

Vieta - Colom

Convivir con el Trastorno Bipolar



Prefacio

La falta de información conduce al miedo, a los tópicos y a la superstición. Esta afirmación, válida en cualquier campo de conocimiento, es especialmente cierta cuando hablamos de trastornos mentales, de los que la mayoría de gente sabe muy poco y sobre los que todo el mundo tiene una opinión, generalmente, errónea. En el caso de los trastornos bipolares existe un gran desconocimiento en la sociedad respecto a este tipo de enfermedad que, por otro lado, es muy frecuente entre la población. Este desconocimiento lleva asociados otros dos problemas: el primero es el estigma social, que hace que, de algún modo, la sociedad margine y oculte este tipo de enfermedades —aunque, algunos de sus afectados han sido personas muy destacadas en el arte, la ciencia o la política. El segundo, más grave si cabe, es que el desconocimiento ha provocado que muchas personas que padecen esta enfermedad no lleguen a saberlo nunca y no puedan mejorar con un tratamiento adecuado.

Los autores queremos agradecer a Editorial Médica Panamericana el habernos dado la posibilidad de escribir este texto, con el que trataremos de responder a las dudas más frecuentes acerca de los trastornos bipolares. Con ello, esperamos aportar nuestro grano de arena para vencer el desconocimiento y ayudar a las personas que padecen esta enfermedad, a los que les rodean y al público, en general, a ser un poco más sabios y, por lo tanto, un poco menos miedosos.

1. ¿Qué es el trastorno bipolar?

El trastorno bipolar es una enfermedad que afecta a los mecanismos que regulan el estado de ánimo. La persona que sufre un trastorno bipolar pierde el control sobre su estado de ánimo y éste tiende a describir oscilaciones más o menos bruscas, que van desde la euforia patológica a la depresión, sin que éstas estén en relación con el

mundo exterior. El trastorno bipolar es una enfermedad crónica, episódica y recurrente, tratable con medicación.



2. ¿Cuál es la causa de esta enfermedad?



La causa es esencialmente biológica, y genética en su origen. El responsable de regular nuestras emociones es el *sistema límbico*, que es el encargado de que nuestro estado de ánimo sea regular, estable y acorde a las circunstancias.

Dicho de otro modo, de que cada día nos levantemos de un humor similar –con algunas alteraciones, sobre todo si es lunes– congruente con lo que nos sucede en la vida. Las personas que padecen un trastorno bipolar sufren un mal funcionamiento de este sistema límbico –o cerebro emocional–, con lo que el estado de ánimo sufre bruscas alteraciones sin que medie necesariamente ningún problema personal, laboral, familiar o social que las justifique. Los neurotransmisores, como la dopamina, la serotonina y la acetilcolina juegan también un papel crucial en cada fase: parece claro que existe un aumento de los niveles de dopamina en las fases maníacas y una disminución de



serotonina durante la depresión. También las hormonas, sobre todo la tiroxina, se hallan implicadas.

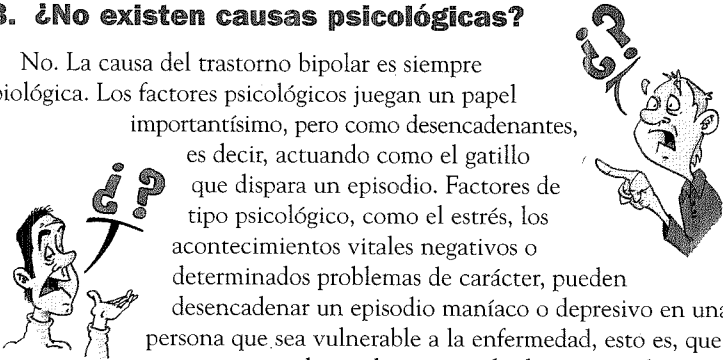


3. ¿No existen causas psicológicas?

No. La causa del trastorno bipolar es siempre biológica. Los factores psicológicos juegan un papel importantísimo, pero como desencadenantes, es decir, actuando como el gatillo que dispara un episodio. Factores de tipo psicológico, como el estrés, los acontecimientos vitales negativos o determinados problemas de carácter, pueden desencadenar un episodio maníaco o depresivo en una persona que sea vulnerable a la enfermedad, esto es, que tenga una serie de condicionantes biológicos que le predisponen a la enfermedad bipolar. Antes hemos dicho

que los acontecimientos vitales negativos pueden desencadenar un episodio: los acontecimientos vitales muy positivos también. Es decir, se puede empezar un episodio tras ser despedido del trabajo o tras

ser ascendido, tras divorciarse o tras empezar una relación. Lo curioso es que el signo positivo o negativo del acontecimiento desencadenante no condiciona que el episodio sea depresivo o maníaco. Cabría esperar, por ejemplo, que una persona con un trastorno bipolar empiece un episodio depresivo tras el fallecimiento de un ser



querido, pero la realidad es que muchos pacientes bipolares inician un episodio maníaco tras una desgracia. Ello nos da una idea de hasta qué punto los factores biológicos, más que los psicológicos, son decisivos en esta enfermedad.

En este sentido, es muy importante subrayar que nadie tiene la culpa de padecer un trastorno bipolar: ni el que lo padece ni su familia. Insistimos en ello, dado que, todavía hoy, determinadas escuelas carentes de cualquier tipo de base científica postulan que en la base de todo trastorno mental se encuentra un trauma infantil, un problema de relación con los padres, o un problema de “maduración” o “crecimiento personal”. Ello ha culpabilizado a muchas personas que padecen un trastorno bipolar, llevándoles a padecer un doble problema: el propio trastorno bipolar y la culpa por padecerlo. Repetimos: ni usted, ni su familia, ni su entorno, ni su educación tienen la culpa de su enfermedad.

4. ¿Existe otro tipo de desencadenantes?



Aparte de los desencadenantes de tipo psicosocial, hay varias situaciones que pueden provocar la aparición de un nuevo episodio. El primer factor de riesgo –y la causa de la mayoría de recaídas– es dejar de tomar la medicación. Aunque pueda parecer sorprendente, casi la mitad de las personas que padecen un trastorno bipolar no toman correctamente la medicación prescrita por su psiquiatra, con lo que se facilita la aparición de nuevos episodios y un empeoramiento progresivo del curso de la enfermedad. Otro desencadenante muy común es el consumo de alcohol y otros tóxicos –cannabis, cocaína, drogas de diseño– y el abuso de café –más tarde hablaremos de todo ello–. Dormir menos de siete u ocho horas, si bien puede ser ya un indicador de que se está iniciando una fase de euforia, puede desencadenar un episodio. Es típico que algunos de nuestros pacientes más jóvenes recaigan, debido a que se fuerzan a dormir pocas horas en épocas de exámenes para estudiar lo que no se ha estudiado durante el año. Un par de noches durmiendo poco es suficiente para iniciar un episodio maníaco. Determinados fármacos que se usan para otras enfermedades pueden actuar también como desencadenantes de nuevos episodios. Entre ellos destacan los corticoides. Es prudente, por lo tanto, consultar con su psiquiatra –aunque sea telefónicamente– si usted puede tomar determinados fármacos que le ha prescrito un doctor de otra especialidad. En las mujeres –hasta que no se demuestre lo contrario, sólo en las mujeres– el parto puede actuar como desencadenante debido a los cambios hormonales bruscos que tienen lugar tras el mismo. Es común oír hablar de depresión postparto: ello no tiene nada que ver con factores psicológicos del tipo “miedo a la responsabilidad de ser madre” o a “sentirse vacía”, como parte de la literatura pseudocientífica ha llegado a especular. Se trata, sencillamente, de un descenso brusco en los niveles de estrógenos, que puede provocar tanto el comentado episodio de depresión postparto –más frecuente en las mujeres con un trastorno bipolar–, como la “manía postparto”.

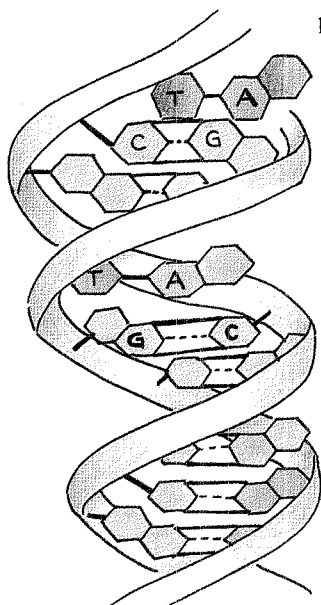


5. ¿Qué papel juega la genética?

El trastorno bipolar es una enfermedad con un importante componente hereditario: esto quiere decir que puede heredarse, pero no que

necesariamente deba heredarse. Se han encontrado varios genes que se asocian al trastorno bipolar, y ahí reside básicamente el problema: el modelo de herencia genética del trastorno bipolar parece ser bastante complejo. Probablemente se trataría de un modelo de herencia poligénica, a diferencia de otras enfermedades de herencia más simple.

A pesar de ello, lo que resulta indiscutible es que el trastorno bipolar es una enfermedad hereditaria, aunque también podemos hablar de pacientes bipolares “de primera generación”.



CADENA A.D.N

6. Si ésta es una enfermedad tan biológica, ¿qué papel juega mi voluntad?

Su voluntad no juega en absoluto ningún papel para decidir si usted tiene o no un trastorno bipolar. Ello le exime de culpa, pero no de responsabilidad en el manejo de algunos aspectos de la enfermedad: usted no puede decidir si es bipolar o no, si tiene o no



ciclación rápida o síntomas psicóticos o si presentará un episodio depresivo el próximo mes de noviembre. Pero usted sí puede decidir tomar o no el tratamiento de forma correcta, regular su sueño, *no tomar drogas ni alcohol* y hacer más o menos actividad según se lo indique su médico o su psicólogo. Ésta es su responsabilidad. Su voluntad, por lo tanto, es crucial para mejorar determinados aspectos que pueden actuar como desencadenantes o agravantes de un cuadro determinado.

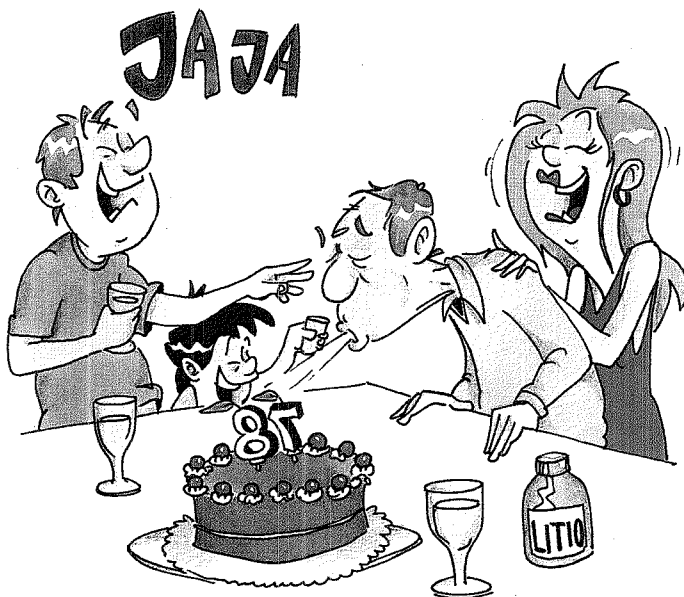


7. ¿Es una enfermedad incurable?

Hay una noticia buena y una mala. Si por incurable entendemos que no existe ninguna medicación que consiga que alguien deje de ser bipolar, entonces sí, la enfermedad bipolar es



incurable. Es una condición que acompañará, de algún modo, al que la sufre durante toda su vida. Esta es la mala noticia. Vamos con la buena: es una enfermedad incurable, pero ello no significa que no se pueda tratar. Con las medicaciones disponibles en la actualidad es posible lograr que la persona que sufre un trastorno bipolar esté estable durante largos períodos, consiguiendo mantener la enfermedad compensada, “dormida”, sin que se presente síntoma alguno y funcionando como una persona que no padece la enfermedad. Para ello, es imprescindible tomar una medicación adecuada durante toda la vida.



8. ¿Cuáles son los síntomas del trastorno bipolar?



El trastorno bipolar es una enfermedad que funciona por episodios o fases. Básicamente existen dos tipos de fases: las fases depresivas y las fases maníacas. También existen las denominadas fases mixtas, que son una mezcla de ambas, y las fases hipomaníacas, que son fases maníacas de menor intensidad. No podemos hablar de síntomas del trastorno bipolar, sino de síntomas de cada una de las fases.



9. ¿Cuáles son los síntomas de la manía?



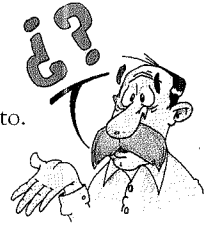
La manía es una elevación patológica del estado de ánimo. La persona que sufre una fase maníaca suele presentar disminución de la necesidad de dormir, aumento de la energía,

irritabilidad, hiperactividad, aumento de la sociabilidad, aumento del gasto económico, generalmente, en actividades innecesarias, euforia, jovialidad, locuacidad, aumento de la velocidad del pensamiento, aumento del impulso sexual, en ocasiones descuida su aspecto físico o se viste de forma extravagante o llamativa, incapacidad para permanecer quieto, suele imaginar nuevos proyectos –generalmente grandiosos y absurdos– y, en los casos más graves, puede presentar síntomas psicóticos (delirios y/o alucinaciones).



10. ¿Cuáles son los síntomas de la depresión?

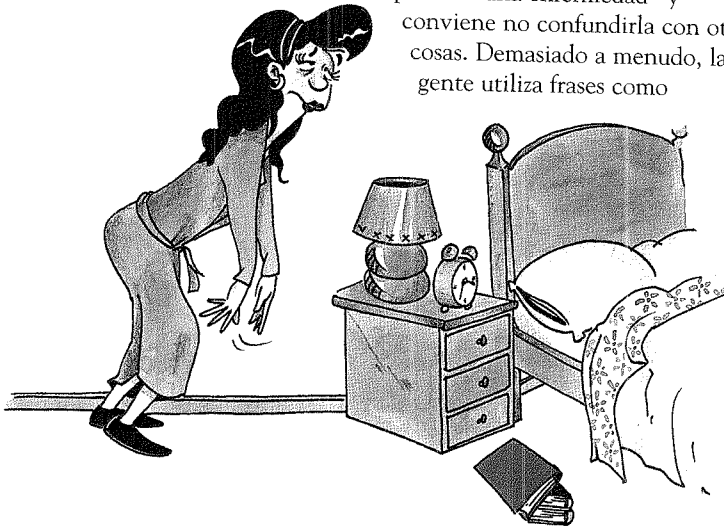
La mayor parte de la gente cree que estar deprimido es estar muy triste. Esto no es del todo cierto. La depresión no es sólo estar muy triste. Existen otros síntomas muy frecuentes, como el cansancio, el



BLA,
BLA...

aumento de las horas de sueño –aunque también puede haber insomnio–, la pérdida de ilusión por las cosas, la ansiedad, la apatía, la desvaloración de uno mismo, el pesimismo y las ideas de muerte. Ninguno de estos síntomas resulta imprescindible para diagnosticar una depresión: basta con que estén presentes algunos de ellos. Por otra parte, no hace falta estar triste para estar deprimido: existen depresiones sin tristeza, caracterizadas, sobre todo, por la fatiga, sensación de vacío, aumento de la somnolencia, etcétera.

La depresión es una enfermedad –en el caso que nos ocupa, es una parte de una enfermedad– y conviene no confundirla con otras cosas. Demasiado a menudo, la gente utiliza frases como



“estoy un poco deprimido”, “me ha dado la depre” o “he pillado una depresión de caballo”, para referirse a estados transitorios de desánimo, a menudo muy relacionados con problemas familiares o laborales. Dejando a un lado la incorrección gramatical de las dos últimas frases y el hecho de que exista una total ausencia de estudios rigurosos sobre los trastornos del estado de ánimo en el ganado equino por parte de los veterinarios correspondientes, queda claro que la palabra “depresión” se ha banalizado al cruzar la puerta de la consulta. Mucha gente habla de depresión sin saber a lo que se está refiriendo. Probablemente son la misma gente que cree que la mejor terapia son las palmaditas en la espalda, que uno mismo debe ser capaz de solucionar sus problemas, que el que se deprime es porque quiere o porque es débil, etc. Pero de todo esto ya hablaremos más tarde.

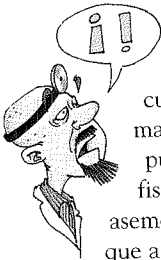
1.1. ¿Qué son los estados mixtos?

Las fases mixtas son un tipo de episodio que pueden presentar algunos pacientes bipolares —concretamente los bipolares I— que se caracteriza por ser una mezcla de sintomatología depresiva y maníaca. Los síntomas más frecuentes de esta fase son la irritabilidad, la dificultad para conciliar y mantener el sueño, la impaciencia e

intolerancia con las personas que rodean al paciente, la ansiedad, los pensamientos negativos, pudiendo existir pensamiento acelerado.

Ésta sería una forma característica de estado mixto, pero cualquier otra combinación de síntomas depresivos y maníacos también se consideraría una fase mixta. Aunque pueda resultar extraño, desde un punto de vista fisiopatológico y de curso clínico, las fases mixtas se asemejan más a las fases maníacas que a las depresivas. En su tratamiento suelen

ser necesarios antimaníacos y se desaconseja el uso de antidepressivos.





12. ¿Qué son los síntomas psicóticos?

A grandes rasgos, existen dos tipos de síntomas psicóticos: los delirios y las alucinaciones. Los delirios son ideas sin base real, fundamentadas, a menudo, en una interpretación errónea de la información –p. ej., el paciente que cree que existe un complot contra él porque los coches en la autopista “le siguen”–. Las alucinaciones son percepciones sin objeto: escuchar voces o ruidos sin que estos existan –alucinaciones auditivas–, ver caras o “apariciones” –alucinaciones visuales–, percibir olores, etc. Los delirios son mucho más frecuentes que las alucinaciones. Los síntomas psicóticos pueden aparecer tanto en la depresión como en la manía y, generalmente, su contenido tiende a ser congruente con el estado de ánimo. Es probable, por ejemplo, que un paciente en fase maníaca piense que tiene superpoderes y, en fase



depresiva, tenga la convicción delirante de que él y su familia padecen una enfermedad mortal.



