Con sueño hacemos referencia al descanso nocturno, las horas en las que dormimos. Igual de importante es dedicar unas horas al descanso: simplemente descansar, relajarse, realizar ejercicios de relajación, darse un baño, etc. Ya que el descanso permite recargar energía y disminuir los niveles de estrés. Por lo tanto el descanso no es una actividad opcional y se debe tomar conciencia de la necesidad de dedicar un tiempo determinado en la rutina diaria. Es importante no confundir ni asociar el descanso a términos peyorativos como: ser perezoso, hacer el vago, etc.

Trabajo/ Estudios

En las personas con trastorno bipolar generalmente se produce una recuperación completa después de una descompensación lo cual favorece que puedan retomar su trabajo como cualquier otra persona que causa **baja médica** por otro motivo. Estas personas tienen derecho a pedir una baja hasta lograr su estabilización como en cualquier otro tipo de enfermedad y, por tanto, también a la remuneración oportuna según el tiempo cotizado previamente.

Debemos considerar también que hay pacientes que no pueden retomar su trabajo porque la enfermedad ha impactado fuertemente en su capacidad para trabajar. Esto lo determinará la gravedad de la enfermedad que está fuertemente influenciada por el número e intensidad de episodios que presenta la persona. Lo cual reafirma de nuevo la importancia de la **prevención de crisis**.

En líneas generales, si después de un año la persona no puede reincorporarse a su puesto habitual de trabajo será valorada por un **tribunal médico** que además de su diagnóstico e historial clínico evaluará la situación y estado actual de la persona. Si el tribunal determina que hay una incapacidad real para trabajar se le reconocerá una invalidez provisional o permanente. Además, se distingue entre incapacidad total (puede trabajar en empleos diferentes al que desempeñaba) o absoluta (no puede trabajar). En estos casos es probable que el tribunal médico proponga una revisión a los dos años de la incapacidad permanente. Por último, existe la pensión no contributiva, que es una pensión vitalicia bastante escasa en su cuantía, que se les concede a pacientes graves incapacitados (65 %) que no han podido trabajar nunca o que su tiempo de cotización no ha cumplido los mínimos establecidos.

Otro caso posible es el de pacientes jóvenes que comienzan la enfermedad en su etapa de **incorporación al mundo laboral**. La inseguridad que les genera el desconocimiento de este nuevo ámbito unida al lapso de tiempo que puede haber sido largo o haber interrumpido la secuencia natural de entrada al mundo laboral pueden generar grandes dificultades en su búsqueda laboral. En este sentido, suele preocuparles mucho qué actitud tomar o cómo responder a las preguntas de una entrevista de trabajo, especialmente en cuanto a la información sobre qué revelar o no acerca de su enfermedad mental. La recomendación general es que legalmente no tienen derecho a preguntarnos sobre nuestra historia clínica, nuestra orientación sexual o ideología política, por lo que una pregunta de este tipo nos legitima a no estar obligados a dar una respuesta verdadera.

Los pacientes bipolares tiene el derecho de solicitar el **certificado de disminución** y si el servicio valorador concede un 33% de disminución, el paciente bipolar podrá beneficiarse de los programas de empleo protegido o del cupo de trabajadores con certificado de disminución que la legislación obliga a las empresas de más de 50 trabajadores y a la administración pública a contratar e incluir en sus plantillas.

Como se ha enunciado previamente, una vez que la persona con trastorno bipolar ha logrado estabilizarse tras una crisis puede retomar sus proyectos personales previos ya sean estudios o trabajo. Para lograr esta estabilización deberá tratarse la enfermedad ya que de otra forma los problemas pueden cronificarse poniendo en riesgo la estabilidad laboral o educacional, incluso en las personas con un funcionamiento excepcional. No debe olvidarse que si la persona comienza con síntomas y no causa **baja médica**, estos síntomas se van exacerbando llegando a in-

terferir o incluso desarrollar graves problemas tanto en las relaciones con compañeros o superiores como en el desempeño de sus funciones (la manía puede llevar a asumir riesgos o realizar acciones irresponsables; la depresión a disminuir la productividad, ausentarse o obviar tareas importantes sin la previa justificación). Los casos más graves pueden llevar a un despido procedente o una expulsión del centro de estudios si no se interviene a tiempo.

Lo fundamental a la hora de **reincorporarse al empleo o estudios habituales** es poder hacer un examen exhaustivo de las responsabilidades y exigencias que implica el rol que desarrolla la persona y tratar de identificar aquellos aspectos que pueden constituir un factor de riesgo. Es decir, será recomendable, en el momento de estabilidad, poder analizar los tipos de tareas que desarrolla la persona, qué exigencias implican cada una de ellas, en qué grupos o con qué personas trabaja y cómo es la rutina diaria y semanal.

En principio, las personas con trastorno bipolar pueden desarrollar cualquier **profesión** con tanta competencia como cualquier otra persona. Sin embargo, debe considerarse que aquellos horarios que impliquen una irregularidad horaria o que alteren el ciclo natural de sueño-vigilia estarán poco recomendados ya que la alteración de las horas de sueño es un factor que puede agravar el curso de la enfermedad. Es el caso de los médicos o enfermeras de guardia, camareros de locales nocturnos o trabajadores cuyo horario cambia de manera continua en función de diferentes turnos.

El entrenamiento y desarrollo de **habilidades de manejo del estrés** es básico para poder funcionar en cualquiera de estos dos ámbitos ya que ambos se caracterizan por factores como: alto

nivel de competitividad, valoración o reconocimiento en base a resultados, exigencias y demandas continuas y elevadas... Los tratamientos psicológicos y ocupacionales van dirigidos a ayudar al paciente a mejorar estas habilidades de gestión del estrés, que fundamentalmente son:

- Identificación de factores de estrés: es importante conocer cuáles han precipitado previamente una recaída o si existe el riesgo de que la desencadenen.
- Establecer metas y proyectos realistas: en muchas ocasiones estas personas tienden a exigirse metas elevadas, lo cual eleva el estrés y la presión.
- Capacidad para reconocer e identificar emociones.
- Capacidad para desconectar del “estrés de la vida diaria”.
- Habilidades sociales para manejar las situaciones sociales complejas: decir que no, resolución de conflictos...
- Habilidades sociales para mantener apoyos sociales informales: pedir ayuda, recuperación de amistades, explicación de la enfermedad...
- Capacidad para planificar las tareas de la vida diaria (actividades de la vida diaria, trabajo, estudios y ocio).
- Gestión del tiempo: priorización y organización previa de las tareas a realizar.
- Resolución de problemas: consideración de alternativas y consideración de causas/consecuencias.

En el caso del ámbito de los estudios, estas habilidades serían generalizables. Los **familiares** tendrán una importancia clave en favorecer este afrontamiento y gestión saludable del estrés fomentando especialmente estos aspectos fundamentales:

- las expectativas propias y de los familiares deberán ser siempre realistas y ajustadas a la persona y su situación actual.
- la presión y las exigencias no deberán ser muy intensas.
- la planificación deberá favorecer la regularidad de hábitos y evitar la falta de sueño y el estrés de los exámenes o plazos de entrega de trabajos, etc.



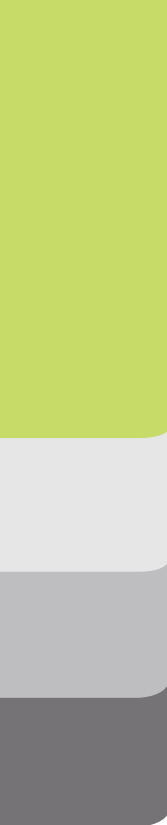
Ocio / Participación social

Cuando la persona ha logrado una estabilidad y se pretende comenzar a normalizar su vida diaria y recuperar sus proyectos habituales se recomienda **comenzar** con actividades de ocio ya que tienen un nivel menor de exigencia que las ocupaciones relacionadas con la productividad, como el trabajo y el estudio. La recuperación progresiva de estas actividades ayudará a la persona a organizar su rutina diaria, recuperar su confianza en sus propias habilidades, tener un sentido u objetivo significativo inmediato y disminuir el aislamiento.

Al igual que en las actividades de trabajo o estudio, se deberá realizar una **revisión de las actividades de ocio previas** para adaptarlas y ajustarlas de manera que ayuden en el mantenimiento de la estabilidad clínica y personal. Se deberán evitar aquellas actividades que impliquen riesgo para la persona y para los demás y aquéllas que puedan favorecer una descompensación.

La **actividad física y el deporte** además de ser saludables para todas las personas porque disminuyen la tensión y la ansiedad y aumentan la sensación de bienestar, en concreto, en las personas con trastorno bipolar son recomendables para equilibrar el gasto de energía y mejorar la asimilación del litio. En periodos de estabilización lo más adecuado es practicar deporte o caminar un mínimo de 30 minutos; en periodos de manía se debe disminuir y en periodos de depresión aumentar, como veremos más adelante. Siempre deberá evitarse realizar estas actividades durante las últimas horas del día porque pueden alterar o incluso impedir el sueño al aumentar la activación de la persona.

Otra actividad muy relacionada con el tiempo de ocio que afecta principalmente a la gente joven y que puede ser un factor de riesgo importante son las **salidas nocturnas**. A los jóvenes les



preocupa especialmente el poder continuar saliendo por las noches a pubs o discotecas con sus amigos ya que es una actividad altamente significativa y compartida y un signo de pertenencia al grupo de pares. Suele ser tranquilizador el saber que pueden continuar realizando estas salidas siempre y cuando respeten unas **precauciones mínimas**:

- Debe tratar de disminuirse la frecuencia: una salida semanal máxima.
- Respetar las ocho horas de sueño tras cualquier salida nocturna.
- No tomar drogas ni alcohol: interactúan e interfieren en el efecto de la medicación y actúan sobre los mecanismos que regulan el estado de ánimo.

Por último, dentro de nuestro tiempo de ocio una parte inestimable es nuestro **periodo vacacional** en el que muchas personas invierten su tiempo en la realización viajes. Algunas consideraciones básicas deberán tenerse en cuenta en el caso de la persona con trastorno bipolar:

- Si la persona está en fase de descompensación o iniciándola deberá anularse el viaje ya que un cambio tan notable puede agravar el episodio y no podrá disponer de la atención de sus profesionales de referencia.
- Un viaje siempre debe cumplir un doble objetivo de descanso y disfrute, nunca debe ser una fuente de estrés ni sobrecarga.

- Planificar con antelación el viaje: debe seleccionarse lo que sea de mayor interés e incluir tiempos de descanso.
- Respetar al máximo el patrón de sueño habitual: no dormir menos de ocho horas, respetar ciclo natural...
- Llevar triple dosis de medicación en tres lugares diferentes: en caso de pérdida o robo de equipaje es fundamental que pueda continuar tomando su medicación.
- En viajes al extranjero será necesario llevar: un informe médico en inglés y la dirección y el teléfono de la embajada y de un hospital de referencia.

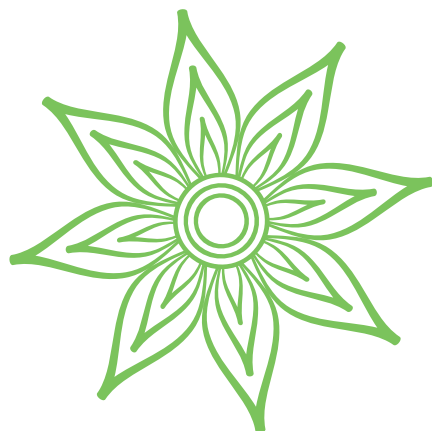






6. Pautas generales para la “buena práctica”





Cómo cuidar al familiar con trastorno bipolar

La enfermedad del paciente y el funcionamiento familiar se influyen mutuamente. La convivencia con personas con trastorno bipolar influye en múltiples aspectos del **sistema familiar** y éste influye también en la evolución de la persona. Cuanto más informada está la familia y más competente es en el reconocimiento de las crisis, mayor es la disminución de recaídas, hospitalizaciones y episodios debilitantes. Esto a su vez disminuye la sobrecarga familiar mejorando la experiencia y la calidad de vida de todo el sistema familiar, el cual a su vez, estará en mejores condiciones e influirá, de nuevo, de manera positiva en el funcionamiento del afectado, el curso de su enfermedad y la adherencia terapéutica.

El papel de la familia en el cuidado de la persona con trastorno bipolar es fundamental, especialmente en los momentos de crisis en los que el afectado no es consciente de su estado patológico y son los familiares los que tienen que tomar decisiones y buscar soluciones para poder lograr la estabilización del paciente. La familia, por tanto, es un **factor de protección y apoyo** para la evolución favorable de la patología y la adaptación social de la persona.



Es fundamental intentar mantener la calma incluso en los momentos en los que el familiar presente más dificultades.

Uno de los aspectos que más afectan negativamente al curso del trastorno bipolar, tal y como destacan algunos autores relevantes en este ámbito como Vieta y Colom, son las **reacciones de no aceptación de la situación**. Estas reacciones pueden ir de la negación absoluta a la sobreprotección y son potencialmente generadoras de estrés:

- **La negación:** suele ser un mecanismo de protección ante el miedo que genera tener un familiar enfermo, ante la culpabilidad que genera la enfermedad, etc. Este mecanismo puede manifestarse en actitudes como atribuir comportamientos, que tienen que ver con síntomas, a la voluntad del paciente acusándole con adjetivos descalificativos, actitudes negativas hacia la medicación, dejar de ofrecer ayuda al familiar, etc. que pueden dificultar la adherencia del afectado al mismo.
- **La sobreprotección:** también es un mecanismo de protección ante el miedo que genera la enfermedad aunque sería el extremo. En este caso, la familia manifiesta actitudes de hipervigilancia e hiperpreocupación. Cualquier situación no habitual o problemática la interpretan como síntoma de recaída, intentan controlar en todo momento lo que el familiar hace o no hace, le agobian con preguntas constantes relacionadas con la enfermedad, atribuyen a la enfermedad cualquier problema o dificultad que surja, justifican de manera constante su comportamiento por la enfermedad sin hacerle responsable de sus actos y limitando su autonomía. Esta sobreimplicación puede generar rechazo hacia la enfermedad, el tratamiento...

Por tanto, que la familia obtenga una **adecuada información** es tan importante como que la tenga el paciente, porque cómo ellos acepten y conozcan la enfermedad puede ayudar u obstaculizar el tratamiento. Si la familia está mejor informada, en-

tiende mejor, disminuye los miedos irracionales, mejora el estrés, culpabiliza menos al afectado, le ayuda mejor y así mejora también la evolución del mismo. Esta ayuda debe ser constante pero también debe haber una cierta distancia que permita a la persona poder tomar sus propias decisiones, responsabilizarse de su vida, etc.

Cómo cuidar al inicio de los episodios

La familia tiene un papel fundamental en la **identificación precoz** de los inicios de las recaídas para disminuir la gravedad de las mismas. Para ello deben estar atentos para intentar detectar los posibles cambios en el comportamiento de su familiar pero evitando caer en la hipervigilancia o la sobreprotección.

Estos cambios en el comportamiento o actitud habitual que son precursores de los episodios y anuncian el inicio de la crisis se denominan **pródromos**. No son exactamente iguales en todos los afectados. Sin embargo, lo que sí es común es que estos pródromos afectan a los siguientes aspectos a los que los familiares deberán prestar una especial atención: nivel de actividad, estado de ánimo, irritabilidad, productividad verbal y horas de sueño.

La identificación de estos pródromos muchas veces no es sencilla ya que muchas veces son cambios sutiles y muy diferentes en cada persona, por lo que requiere de un largo **aprendizaje**. En este aprendizaje juega un papel fundamental el trabajo de los profesionales a través de la psicoeducación con los afectados y las familias.



A modo de orientación se citan algunos ejemplos de pródromos que pueden ayudarle a identificar los que habitualmente presenta su familiar:

PRÓDROMOS DE LA FASE MANÍACA, HIPOMANÍACA O MIXTA

- o Está muy activo.
- o Discute constantemente, se muestra menos tolerante, está más impaciente de lo habitual.
- o No quiere tomar la medicación.
- o Hace gastos excesivos e inhabituales.
- o Está muy hablador, se muestra más extrovertido de lo habitual, interrumpe a los demás, cambia constantemente de tema de conversación.
- o Tiene nuevos proyectos e intereses ambiciosos y diferentes de los habituales.
- o Se despierta muy temprano, está activo por las noches, no tiene necesidad de dormir.
- o Se muestra entusiasmado de manera intensa y constante.
- o Se relaciona de manera diferente a la habitual: más extrovertido.
- o Toma alcohol u otras drogas.
- o Toma decisiones importantes de una forma impulsiva, sin consultar la opinión de segundas personas.

PRÓDROMOS DE LA FASE DEPRESIVA

- o Descuida su higiene o aspecto físico.
- o No tiene apetito.
- o Duerme demasiadas horas, no puede dormir por las noches, se levanta muy tarde, tiene excesivo sueño a lo largo del día...
- o Se muestra más irritable o inhibido.
- o Está más aislado que de costumbre.
- o Pérdida de intereses habituales, se muestra apático o desmotivado.
- o Verbaliza pensamientos de fracaso y de desesperanza.
- o Está inquieto, preocupado.
- o Toma demasiado alcohol o drogas.

Cuando uno o varios de estos pródromos son detectados durante varios días será imprescindible hacer lo posible para que el afectado acuda a **consulta con su psiquiatra** de referencia, siempre que sea posible acompañado para que pueda ayudarles a evaluar la situación y tomar las medidas necesarias al respecto.