13. ¿Cuántos tipos de trastorno bipolar existen?

Existen cuatro tipos de trastornos bipolares: la ciclotimia, el trastorno bipolar tipo I, el tipo II y el trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar. La ciclotimia



se caracteriza por fluctuaciones leves del estado del ánimo, aunque suficientes para mermar la calidad de vida y la funcionalidad de quien la padece. El afectado por ciclotimia no suele acudir a la consulta del psiquiatra o psicólogo, al confundir estas alteraciones con su propio "carácter" y suele ser juzgado por los que le rodean como "caprichoso" o "lunático". El paciente afectado por trastorno bipolar de tipo I puede presentar los cuatro tipos de episodios que hemos



OBVIAMENTE SE TRATA
DE UN T.B. "I"



comentado: manía, hipomanía, depresión y fases mixtas,

mientras que el tipo II presenta únicamente hipomanía y depresión. Evidentemente no se trata de categorías cerradas: en el momento en el que un bipolar II presenta un episodio maníaco pasa a ser considerado como bipolar de tipo I. El trastorno esquizoafectivo de

Convivir con el trastorno bipolar

tipo bipolar se asemeja mucho al bipolar tipo I, con la salvedad de que el esquizoafectivo suele presentar síntomas psicóticos, incluso durante las fases de eutimia –fases sin manía ni depresión– mientras que en el bipolar I los síntomas psicóticos aparecen únicamente en el contexto de una fase maníaca o depresiva.

La clasificación de los trastornos bipolares en distintos subtipos es, en parte, un artificio de los profesionales para establecer un consenso para entendernos entre nosotros y poder establecer un pronóstico determinado de un grupo de pacientes que tienen en común varias características. Por tanto, no es algo que deba preocupar en exceso al paciente, ya que, en principio –excepto en el caso de la ciclotimia, que es más leve–, no determina necesariamente el grado de gravedad de la enfermedad.

14. ¿Cuál de los trastornos bipolares es más grave el tipo I o el II?

Tradicionalmente se pensaba que el trastorno bipolar tipo II era una forma “menor” de la enfermedad, ya que los episodios de euforia no son tan graves y no requieren nunca hospitalización. Pero hay que tener

también en cuenta que los episodios

depresivos pueden ser tan o más

graves en el paciente bipolar II que en el tipo I. Por

otra parte, aunque los episodios mixtos o maníacos

son más graves en el caso de los tipo I, la remisión

suele ser mejor y, además, los pacientes bipolares tipo

II suelen tener más episodios. Por lo tanto, no podemos

afirmar taxativamente que un subtipo del trastorno sea más

grave que el otro.

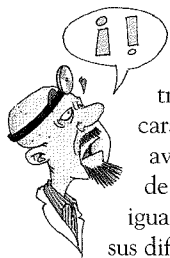


DOC...¿QUE TIPO DE
TRASTORNO BIPOLAR
ES MAS GRAVE?

15. ¿Es una enfermedad frecuente?

Desde luego. El trastorno bipolar es una enfermedad mucho más frecuente que otras que son mucho más conocidas por la gente, como la diabetes. Incluyendo las formas menos graves, entre un 2 y un 5% de la población mundial sufre algún tipo de trastorno bipolar. Sin

exagerar, podríamos afirmar que cerca de un millón de españoles sufre algún tipo de trastorno bipolar. Contrariamente a lo que mucha gente cree, los trastornos bipolares –y los trastornos mentales en general– no son enfermedades características de las sociedades técnicamente más avanzadas, ni consecuencia del estrés que se supone propio de la sociedad occidental. El trastorno bipolar existe por igual en todas las partes del mundo, independientemente de sus diferencias culturales, la etnia, el grado de progreso



tecnológico,

etc... y esto es

porque el

trastorno bipolar

no es “culpa” de

ningún factor social:

repetimos que la

causa del trastorno

bipolar se halla en

la alteración de

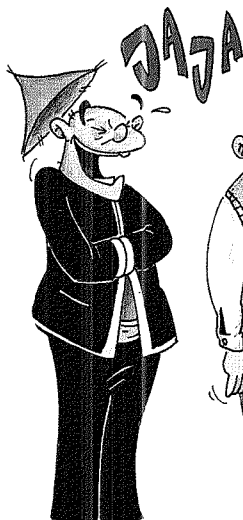
algunos

mecanismos de

nuestro cerebro.

Y cerebro

tenemos todos.





16. Fluctuaciones del estado de ánimo las tenemos todos..., ¿acaso somos todos un poco bipolares?

Le contestaremos luego. Antes una pequeña explicación; hay dos formas de entender la realidad: por dimensiones o por categorías. Las dimensiones nos permiten definir la realidad de forma cuantitativa. La altura, la edad, la escala cromática o el cociente intelectual son dimensiones. Las categorías definen la realidad de forma cualitativa, según la ausencia o presencia de un factor determinado. El sexo de una persona, la nacionalidad, etc...



Hasta aquí todo parece sencillo. Vamos a complicarlo: todos sabemos lo que es una silla —o eso creemos—. Un objeto puede ser una silla o no serlo. En este sentido, “silla” es una categoría. Pero también lo podemos ver de otro modo: ¿hasta qué punto un determinado mueble que sirve para sentarse es o no es una silla? ¿dónde empieza la silla y acaba el taburete? Es difícil responder a esta pregunta de un modo contundente: usted me dirá que depende del tamaño de las patas y del respaldo.

Entonces mi pregunta será, ¿hasta qué



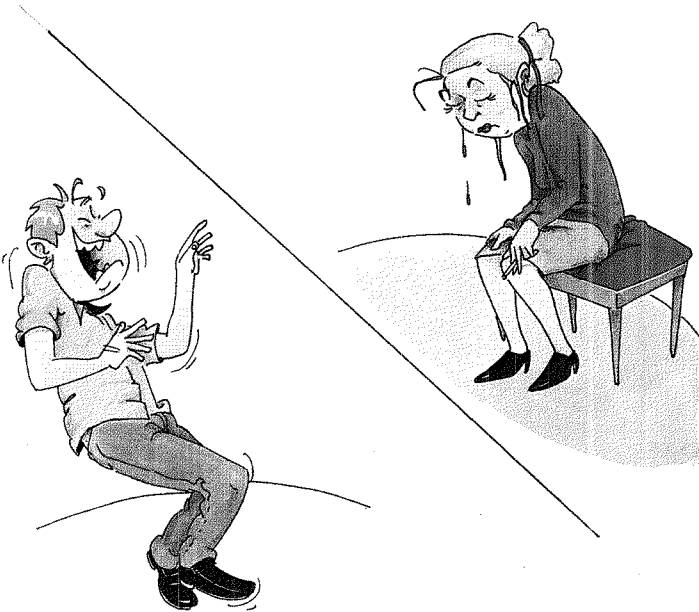
longitud de las patas estamos aún en la categoría de silla y a partir de qué longitud entramos en la de taburete? Como ve, hablamos de dimensiones para referirnos a algo que, en principio, era claramente categorial. Si en el mundo de la ebanistería las descripciones y clasificaciones resultan tan complicadas, imagínese lo difícil que ha sido llegar a acuerdos en otros campos, como la medicina. Cuando hablamos de distintas cuestiones de salud la realidad es dimensional, pero necesitamos categorías para describirla: son los diagnósticos. Se dice que una persona es diabética a partir de determinados niveles de glucosa en sangre, diagnosticamos a alguien de hipertensión arterial cuando su tensión arterial supera un nivel establecido por consenso. De la misma forma, diagnosticamos a alguien de trastorno bipolar cuando sus fluctuaciones del estado de ánimo tienen una intensidad determinada, que acaban generando sufrimiento y alteraciones del comportamiento.

17. ¿Es más común en hombres o en mujeres?

Algunos estudios indican que el trastorno bipolar es discretamente más común entre las mujeres.

Concretamente, habría 1,4 mujeres bipolares por cada hombre. En la depresión unipolar la relación de géneros suele cifrarse en cuatro mujeres por hombre –dato muy relevante si se quiere organizar una fiesta, algo improbable en pacientes depresivos unipolares–.

Las mujeres bipolares tienden a tener más depresiones que los hombres, mientras que éstos tenderían más a presentar episodios maníacos.



18. ¿Son los diagnósticos necesarios?

Si usted ha tenido la mala suerte de leer determinados libros de supuesta autoayuda antes que este —que queda claro que no es un libro de



autoayuda, suponemos— o si ha sufrido usted la intervención de

determinados tipos de terapeutas de dudosa formación, usted ya estará pensando “un

diagnóstico no es más que una etiqueta que me pone gente que no me conoce bien, me estigmatiza y reduce mi complejidad individual a un mero sustantivo”. En parte tiene

razón: un diagnóstico es una categoría que agrupa a una serie de personas que padecen un conjunto de síntomas determinado, del que se supone, por casuística, un determinado pronóstico y una determinada respuesta terapéutica. Poder diagnosticar a alguien de

trastorno bipolar, nos permite inferir una cierta evolución de su caso —dados los

conocimientos que tenemos sobre esta enfermedad, tanto por nuestra propia experiencia como por la experiencia de la comunidad científica— y cuál es el tratamiento más adecuado. Si no pudiéramos diagnosticar tendríamos que tratar a cada paciente como si fuera el primer caso en el mundo, sin beneficiarnos

en absoluto de nuestra experiencia o de los datos científicos, y tratarle de forma aleatoria o intuitiva, con lo que es muy probable que no consiguiéramos ninguna mejora. Ahora bien, dicho esto, en ningún caso un diagnóstico —aunque sea de un trastorno



psiquiátrico— debe servir para definirle a usted como persona; usted puede ser un apasionado del motociclismo, barcelonista empedernido, algo introvertido, un amante solvente, un romántico tremendo, experto en jazz y padecer diabetes. Sería estúpido definirle a usted como persona en una conversación únicamente como “diabético”, aunque en su historial médico seguramente constará así, ya que de todo lo comentado, la diabetes es lo único que tiene relevancia médica. Exactamente lo mismo ocurre con el trastorno bipolar: usted puede ser un padre amable, un trabajador eficaz, un marido fiel, un nefasto jugador de billar, un guitarrista frustrado, un entendido en pintura impresionista y tener un trastorno bipolar. Si su psiquiatra le “reduce” a “trastorno bipolar tipo II”, es porque lo único que tiene relevancia para su curso y tratamiento es el grupo de síntomas que conocemos por “trastorno bipolar tipo II”. Ya sabemos que usted es mucho más que eso. Es más, le invitamos a pensarlo en estos términos: usted no es bipolar, tiene —padece— un trastorno bipolar, en el sentido que eso no forma parte de su “ser”.

19. Antes no se oía hablar de esta enfermedad ¿Es el trastorno bipolar culpa de los tiempos modernos, que son mucho más estresantes?

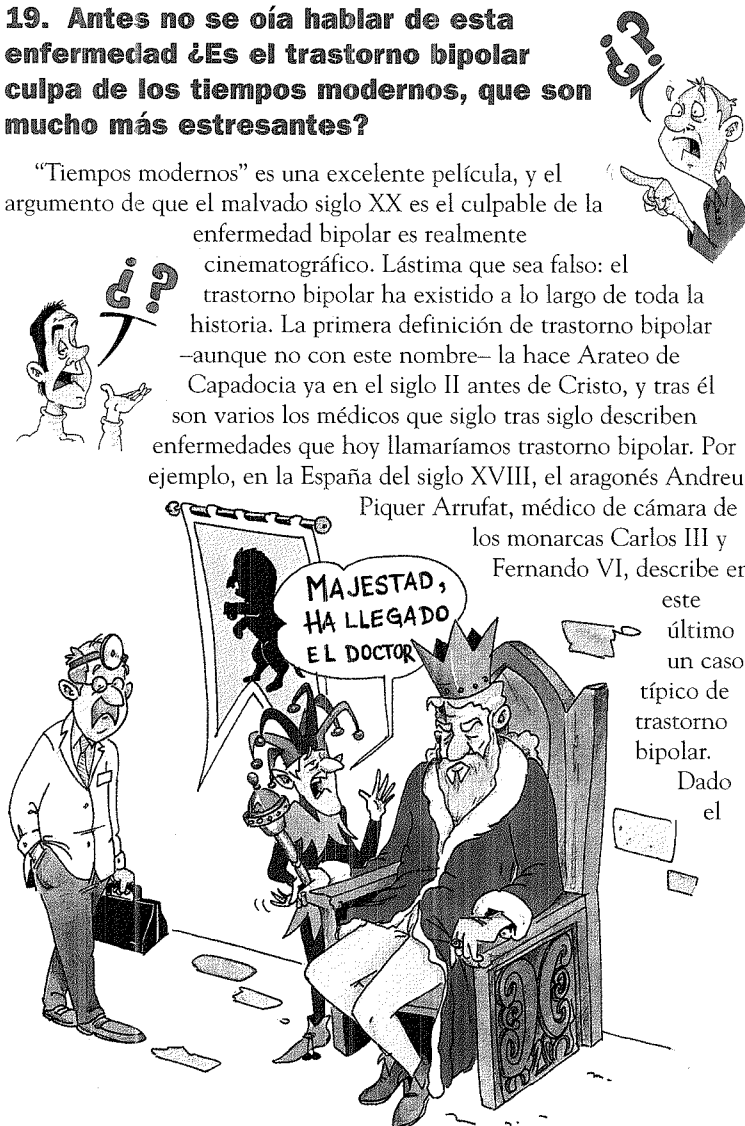
“Tiempos modernos” es una excelente película, y el argumento de que el malvado siglo XX es el culpable de la enfermedad bipolar es realmente

cinematográfico. Lástima que sea falso: el trastorno bipolar ha existido a lo largo de toda la historia. La primera definición de trastorno bipolar –aunque no con este nombre– la hace Arateo de Capadocia ya en el siglo II antes de Cristo, y tras él son varios los médicos que siglo tras siglo describen enfermedades que hoy llamaríamos trastorno bipolar. Por ejemplo, en la España del siglo XVIII, el aragonés Andreu

Piquer Arrufat, médico de cámara de los monarcas Carlos III y Fernando VI, describe en

este último un caso típico de trastorno bipolar.

Dado el

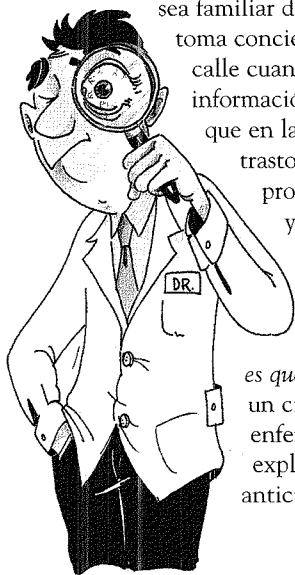


carácter biológico del trastorno bipolar es lógico –y además está ampliamente documentado– que el trastorno bipolar haya existido desde el principio de la humanidad –y, observando algunas jaulas de primates en el zoo, quien sabe si desde un poco antes. Pero, incluso si no tenemos en cuenta ese factor y relacionamos el trastorno bipolar exclusivamente con el estrés... ¿quién se atreve a decir que nuestra sociedad es la más estresante de la historia? Coger el metro a las siete de la mañana, la hipoteca a fin de mes, los malos resultados de su equipo favorito y la declaración trimestral de IRPF son estresantes, de acuerdo. Prehistoria: probabilidades bastante altas de acabar el día devorado por un ser cinco veces mayor a uno mismo –sin agua caliente, calefacción ni canales de pago–. Antiguo Egipto: trabajar como esclavo en las pirámides, maltrato garantizado y escasa vida social –sin contrato basura ni becas–. Edad media: rendir cuentas al señor feudal, ceder a la propia hija en derecho de pernada, no dan los Simpson por la tele –sin seguridad social, ni ningún tipo de derecho–. Revolución industrial: jornadas de catorce horas, esperanza de vida raramente superior a los cincuenta años –sin media hora para el bocadillo–. Posguerras del siglo XX: hambre, miseria y ausencia absoluta de derechos humanos –su equipo de fútbol probablemente ya empezaba a perder–. Parece que el estrés no es patrimonio de los “tiempos modernos”. El trastorno bipolar tampoco.

20. Vale..., ¿pero no es cierto que en la actualidad hay más enfermos bipolares que antes?

Probablemente no es cierto, aunque carecemos de datos para realizar tal información. Los primeros estudios epidemiológicos —especialidad de la medicina que evalúa la frecuencia de una enfermedad en la población— sobre el trastorno bipolar datan de la primera mitad del siglo XX, por lo tanto ignoramos hasta qué punto el trastorno bipolar era frecuente antes de esas fechas. Si a usted le parece que ahora se oye hablar mucho más de esta enfermedad que antes es, quizás, por un cúmulo de razones que poco tienen que ver con un aumento real de su prevalencia: por una parte, usted, probablemente, está más pendiente de esta información que otra persona que no padezca esta enfermedad o que no sea familiar de alguien que la padece. Uno únicamente

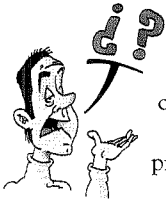
toma conciencia de cuánta gente va escayolada por la calle cuando él mismo debe ir escayolado. Si no, esa información pasa desapercibida. Por otra parte, no es que en la actualidad haya más gente que padezca un trastorno bipolar: la medicina avanza, los profesionales somos cada día un poco más aptos y más capaces de detectar casos que en un pasado hubieran pasado desapercibidos y hubieran permanecido toda la vida sin tratamiento, con el sufrimiento que ello implica. Posiblemente *no es que haya más: es que los vemos mejor*. Aún así, no es descartable un cierto incremento en la frecuencia de la enfermedad, para el que se han dado explicaciones genéticas (un fenómeno llamado anticipación).



21. ¿Qué es la ciclación rápida?

La ciclación rápida es la presencia de más de cuatro episodios en el período de un año. En principio, se considera un factor de mal pronóstico, pero, contrariamente a lo que se pensó durante un tiempo, es una condición reversible con el tratamiento adecuado. No podemos hablar, por lo tanto, de que determinados pacientes sean cicladores rápidos y sí de que un paciente ha

presentado ciclación rápida durante un período determinado de su vida. Los casos más complejos de ciclación rápida se conocen como cicladores ultrarrápidos: se trata de pacientes que pueden presentar cambios bruscos de episodio en cuestión de horas –estar, por ejemplo, maníaco durante la mañana y profundamente deprimido durante la tarde.



22. ¿Qué es el patrón estacional?

Hay pacientes que tienen cierta tendencia a presentar el mismo tipo de episodio coincidiendo con una determinada estación del año. Es lo que se conoce como patrón estacional. Generalmente se compone de depresión invernal e hipomanía o manía en la primavera/verano. Esta alteración está relacionada con las horas de luz solar. Por lo



tanto, es mucho más común en países alejados del ecuador, en los que hay mucha más variación de disponibilidad de luz solar entre verano e invierno. Este tipo de trastorno es

especialmente frecuente, por ejemplo, en los países escandinavos y relativamente raro en los países del mediterráneo. Dado que, como queda comentado, este tipo de alteración está relacionada con la ausencia de luz solar hay un tratamiento lógico: la exposición a la luz solar. Ya que para la mayoría de

afectados –por bienestantes escandinavos que sean– resulta imposible pasarse el año viajando en busca del sol –aunque no deja de ser una idea romántica y algo excéntrica–, el tratamiento

pasa por la exposición a una luz que imita los rayos del sol. Se trata de la fototerapia, de la que hablaremos más tarde.



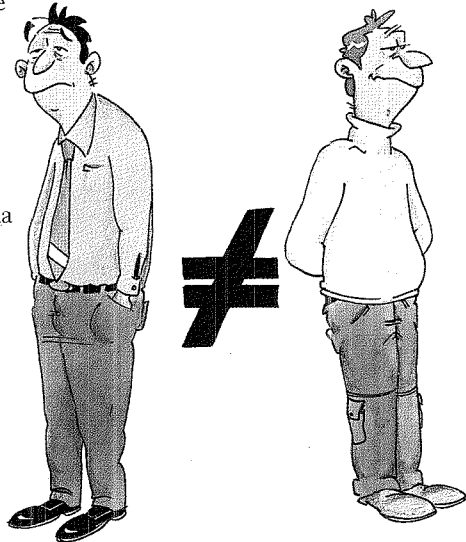


23. ¿Nos parecemos todos los bipolares?

Todos los bipolares –si no han sufrido alguna amputación– tienen dos piernas, dos brazos, dos ojos, dos orejas –obviaremos la broma sobre cierto pintor impresionista– y, en la inmensa mayoría de los casos, una nariz. Hasta ahí todo parecido físico: si agrupamos a cincuenta personas que padecen un trastorno bipolar –por ejemplo, en una conferencia de una asociación de afectados– y entra por la puerta alguien que no sabe el motivo de la reunión, le será imposible saber que tienen en común esas personas: pueden ser una peña del Atlético de Madrid, un club de petanca, una asociación de excursionistas o una secta religiosa. No se puede distinguir a un bipolar por su aspecto: no pueden decir lo mismo los fans de Star Trek.



Si la pregunta no se refería al aspecto físico, sino a la personalidad, la respuesta sigue siendo no. El trastorno bipolar no es un trastorno de la personalidad; cada paciente tiene su propio carácter. Cada paciente es un mundo, completamente distinto de cualquier otra persona afectada. Esa es la dificultad –y, en parte, la grandeza– del ejercicio de la psiquiatría y la psicología. Lo único que tiene en común un paciente con el anterior es un puñado de síntomas, pero su personalidad es independiente de la enfermedad.



24. Si está tan claro que tengo un trastorno bipolar... ¿por qué he recibido antes tantos otros diagnósticos?



Cuando, como profesionales, entrevistamos a un “posible” bipolar, existe el riesgo de confundir su enfermedad con otras, sobre todo si únicamente nos fijamos en los síntomas presentes en el momento de la visita y no en la enfermedad como un proceso “de largo recorrido”. Por ejemplo, si vemos un paciente deprimido y no preguntamos –a poder ser a él y a su familia– si en algún momento en el pasado ha estado excesivamente acelerado, irritable, contento o gastando demasiado dinero, es posible que le diagnostiquemos únicamente como “depresivo unipolar” y no como bipolar. Algo parecido ocurre con las fases maníacas: si se presentan con predominio de síntomas psicóticos es posible que puedan dar lugar a la confusión diagnóstica con la esquizofrenia. En otros casos, cuando las fluctuaciones del estado de ánimo no son muy intensas, pero sí dan lugar a muchas alteraciones de conducta, se puede confundir el trastorno bipolar con un trastorno de la personalidad.

A veces sucede que el paciente sólo acude al psiquiatra –y frecuentemente a distintos psiquiatras–



cuando está deprimido e interpreta sus fases hipomaníacas como períodos de felicidad, lo que dificulta también un correcto diagnóstico.

Identificar correctamente un caso de trastorno bipolar depende en gran parte de llevar a cabo una correcta entrevista diagnóstica con el paciente y los que le conocen –por separado–, teniendo en cuenta los aspectos longitudinales de la enfermedad y no sólo lo que vemos durante la entrevista. En ocasiones, el diagnóstico no es posible hasta fases avanzadas de la enfermedad: por ejemplo, un adolescente que presenta síntomas depresivos tras una ruptura sentimental, fácilmente pasará desapercibido como bipolar hasta que, si se da el caso, muestre una fase maníaca unos años más tarde.

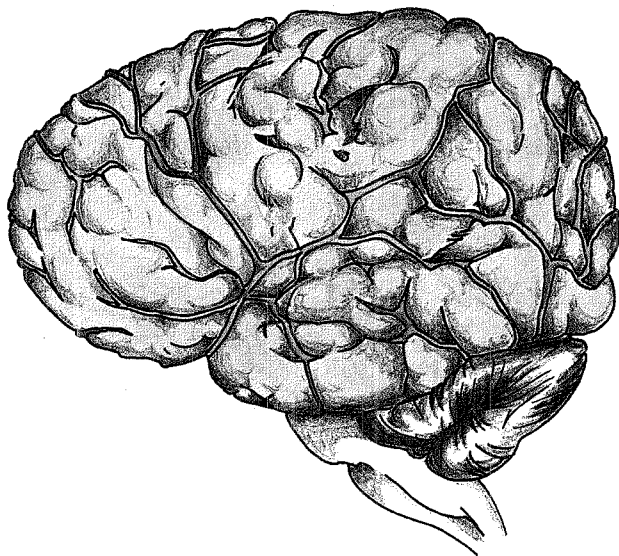
25. ¿Es el trastorno bipolar un primer paso para la esquizofrenia?

No. La gripe y la malaria son dos enfermedades claramente diferentes que comparten un mismo síntoma:

la fiebre. El trastorno bipolar y la esquizofrenia son dos enfermedades completamente distintas que comparten un tipo de síntomas: los síntomas psicóticos.

Esto ha dado lugar a muchos errores diagnósticos —cada vez menos frecuentes, afortunadamente— y a poner estas dos enfermedades “en el mismo saco”. En realidad, el curso de las dos enfermedades es diferente, aunque compartan algunos

síntomas y algunos tratamientos. Es cierto que existen algunos casos intermedios entre una y otra enfermedad, que denominamos “esquizoafectivos”.



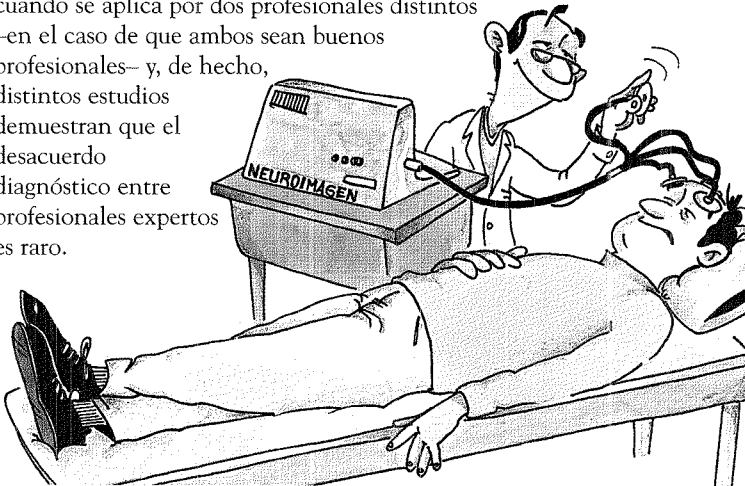
26. ¿Existe algún tipo de analítica, escáner u otra prueba para diagnosticar con toda certeza un trastorno bipolar?



Se ha comprobado que los pacientes bipolares –sobre todo en fases agudas de la enfermedad– tienen niveles

anormalmente bajos o altos de determinados neurotransmisores, que existen alteraciones en la *neuroimagen* –mayor o menor activación de unas zonas, dependiendo del tipo de episodio– y que la respuesta a determinados tests

bioquímicos es distinta a la de las personas que no padecen ningún tipo de trastorno mental. Por desgracia, todo ello no es lo suficientemente específico como para tener utilidad diagnóstica; es decir, alteraciones similares se producen también en otro tipo de pacientes. La entrevista psiquiátrica sigue siendo el único método de diagnóstico de un trastorno bipolar. Contrariamente a lo que mucha gente ajena a la profesión cree, la entrevista psiquiátrica es una técnica perfectamente estructurada, con unos pasos a seguir bien delimitados que debe dar los mismos resultados cuando se aplica por dos profesionales distintos –en el caso de que ambos sean buenos profesionales– y, de hecho, distintos estudios demuestran que el desacuerdo diagnóstico entre profesionales expertos es raro.

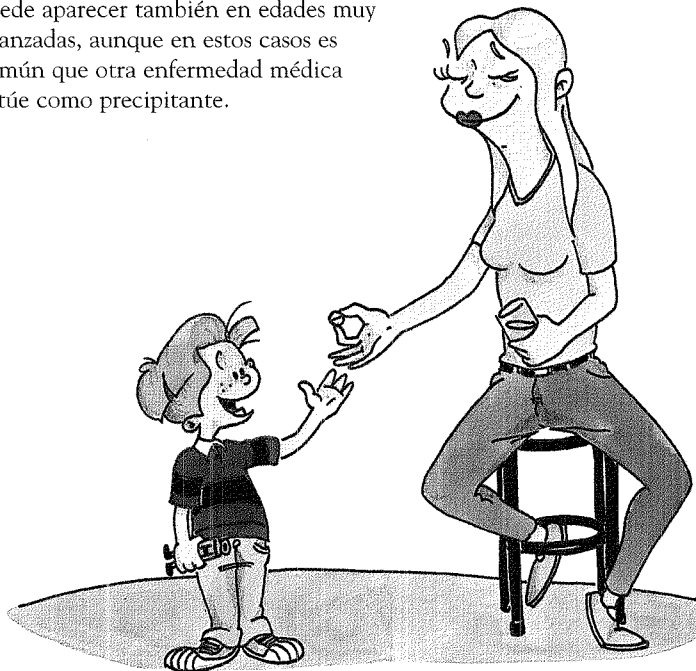


27. ¿A qué edad aparece el trastorno bipolar?



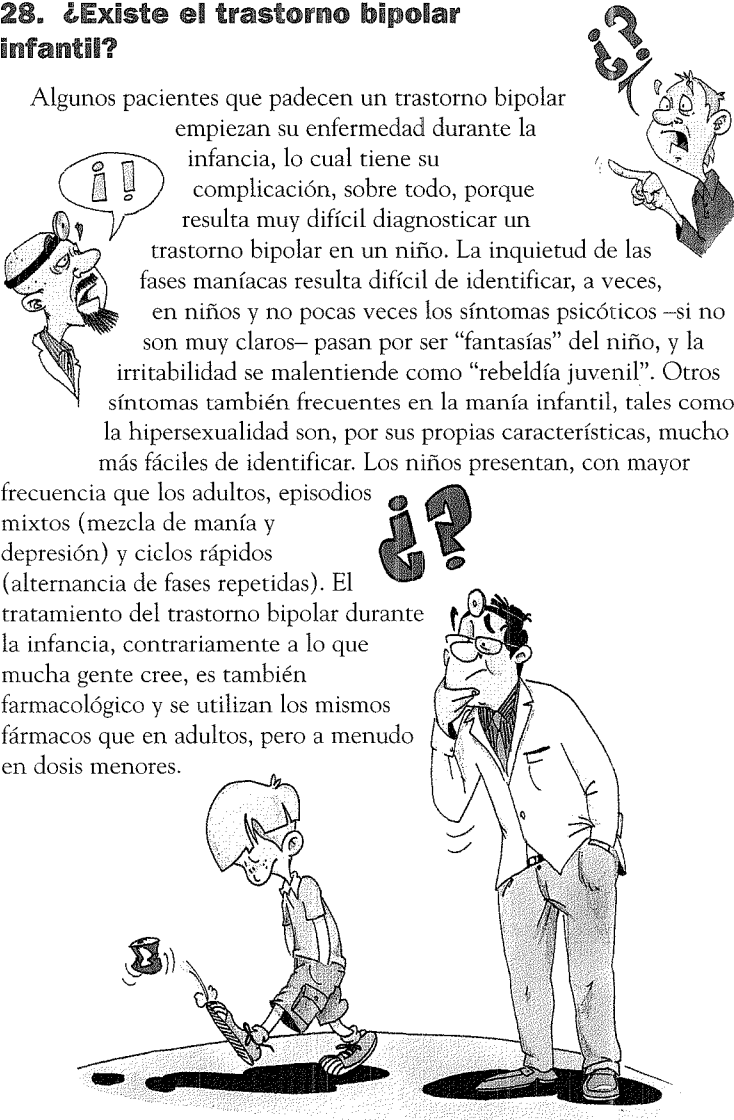
El trastorno bipolar puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque es más característico que se inicie entre los 15 y los 25 años. Existen muchos casos de trastorno bipolar en la infancia, que resultan muy difíciles de tratar y de distinguir de otros trastornos psiquiátricos infantiles, como el trastorno de déficit

atencional con hiperactividad. En estos bipolares infantiles –contrariamente a lo que mucha gente cree– sigue siendo imprescindible el tratamiento farmacológico y, evidentemente, es vital la colaboración de los padres en el mismo. El trastorno bipolar puede aparecer también en edades muy avanzadas, aunque en estos casos es común que otra enfermedad médica actúe como precipitante.



28. ¿Existe el trastorno bipolar infantil?

Algunos pacientes que padecen un trastorno bipolar empiezan su enfermedad durante la infancia, lo cual tiene su complicación, sobre todo, porque resulta muy difícil diagnosticar un trastorno bipolar en un niño. La inquietud de las fases maníacas resulta difícil de identificar, a veces, en niños y no pocas veces los síntomas psicóticos –si no son muy claros– pasan por ser “fantasías” del niño, y la irritabilidad se malentende como “rebeldía juvenil”. Otros síntomas también frecuentes en la manía infantil, tales como la hipersexualidad son, por sus propias características, mucho más fáciles de identificar. Los niños presentan, con mayor frecuencia que los adultos, episodios mixtos (mezcla de manía y depresión) y ciclos rápidos (alternancia de fases repetidas). El tratamiento del trastorno bipolar durante la infancia, contrariamente a lo que mucha gente cree, es también farmacológico y se utilizan los mismos fármacos que en adultos, pero a menudo en dosis menores.

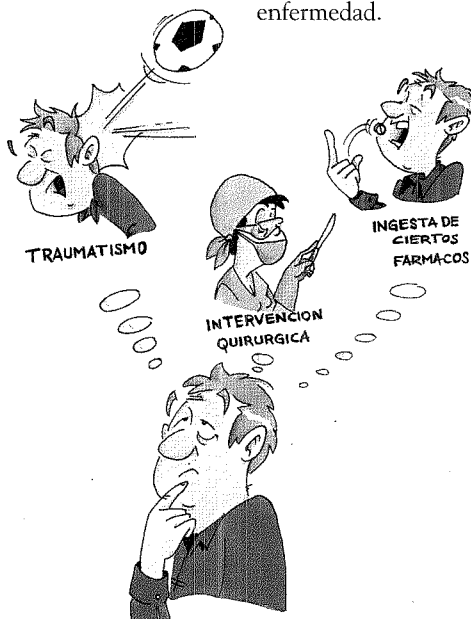




29. ¿Existen casos de trastorno bipolar de inicio en la vejez?

El trastorno bipolar puede presentarse a cualquier edad de la vida. Lo más frecuente es que la enfermedad se inicie antes de los 35 años, pero no es raro el “inicio tardío” de la enfermedad. Muchas

personas padecen molestas oscilaciones de su estado de ánimo que no alcanzan la gravedad suficiente para considerarse bipolares, es decir, padecen ciclotimia: en algunos casos estas oscilaciones irán agravándose con el tiempo hasta cumplir criterios de trastorno bipolar. En otros casos el trastorno bipolar se presenta súbitamente tras un traumatismo craneal, una intervención quirúrgica o el tratamiento con determinados fármacos. Algunos pacientes que presentan un trastorno bipolar a partir de los 40 o 50 años suelen tener alguna de estas causas como origen de su enfermedad.