Recomendaciones al inicio de una fase maníaca, hipomaníaca o mixta

- Intentar aumentar las horas de sueño, diez horas si es posible. A menudo, dormir mucho durante 3 o 4 días ayuda a remitir el inicio de la descompensación si se detecta a tiempo. Puede recurrirse a la ayuda farmacológica pero siempre bajo prescripción médica.

- Reducir los estímulos, favorecer ambientes y entornos relajantes y poco ruidosos.
- Evitar la automedicación.
- Disminuir la cantidad e intensidad de actividades a un máximo de seis horas diarias ya que muchas actividades y/o muy intensas o enérgicas aumentan la euforia. Suprimir las actividades que no sean imprescindibles ayudando al familiar a realizar esta labor de priorización.
- Suspender temporalmente la práctica de ejercicio físico. Tratar de que el paciente se canse realizando ejercicio solamente agrava el episodio.
- Evitar que aumente la euforia. Es fundamental recordar que “la euforia no se vence por agotamiento” y que “la euforia de hoy es la depresión de mañana”.
- Disminuir la estimulación mental aumentando el descanso o la realización de actividades relajantes.
- Evitar el consumo de bebidas o productos estimulantes y, por supuesto, de drogas.
- Aumentar el control de los gastos económicos: disminuir la cantidad de dinero que lleve el afectado, evitar que lleve la tarjeta de crédito, solicitar que las transacciones elevadas requieran de la firma de otra persona, aplazar compras importantes, no realizarle préstamos, etc.
- Evitar las discusiones y los descalificativos.
- Consultar “nuevos y ambiciosos proyectos” con el médico para descartar que puedan ser un síntoma de la enfermedad.
- Aplazar decisiones importantes.
- Supervisar la toma de medicación y las consultas médicas.

Recomendaciones al inicio de una fase de depresión

- Disminuir y regularizar las horas de sueño: máximo 8 horas de sueño y suprimir las siestas. Para conseguir poner límite al sueño puede resultar útil que el paciente se programe actividades para realizar por la mañana acompañado por un familiar o persona significativa.
- Evitar el consumo de bebidas o productos estimulantes y, por supuesto, de drogas.
- Evitar la automedicación.
- Aumentar el nivel de actividad aunque el paciente esté desmotivado es fundamental. Favorecer que no abandone actividades de la vida diaria o de ocio.
- Posponer decisiones importantes ya que puede dejarse influir por el pesimismo y la desesperación propios de la fase depresiva.
- Evitar culpabilizar a la persona por los síntomas. Recordar que los síntomas no dependen de la voluntad de la persona, no los elige.
- Relativizar las ideas de inferioridad, pesimismo y desesperanza. Relacionarlo con los síntomas de la enfermedad y con cómo y cuándo ésta mejora, las ideas disminuirán.
- Intentar realizar ejercicio físico moderado ya que aumenta el nivel de energía y alivia los síntomas.
- Supervisar la toma de medicación y las consultas médicas.



Cómo cuidar durante los episodios

En primer lugar deberá visitarse con **urgencia al psiquiatra**. Si es posible con el psiquiatra referente o, en su defecto, con el psiquiatra de guardia del hospital general al que pertenezca el familiar.

Si la situación se hace insostenible, el familiar puede solicitar un ingreso involuntario por orden judicial. Los pasos son los siguientes:

1. Avisar al médico de familia de referencia o al de guardia, sobre la situación de la urgencia psiquiátrica.
2. El médico de familia comunica a la policía local la situación de urgencia y le acompañan al domicilio del paciente.
3. Valoración y traslado del paciente al servicio de urgencias psiquiátricas más próximo. El psiquiatra de guardia comunica al juzgado el ingreso involuntario.
4. En un máximo de 72 horas una autoridad judicial, habitualmente un médico forense, evalúa al paciente y confirma o no el ingreso involuntario.

Algunas de las **recomendaciones** detalladas para el inicio de las fases deben continuar teniéndose en cuenta cuando el episodio está instaurado, con algunos cambios sustanciales que citamos a continuación ya que la gravedad de los síntomas es mayor durante estos episodios.

Recomendaciones durante el episodio de manía, hipomanía o mixto

- Evitar las discusiones, especialmente si está irritable.
- Fijar con claridad y mantener los límites.
- Administrar la medicación del paciente .

- Disminuir los estímulos ambientales y la exigencia de las actividades.
- Prevenir los riesgos como las autolesiones, las conductas de riesgo, el control económico...
- Favorecer la regularidad de horarios.
- Seguramente la hospitalización será necesaria y ésta debe hacerse con la mayor celeridad posible porque antes se logrará la compensación.

Recomendaciones durante el episodio de depresión

- Maximizar el grado de comprensión y respeto hacia la persona. Se debe entender que la persona no puede evitar los síntomas que tiene, al igual que en cualquier otra patología, no tiene que ver con la voluntad, la vagancia, ni un defecto de personalidad. Considerar que el grado de desvalorización, sufrimiento y desesperación es muy intenso.
- Administrar la medicación del paciente.
- No minimizar el problema ya que tiene un efecto contraproducente pudiendo hacer que la persona se sienta peor.
- Intentar facilitar actividades sencillas y rutinarias de baja exigencia, compartir actividades.
- Favorecer una rutina diaria estructurada prestando especial importancia a las horas de sueño, los horarios de comidas y las actividades. Es habitual que se sienta mejor a partir de media tarde, de modo que se vaya a dormir más tarde y acabe invirtiendo las horas de sueño. Es recomendable que el paciente bipolar en fase depresiva viva de día y duerma de noche.
- Dar la oportunidad de verbalizar las ideas de suicidio especialmente a sus personas de confianza y su equipo médico.

- Prevenir los riesgos, prestar especial atención a las ideas de suicidio ya que es un síntoma depresivo frecuente. Las actuaciones que se deben llevar a cabo si estas ideas son muy intensas son:

- Informar al psiquiatra.
- Preparar la hospitalización.
- No dejar al paciente solo.
- No dejar la medicación ni otros objetos potencialmente peligrosos al alcance del enfermo.

- La hospitalización también puede ser necesaria cuando los síntomas son muy intensos ya que la vida del paciente puede estar en riesgo.

Cómo cuidar durante la hospitalización

El personal responsable de la planta o servicio en el que el afectado esté ingresado le informará y orientará sobre las pautas o recomendaciones que son importantes en el caso particular de su familiar. Será beneficioso intentar concertar varias visitas con los profesionales que le están tratando para que pueda tener la mayor información posible sobre la enfermedad y la situación clínica actual ya que esto le ayudará a comprender mejor la enfermedad y poder ayudar mejor a su familiar en el futuro.

La hospitalización es un momento de mucho desconcierto, miedo y sufrimiento para el afectado y el familiar. Pero también es una **oportunidad** para poder resolver dudas, profundizar en el conocimiento de la enfermedad y buscar soluciones para prevenir y evitar nuevas recaídas. Es importante considerar el sufrimiento del afectado pero también el del familiar, si éste es

muy intenso no debe dudarse en pedir ayuda profesional para uno mismo ya que esto revertirá en beneficio de ambos.

Algunas **recomendaciones básicas y generales** para este periodo de tiempo serían las siguientes:

- Intentar actuar con normalidad, como actuaría si el ingreso fuera por otra causa médica.
- En las visitas con el familiar favorecer conversaciones cotidianas distendidas.
- Evitar culpar o discutir por los comportamientos o actitudes que tuvo el paciente al inicio o durante la crisis.
- Favorecer conversaciones cotidianas.
- No culpar por cosas que hizo o no antes de ingresar.
- No dar la sensación de que todo es un caos sin él en casa ni lo contrario.
- Si tiene permiso, pasear por el hospital o compartir alguna actividad sencilla.
- Evite conversaciones “morbosas” sobre la conducta de otros pacientes.

Cómo cuidar tras los episodios

Cuando cede un episodio existe un potencial riesgo de viraje, es decir, de que la fase contraria a la reciente se pueda dar. Es por ello que debe ser un **momento de especial atención y cuidado** para poder prevenir una nueva crisis.

Para prevenir dicho riesgo de viraje las recomendaciones tras los episodios depresivos son las mismas que las nombradas en el punto 5.1 (Cómo cuidar al inicio de los episodios) del presente apartado.

Cómo cuidar durante los periodos de riesgo

En caso del trastorno bipolar, especialmente en las fases maníacas y depresivas, las labores de cuidado son intensas. Pero a medida que la persona dependiente se estabiliza, recupera su autonomía personal y quedan circunscritas las actividades de cuidado a tareas de **supervisión**, principalmente en la vigilancia de síntomas que preceden una recaída, la administración de la medicación y el mantenimiento de un estilo de vida ordenado. Pero se está comprobando que pacientes con una historia clínica de frecuentes recaídas sufren un deterioro de sus capacidades cognitivas afectando a sus habilidades para la autonomía personal; requiriendo por tanto de unos **cuidados más continuados** y, posiblemente, de una atención profesional más intensa que puede ir desde apoyo en el trabajo (Centro Especial de Empleo) a un centro de rehabilitación más intensivo (Centro de Día) o una atención y seguimiento domiciliario (Servicios de Apoyo en la Comunidad).