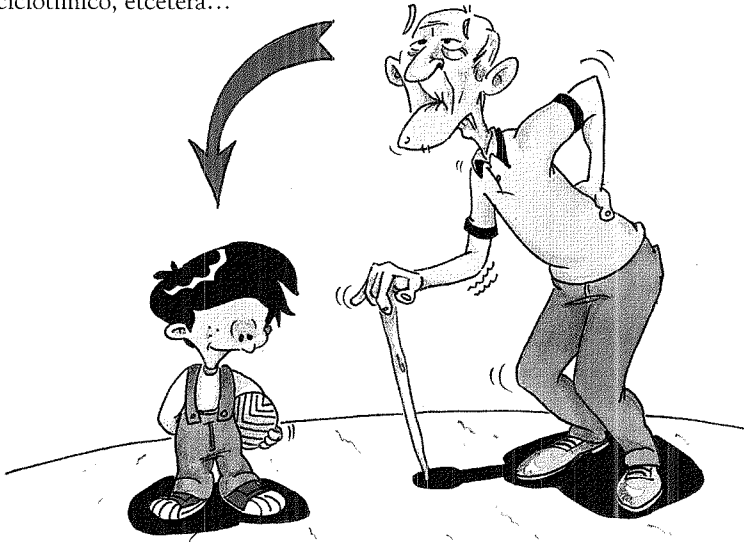


30. ¿Qué riesgo tengo de transmitir la enfermedad a mis hijos?

Evidentemente, si usted padece un trastorno bipolar, sus hijos tienen más riesgo de padecer esta enfermedad que los hijos de las personas que no la padecen. Pero, atención, ese riesgo se sitúa cerca de un veinte por ciento –si su pareja no padece trastorno bipolar– con una probabilidad algo mayor de transmisión por parte de la madre que por parte del padre. Dicho de otro modo, su hijo tiene un 80% de posibilidades de no padecer la enfermedad.



Tenga en cuenta, por otra parte, que no siempre hablamos de herencia inmediata: a veces la enfermedad “salta” una o dos generaciones. Puede ser que usted haya heredado su trastorno bipolar de un bisabuelo. Además, no siempre se hereda la enfermedad con la misma intensidad o la misma forma: un padre bipolar I puede dar lugar a un hijo ciclotímico, etcétera...





31. ¿Cómo puedo saber si mi hijo tendrá un trastorno bipolar antes de que empiece la enfermedad?



En el momento actual, los conocimientos sobre genética del trastorno bipolar todavía no permiten realizar un diagnóstico precoz a partir de un estudio genético, cosa que sí es posible en otras enfermedades, pero probablemente dentro de unos años esta posibilidad ya exista. De momento, por lo tanto, no hay forma de saber si su hijo padecerá un trastorno bipolar. Es verdad que ciertos problemas psiquiátricos que pueden aparecer en la infancia, como el “déficit atencional con hiperactividad” –lo que comúnmente se conoce como “niños hiperactivos”–, se asocian a una mayor probabilidad de sufrir un trastorno bipolar, pero ni eso nos sirve para diagnosticar precozmente a un niño como “futuro bipolar”. Pero imagínese el caso de que realmente pudiéramos diagnosticar una futura enfermedad: ¿qué medidas tomaríamos? ¿acaso empezaríamos a medicar al niño antes de que aparezca la enfermedad?

¿cómo sabríamos si ese tratamiento resulta eficaz? Probablemente no nos serviría de mucho saber que nuestro hijo va a padecer un trastorno bipolar. Bien, de algo sí: para sufrir por él más de lo que habitualmente ya sufrimos como padres. Y quien sabe si con ello conseguiríamos tener una nueva recaída... La única acción positiva a tomar es estar preparados para si algún día ocurre, confiando en que no sea así.



32. El trastorno bipolar ha hecho muy dura mi vida y no quiero que mi hijo sufra lo que yo ¿es el trastorno bipolar una razón para no tener hijos?

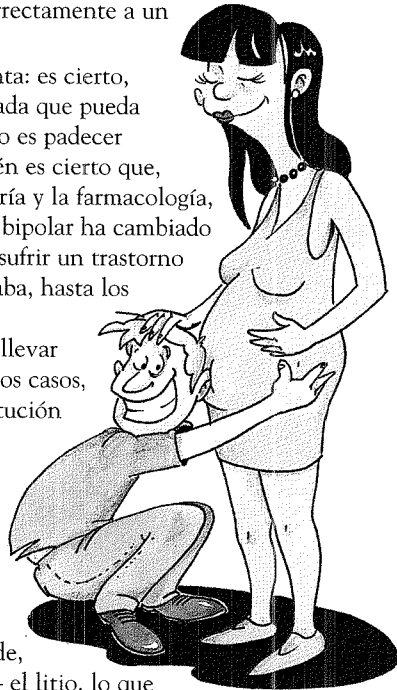


Sin ánimo de esquivar la pregunta: tener hijos es una decisión personal de cada uno, sobre la que es difícil dar consejo. Usted puede escoger tener o no tener descendencia, y en esa elección intervendrán distintas variables, una de las cuales puede ser su historial médico. Pero, sin duda, las variables más importantes para decidir ser padre o madre son (1) nuestro deseo personal y (2) el hecho de sentirnos

capacitados para criar y educar correctamente a un pequeño ser humano.

Yendo directamente a la pregunta: es cierto, tener un trastorno bipolar no es nada que pueda considerarse “positivo”, como no lo es padecer cualquier enfermedad. Pero también es cierto que, gracias a los avances de la psiquiatría y la farmacología, lo que significa tener un trastorno bipolar ha cambiado mucho a lo largo del último siglo: sufrir un trastorno bipolar de cierta gravedad significaba, hasta los años cincuenta del siglo XX, estar completamente incapacitado para llevar una vida normal y, en muchos de los casos, el ingreso de por vida en una institución manicomial, ya que no había tratamientos válidos disponibles.

Aparte de la terapia electroconvulsiva, algo anterior, es a partir de 1950 que aparecen los primeros neurolépticos (antimaníacos), los primeros antidepresivos y —un poco más tarde, aunque fue “descubierto” en 1949— el litio, lo que



permitiría tratar farmacológicamente a los pacientes bipolares, evitar recaídas, salvar vidas y facilitaba que un buen número de pacientes llevaran a cabo una vida mucho menos limitada. A finales de los años ochenta y principios de los noventa se produce un auténtico “boom” de la farmacopea para tratar pacientes bipolares: aparecen nuevos fármacos que son tan o más eficaces que los anteriores, pero mucho más tolerables –tienen menos efectos secundarios– y nuevos estabilizadores. Ello, unido a la mejora de nuestro conocimiento clínico de la enfermedad y a los avances incipientes en los tratamientos psicológicos, significa que muchos pacientes bipolares podrán llevar a cabo una vida “normal”. El trastorno bipolar deja de ser, para un gran número de pacientes tratados, una condición incapacitante. En la actualidad seguimos investigando –a gran velocidad– en nuevos tratamientos y en las causas de la enfermedad. Cada vez hay más posibilidades de mejora para los pacientes bipolares. Evidentemente hay un gran progreso, y nada nos hace pensar que este progreso va a pararse: todo lo contrario. Volvamos a su posible paternidad, y a la posible enfermedad bipolar de su hijo no nato. Ya que la mayoría de bipolares “debutan” –tienen el primer episodio– en la adolescencia (17-20 años)... ¿Quién sabe hasta donde habrá avanzado la psiquiatría en el año 2020? Seguramente muchísimo. Seguramente ser bipolar será mucho menos traumático. Aparte, tenga usted en cuenta que uno de los factores que puede haber complicado el curso de su trastorno bipolar es el retraso diagnóstico. Con su experiencia, es difícil que a su hijo le ocurriera lo mismo.

33. Aún así, si soy bipolar y tengo un hijo que –de momento– no tiene la enfermedad ¿existen algunas medidas que pueda tomar para que no recaiga?



Cuando su hijo tenga la suficiente edad para entenderlo –a partir de los catorce o quince años–, usted puede hablar con él abiertamente sobre su enfermedad. Procure hacerlo de forma franca pero desenfadada, sin transmitir nunca la idea de “esta va a ser una conversación que va a cambiar tu vida”, y aceptando los cambios de tema que su hijo proponga, es decir, yendo a su ritmo. Intente no dramatizar y no caer en un tono trascendente: mucho mejor tener varias conversaciones cortas e informales que un “sermón”, ya que de esta forma facilitamos la comunicación. En estas conversaciones sobre la enfermedad que usted padece, usted puede introducir la posibilidad de

que su hijo, en un futuro, padezca una enfermedad similar, aprovechando para brindarle la oportunidad para que él le consulte cualquier cambio que crea relevante y para ofrecerle algunos consejos preventivos. Un consejo preventivo esencial es no



consumir tóxicos. Buena parte de los adolescentes consume alguna vez algún tipo de sustancia de abuso –cannabis, alcohol, “pastillas” de diseño, anfetaminas o cocaína– y buena parte de los padres de adolescentes intenta hablar con sus hijos acerca de las drogas en un tono que mezcla conceptos morales y sociológicos, tópicos y leyendas, amenazas sobre su ilegalidad y orientaciones médicas escasamente fundamentadas. Usted debe comunicar a su hijo que, siendo una persona con riesgo a presentar un trastorno bipolar debe evitar tomar determinados tóxicos, ya que éstos pueden actuar como precipitantes de su enfermedad, tratando de adoptar siempre una actitud informativa –lo que significa que usted debe haberse informado antes, obviamente–, sin entrar en cuestiones legales, cuyo significado para el adolescente es siempre relativo. Otra cuestión que puede abordar es la de la regularidad del sueño, pero –como padre o madre sufridor que es usted– le alertamos de que no caiga en la tentación de aprovechar la situación para restringir las salidas nocturnas de su hijo, tan sólo para transmitirle la importancia que tienen unos buenos hábitos de sueño y como debe repercutir ello en su vida cotidiana: si “sale de marcha”, por ejemplo, debe hacerlo las noches en las que sepa que va a poder dormir lo suficiente al día siguiente, los exámenes los debe preparar con suficiente antelación para tratar de evitar los “sprints” finales en los que se suele dormir poco o nada, etc... Como ve, se trata de medidas que coinciden con el sentido común.

34. ¿Afecta el trastorno bipolar a la inteligencia?

No. No hay ningún estudio que demuestre que el trastorno bipolar convierte a quien lo padece en menos inteligente. A pesar de ello es obvio, por

ejemplo, que durante las fases maníacas las personas actúan

muchas veces con menos “sentido

común”, es decir sin tomar decisiones

adecuadas, pero ello no es debido a un déficit de

inteligencia. Tampoco es cierto lo contrario, que

durante la manía el paciente sea más inteligente (aunque al paciente se lo parezca): algunos de los síntomas típicos de la

manía suelen ser la distraibilidad y la aceleración del

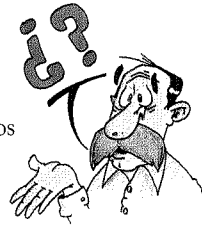
pensamiento, que inciden directamente en la calidad de nuestro

pensamiento. Por el contrario, durante las fases depresivas existe una

ralentización del pensamiento, con problemas atencionales y de

memoria. Por ello es muy aconsejable no tomar ninguna decisión

importante mientras se atraviesa una fase maníaca o depresiva.



Cuando los pacientes están asintomáticos –ni maníacos ni

deprimidos– en la

mayoría de los

casos el

funcionamiento

cognitivo es del

todo normal,

pero en algunas

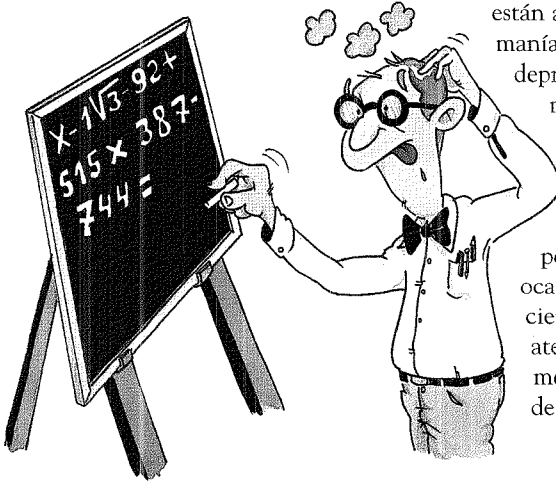
ocasiones existen

ciertos problemas

atencionales y de

memoria, aunque no

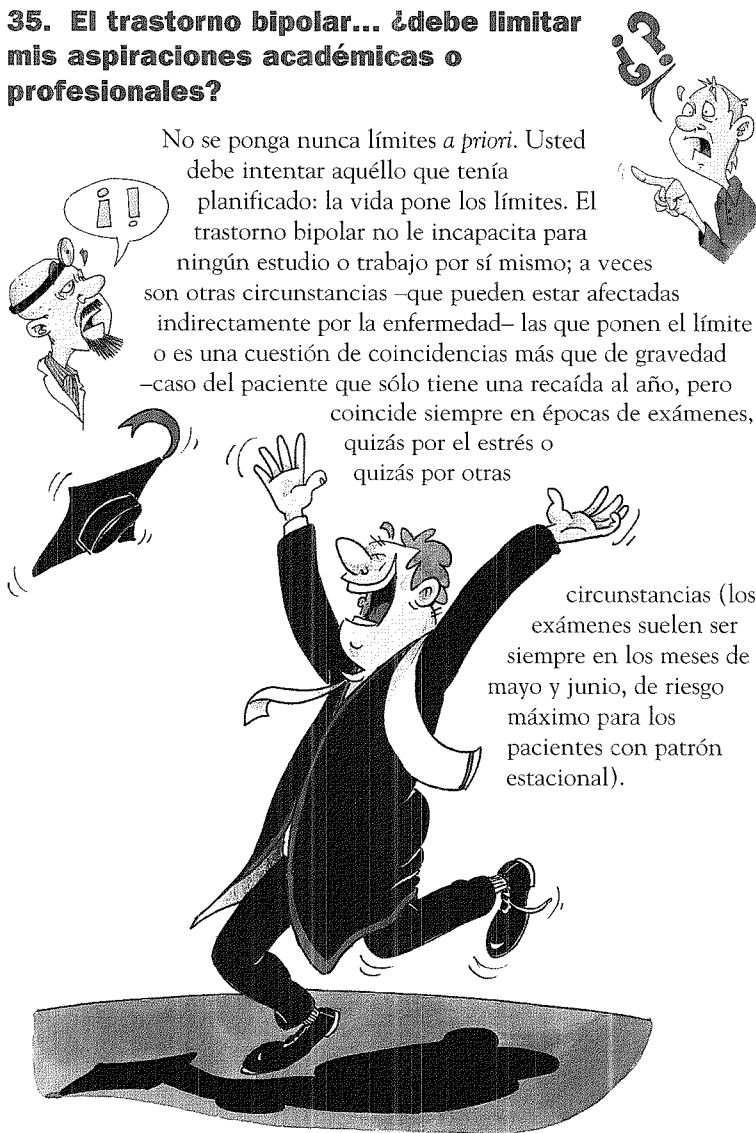
de inteligencia.



35. El trastorno bipolar... ¿debe limitar mis aspiraciones académicas o profesionales?

No se ponga nunca límites *a priori*. Usted debe intentar aquéllo que tenía planificado: la vida pone los límites. El trastorno bipolar no le incapacita para ningún estudio o trabajo por sí mismo; a veces son otras circunstancias –que pueden estar afectadas indirectamente por la enfermedad– las que ponen el límite o es una cuestión de coincidencias más que de gravedad –caso del paciente que sólo tiene una recaída al año, pero coincide siempre en épocas de exámenes, quizás por el estrés o quizás por otras

circunstancias (los exámenes suelen ser siempre en los meses de mayo y junio, de riesgo máximo para los pacientes con patrón estacional).





36. ¿A quién debo decirle que tengo un trastorno bipolar?

Una vez más, la respuesta a estas preguntas dependerá en buena parte de opciones muy personales, sobre las que es difícil aconsejar. En todo caso, nos es más fácil aconsejar lo que no se debe hacer.

Para ello imaginemos la situación de alguien que no padece un trastorno bipolar, sino otra enfermedad médica —una enfermedad cardiovascular, por ejemplo—. ¿Encontraría usted normal que esta persona se presentará a los demás —amigos, compañeros de trabajo, etc.— como “Gonzalo González, cardiópata”? tal presentación le parecerá, seguramente, ridícula. En cambio, muchas personas que padecen un trastorno bipolar sienten la obligación de contar a los demás tal situación cuando, en la mayoría de los casos, esta información es completamente irrelevante. Por otra parte, la información acerca de su estado de salud es algo que le pertenece a usted; usted decide, por lo tanto, qué quiere explicar y qué quiere callar al respecto y —en ningún caso— está usted obligado a contarle a nadie que padece una determinada enfermedad. Sin embargo, ocultarlo sistemáticamente no parece una buena opción y, con frecuencia, esconde actitudes de negación de la enfermedad. Obviamente hay algunas situaciones en las que es recomendable —pero no obligatorio— por sentido común, a efectos prácticos y por sinceridad —aunque el ejercicio de la misma es parte del libre albedrío del individuo— compartir la información acerca de la enfermedad. Cuesta creer, por ejemplo, que una pareja con pretensiones de estabilidad pueda funcionar correctamente si uno de los miembros oculta una información tan relevante como el hecho de padecer un trastorno médico crónico. Otros tipos de relaciones más casuales y esporádicas no requieren de tanta “sinceridad” respecto al estado de salud mental de alguno de los implicados.



En lo que respecta a las relaciones de amistad, parecería —idealmente— que sería aconsejable compartir ciertas preocupaciones derivadas de la enfermedad con un amigo/a íntimo/a, ya que en algunos casos nos puede ser de gran ayuda por dos razones: (1) puede constituir un apoyo

Convivir con el trastorno bipolar

importante en momentos de crisis –aunque nunca debe convertirse en nuestro terapeuta, porque entonces dejaría de ser nuestro amigo, especialmente si nos sentimos discutidos por él en algún aspecto– y (2) nos puede ayudar a detectar nuestras recaídas (ver respuesta a la pregunta X).

En otros casos en los que la amistad es menos intensa, conviene ser –como mínimo– cautos a la hora de hablar acerca de la enfermedad.

37. ¿Debo explicarlo en el trabajo?