Cuando la persona con trastorno bipolar logra la estabilidad clínica puede disminuirse algo el nivel de alerta aunque siempre se deberán tener en cuenta las consideraciones que se describieron en el punto anterior.

A pesar de esta estabilidad, hay momentos en la vida de las personas en los que el nivel de estrés y/o de estimulación ambiental aumenta de manera considerable y que, en el caso de las personas con trastorno bipolar, deberán considerarse **periodos de riesgo** y el nivel de alerta y las precauciones tendrán también que aumentar.

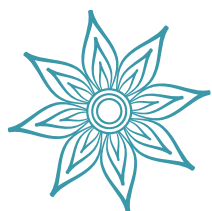
Algunos ejemplos de estos periodos de riesgo podrían ser:

- Aumento considerable de la presión laboral.
- Ruptura de pareja y/o de la unidad de convivencia familiar.

- Cambio de residencia.
- Pérdida del trabajo.
- El periodo de exámenes en los estudiantes.
- Los acontecimientos muy positivos, como obtener un nuevo empleo, casarse u obtener un premio, o muy negativos, como el fallecimiento de un ser querido, la pérdida de un trabajo o una ruptura de pareja. Los acontecimientos muy positivos no tienen por qué ir seguidos de una fase maníaca ni los muy negativos por una depresiva, se pueden producir indistintamente.
- Los seis meses siguientes a una fase de manía o mixta.
- La recuperación de una depresión si no se retiran los antidepresivos a tiempo.
- Los seis meses posteriores al parto por los cambios hormonales.

Además de las recomendaciones mencionadas en esos momentos será fundamental:

- Aumentar la observación y la atención al familiar sin sobreproteger.
- Aumentar la frecuencia de las visitas a los profesionales de referencia.
- Prestar especial atención a la toma de la medicación: olvidos, abandonos...
- Dedicar algo de tiempo al ocio diariamente de forma regular para disminuir el nivel de estrés y tensión emocional.
- Aumentar la rigurosidad de las medidas de precaución (sueño, horarios, alimentación, consumo de drogas).
- Confeccionar y repasar diariamente una lista con los pró-dromos que habitualmente presenta su familiar.





7. Decálogos del cuidador





La **tarea de cuidar** a una persona que padece una enfermedad mental es una ocupación exigente y llena de responsabilidades que conlleva un ajuste total de todo el estilo de vida que se desarrollaba anteriormente.

Los **cambios** se producen en todas las áreas de la persona:

- o Las relaciones familiares y sociales quedan afectadas debido a que el tiempo que se dedicaba a dichas relaciones se tiene que compartir y ajustar al cuidado de la persona afectada por la enfermedad.

- o La salud del cuidador también se resiente debido al desgaste físico y psicológico que implica la atención continuada.

- o En muchas ocasiones, el rol laboral también se ve seriamente afectado. El cansancio acumulado dificulta un rendimiento laboral óptimo. Incluso debido a la severidad de los síntomas en las fases maníacas y especialmente depresivas, el cuidador se ve con la obligación de solicitar jornadas reducidas o excedencias por cuidado de un familiar enfermo, posponer un proyecto personal de incorporación al mercado laboral o incluso abandonar de forma voluntaria un puesto de trabajo por hacerse cargo de los cuidados de la persona dependiente. Esta reducción o ausencia de una jornada laboral provoca un mayor aislamiento social y un debilitamiento de la situación económica familiar.

En un primer momento el cuidador se siente con energías y asume la tarea de cuidar con una dedicación intensa y en ocasiones de forma exclusiva dejando de un lado todas las actividades y ocupaciones que realizaba anteriormente. Dicha situación es imposible mantenerla en el tiempo sin que aparezcan consecuencias importantes en la **salud biopsicosocial del cuidador**. Antes de que el cuidador claudique pueden aparecer las siguientes **señales de alarma** que alertan de que existe una situación de riesgo para su salud:

- Sensación de cansancio y fatiga continuada.
- Dificultades para tener un sueño reparador.
- Aumento de la irritabilidad y cambios frecuentes del estado de ánimo.
- Aislamiento social y abandono de hobbies y aficiones.
- Dificultades serias para organizar el día a día. Por ejemplo el/la cuidador/a se bloquea en las decisiones, percibe lagunas de memoria y fallos en la atención y concentración.
- Aumento de los conflictos en las relaciones sociales y disminución del rendimiento laboral.

Si aparecen estas señales de alarma es imprescindible actuar y poner en marcha un conjunto de estrategias y medidas que se explican a continuación.



Para cuidarse usted...

1. **Darse cuenta que es necesario cambiar:** cuidarse para cuidar mejor y cuidarse para mantener la propia salud y bienestar.
2. **Pedir ayuda:** a las personas cercanas con responsabilidad respecto al familiar, a los servicios sociales de la zona y/o a las asociaciones.
3. **Planificar y ordenar el tiempo de cuidado:** determinar las prioridades y comprobar qué actividades puede hacer el familiar por sí solo.
4. **Descansar.** Es importante que introduzcan en su vida diaria momentos de descanso.
5. **Cuidar la salud.** Es fundamental mantener sus citas con su médico, cuidar sus problemas de salud y mantener un buen descanso nocturno y una alimentación equilibrada.
6. **Cuidar las emociones.** Expresar las emociones agradables y desagradables que generan el hecho de cuidar. Si es necesario solicite ayuda profesional para una gestión adecuada de su mundo emocional.
7. **Tomarse tiempo libre.** Es importante tener un estilo de vida equilibrado, intentando equilibrar sus necesidades e intereses con las obligaciones que implica cuidar a su familiar.
8. **Evitar el aislamiento.** Participar en actividades sociales y reuniones familiares contribuirá a su bienestar global.
9. **Establecer buena comunicación con el familiar.**
10. **Poner límites al cuidado.** Los cuidadores que cuidan de sí mismos ponen límites al cuidado, de esta forma mantienen la energía suficiente para continuar con el rol de cuidador.

Para cuidar mejor...

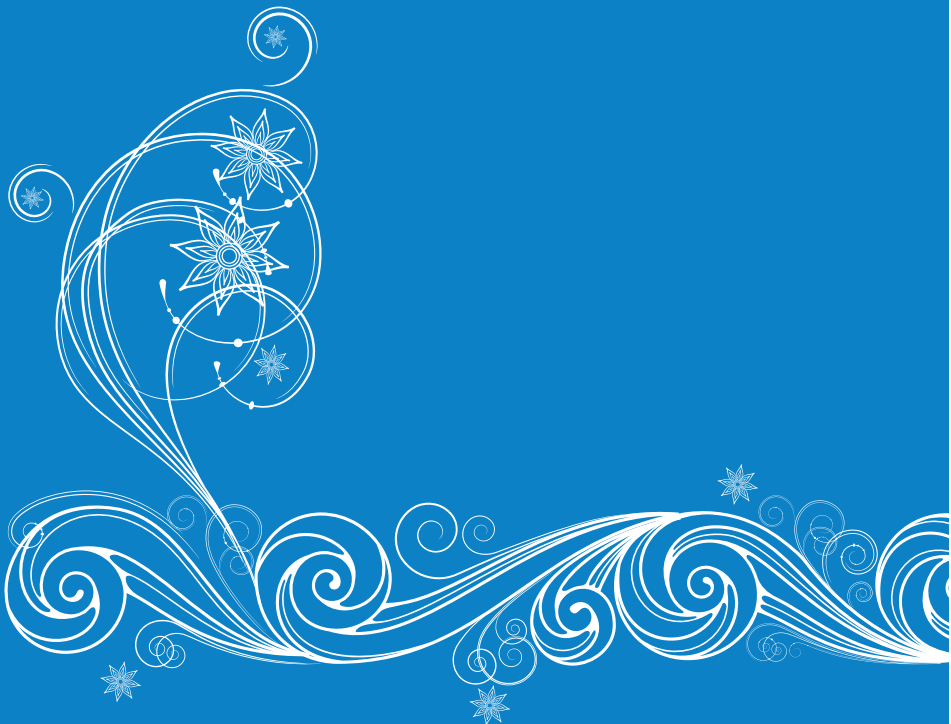
1. Implíquese en el **proceso terapéutico** de su familiar.
2. Libérese del **sentimiento de culpa**.
3. Infórmese sobre:
 - **La enfermedad**: cómo identificar pródromos, síntomas o ideas de suicidio.
 - Cómo **ayudar en las diferentes fases**: situaciones problemáticas, cuándo consultar con el especialista...
 - Los **recursos disponibles**: grupos de ayuda mutua para el afectado y para los familiares, asociaciones de familiares, talleres psicoeducativos...
4. En momentos de **estabilidad, confeccione** con su familiar:
 - Un **resumen cronológico de la enfermedad** (fechas, ingresos, informes, medicación, respuesta a ésta...)
 - Una **lista de pródromos** o señales de alerta.
 - Una serie de **acuerdos** sobre cómo actuar en **momentos de crisis**.
5. Recuerde que **pedir ayuda al psiquiatra** o ingresar a su familiar cuando él no es consciente de la necesidad no es ir en contra de su libertad sino aumentarla y protegerle.
6. Anime y **ayude** a su familiar a continuar el tratamiento y **mantener un estilo de vida saludable**.
7. Acompañe a su familiar, dese un **tiempo** evitando de esta manera los extremos de sobreprotección y demasiada exigencia.
8. **Observe y escuche** a su familiar para conocerle mejor y conocer mejor su enfermedad.
9. Pida **ayuda** a profesionales, familiares y amigos.
10. **Atienda a su propio bienestar**: es imprescindible para poder cuidar bien, cuidarse a uno mismo. Es tal la importancia de este último punto que el anterior apartado se dirige a profundizar en el mismo.