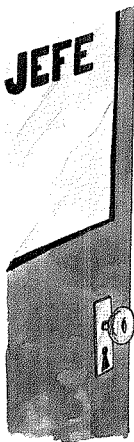
Tampoco hay una respuesta contundente para esta pregunta. Entraríamos en el terreno de los tópicos sobre el noroeste peninsular: “depende”. Dependerá del grado de confianza que tengamos con nuestros superiores, del grado en qué la enfermedad distorsione nuestro



rendimiento laboral y la relación con nuestros compañeros y de las posibilidades de perder nuestro puesto de trabajo si la empresa se entera de tal noticia, que son

—generalmente— bastante altas. Aunque no nos guste, vivimos en una sociedad que todavía estigmatiza al

enfermo psiquiátrico. Debemos hacer lo posible por abolir tal estigma, pero sin heroicidades o luchas “kamikaze”. En general, si no resulta del todo imprescindible, nos podemos remitir a la anterior pregunta y comparar —una vez más— cual sería nuestra respuesta si en vez de estar hablando de un trastorno bipolar estuviéramos hablando de una diabetes de tipo II. Sería absurdo *entrar en el despacho del jefe para comentarle* nuestros niveles de azúcar ¿verdad?



¿DEBO DECIRLE?



Por otro lado, hay que tener muy claro que en una entrevista de selección de personal **NUNCA PUEDEN PREGUNTARNOS ACERCA DE NUESTRA SALUD MENTAL**, del mismo modo que —por ley— no pueden preguntarnos acerca de nuestra orientación sexual, ideología política o preferencias por un determinado equipo de fútbol. Una pregunta “ilegal” nos legitima —desde la ética, o mejor dicho desde la falta de ética que conlleva la situación— a una respuesta poco verdadera. Nos entendemos, supongo.

38. ¿Cómo debo explicarlo?

No hay una fórmula mágica. Nosotros recomendamos:

1. Explíquelo centrándose especialmente en los aspectos biológicos de su enfermedad, es decir, empezando por sus causas: el trastorno bipolar es una enfermedad que afecta al sistema límbico, los neurotransmisores y el sistema endocrino.
2. Ponga más énfasis en los síntomas más "médicos" (cansancio, fatiga, pérdida de apetito y aumento del sueño para la depresión, inquietud física e insomnio para la manía y la hipomanía) que en

los psiquiátricos.

3. Evite comentar los síntomas que puedan despertar un interés morboso en su interlocutor (ideas de suicidio, alucinaciones y delirios, hipersexualidad, episodios de agresividad, etcétera...).

Siguiendo estos sencillos consejos, es difícil equivocarse. De todas formas compare los dos discursos siguientes y escoja cuál se parece más al suyo

"Tengo una enfermedad mental que me hace perder, en



ocasiones, el control de mi voluntad. A veces estoy como loco y tienen que ingresarme en un manicomio y en una ocasión he intentado matarme. Tomo unas pastillas que me hacen sentir muy parado. Mi vecino dice que crean dependencia, y a veces creo que me estoy convirtiendo en un drogata"

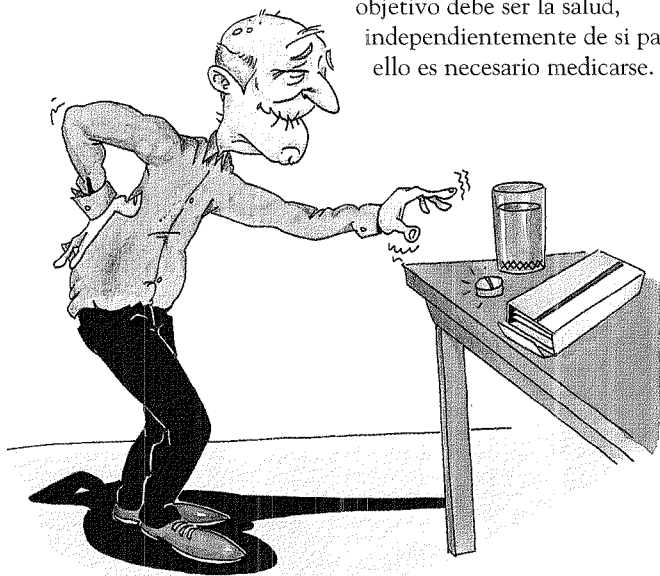
"Tengo una enfermedad que afecta a diversos sistemas de mi cuerpo, como el sistema límbico y el tiroides. A veces me ha dado problemas, como, por ejemplo, insomnio, nerviosismo e inquietud e incluso en una ocasión tuve que ser hospitalizado. En otros momentos esta enfermedad me quita toda la fuerza, y me hace sentir tremendamente fatigado y con distintas molestias físicas. Afortunadamente estoy tomando unas medicaciones que me ayudan mucho —aunque también me dan algún problema, no creas".

Sobra decir que lo más aconsejable es que su discurso se parezca en lo posible a este último y no tenga nada que ver con el primero, a pesar de que ambos pueden estar explicando una misma situación.



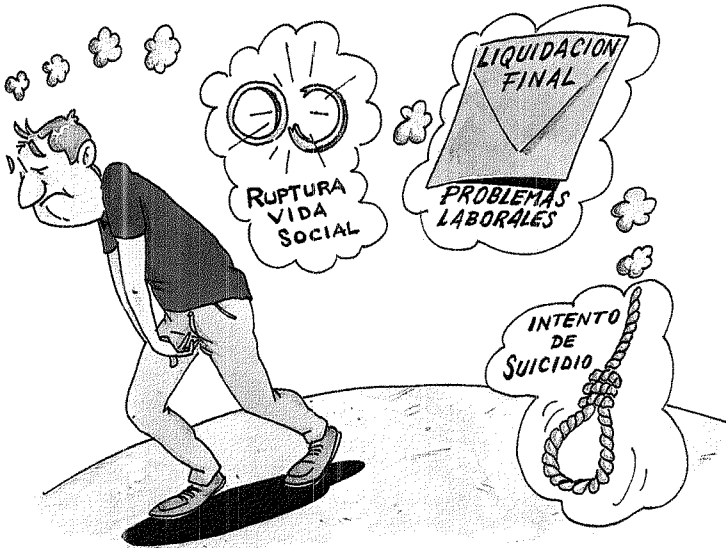
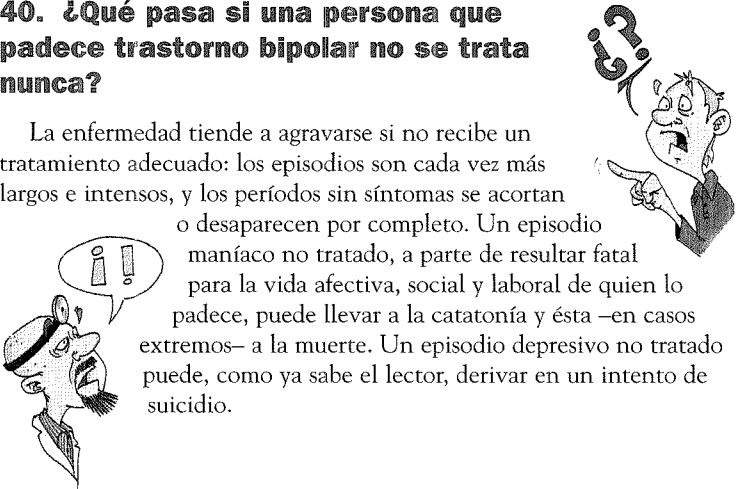
39. ¿Tendré que medicarme toda mi vida?

El trastorno bipolar es una enfermedad cíclica y recurrente. Aunque un paciente lleve más de diez años asintomático, nadie le puede garantizar que no va a recaer más. Por este motivo, el tratamiento es, generalmente, crónico y, en muchos casos, para toda la vida. Evidentemente, la duración del tratamiento no sólo depende del diagnóstico, sino también de la frecuencia y gravedad de las recaídas previas, de la respuesta al tratamiento y, sobre todo, de su tolerabilidad. También debe atenderse a circunstancias individuales. Muchas veces el tratamiento a largo plazo puede simplificarse sustancialmente y resultar relativamente cómodo. No es recomendable fijarse como meta no tomar medicación; el principal objetivo debe ser la salud, independientemente de si para ello es necesario medicarse.



40. ¿Qué pasa si una persona que padece trastorno bipolar no se trata nunca?

La enfermedad tiende a agravarse si no recibe un tratamiento adecuado: los episodios son cada vez más largos e intensos, y los períodos sin síntomas se acortan o desaparecen por completo. Un episodio maníaco no tratado, a parte de resultar fatal para la vida afectiva, social y laboral de quien lo padece, puede llevar a la catatonía y ésta —en casos extremos— a la muerte. Un episodio depresivo no tratado puede, como ya sabe el lector, derivar en un intento de suicidio.



41. ¿Cómo se sabe que un tratamiento es eficaz para el trastorno bipolar?

Cualquier tratamiento farmacológico sigue unos rigurosísimos estudios antes de ser comercializado. Estos estudios, que incluyen investigación en laboratorio, con animales y con personas, tanto sanas como enfermas, que se prestan voluntarias a los mismos, tienen por finalidad comprobar la

seguridad, tolerancia y eficacia de

los nuevos fármacos. Un fármaco es

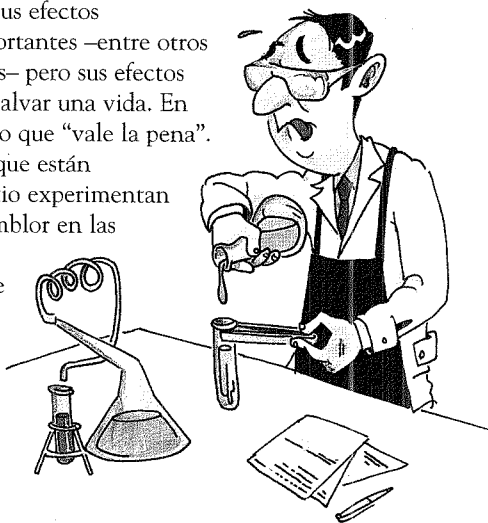
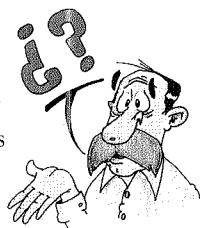
seguro cuando se comprueba que no puede dañar al paciente que lo toma. La tolerancia de los efectos secundarios del fármaco es otro factor clave en estos estudios, sobre todo en relación con

la acción terapéutica que se persigue. Aunque algunos fármacos tienen efectos secundarios muy importantes, también se valora si “vale la pena” tomar ese fármaco

sopesando de un lado las molestias y del otro los beneficios. La cobaltoterapia, por ejemplo, es un tratamiento imprescindible para algunos tipos de cáncer; sus efectos

indeseables son muy importantes —entre otros caída del cabello, vómitos— pero sus efectos terapéuticos lo son más: salvar una vida. En este caso, queda muy claro que “vale la pena”.

La mayoría de pacientes que están tomando carbonato de litio experimentan molestias en forma de temblor en las manos o diarrea, cuya gravedad oscila entre leve e importante; la mayor parte de pacientes toleran muy bien estas molestias si lo comparan con las molestias que ocasiona no tomar litio: recaídas constantes,



hospitalizaciones, pérdida del trabajo, etc... Nuevamente queda claro que “vale la pena” aguantar estas molestias.

El tercer objetivo de los estudios clínicos sobre un fármaco es determinar su eficacia, es decir, si sirve para mejorar o eliminar los síntomas a los que va dirigida. Pero un fármaco no sólo ha de demostrar que es “mejor que nada”; debe demostrar también una eficacia y una tolerabilidad igual o superior a los fármacos que ya se están utilizando en esa enfermedad.

Todos estos estudios, que representan un coste económico altísimo para las empresas que los llevan a cabo, nos permiten asegurar que los medicamentos que llegan a la farmacia son tratamientos “de verdad”, y no un engaño. Los tratamientos que no hayan seguido este procedimiento no garantizan su utilidad.

Algo similar ocurre con los tratamientos psicológicos; aunque la realización de estudios de eficacia tiene una menor tradición en psicología que en medicina, hoy en día ya se están llevando a cabo en todo el mundo distintos estudios con este objetivo, para desterrar de una vez por todas la idea del “todo sirve” –tan cercana, en el fondo, al “nada sirve”– tan extendida entre la población general respecto al psicólogo. La intervención psicoterapéutica debe estar siempre basada en estudios que demuestren su eficacia con un número importante de pacientes, olvidándonos ya de la intervención “intuitiva” o “mágica” que tan extendida esta entre algunos psicólogos y tanto daño ha hecho a la profesión.



42. ¿Cómo actúa el litio?

El litio ejerce su acción estabilizadora del ánimo a través de mecanismos químicos que corrigen parte de las alteraciones subyacentes a la enfermedad. Cuando ingerimos el litio éste se absorbe en el tubo digestivo sin necesidad de pasar por el hígado (y, por lo tanto, no comporta ningún riesgo de toxicidad hepática), pasa a la sangre y de ahí llega a las *neuronas* cerebrales, donde produce cambios en la producción de ciertas sustancias denominadas neurotransmisores, ciertas proteínas que actúan como receptores de los neurotransmisores, y los llamados “segundos mensajeros”, que en último término van a producir una regulación más eficaz de las oscilaciones anímicas.





43. ¿Puede perjudicarme de algún modo tener que tomar litio durante tantos años?

Antiguamente, cuando no era posible determinar los niveles de litio en sangre y las dosis se ajustaban de una forma menos precisa, la exposición crónica a niveles tóxicos de litio resultaba, en algunos casos, gravemente perjudicial para el riñón. Actualmente, las complicaciones renales graves son extremadamente raras, aunque el denominado “síndrome de poliuria-polidipsia”, que significa una tendencia a beber y a orinar en exceso, es bastante común, si bien no se asocia a complicaciones graves, salvo las lógicas molestias derivadas de los síntomas. En algunos casos, el litio puede disminuir la actividad tiroidea y provocar un “hipotiroidismo subclínico”, que puede tratarse satisfactoriamente con hormona tiroidea sin necesidad de retirar el litio, si así se considera adecuado. Como siempre, su médico debe informarle de los potenciales beneficios y riesgos de la medicación.



44. ¿Hay algún fármaco que no pueda tomar si estoy tomando litio?



Debe ser especialmente cuidadoso con los diuréticos (que se dan para algunas afecciones cardíacas, la hipertensión arterial y, en ocasiones, injustificadamente, para perder peso), los analgésicos y antiinflamatorios (incluyendo el ácido acetilsalicílico)



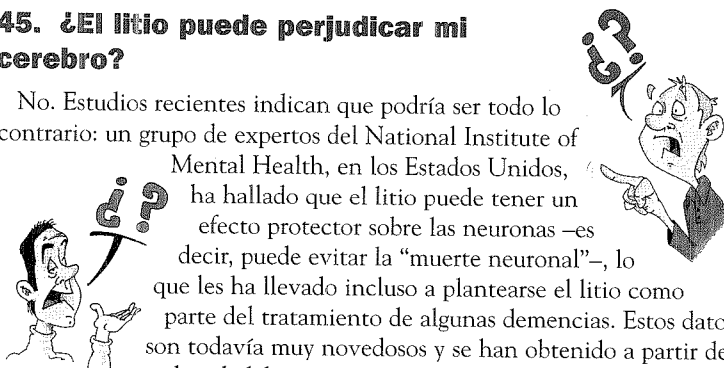
y algunos otros fármacos que sería exhaustivo enumerar.

Debe informar siempre al personal sanitario de que toma litio antes de que le prescriban cualquier tratamiento, y especialmente antes de someterse a una operación quirúrgica. El litio es un fármaco seguro si se siguen correctamente las indicaciones para su uso.



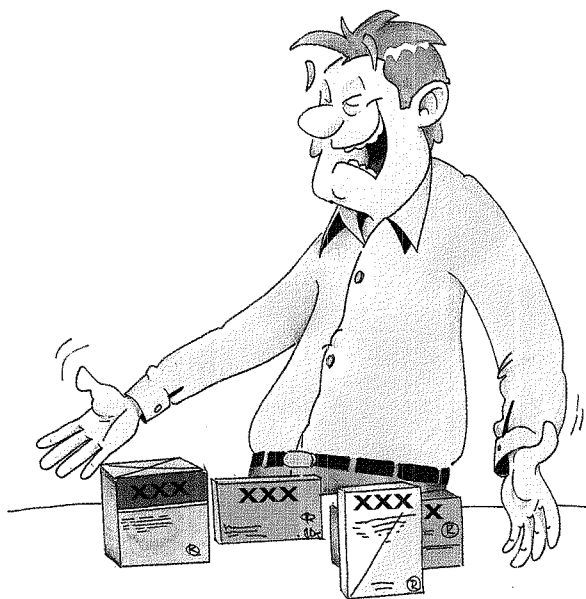
45. ¿El litio puede perjudicar mi cerebro?

No. Estudios recientes indican que podría ser todo lo contrario: un grupo de expertos del National Institute of Mental Health, en los Estados Unidos, ha hallado que el litio puede tener un efecto protector sobre las neuronas —es decir, puede evitar la “muerte neuronal”—, lo que les ha llevado incluso a plantearse el litio como parte del tratamiento de algunas demencias. Estos datos son todavía muy novedosos y se han obtenido a partir de estudios de laboratorio con animales, pero aun así, salvando la distancia, hacen que seamos optimistas.



46. ¿Por qué en ocasiones se prescriben antiepilépticos a los bipolares?

Aunque los síntomas de la epilepsia y los del trastorno bipolar tienen muy poco que ver, existen algunos elementos comunes en aspectos de excitabilidad neuronal que hacen que ciertos fármacos, como, por ejemplo, el ácido valproico, la carbamazepina, la oxcarbazepina y la lamotrigina tengan efectos beneficiosos, tanto sobre el riesgo de convulsiones como sobre la inestabilidad del ánimo. Pero no todos los antiepilépticos son útiles en el trastorno bipolar, y su perfil de eficacia y tolerabilidad es muy distinto. En general, son mejores en el tratamiento a largo plazo que para las fases agudas.



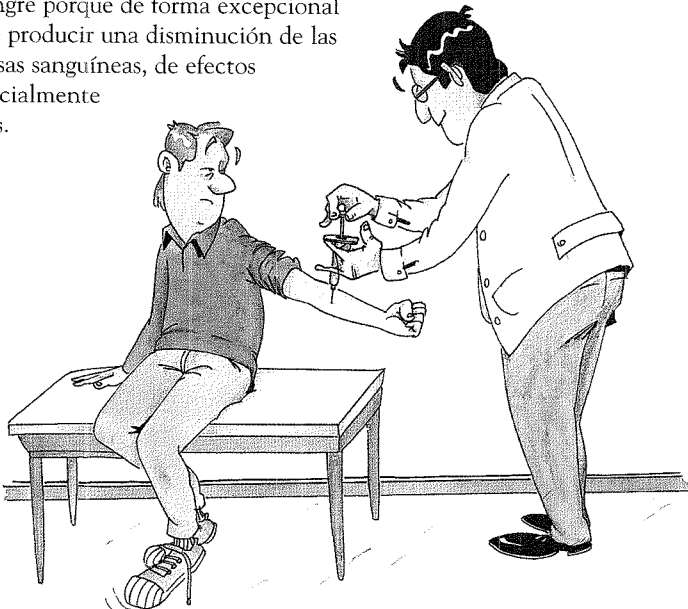
47. ¿Para qué hay que hacerse controles sanguíneos periódicos de medicación?



Para algunos fármacos es conveniente determinar periódicamente si su concentración en la sangre es adecuada. Estos son,



fundamentalmente, el litio, el valproato y la carbamacepina. Para los demás, generalmente, no es necesario hacerlo. Los niveles de la medicación en sangre ayudan al médico a decidir si hay que mantener, aumentar o disminuir los niveles de medicación. En general, se recomienda mirar los niveles de estos fármacos cada 6 meses y tras cada ajuste de dosis, aunque dicha frecuencia puede variar en función de circunstancias individuales del paciente. Existe un medicamento especial, la clozapina, que requiere controles muy frecuentes de análisis de sangre porque de forma excepcional puede producir una disminución de las defensas sanguíneas, de efectos potencialmente graves.

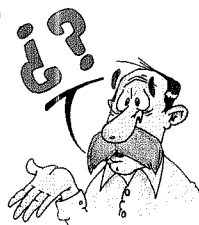


48. ¿Qué base científica tiene el uso de la terapia electroconvulsiva?

La terapia electroconvulsiva (TEC), antiguamente denominada electrochoque, ha dejado de ser un recurso indiscriminado y éticamente cuestionable para convertirse, como han demostrado ciertos estudios, en una

técnica segura y eficaz que, tal como se practica hoy, con anestesia y corriente pulsátil, permite tratar casos graves o que no responden al tratamiento convencional de forma eficaz. Prueba de su seguridad es que es el tratamiento de elección en pacientes bipolares embarazadas, por delante de los fármacos, por su gran seguridad, tanto para la paciente como para el feto. La TEC

actúa en realidad como un antiepiléptico, forzando una convulsión (que sólo es visible en el electroencefalograma en el momento de aplicarla) y provocando un período refractario en el que se producen cambios en ciertos neurotransmisores cerebrales.



49. ¿Tiene efectos secundarios la medicación?

Evidentemente, toda decisión que se toma en la vida tiene sus efectos positivos y negativos. La administración de cualquier medicamento está

siempre sujeta a una valoración de riesgos y

beneficios. En el caso del trastorno bipolar, está sobradamente demostrado que las consecuencias de no tratar la enfermedad son mucho peores que las de tratarla. Para ser

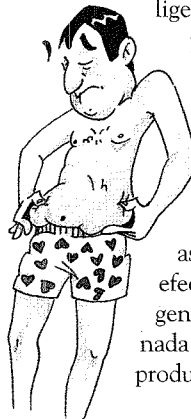
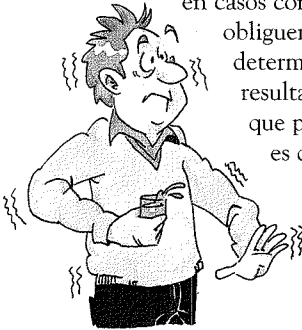
aprobados y comercializados, los medicamentos que puede recetar el médico tienen que demostrar primero un grado razonable de tolerabilidad en numerosos estudios. Sin embargo,

en casos concretos, pueden aparecer molestias que obliguen a retirar o cambiar una medicación determinada. Para la gran mayoría de pacientes, resulta posible encontrar un tratamiento eficaz que pueda ser tolerado de forma razonable, pero es difícil que no se produzca ningún tipo de reacción adversa, aunque sólo sea un

discreto temblor, o un ligero aumento de peso, por ejemplo.

Desconfíe de “productos milagrosos” sin base científica de naturaleza paramédica que

aseguran no provocar efectos secundarios; generalmente, lo que nada cuesta, nada produce.



49. ¿Tiene efectos secundarios la medicación?

Evidentemente, toda decisión que se toma en la vida tiene sus efectos positivos y negativos. La administración de cualquier medicamento está

siempre sujeta a una valoración de riesgos y

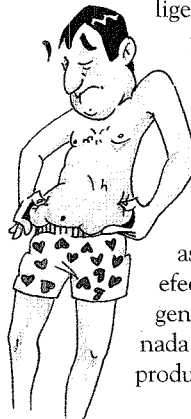
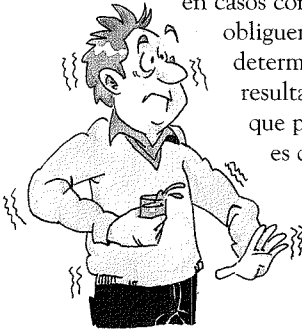
beneficios. En el caso del trastorno bipolar, está sobradamente demostrado que las consecuencias de no tratar la enfermedad son mucho peores que las de tratarla. Para ser

aprobados y comercializados, los medicamentos que puede recetar el médico tienen que demostrar primero un grado razonable de tolerabilidad en numerosos estudios. Sin embargo,

en casos concretos, pueden aparecer molestias que obliguen a retirar o cambiar una medicación determinada. Para la gran mayoría de pacientes, resulta posible encontrar un tratamiento eficaz que pueda ser tolerado de forma razonable, pero es difícil que no se produzca ningún tipo de reacción adversa, aunque sólo sea un

discreto temblor, o un ligero aumento de peso, por ejemplo.

Desconfíe de “productos milagrosos” sin base científica de naturaleza paramédica que aseguran no provocar efectos secundarios; generalmente, lo que nada cuesta, nada produce.





50. ¿La medicación puede crear dependencia?

La gran mayoría de los medicamentos utilizados en el tratamiento de los trastornos bipolares no puede crear ningún tipo de dependencia: ni los estabilizadores del estado de ánimo

(eutimizantes), ni los antimaníacos ni los antidepresivos crean adicción. Únicamente los ansiolíticos –benzodiazepinas, como el alprazolam, el lorazepam o el diazepam– pueden crear dependencia si no se siguen correctamente las indicaciones del psiquiatra. El abuso y la dependencia de este tipo de fármacos pueden constituir un problema grave y una complicación en el curso de la enfermedad de algunos pacientes, pero estos problemas aparecen únicamente en los pacientes que toman desordenadamente la medicación.



51. ¿Pueden causar manía los antidepresivos?

Como el trastorno bipolar requiere una predisposición natural de base genética, en principio los antidepresivos no causan manía a cualquier persona que los tome. Sin embargo, sí es cierto que el tratamiento de una fase depresiva en un paciente bipolar conocido con antidepresivos puede incrementar, en cierto grado, el riesgo de un “viraje” o cambio hacia la manía, sobre todo, si el paciente no sigue tratamiento con un estabilizador o un antipsicótico. Por eso, en general, no se aconseja prescribir antidepresivos para fases depresivas leves o reactivas –las que siguen, por ejemplo, a una mala noticia o a un problema personal–, sino más bien

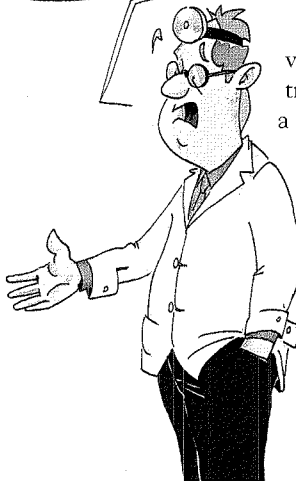
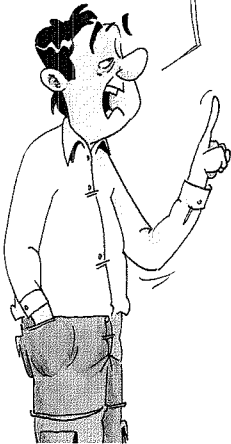


¿DR., CAUSAN MANIA LOS
ANTIDEPRESIVOS?

GENERALMENTE

NO!

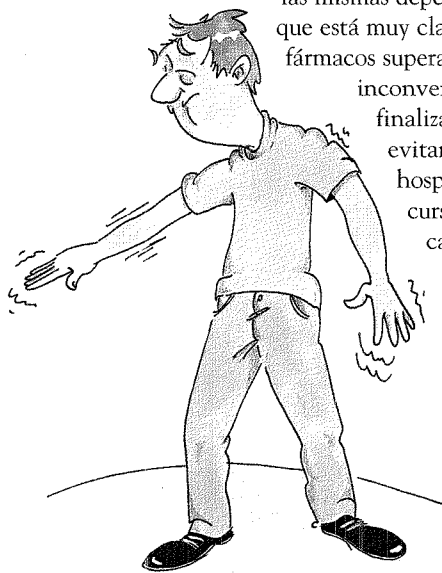
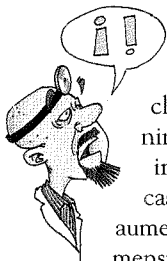
reservarlas
para las
depresiones
moderadas
o graves,
en las que las
ventajas del
tratamiento superan
a los posibles
inconvenientes o
riesgos.



52. ¿Qué molestias pueden provocarme los antipsicóticos?

Los nuevos antimaníacos, como la quetiapina, la olanzapina, la risperidona, la ziprasidona o el amisulpride provocan muchos menos efectos secundarios que los antimaníacos clásicos, como el haloperidol. A pesar de ello, ninguno de ellos está completamente exento de inducir alguna molestia, como sedación –que en algunos casos es precisamente el efecto deseado y no una molestia–, aumento de peso, problemas hormonales –inhibición de la menstruación, reversible cuando se retira el tratamiento–, temblor y rigidez muscular, aumento de la salivación o hipotensión. No todos los pacientes que toman estos

tratamientos presentan estas molestias, y no siempre la presencia o no de las mismas depende de las dosis utilizadas. Lo que está muy claro es que las ventajas de estos fármacos superan con creces a sus potenciales inconvenientes, ya que facilitan la finalización del episodio maníaco, evitan o acortan un ingreso hospitalario y pueden mejorar el curso de la enfermedad y la calidad de vida de las personas que sufren un trastorno bipolar.





53. ¿Qué son los antipsicóticos atípicos?

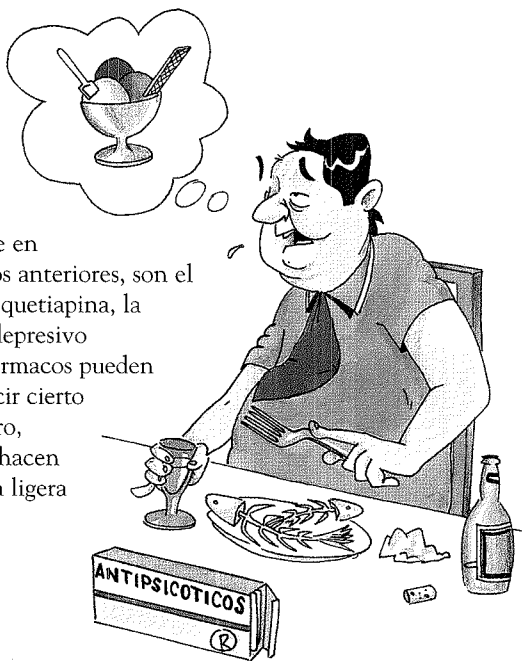
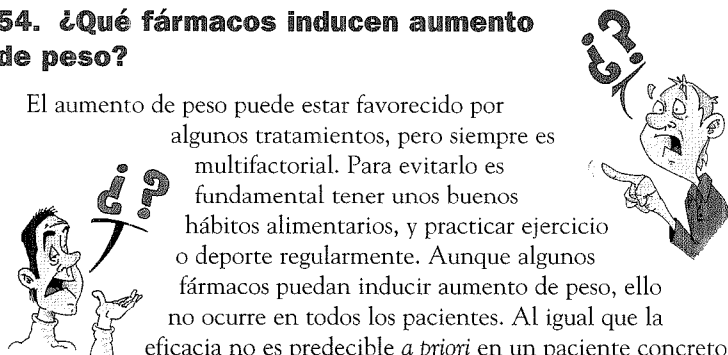
Son una familia de fármacos que han demostrado ser útiles en otra enfermedad, la esquizofrenia, y en la fase maníaca del trastorno bipolar. Algunos pacientes parecen beneficiarse de un

tratamiento de mantenimiento con alguno de estos fármacos asociados a estabilizadores del ánimo, como el litio, o algunos antiepilépticos. En general, los antipsicóticos atípicos, como la clozapina, la risperidona, la olanzapina, la quetiapina, el amisulpride, la ziprasidona o el aripiprazol, son mucho menos propensos que los antipsicóticos clásicos a producir efectos secundarios de tipo neurológico, como por ejemplo, parkinsonismo, pero tampoco están exentos de efectos indeseables.



54. ¿Qué fármacos inducen aumento de peso?

El aumento de peso puede estar favorecido por algunos tratamientos, pero siempre es multifactorial. Para evitarlo es fundamental tener unos buenos hábitos alimentarios, y practicar ejercicio o deporte regularmente. Aunque algunos fármacos puedan inducir aumento de peso, ello no ocurre en todos los pacientes. Al igual que la eficacia no es predecible *a priori* en un paciente concreto, tampoco es posible adivinar quién ganará peso con un tratamiento. Con estas salvedades, es cierto que hay antipsicóticos que tienden a inducir con mayor frecuencia aumento de peso, como son la clozapina, la olanzapina y la tioridacina. Otros fármacos que se asocian con cierta frecuencia a aumento de peso, aunque generalmente en menor medida que los anteriores, son el litio, el valproato, la quetiapina, la risperidona y el antidepresivo mirtazapina. Otros fármacos pueden ocasionalmente inducir cierto aumento de peso, pero, generalmente, no lo hacen e incluso se asocian a ligera pérdida de peso.





55. ¿Qué molestias pueden provocarme los antidepresivos?

Una vez más, los nuevos fármacos como los Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) (fluoxetina, paroxetina, sertralina y otros) y los Inhibidores selectivos de la receptación de noradrenalina y serotonina (ISRNS) (venlafaxina), tienen la ventaja de provocar menos molestias que sus antecesores, sin que ello redunde en una menor eficacia. A pesar de ello, el mayor efecto adverso que puede provocar un antidepresivo en una persona que sufre un trastorno bipolar es inducir un cambio de fase –pasar de la depresión a la manía o a un estado mixto–, y es por ello que deben utilizarse con precaución. Otras molestias que pueden provocar los ISRS y los ISRNS son problemas digestivos, náuseas, cefaleas o disfunción sexual, pero todo ello parece ser mucho más frecuente en las primeras tomas y suele desaparecer conforme pasan los días. Los efectos terapéuticos actúan inversamente, ya que un antidepresivo no suele iniciar su acción hasta pasados unos 15 o 20 días. Por ello, muchos pacientes tienen la sensación de “sentirse peor” cuando empiezan a tomar antidepresivos –ya que tienen efectos secundarios y aún no sienten los primeros efectos positivos–, y nuestro consejo siempre debe ser no dejar nunca la medicación y adoptar una actitud paciente hasta pasadas unas dos semanas, en que la mayoría de cuadros suelen empezar a mejorar.



56. ¿Qué son los IMAO?

Los IMAO son los Inhibidores de la MonoAminoOxidasa, que es una enzima que cataliza el metabolismo de ciertos neurotransmisores. Los IMAO tienen una acción antidepresiva, porque

impiden que ciertas sustancias de las

neuronas, como la noradrenalina, sean

eliminadas del cerebro, aumentando,

de este modo, la cantidad disponible de esta sustancia

para la neurona. Los IMAO son antidepresivos

eficaces, tanto en las depresiones unipolares como

bipolares, pero su principal inconveniente son las

interacciones farmacológicas y alimentarias. Por este

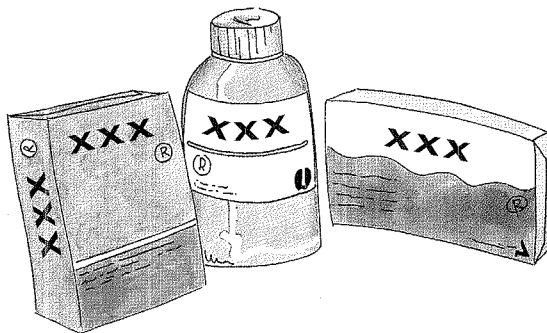
motivo, actualmente se usan poco, y más bien en casos de mala respuesta

a otro tipo de antidepresivos de más cómodo uso. Los IMAO, como la

fenelzina, la tranilcipromina o la iproniazida, son incompatibles con

muchos otros fármacos y con algunos alimentos, por lo que se requiere

una dieta especial al tomarlos.



57. ¿Qué alimentos no puedo comer si estoy tomando IMAO?

Los alimentos que contienen una sustancia especial denominada tiramina son peligrosos para los pacientes que toman IMAO, porque la tiramina se metaboliza a través de la monoaminooxidasa, y, por lo tanto, estos pacientes no pueden metabolizarla y ello puede comportar

un riesgo de hipertensión arterial e, incluso, de una

crisis hipertensiva. La tiramina se encuentra en muchos alimentos, sobre todo, los fermentados, como el queso o las bebidas alcohólicas. Su médico le dará una lista completa de alimentos incompatibles, que incluye también las habas, las conservas de pescado y carne, algunos mariscos, y especialmente varios quesos y vinos.



58. ¿Qué es la fototerapia?