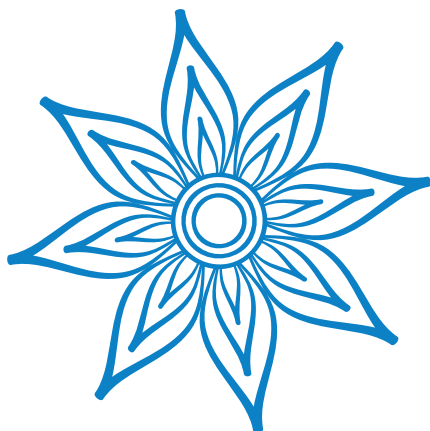




8. Recursos.

- * del SAAD
- * además...
- * directorio





Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

Ofrece un catálogo de recursos que pueden ayudarle a llevar mejor la situación de dependencia. Para acceder a ellos es imprescindible que la persona con esquizofrenia esté dentro del sistema y tenga asignado un grado y un nivel de dependencia. Solicite su valoración.

Según grado y nivel de dependencia se asigna el servicio o la prestación más idónea del catálogo:

1.- Servicios:

- Prevención y promoción de la autonomía personal.
- Teleasistencia.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Centro de día y de noche.
- Atención residencial.

2.- Prestación económica:

- Vinculada a un servicio.
- Para cuidados en el entorno familiar.
- De asistencia personal.



ADEMÁS interésese por:

... Recursos de Formación.

La formación le aportará estrategias para conocer cómo apoyar las tareas del día a día de la persona en situación de dependencia, poniendo límites a la cantidad de cuidados que precisa.

- * Cursos de formación inicial y de formación especializada que organiza el Departamento de Servicios Sociales y Familia del Gobierno de Aragón, a través de la Dirección General de Atención a la Dependencia.
- * Asociaciones y Centros especializados en su provincia prestan apoyo a cuidadores a través de diferentes programas de formación e información.

... Recursos de apoyo emocional.

Existen grupos de autoayuda a los que asisten familiares y cuidadores de personas en situación de dependencia. Están guiados por un profesional y en ellos tratan situaciones de la vida diaria.

Participar en estos grupos le aportará estrategias para afrontar mejor las conductas negativas de la persona cuidada y de usted mismo/a.

- * El Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) ofrece grupos de apoyo para las personas que cuidan, a través del programa **CuidArte**
- * Fundaciones, federaciones, asociaciones y entidades de su comarca o provincia prestan también este tipo de apoyo.



... Recursos para la Adaptación del Domicilio y Productos de Apoyo.

Existen profesionales especializados que pueden asesorarle al respecto:

- * **Disminuidos Físicos de Aragón (DFA).** Ofrecen todo tipo de información relativa a la discapacidad, entre ellos y a través de su Centro de Ortopedia, ofrecen un servicio de accesibilidad al medio y eliminación de barreras arquitectónicas.

- * **Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT).** Es un centro tecnológico dependiente del IMSERSO. Aquí le pueden orientar sobre temas de accesibilidad, adaptaciones y productos de apoyo (antes ayudas técnicas).

- * **Recursos económicos para adaptar el domicilio y para la adquisición de productos de apoyo.** En los Servicios Sociales pueden informarle de distintas líneas de ayuda (del IASS, Plan de Rehabilitación urbana de vivienda o subvenciones del SALUD). En los Centros de Apoyo Social de DFA también se puede obtener esta información.

- * **Préstamo y/o alquiler de productos de apoyo/ayudas técnicas.** Algunas instituciones como Cruz Roja o el SALUD, en coordinación con las comarcas, disponen de este servicio. También ortopedias.



... Recursos asociativos y centros de rehabilitación especializados.

Es muy importante que los conozca. Pida información a la trabajadora social de su Servicio Social sobre asociaciones especializadas a nivel estatal o de su provincia.

En ellas le pueden ofrecer información, orientación y asesoramiento, no sólo sobre el manejo diario de la persona en situación de dependencia, sino también sobre actividades y talleres que organizan para cuidadores.

... Recursos para “descargarse”.

* Recursos de apoyo:

Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). Prestado por las Comarcas y principales ayuntamientos de la Comunidad Autónoma.

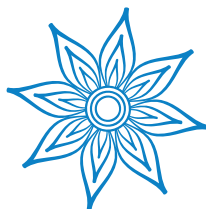
Programas de Respiro y de Servicio de Canguro. Apoyan al cuidador que de manera temporal precisa ausentarse o simplemente descansar de la situación. Distintas fundaciones, federaciones, entidades y asociaciones disponen de estos programas.



* Recursos para su ocio.

Es importante que se organice y consiga algo de tiempo libre para dedicarlo exclusivamente a usted y fuera del entorno de cuidados. Algunas sugerencias de cómo mantener su vida social y ocupar este tiempo pueden ser:

- Actividades y talleres que organizan los ayuntamientos, a través de sus departamentos sociales, de deportes, de la mujer... Son actividades de tipo cultural, recreativas y de relajación.
- Los Hogares (centros del IASS) también organizan actividades de este tipo.
- Asociaciones culturales y de familiares.





DIRECTORIO:

- Dirección General de Bien-
estar Social y Dependencia de
Aragón

www.aragon.es

e-mail:

bienestar.dependencia@aragon.es

Direcciones Provinciales

Servicio Provincial del Depar-
tamento de Sanidad, Bienestar
Social y Familia de Zaragoza.

Vía Universitäts, 36. Edificio Vía
Universitäts, 1ª Planta.

50017 Zaragoza.

Tfno. 976 713 136

Servicio Provincial del Depar-
tamento de Sanidad, Bienestar
Social y Familia de Huesca.

San Jorge, 65.

22003 Huesca.

Tfno. 974 247 234

Servicio Provincial del Depar-
tamento de Sanidad, Bienestar
Social y Familia de Teruel.

Pza. San Francisco, 1.

44001 Teruel.

Tfno. 978 641 000

- Instituto Aragonés de Servi-
cios Sociales (IASS)

www.iass.aragon.es

Dirección Gerencia del Instituto
Aragonés de Servicios Sociales
(IASS)

Avenida Cesáreo Alierta, 9-11.

50008 Zaragoza

Tfno.: 976 715 600

Fax: 976 715 601

e-mail: iass@aragon.es

Direcciones Provinciales

Dirección Provincial del IASS de
Zaragoza.

Paseo Rosales, 28 Duplicado

50008 Zaragoza

Teléfono 976 716 220

Fax: 976 716 221

e-mail: iassza@aragon.es

Dirección Provincial del IASS de
Huesca.

Plaza Santo Domingo, 3-4

22001 Huesca

Teléfono 974 293 333

e-mail: iasshuesca@aragon.es

Dirección Provincial del IASS de
Teruel.

Avenida Sanz Gadea, 11

44002 Teruel

Teléfono 978 641 313

Fax: 978 641 404

e-mail: iasssteruel@aragon.es





- Centros de Servicios Sociales :

* Provincia de Huesca:

Comarca Alto Gállego

Polígono Sepes C/Secorun, s/n
22600- SABINÁNIGO
Tfno.:974 483 311
Fax:974 483 437
e-mail:
ssbara@comarcaaltogallego.es

Comarca Bajo Cinca

Paseo Barrón Segoné, 7.
22520-FRAGA
Tfno.:974 472 147
Fax:974 473 120
e-mail:
servicios-sociales@bajocinca

Comarca de Cinca Medio

Avda. El Pilar, 47, 1ª.
22400-MONZÓN
Tfno.:974 403 593
Fax:974 404 755
e-mail: ssb@cincamedio.es

Comarca de La Jacetania

C/ Ferrocarril, s/n.
22700-JACA
Tfno.:974 356 768
Fax:974 355 241
e-mail: accionsocial@jacetania.es

Campo de La Litera /La Llitera

C/Galileo, 7.
22500-BINÉFAR
Tfno.: 974 431 022
Fax:974 428 495
e-mail: ssbbinefar@lalitera.org

Comarca de Los Monegros

Avda. Fraga, s/n
22200-SARIÑENA
Tfno.:974 570 701
Fax:974 570 860
e-mail:
serviciosociales@monegros.net