La fototerapia es el tratamiento por medio de la luz. Dicho así, suena muy natural, ecológico, o incluso mágico. La realidad es que numerosos estudios han demostrado de forma científicamente rigurosa que la luz intensa provoca cambios emocionales

significativos, y puede tener un efecto

terapéutico en personas que

sufren el denominado “trastorno afectivo

estacional”, que generalmente consiste en

depresiones apáticas con la llegada del invierno

y fases de hiperactividad/euforia moderadas en la

época estival. Algunos pacientes bipolares sufren esta

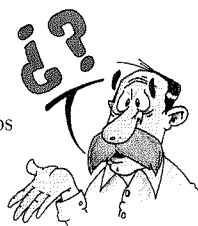
forma específica de la enfermedad y pueden beneficiarse del

tratamiento con unas lámparas especiales de luz blanca

hiperintensa, que deben utilizarse a diario, preferentemente por

la mañana, durante la época de menor fotoperíodo (es decir, el invierno).

Dicho tratamiento debe ser controlado por un psiquiatra.



BLA,
BLA...

sufren el denominado “trastorno afectivo estacional”, que generalmente consiste en depresiones apáticas con la llegada del invierno y fases de hiperactividad/euforia moderadas en la época estival. Algunos pacientes bipolares sufren esta forma específica de la enfermedad y pueden beneficiarse del tratamiento con unas lámparas especiales de luz blanca

hiperintensa, que deben utilizarse a diario, preferentemente por la mañana, durante la época de menor fotoperíodo (es decir, el invierno). Dicho tratamiento debe ser controlado por un psiquiatra.



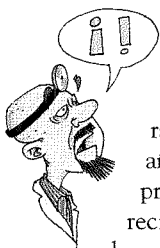
59. ¿Es cierto que conviene mirarse el tiroides de vez en cuando?



El **tiroides** es una glándula situada en el cuello que realiza varias funciones, entre ellas producir una hormona (hormona tiroidea) que se ocupa de regular el metabolismo del organismo. El trastorno bipolar por sí mismo se asocia con mayor frecuencia a alteraciones tiroideas, pero también el litio puede favorecer cambios en la función de este órgano. Por este motivo es conveniente realizar un análisis de vez en cuando para determinar si el tiroides funciona correctamente. En pacientes que tomen litio, este análisis deberá hacerse al menos una vez al año. La alteración más común consiste en un hipotiroidismo subclínico, es decir, en una reducción de la capacidad del tiroides para producir hormona tiroidea, sin que se manifieste con síntomas o molestias físicas. El hipotiroidismo subclínico es fácil de tratar con suplementos orales de hormona tiroidea, y no necesariamente obliga a retirar el litio.



60. ¿Qué fármacos tienen riesgo de producir malformaciones fetales durante el embarazo?



Durante el embarazo no se aconseja tomar fármacos, pero siempre deben sopesarse los beneficios y riesgos de no medicar. En general, los antipsicóticos, los antidepresivos y los ansiolíticos (benzodiazepinas) son razonablemente seguros para el feto. Durante muchos años se ha creído que el litio tenía un riesgo alto de provocar malformaciones cardíacas en el feto, pero datos recientes indican que el riesgo es relativamente bajo, y que hay que analizar cada caso individualmente, ya que el riesgo de recaída para la madre es superior al 50% en las semanas siguientes al parto si no sigue un tratamiento preventivo adecuado. El valproato es el fármaco con mayor riesgo de teratogenia (malformaciones del feto), alcanzando un 5% de casos de espina bífida. Los otros antiepilépticos parecen menos problemáticos, pero no están exentos de riesgo. Si es necesario mantener el antiepiléptico durante el embarazo, se

aconseja una dieta previa rica en ácido fólico, y controles ecográficos frecuentes durante la gestación.



61. ¿Es normal tener que tomar cuatro o cinco fármacos distintos?

Sí lo es. Aunque los psiquiatras procuramos utilizar la mínima medicación necesaria, más de la mitad de los pacientes van a necesitar más de un fármaco para mantenerse estables. En las fases

maníacas, con frecuencia se

combina un antipsicótico con

un estabilizador del ánimo. En las depresivas, en

ocasiones se asocia un antidepresivo. La

combinación de varios estabilizadores

proporciona, generalmente, más estabilidad. Por

otra parte, a veces la ansiedad o el insomnio requieren

también una medicación específica. Tomar más medicación no significa necesariamente ser un caso más grave. El

tratamiento debe ser siempre personalizado.



62. ¿Son eficaces los tratamientos alternativos?



No. No hasta que no demuestren lo contrario. El número de pretendidas “terapias alternativas” –homeopatía, flores de Bach, reiki, risoterapia, cromoterapia, meditación trascendente– para la patología mental o el sufrimiento psíquico es casi infinito, pero ninguna de ellas ha demostrado su eficacia. Una definición estricta pero válida de “tratamientos alternativos” rezaría que son todos aquellos que no quedan dentro del conjunto de posibilidades terapéuticas contempladas por la comunidad científica para una enfermedad concreta. En el caso de los trastornos

bipolares, entendemos por tratamiento estándar la mayoría de tratamientos farmacológicos aprobados y la terapia electroconvulsiva. Entre las terapias psicológicas, únicamente la psicoeducación, tanto para pacientes como para familiares, la terapia cognitiva-conductual y la terapia interpersonal han demostrado su eficacia en el ámbito de los trastornos bipolares.

Respecto a la homeopatía, las flores de Bach y otros “remedios naturales” hay que decir que, de momento, no han demostrado ninguna eficacia en el tratamiento de los trastornos bipolares. La principal ventaja de estos tratamientos es que producen tan pocos efectos secundarios como un vaso de agua. El principal problema es que su eficacia terapéutica es similar también a la de un vaso de agua, según lo

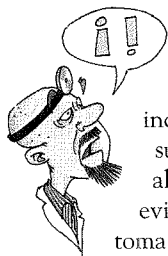


demostrado hasta la fecha. Un paciente bipolar tratado únicamente con homeopatía u otros tratamientos similares es sinónimo de recaída en breve.

Más grave es el caso de las terapias de tipo místico-religioso-espiritual-esotérico-orientalista. Por un lado, porque no han demostrado ninguna eficacia ni utilidad. Por otra parte, dado que no hace falta ninguna titulación oficial para ejercer como “terapeuta”, en la mayoría de los casos este tipo de intervenciones supuestamente curativas son llevadas a cabo *por personas sin ninguna formación en psiquiatría o psicología clínica*, siendo terreno abonado para el ejercicio de ignorantes –en el mejor de los casos– y timadores. Tampoco es descartable que este tipo de intervenciones sean, *a posteriori*, la puerta de entrada a movimientos sectarios que se nutren básicamente de personas con algún tipo de patología psíquica, aprovechándose de su desamparo y desesperación. Este fenómeno se ha convertido en un auténtico problema en países como Estados Unidos e Italia y, probablemente, no tardará en llegar a España.

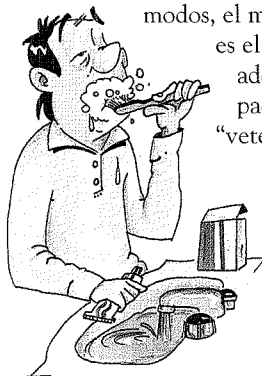
Nuestra salud es algo demasiado serio para dejarlo en manos de la opinión, la intuición, la inspiración o las creencias. Sólo la experiencia repetida, la comunicación entre profesionales, la comprobación empírica de resultados y la búsqueda del progreso constante –esto es la ciencia– garantizan que el paciente recibirá el mejor tratamiento posible.

63. A menudo olvido mis medicaciones ¿qué puedo hacer para recordar tomarlas?



Los olvidos constantes de la medicación suelen estar en relación con una escasa conciencia de enfermedad, es decir, con no creerse del todo que uno padece el trastorno bipolar. A pesar de ello, incluso en pacientes absolutamente convencidos de su enfermedad, existe la posibilidad de que se produzcan algunos olvidos. No existe un método infalible para evitarlos y cada paciente tiene su manera de recordar cada toma. Un buen método es asociar la toma de medicación a alguna actividad rutinaria ineludible, como las comidas o el cepillado de dientes. Existen otros métodos más sofisticados consistentes en pastilleros con alarma y también se pueden utilizar métodos más rudimentarios, como utilizar “recordatorios” (cambiarse el reloj de muñeca, etc...). De todos modos, el mejor método

es el hábito adquirido: los pacientes más “veteranos” no suelen olvidarse ninguna toma.





64. ¿Qué puede pasar si me olvido una toma?

Si usted está eutímico, olvidarse una sola toma de litio, carbamazepina u otro estabilizador de forma aislada no implica ningún peligro, siempre que no tienda a repetirse este olvido. Lo mismo ocurre con los antidepresivos. Olvidar la medicación antimaníaca puede reagudizar la sintomatología, y por ello –dada la distraibilidad característica de la manía– es especialmente recomendable que durante esta fase no sea el propio paciente el único responsable de su medicación.





65. ¿Me puede ayudar un psicólogo?

Sí, siempre que este psicólogo esté lo suficientemente formado en el tratamiento de esta enfermedad, es decir, sea un psicólogo



especialista en bipolares. Debido a la poca certeza que existía hasta hace relativamente poco sobre la eficacia del tratamiento psicológico en los pacientes bipolares, la mayoría de psicólogos no están correctamente entrenados para tratar a un paciente bipolar. La psicoterapia, siempre que sea impartida por un especialista, pretende enseñar al paciente bipolar a convivir mejor con su enfermedad, aceptarse mejor, regular correctamente sus horarios, detectar los síntomas de cada fase antes de que sea demasiado tarde y tratar determinados episodios –sobre todo fases depresivas–. Hasta la fecha hay distintos estudios que señalan la eficacia de la terapia cognitiva y la psicoeducación en el abordaje de los trastornos bipolares, pero no existe evidencia alguna de que el psicoanálisis sea eficaz. Por otra parte, debemos subrayar que la psicoterapia debe ser siempre un complemento de la medicación, y nunca sustituirla.



66. Después de pasar por una fase maníaca suelo tener un “bajón” anímico ¿qué puedo hacer para sentirme mejor en estas fases?



BLA, BLA...

El curso natural de la enfermedad bipolar implica que a cada episodio maníaco le sigue un

período de abatimiento y bajo estado de ánimo, cuya duración suele ser proporcional a la intensidad de los síntomas

maníacos. En el caso del trastorno bipolar es cruelmente cierta la frase popular “cuanto más subas más dura será la caída”. En algunas ocasiones estas fases alcanzan la

intensidad suficiente para ser consideradas como auténticas

depresiones, pero generalmente son algo más leves. En algunas ocasiones lo que realmente ocurre es un malestar psicológico por echar de menos algunos síntomas de la euforia que resultaban muy placenteros y encontrarse “frenado” (y es cierto, el paciente va mucho más “lento” en comparación con la velocidad excesiva de la manía). Es muy importante señalar que estas fases raras veces se tratan con antidepresivos –por el riesgo de volver a provocar una nueva fase maníaca– y que el propio paciente *nunca debe tomar antidepresivos por su propia cuenta*. Es mucho mejor una recuperación lenta y sin riesgos. Por lo tanto, será crucial la

regularidad de hábitos, evitar a toda costa la siesta, realizar algo de ejercicio físico y tratar de implicarse en actividades rutinarias de ocio –si la persona todavía no está en condiciones para volver a trabajar o retomar los estudios– para evitar la apatía característica de estas fases.



ALTIBAJOS



67. ¿Es recomendable el ejercicio físico?

La práctica de ejercicio físico moderado es muy recomendable para la salud mental y física.

En los períodos de eutimia

(estabilidad), practicar deporte o —en su defecto— andar un mínimo de 30

minutos al día, puede ayudarnos a estar menos

tensos y ansiosos, sentirnos más llenos de energía y

aumentar nuestra sensación de bienestar. La práctica deportiva puede resultar muy estimulante para nuestro

cuerpo y mente; esto, que en principio es una ventaja,

puede ser un problema si acaba por estimularnos tanto que impide nuestro sueño. Es recomendable, por lo tanto, no

realizar deporte a última hora del día, ya que puede alterar

nuestro sueño.

El ejercicio físico es especialmente recomendable durante las fases de depresión leve—moderada, en las que puede constituir una gran ayuda para aliviar los síntomas, aunque

en un principio la persona que

está deprimida pueda creer todo

lo contrario. Por otra parte, si hay

sospechas de que se pueda estar

iniciando una fase hipomaníaca,

mixta o maníaca, es

aconsejable

suspender

durante un

tiempo la

práctica

de

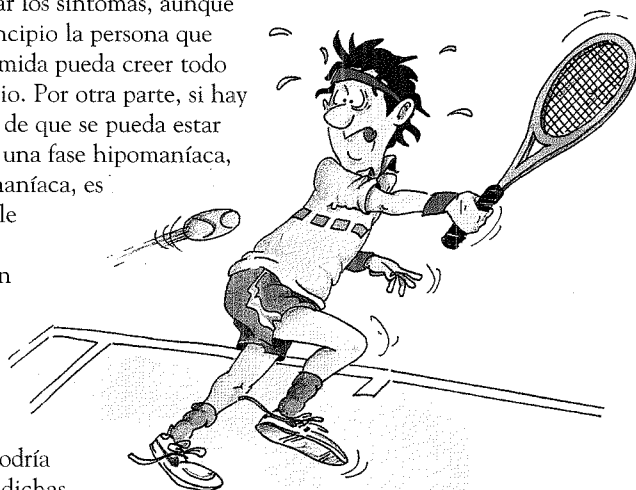
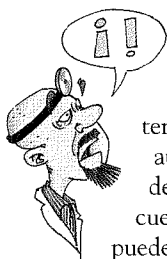
ejercicio

físico, ya

que éste podría

empeorar dichas

fases.





68. ¿Es eficaz el psicoanálisis?

Respecto a las terapias psicodinámicas, como el *psicoanálisis*, cabe decir que, si bien pueden ser útiles para elaborar determinados aspectos de la personalidad de un individuo –sobre todo si no padece ningún trastorno mental– y que, en su época

–primera mitad del siglo XX– constituyó

una auténtica revolución social y cultural, hasta el momento no han mostrado ninguna eficacia en el tratamiento del trastorno bipolar. Es más, en no

pocos casos este tipo de terapia induce cierto

empeoramiento de los síntomas, dado el alto estrés al que se

ve expuesto el paciente durante esta terapias. Además, la

mayoría de estos abordajes insisten –contra toda evidencia empírica y el sentido común– en la importancia de entender el trastorno bipolar como una consecuencia de los traumas y conflictos emocionales del paciente,

dejando a un lado la verdadera etiología de la enfermedad, de carácter biológico, culpabilizando al paciente y a su familia y en algunos casos intentando sustituir el tratamiento farmacológico que, como ya sabemos, es

imprescindible
en esta



enfermedad. Todo ello lleva a aumentar el número de recaídas de los pacientes. Curiosamente esta visión cerrada de la enfermedad mental, huérfana de toda evidencia científica y “contraria” al uso de psicofármacos no hubiera sido, muy probablemente, del agrado del padre del psicoanálisis, Sigmund Freud. Freud entendía que la base de los problemas psiquiátricos estaba probablemente en lo orgánico, aunque en su momento histórico no contaba con técnicas suficientes para apoyar tal afirmación. Freud era un hombre abierto al progreso y a los nuevos tratamientos –por algo fue un gran innovador–. Resulta curioso y paradójico que algunos de sus seguidores se caractericen por todo lo contrario.

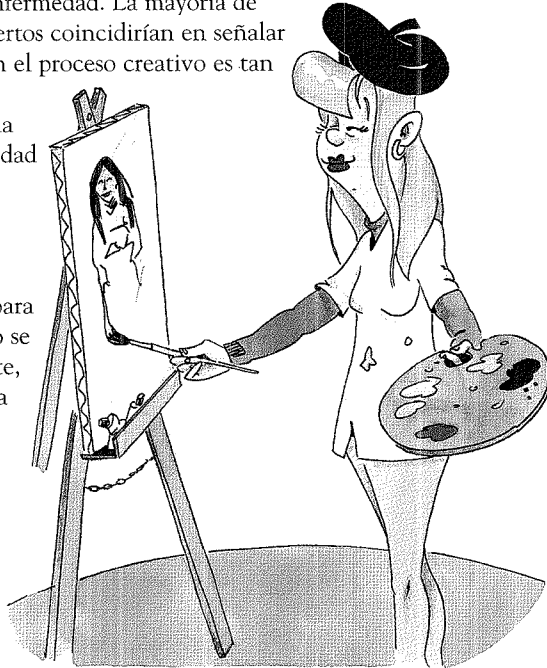
69. ¿Los bipolares somos más creativos?

Hay un cierto mito respecto a la relación entre creatividad y enfermedad mental, que no siempre se corresponde con la realidad. Es cierto que artistas de gran fama padecieron un trastorno bipolar y que, en general, el porcentaje de poetas, pintores o escritores con algún tipo de trastorno psíquico parece ser más alto que entre el resto de la población, pero de ello no debe



inferirse que el trastorno bipolar lleve a la genialidad. Los estudios que relacionan creatividad y trastorno bipolar apuntan a una alta presencia de personas con talento artístico entre los familiares de pacientes bipolares, que muchas veces padecen formas muy atenuadas de la enfermedad. La mayoría de expertos coincidirían en señalar que en el proceso creativo es tan

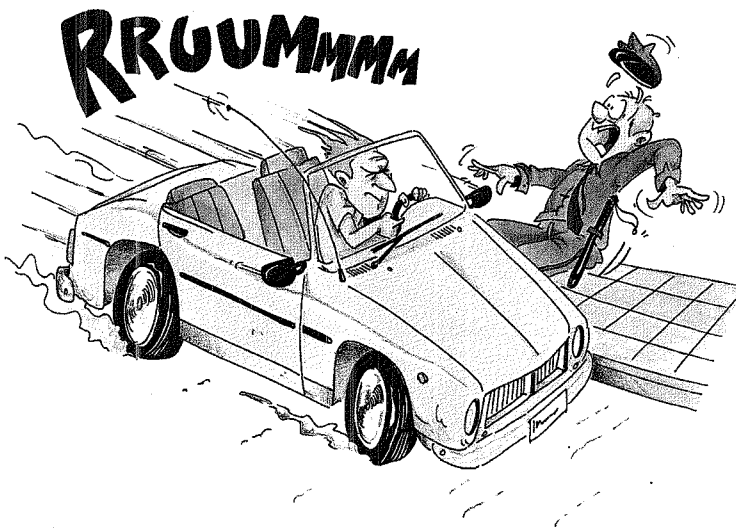
importante la inspiración como la disciplina o capacidad de trabajo. El trastorno bipolar podría facilitar la inspiración —en personas dotadas para el arte—, pero si no se trata correctamente, impedir del todo la regularidad de trabajo y con ello obtener algún beneficio de la creatividad.