Comarca de la Ribagorza

Plaza. Mayor, 17.
22430-GRAUS
Tfno.:974 545 975
Fax:974 546 561
coordinacionsb@cribagorza.org

Comarca del Sobrarbe

Avda. de Ordesa, 79.
22340-BOLTAÑA
Tfno.:974 518 026
Fax:974 502 350
e-mail:
ssbsede@sobrarbe.com

Somontano de Barbastro

Avda. de Navarra,1.
22300-BARBASTRO
Tfno.:974 306 332
Fax:974 306 281
e-mail: ssb@somontano.org

**Comarca de la Hoya de
Huesca/ Plana de Uesca**

Voluntarios de Santiago,2.
22004-HUESCA
Tfno.:974 233 030
Fax:974 232 044
e-mail:
servicios_sociales@hoyadehuesca.es





* Provincia de Teruel:

Andorra-Sierra de Arcos

Paseo de las Minas, 2, 1ª planta
44500-ANDORRA
Tfno.: 978 843 853
Fax: 978 844 338
e-mail:
ssb.sierradearcos@terra.es

Comarca del Bajo Aragón

C/ Mayor, 22.
44600-ALCAÑIZ
Tfno.: 978 840 661
Fax: 978 830 034
e-mail:
ssbalcañiz@bajoaragon.es

Comarca del Bajo Martín

C/Santa Rosa, 8.
44530-HÍJAR
Tfno.: 978 820 126
Fax: 978 821 697
e-mail:
trabajosocial@comarcabajomartin.es

Comarca Comunidad de Teruel

Temprado, 4, casa Dña Blanca
44001-TERUEL
Tfno.: 978 617 280
Fax: 978 606 111
e-mail:
pqvillen@comarcateruel.com

Comarca Cuencas Mineras

C/Constitución, s/n
44760-UTRILLAS
Tfno.: 978 750 309
Fax: 978 758 419
e-mail:
ssbutrillas@hotmail.com

Comarca Gúdar-Javalambre

Pza. de la Comarca, s/n
44400-MORA DE RUBIELOS
Tfno.: 978 800 008
Fax: 978 800 431
e-mail:
utsmorarubielos@hotmail.com

Comarca del Jiloca

Melchor de Luzón, 6, Planta 3
44200-CALAMOCHA
Tfno.: 978 863 801
Fax: 978 732 290
e-mail:
ssbcalamocha@comarcadeljiloca.org

Comarca del Maestrazgo

C/García Valiño, 7.
44140-CANTAVIEJA
Tfno.: 964 185 242
Fax: 964 185 039
e-mail:
ssb@comarcamaestrazgo.es

Comarca del Matarraña.

Avda. Cortes de Aragón, 7.
44580-VALDERROBRES
Tfno.: 978 890 282
Fax: 978 890 388
e-mail:
ssb@matarranya.org

Comarca de Albarracín

C/Catedral, 5- 3ª planta.
44100-ALBARRACÍN
Tfno.: 978 704 024
Fax: 978 704 027
e-mail:
ssb@comarcadelasierradealbarracin.es





* Provincia de Zaragoza:

Comarca del Aranda

Pza. del Castillo s/n.
50250-ILLUECA
Tfno.:976 548 090
Fax:976 821 503
e-mail:
ssbase@comarcadelaranda.com

Comarca Comunidad de Calatayud

Pza. de la Comunidad, 1
50300-CALATAYUD
Tfno.:976 883 075
Fax:976 886 044
e-mail:
besteban@comunidadcalatayud.com

Comarca Campo de Belchite

Ronda de Zaragoza, s/n.
50130-BELCHITE
Tfno.:976 830 186
Fax:976 830 126
e-mail:
serviciosocial@campodebelchite.com

Comarca Campo de Borja

C/ Nueva, 6
50540-BORJA
Tfno.:976 852 028
Fax:976 852 941
e-mail:
sscborja@campodeborja.es

Campo de Cariñena

Avda. Goya, 23.
50400-CARIÑENA
Tfno.:976 622 101
Fax:976 793 064
e-mail: ssb@campodecarinena.org

Comarca Campo de Daroca

C/Mayor, 60-62.
50360-DAROCA
Tfno.:976 545 030
Fax:976 800 362
e-mail:
coordinadorassb@comarcadedaroca.com

Comarca Bajo Aragón - Caspe / Baix Aragó-Casp

Plaza Compromiso,8-9.
50700-CASPE
Tfno.:976 639 078
Fax:976 633 516
e-mail:
coordinadorssb@comarcabajocaspe.com

Comarca Cinco Villas

C/ Justicia Mayor de Aragón 20,1º. Of. 3
50600-EJEA DE LOS CABALLEROS
Tfno.:976 677 559
Fax:976 677 572
e-mail:
coordinadora@comarcacincovillas.es

Comarca Ribera Alta del Ebro

Arco del Marqués,10.
50630-ALAGÓN
Tfno.:976 612 329
Fax:976 611 208
e-mail: coordinacionssb@rialebro.net

Comarca Ribera Baja del Ebro

Avda. de la Constitución, 16
50770-QUINTO DE EBRO
Tfno.:976 179 230
Fax:976 179 231
e-mail: ssb.pina@driberabaja.es





Comarca Tarazona y Moncayo

Avda. de la Paz, 31, bajo.

50500-TARAZONA

Tfno.: 976 641 033

Fax: 976 643 907

e-mail:

css@tarazona.es

Comarca Valdejalón

Pza. España, 18.

50100-LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Tfno.: 976 811 759

Fax: 976 811 758

e-mail:

ssbalmunia@valdejalon.es

* Delimitación Comarcal de Zaragoza:

Servicios Sociales de Fuentes de Ebro.

Plaza Constitución, 4.

50740-FUENTES DE EBRO

Tfno.: 976 169 126

Fax: 976 169 106

e-mail:

ssb@fuentesdeebro.es

Servicios Sociales Mancomunidad Ribera Izquierda del Ebro.

Plaza España, 16.

50172-ALFAJARÍN

Tfno.: 976 790 631

Fax: 976 790 632

e-mail:

social@mrrie.es

Servicios Sociales Mancomunidad Ribera Bajo Huerva.

Pza. España, 1-4 Bajo

50430-MARÍA DE HUERVA

Tfno.: 976 124 170

Fax: 976 124 090

e-mail: ssb@bajohuerva.es

Servicios Sociales de Utebo.

Avda. Navarra, 12. Edificio Polifuncional

50180-UTEBO

Tfno.: 976 785 049

Fax: 976 785 409

e-mail: ssb@ayto-utebo.es

Servicios Mancomunales Bajo Gallego.

Cno. de San Juan, 4.

50800-ZUERA

Tfno.: 976 681 119

Fax: 976 681 352

e-mail:

serviciosocialdebase@ayunzuera.com

* Centros Municipales de Servicios Sociales.

-Ayuntamiento de Zaragoza.

Pza. Ntra. Sra. del Pilar 18.

Edif. Seminario: Vía Hispanidad 20

50071 ZARAGOZA

Tfno: 976 721 100

www y e-mail: www.zaragoza.es

webmunicipal@zaragoza.es





-Ayuntamiento de Huesca.

Pza. de la Catedral, 1.
22002 - HUESCA
Tfno: 974 292 100 / 292 163
www y e-mail: www.huesca.es
info@huesca.es

-Ayuntamiento de Teruel.

Servicios Sociales

Yagüe de Salas 1, 1ª Planta
44001 - TERUEL
Tfno: 978 619 926
www y e-mail: www.teruel.es
serviciososociales@teruel.es





8. DIRECTORIO DE RECURSOS

8.1. Recursos de la Red Pública de Salud Mental

8.1.1. ZARAGOZA

UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS

UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL "NTRA. SRA. DE GRACIA"

C/ Ramón y Cajal, 60 Tfno. : 976 44 00 22
50004 ZARAGOZA

UNIDAD DE SALUD MENTAL "REBOLERÍA"

Pza. Rebolería s/n Tfno. : 976 29 74 55
50002 ZARAGOZA

UNIDAD DE SALUD MENTAL "ROMAREDA-CASABLANCA"

C/ Ermita s/n Tfno. : 976 56 06 25
50009 ZARAGOZA

UNIDAD DE SALUD MENTAL "TORRERO-LA PAZ"

C/ Soleimán, 11 Tfno. : 976 25 36 21
50007 ZARAGOZA

UNIDAD DE SALUD MENTAL "MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES"

[C.S. "Muñoz Fernández"]
Pº Sagasta, 52 Tfno. : 976 25 80 21
50006 ZARAGOZA

UNIDAD DE SALUD MENTAL "SAGASTA-RUISEÑORES"

[C.S. "Muñoz Fernández"]
Pº Sagasta, 52 Tfno. : 976 25 80 21
50006 ZARAGOZA

UNIDAD DE SALUD MENTAL "LAS FUENTES"

C/ Dr. Iranzo, 69 Tfno. : 976 29 03 38
50002 ZARAGOZA

UNIDAD DE SALUD MENTAL “SAN JOSÉ NORTE”

C/ Santuario de Cabañas, 16 Tfno. : 976 59 47 03
50013 ZARAGOZA

UNIDAD DE SALUD MENTAL “CALATAYUD”

C/ Padre Claret, 29 Tfno. : 976 88 10 01
50300 CALATAYUD (Zaragoza)

UNIDAD DE SALUD MENTAL “CINCO VILLAS”

Pº Independencia, 25 Tfno. : 976 67 54 54
50600 EJE A DE LOS CABALLEROS (Zaragoza)

**UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL
CLÍNICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLES A”**

Avda. San Juan Bosco, 15 Tfno. : 976 55 64 00
50009 ZARAGOZA

UNIDAD DE SALUD MENTAL “DELICIAS”

C/ Escultor Palao, 36 Tfno. : 976 32 01 03
50017 ZARAGOZA

UNIDAD DE SALUD MENTAL “ACTUR SUR”

C/ Gómez de Avellaneda, 3 Tfno. : 976 52 48 45
50018 ZARAGOZA

UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL “ROYO VILLANOVA”

Avda. San Gregorio, 30 Tfno. : 976 46 69 10
50015 ZARAGOZA

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

(HASTA LOS 18 AÑOS)

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL “ACTUR SUR”

(Hasta los 18 años)
C/ Gómez de Avellaneda, 3 Tfno. : 976 52 48 45
50018 ZARAGOZA

**UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DEL HOSPITAL CLÍNICO
UNIVERSITARIO “LOZANO BLES A”**

Avda. San Juan Bosco, 15 Tfno. : 976 55 64 00
50009 ZARAGOZA





UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL “MUÑOZ FERNÁNDEZ”

Pº Sagasta, 52 Tfno. : 976 25 80 21
50008 ZARAGOZA



CENTRO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

(Desde los 15 a 29 años)
C/ Añón, 3 Tfno. : 976 20 08 50
50002 ZARAGOZA



- SERVICIOS DE URGENCIAS DE PSIQUIATRÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO “MIGUEL SERVET”

Pº Isabel la Católica, 1-3 Tfno.: 976 76 55 00
50009 ZARAGOZA



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLESA”

Avda. San Juan Bosco, 15 Tfno.: 976 55 64 00
50009 ZARAGOZA



HOSPITAL “ROYO VILLANOVA”

Avda. San Gregorio, 30 Tfno.: 976 46 69 10
50015 ZARAGOZA



- UNIDADES DE CORTA ESTANCIA (Unidades de Psiquiatría)

HOSPITAL UNIVERSITARIO “MIGUEL SERVET”

Pº Isabel la Católica, 1-3 Tfno.: 976 76 55 00
50009 ZARAGOZA



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLESA”

Avda. San Juan Bosco, 15 Tfno.: 976 55 64 00
50009 ZARAGOZA

HOSPITAL “ROYO VILLANOVA”

Avda. San Gregorio, 30 Tfno.: 976 46 69 10
50015 ZARAGOZA

HOSPITAL PROVINCIAL “NTA. SRA. DE GRACIA”

C/ Ramón y Cajal, 60 Tfno.: 976 44 00 22
50004 ZARAGOZA

HOSPITAL DE DÍA
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLESÁ”
Avda. San Juan Bosco, 15 Tfno.: 976 55 64 00
50009 ZARAGOZA

- UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA

RESIDENCIA DE MEDIA ESTANCIA “PROFESOR REY ARDID”
Camino Viejo de Alfocea, 10 (Juslibol) Tfno.: 976 73 10 00
50191 ZARAGOZA Fax: 976 73 07 19

UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA “ALONSO V”
C/ Duquesa Villahermosa, 66-68 Tfno.: 976 33 15 00
50009 ZARAGOZA Fax: 976 33 15 32
UNIDADES DE LARGA ESTANCIA

UNIDAD ESPECIALIZADA DE TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD
HOSPITAL PROVINCIAL NTRA. SRA. DE GRACIA
C/ Ramón y Cajal, 60. Tfno: 976 44 00 22
50004 ZARAGOZA

CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL “NTRA. SRA. DEL PILAR”
C/ Duquesa Villahermosa, 66-68 Tfno.: 976 33 15 00
50009 ZARAGOZA Fax: 976 33 15 32

UNIDAD PSICOGERIÁTRICA
C/ Monasterio de Ntra. Sra. de los Ángeles, 20 Tfno.: 976 34 15 00
50012 ZARAGOZA

CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE SÁDABA
Ctra. de Sos s/n Tfno.: 976 67 54 79
50670 SÁDABA (Zaragoza) Fax: 976 67 54 79

CENTRO NEUROPSIQUIÁTRICO “NTRA. SRA. DEL CARMEN”
(Privado con camas concertadas)
Camino del Abejar s/n (Garrapinillos) Tfno.: 976 77 06 35
50190 ZARAGOZA

- CENTROS DE DÍA

CENTRO DE DÍA “ROMAREDA”
C/ Asín y Palacios, 4 Tfno. : 976 35 67 61
50009 ZARAGOZA





CENTRO DE DÍA “PROFESOR REY ARDID”

Camino Viejo de Alfocea, 10 (Juslibol) Tfno. : 976 73 10 00
50191 ZARAGOZA



CENTRO DE DÍA “SAN CARLOS “ (CÁRITAS)

C/ Cantín y Gamboa, 30 Tfno. : 976 29 25 89
50001 ZARAGOZA



CENTRO DE DÍA “ASAPME” (Asociación Aragonesa Pro-Salud Mental)

C/ Ciudadela, 1 Tfno. : 976 53 25 05 / 976 53 24 99
50017 ZARAGOZA



8.1.2. HUESCA

- UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS

UNIDAD DE SALUD MENTAL “PIRINEOS”

C/ Felipe Coscolla, 9 Tfno. : 974 22 19 70
22004 HUESCA

UNIDAD DE SALUD MENTAL DE BARBASTRO

C/ Saint Gaudens s/n Tfno. : 974 31 03 98
22300 BARBASTRO (Huesca)

UNIDAD DE SALUD MENTAL DE JACA

Pº Constitución, 6-8 Tfno. : 974 36 47 13
22700 JACA (Huesca)

UNIDAD DE SALUD MENTAL DE MONZÓN

Avda. Goya, 2 Tfno. : 974 40 07 11
22400 MONZÓN (Huesca)

UNIDAD DE SALUD MENTAL “PERPETUO SOCORRO”

C/ Ramón y Cajal, 57 Tfno. : 974 22 87 29
22006 HUESCA

- UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENILES

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE HUESCA

C/ Félix Lafuente s/n (provisional) Tfno. : 974 22 19 22 - 974 24 18 98
22004 HUESCA Fax : 974 24 27 47



- URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

HOSPITAL “SAN JORGE”

Avda. Martínez de Velasco, 36 Tfno. : 974 24 70 00
22004 HUESCA

- UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (Servicio de Psiquiatría)

HOSPITAL “SAN JORGE”

Avda. Martínez de Velasco, 36 Tfno. : 974 24 70 00
22004 HUESCA

- UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

“SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS”

Ctra. de Arguís s/n Tfno. : 974 22 07 72
22006 HUESCA

- UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

C.R.P. “SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS”

Ctra. de Arguís s/n Tfno. : 974 22 07 72
22006 HUESCA

- CENTROS DE DÍA

CENTRO DE DÍA “ARCADÍA”

Pº Lucas Mallada, 22 Tfno. : 974 23 00 07
22006 HUESCA

HOSPITAL DE DÍA DEL HOSPITAL “SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS”

Pº Lucas Mallada, 22 Tfno. : 974 23 00 07
22006 HUESCA

ASAPME HUESCA

C/ Ntra. Sra. de Cillas, 3, 2º A Tfno. : 974 24 12 11
22002 HUESCA

CRPS - MONZÓN

Centro de Rehabilitación Psicosocial

Camino Las Paules, 12, Tfno. y Fax.: 974 402 312 - Móvil: 696 790 041
22400 MONZÓN (HUESCA)





8.1.3. TERUEL

- UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS

UNIDAD DE SALUD MENTAL DE TERUEL

C/ Miguel Vallés, 1 Tfno. : 978 60 34 28
44001 TERUEL



UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ

Avda. Aragón, 46 Tfno. : 978 83 17 18
44600 ALCANIZ (Teruel)

- UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

(Menores de 18 años)



CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE TERUEL

Ronda de la Liberación, 1 Tfno. : 978 64 11 57
44002 TERUEL

- SERVICIO DE URGENCIAS



HOSPITAL "OBISPO POLANCO"

Avda. Ruiz Jarabo s/n Tfno. : 978 62 11 50
44002 TERUEL

- UNIDADES DE CORTA ESTANCIA



HOSPITAL "OBISPO POLANCO"

Avda. Ruiz Jarabo s/n Tfno. : 978 62 11 50
44002 TERUEL

- UNIDADES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA



CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL "SAN JUAN DE DIOS"

Avda. de Zaragoza, 10 Tfno. : 978 60 54 67 – 978 60 53 67
44001 TERUEL Fax : 978 60 92 40

8.2. Asociaciones de Salud Mental



Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME)

Ciudadela s/n. Parque Delicias. 50017 Zaragoza. Tfno.: 976 53 24 99

Asociación Oscense Pro Salud Mental (ASAPME)

C/ Nuestra Señora de Cillas, 3. 22002 Huesca. 974 241 211

Asociación Turolense Pro Salud Mental (ASAPME)

Yagüe de Salas, 16 3º. 44001 Teruel. Tfno.: 978 61 09 09

Asociación de Afectados por Trastorno Bipolar (ATBAR)

<http://www.atbar.es> Teléfono 666.456.036,
Apartado de correos 58 (50080 ZARAGOZA).

En la Provincia de Huesca teléfonos: 654 244 421/ 646 210 463

8.2. Otros recursos de interes**Bipolar Clínic.**

<http://www.bipolarclinic.org>

Programa específico para la atención al Trastorno Bipolar del Hospital Clínic de Barcelona, coordinado por el Dr.Eduard Vieta.

Puedo ser.

<http://www.puedoser.es>

Portal específico sobre Trastorno Bipolar, dirigido a profesionales e interesados en el Trastorno Bipolar, donde se puede encontrar una gran variedad de información y recursos de interés.

MDF. The Bipolar Organisation

<http://www.bipolaruk.org.uk/>

Organización que trabaja para que las personas afectadas por el trastorno bipolar tomen el control de sus vidas. Contiene publicaciones, noticias, etc. El idioma es el inglés.

Depression and Bipolar Support Alliance .

<http://www.dbsalliance.org/site/PageServer?pagename=home>

Organización centrada en dos de los trastornos mentales más prevalentes: la depresión y el trastorno bipolar. Compuesta por científicos y especialistas en el campo de los trastornos del estado del ánimo.

Asociación Valenciana del Trastorno Bipolar

<http://www.avtbipolar.org/>

Organización formada por pacientes, familiares y profesionales de la salud mental para dar difusión y mayor conocimiento del trastorno bipolar.

AAIPNA (Asociación Aragonesa para la Investigación Psíquica del Niño y el Adolescente)

Calle Alfonso I, 36-38, Pral E - Zaragoza 50001

Tfnos: 976425935 / 976298709 / 696502303





DBSA-NOVA

<http://www.dbsanova.org/>

The Depression and Bipolar Support Alliance of Northern Virginia es una organización que ayuda a los individuos con trastorno bipolar, sus familias y amigos. El principal objetivo es que éstos acepten su enfermedad y mejoren su calidad de vida.



Fundación Bipolar Infantil y Adolescente

<http://www.thebalancedmind.org/>

Fundación Bipolar Infantil y Adolescente. En su página se incluyen documentos, enlaces y artículos de interés. El idioma es el inglés.



Iberoamerican Network for Bipolar Disorder

<http://www.ian-bd.com/>

Página en inglés cuyo objetivo es facilitar el contacto y la colaboración en el ámbito de los trastornos bipolares entre centros, médicos, investigadores y grupos de defensa de los países de Iberoamérica



Juvenile Bipolar Research Foundation

<http://www.jbrf.org/>

Organización dedicada al apoyo de la investigación para el estudio de la aparición temprana del trastorno bipolar en menores. Podemos encontrar artículos de investigación, noticias, etc.



Fundación de Bipolares en Argentina

<http://www.fubipa.org.ar/>

Organización argentina cuyo principal fin es brindar información y apoyo sobre el trastorno bipolar. Incluye información sobre conferencias a realizar y enlaces de interés.



Asociación Bipolar de Madrid

<http://asociacionbipolar-demadrid.com/>

La Asociación Bipolar de Madrid (ABM), es una entidad sin ánimo de lucro que se constituye en Madrid en 1995 y surge de la iniciativa de un grupo de afectados/as por la enfermedad bipolar.



Bipolarneuro

<http://www.bipolarneuro.com/>

Página en castellano, elaborada por el Dr. Carlos Sánchez, que incluye artículos, enlaces y foros de participación para abordar el trastorno bipolar.

MoodSwings

<http://www.moodswings.net.au/>

Este sitio web es una herramienta online de auto-ayuda para personas con trastorno bipolar. El material utilizado se basa en un programa de grupo efectivo cara a cara eficaz en la reducción de episodios de la enfermedad.

Un Bipolar mas.

<http://unbipolar.mas.blogspot.com.es/>

Blog personal realizado por una persona afectada con un Trastorno Bipolar donde muestra sus experiencias y reflexiones sobre su enfermedad.

Una mente inquieta, Jamison, Kay R. Tusquets Editores

Un libro imprescindible para conocer el padecimiento de la enfermedad relatado por quien lo vive personalmente pero también es una de las expertas más importantes del mundo en el tema. El testimonio descarnado y cautivante de una vida atravesada por la manía y la depresión

BIBLIOGRAFÍA

- A. Benabarre, E. Vieta, et al. "El Trastorno Bipolar". Fundación BBVA y la Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica. Barcelona. 2009.
- J.M. Montes. "Afrontando el Trastorno Bipolar. Guía para pacientes y familiares". Enfoque Editorial, S.C. Madrid. 2009
- VV.AA. "Estrechando Lazos. Una guía del cuidador para comunicarse con los amigos, la familia y los seres queridos. FEAFES. Madrid. 2010.
- Vieta, Colom y Martínez-Arán. "¿Qué es el trastorno bipolar?". Ed. por Janseen-Cilag, S.A.
- Vieta y Colom. "Convivir con el Trastorno Bipolar". Ed. Médica Panamericana.
- Vieta y Colom. "El trastorno bipolar. Superando los altibajos del ánimo. Una guía para profesionales, familias y pacientes".

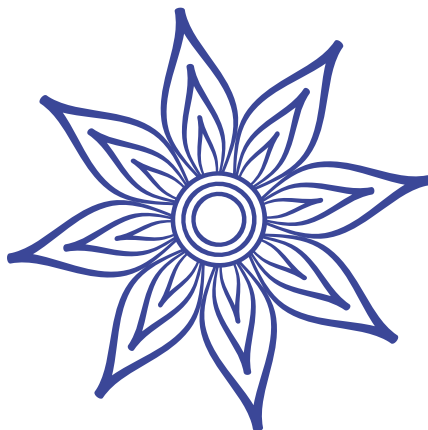




La atención y los cuidados no profesionales prestados a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, deben orientarse siempre a mejorar la calidad de vida de la persona en situación de dependencia.

Para posibilitar esto, una formación específica centrada en el conocimiento de la enfermedad y en su evolución dará las pautas básicas para la atención de la persona en situación de dependencia, promocionando en lo posible su autonomía personal, y por tanto su bienestar físico, emocional y social.

Al considerar estas pautas, la persona cuidadora podrá mejorar también su calidad de vida, ya que formándose y “dando la oportunidad de hacer” verá cómo es posible reducir su carga de trabajo, física y emocional.





José Ramón Bellido Mainar

Diplomado en Terapia Ocupacional y Trabajo Social. Licenciado en Ciencias del Trabajo. Postgrado de Especialización en el Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza.

Actualmente Profesor Asociado del Grado de Terapia Ocupacional en la Universidad de Zaragoza

Terapeuta Ocupacional en Salud Mental desde el año 1997, en el Hospital de Día de Adultos de Psiquiatría del Hospital Santa María de Lérida. Actualmente ejerce como terapeuta ocupacional en el Centro de Rehabilitación Psicosocial “Santo Cristo de los Milagros” del Servicio Aragonés de Salud.

Patricia Sanz Valer

Diplomada y Graduada en Terapia Ocupacional. Licenciada en Antropología Social y Cultural, y Diplomada en Educación Social. Postgrado de Especialización en el Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner y Postgrado de Terapia Ocupacional en Salud Mental. Realizó una Especialización en el Modelo de Ocupación Humana en el Centro de Rehabilitación Psicosocial e Integración “Reencuentros” en Santiago de Chile.

Actualmente Profesora Asociada del Grado de Terapia Ocupacional en la Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza, especializada en el Modelo de Ocupación Humana.

Terapeuta Ocupacional en el Hospital de Día de Adultos de Psiquiatría del Hospital Santa María de Lérida y, previamente, en las Unidades de Salud Mental del Centro Asistencial San Juan de Dios de Almacelles, Lérida. Actualmente trabaja en el Servicio Aragonés de Salud y en AAPIPNA (Asociación Aragonesa para la Investigación Psíquica del Niño y el Adolescente)



Colección de buenas prácticas
para la promoción de la autonomía personal y
atención a las personas en situación de dependencia.



Sistema Aragonés de Atención
a la Dependencia



**GOBIERNO
DE ARAGON**

Departamento de Sanidad,
Bienestar Social y Familia