70. ¿Los bipolares somos más propensos a tener problemas con la ley?

Algunos síntomas, sobre todo de la fase maníaca, tales como la irritabilidad, la agresividad, la baja percepción del riesgo, la impulsividad y la ausencia de criterio pueden llevar a la persona que padece un trastorno bipolar a incurrir en conductas que quedan al margen de la ley, tales

como hurtos, agresiones o conducción temeraria —por citar algunas—. Si el trastorno bipolar no se trata correctamente aumentan, por lo tanto, las posibilidades de tener problemas con la ley.



71. ¿Hay alguna profesión que no debamos ejercer las personas con trastorno bipolar?

En principio, no. Una persona que padece un trastorno bipolar –si toma el tratamiento correctamente y su enfermedad se mantiene

estable– puede llevar a cabo

cualquier tipo de profesión. De

todos modos, aquellas profesiones que impliquen una gran irregularidad horaria –médicos o enfermeras de guardia, policías, bomberos,

trabajadores de una fábrica que realicen constantes

cambios de turno, camareros de locales nocturnos– estarán

poco recomendadas para los pacientes bipolares, ya que la

alteración de las horas de sueño es un

factor que puede

agravar el curso de la enfermedad.



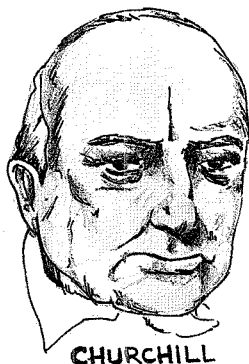


72. ¿Es ésta una enfermedad incapacitante?

No, al menos no siempre. El trastorno bipolar es un «handicap» para el que lo padece, un palo en la rueda, una dificultad añadida. Si ustedes quieren, una condición *discapacitante*.



Pero no *incapacitante*: muchos de nuestros pacientes, tras un tiempo de tomar correctamente el tratamiento –a pesar, quizás, de sufrir bastantes efectos secundarios–, regular sus hábitos y abstenerse de tomar alcohol y drogas, han podido volver a llevar una vida normal, tanto en el aspecto laboral como social y familiar. Es cierto que convivir con una enfermedad crónica –en este caso el trastorno bipolar– puede ser duro y nos pone las cosas un poco más difíciles, pero muchas personas logran día a día tener una buena calidad de vida a pesar de su trastorno. Pensemos en el caso de personajes tan influyentes como *Theodore Roosevelt*, *Winston Churchill* o –en nuestro ámbito– *Fabià Estapé* –según nos cuenta él mismo en su excelente autobiografía– quienes, a pesar de sufrir algún tipo de trastorno bipolar han destacado en cargos de gran responsabilidad.



CHURCHILL



ROOSEVELT

73. ¿Tenemos los bipolares derecho a recibir algún tipo de pensión o ayuda económica?

Las ayudas económicas no se reciben por el mero hecho de padecer una enfermedad en concreto, sino por el grado de incapacidad que ésta conlleve que,

como ya hemos visto, afortunadamente

no siempre está presente en el caso de los trastornos bipolares. Las pensiones de invalidez no son, en ningún caso, una “compensación” por estar enfermo y sí una ayuda para aquéllos que no pueden trabajar debido a su enfermedad. El tipo de pensión, su duración y su *cuantía económica* varían en función del grado de incapacidad, las circunstancias personales y los años de cotización. Para quienes no han cotizado y la enfermedad les impide acceder a un puesto de trabajo, existen las pensiones no contributivas, que exigen una discapacidad calculada según ciertos baremos del 67% y, desafortunadamente, son poco cuantiosas.



SECTOR
DISCAPAC.

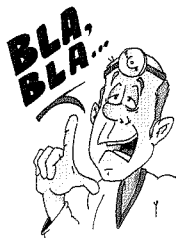


74. ¿Qué puedo hacer para limitar el gasto económico en mis fases maníacas?



Es aconsejable no tener tarjetas de crédito, sobre todo, para aquellos pacientes con especial tendencia a la manía y la hipomanía, llevar poco dinero encima, consultar todas las compras con una tercera persona de confianza y aplazar una compra o inversión o cualquier decisión

económica un mínimo de 48 horas –si el negocio era bueno todavía estará ahí al cabo de ese tiempo–. Es muy recomendable que en todas sus cuentas bancarias sea necesaria la firma de dos personas para realizar cualquier transacción y tener avisados a sus amigos de confianza de que en ningún caso y bajo ningún concepto deben prestarle dinero.



75. Ante una fase maníaca o depresiva ¿es imprescindible la hospitalización?

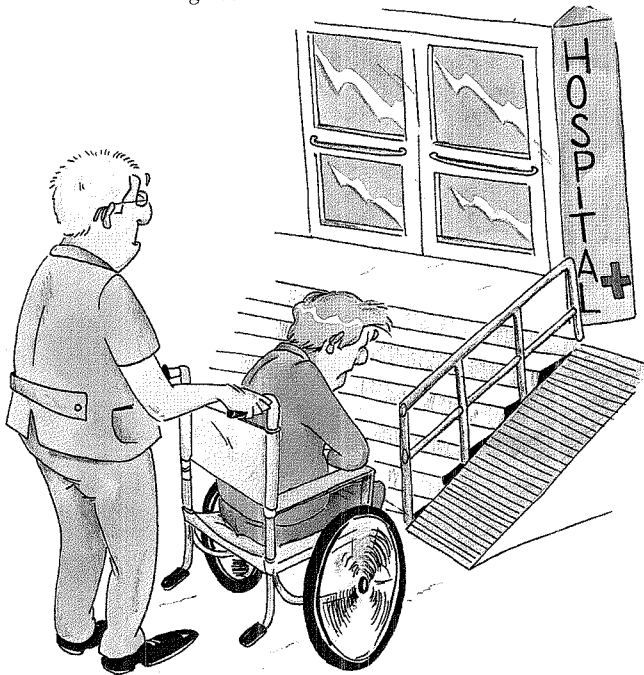
No. Únicamente es imprescindible en los casos más graves y resistentes al tratamiento.



En las fases depresivas, el paciente puede tener ideas de suicidio y en este caso podría estar muy indicada la hospitalización, si el psiquiatra lo considera. La agitación y agresividad características de algunas fases maníacas también harían imprescindible el ingreso.



Cuadros especialmente resistentes al tratamiento o casos en los que el tratamiento debe replantearse del todo justifican también un ingreso.



76. ¿Cómo puedo evitar ingresar?

Tome correctamente la medicación, acuda rápidamente a su psiquiatra ante la sospecha de cualquier descompensación, no consuma drogas ni alcohol y lleve un horario regular.

Siguiendo estas cuatro normas su número de ingresos será mucho menor, sin duda.



77. ¿Pueden ser pareja dos personas con un trastorno bipolar?

¿Quién o qué lo impide? Por supuesto, dos personas con trastorno bipolar pueden tener una relación afectiva.

Ello tendrá sus ventajas e

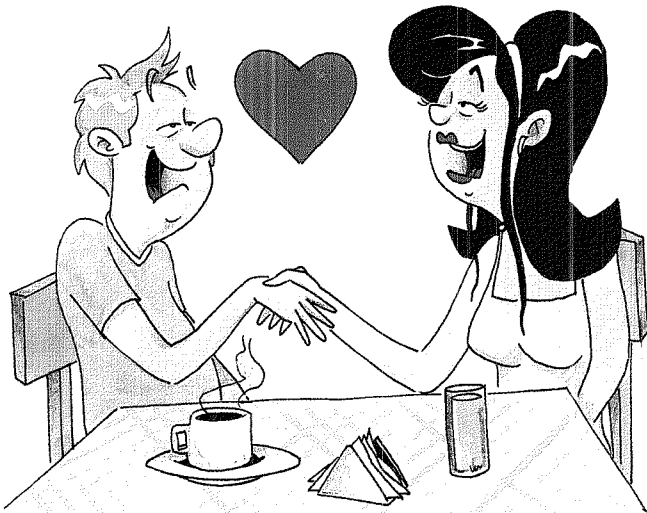
inconvenientes: la principal ventaja

es que probablemente se comprenderán

perfectamente. El principal inconveniente es

que la recaída de uno puede conllevar, por el estrés que supone, la recaída del otro miembro de la pareja.

Aparte de ello, hay que tener en cuenta que la probabilidad de tener un hijo bipolar aumenta espectacularmente si tanto el padre como la madre padecen la enfermedad.





78. ¿Cómo afecta el trastorno bipolar a la sexualidad?

Tanto el trastorno bipolar como las medicaciones necesarias para estabilizarlo afectan de algún modo al funcionamiento sexual. La depresión puede hacer que el deseo y el goce sexual desaparezcan casi por completo, tanto en el hombre como en la mujer. Durante la hipomanía y la manía se produce un aumento del apetito sexual que, junto con otros síntomas como la impulsividad y la escasa valoración del riesgo, pueden llevar al individuo a conductas inusuales en él, incluyendo infidelidades, promiscuidad sexual indiscriminada o cambio de los gustos sexuales. Durante la eutimia, la enfermedad no tiene porqué afectar a la sexualidad. Por otra parte, muchas de las medicaciones indicadas para el trastorno bipolar tienen algún tipo de efecto negativo para el funcionamiento sexual –disfunción eréctil, menor excitación y lubricación, anorgasmia–.



79. ¿Qué debo tener en cuenta para planificar un viaje?



La primera recomendación es no viajar nunca si usted se halla en plena fase de descompensación, bien sea depresiva, mixta, hipomaníaca o maníaca o si usted sospecha de que puede estar iniciando alguna de estas fases –aunque en algunos casos, realizar un viaje puede paliar la sintomatología depresiva leve–. Si usted está eutímico, no existe ningún impedimento para viajar, especialmente a

países con un buen nivel de asistencia sanitaria. Una vez decidido el lugar, organice el viaje de tal forma que éste vaya a suponer un descanso y no una sobrecarga. No intente ver Madrid en una tarde; Roma, en un día; París, en cuatro, y Estados Unidos, en 20 días. Seleccione bien qué es lo que más le interesa y dese su tiempo.

Demasiado a menudo las vacaciones resultan más estresantes que la jornada laboral. Si su viaje implica cambiar de huso horario –viajes

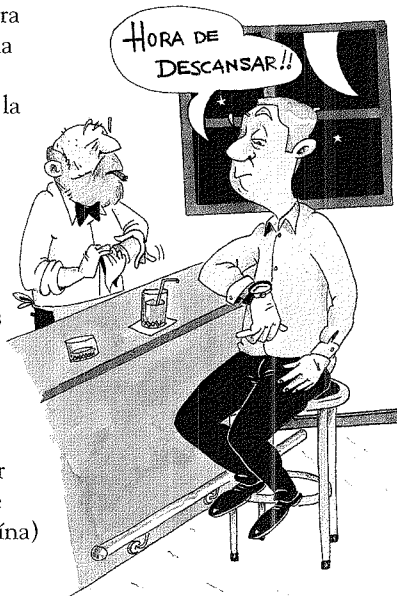


transoceánicos, por ejemplo— asegúrese de que esto no va a alterar su sueño: en función del horario de llegada y de si usted viaja hacia el este o el oeste debe intentar dormir durante el vuelo. Debe llevar con usted medicación de sobra —el triple de la que necesita— guardada en tres sitios distintos —en dos maletas y en el equipaje de mano, por ejemplo— por si se extravía el equipaje. Pida a su médico un informe en inglés —si es que viaja a un lugar de habla no hispana— donde quede claro su diagnóstico y qué medicación está usted tomando; es preferible que en la misma conste el principio activo de los medicamentos (carbonato de litio, por ejemplo) y no su nombre comercial, ya que éste varía según los países. Infórmese de la dirección y el teléfono de su embajada y de algún hospital de confianza en su país de destino.

80. Mi psicólogo me dice que debo dormir cada día unas ocho horas, practicar algo de deporte y autoobservarme, mi psiquiatra me dice que no puedo beber alcohol ni tomar drogas ¿debo convertirme en un “pureta” por ser bipolar?



Ni “pureta” ni “porreta”. Las normas que le han dado su psiquiatra y su psicólogo son muy adecuadas y no parecen implicar que usted deba olvidarse por completo de sus salidas nocturnas, si es eso lo que más le preocupa, en general, puede usted salir de noche, pero disminuyendo la frecuencia y asegurándose que tras su “marcha” nocturna va a poder dormir un mínimo de ocho o nueve horas —es decir, de lo que sí debe olvidarse es de salir de noche si a la mañana siguiente tiene obligaciones, pero esto entra dentro del sentido común—. De la misma forma, es completamente desaconsejable salir varias veces la misma semana. El consumo de alcohol y drogas se desaconseja, tanto por su interacción con la medicación como por su acción negativa sobre los mecanismos que regulan su estado de ánimo, que son precisamente los que estamos tratando de estabilizar. Parece absurdo que, por un lado, tome usted una sustancia (litio, valproato, lamotrigina, etc.) para estabilizar su estado de ánimo y luego tome otra (ginebra, marihuana o cocaína) para desestabilizarlo.





81. ¿Puedo tomar café?

Las bebidas estimulantes que contienen cafeína, como el propio *café* y los *refrescos de cola* tienen dos problemas –en relación con el trastorno bipolar–: son agonistas noradrenérgicos, lo que quiere decir que activan nuestro sistema nervioso y

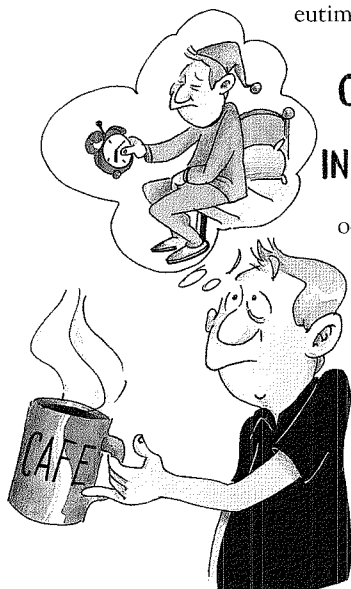
nos pueden provocar ansiedad y –por el mismo motivo– pueden afectar la calidad y la cantidad de horas de sueño. En general, están completamente desaconsejadas si existe la más mínima sospecha de que está empezando un episodio mixto, hipomaníaco o maníaco o si el terapeuta nos indica que estamos en un episodio de estas características. También están desaconsejadas en personas habitualmente ansiosas. En cambio, en una fase depresiva que curse sin ansiedad y con mucha apatía y fatiga, un par de cafés pueden facilitar que “arranquemos” y llevemos una actividad aceptable. Cuando no hay síntomas de la enfermedad –períodos de



eutimia–, nunca debemos exceder un par de

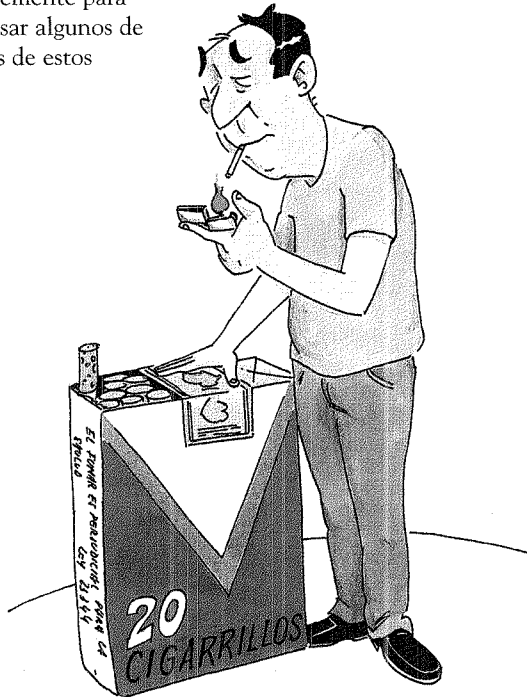
cafés o bebidas de cola al día, teniendo en cuenta que su efecto dura unas ocho horas y que, por lo tanto, la última que nos tomemos debe ser siempre

ocho horas antes de acostarnos, para no alterar nuestro sueño. Es cierto que hay mucha gente que presume de “dormir como un tronco” tras ingerir una taza de café: quizás puedan dormir el mismo número de horas, pero la calidad de su sueño –aunque ellos no se den cuenta, nunca será la misma y eso puede, a medio plazo, repercutir en su salud física y mental y en otras variables, como, por ejemplo, la memoria y la atención.



82. ¿Es normal que los bipolares fumemos más?

Es habitual que las personas que padecen un trastorno psiquiátrico fumen más. Una explicación posible es que fuman más porque padecen más ansiedad y utilizan el tabaco atribuyéndole unas propiedades ansiolíticas que en realidad no tiene. Mucha gente cree erróneamente que fumar “relaja”, cuando en realidad suele ser lo contrario: fumar puede provocar mayor activación o ansiedad, aparte de otros problemas médicos de sobra conocidos. Por otra parte, se ha comprobado que aquellos pacientes que están tomando antipsicóticos suelen fumar más, probablemente para compensar algunos de los efectos secundarios de estos fármacos.



83. ¿Cómo afecta el tabaco al trastorno bipolar?

Fumar no perjudica ni beneficia en nada al curso del trastorno bipolar. Es cierto que afecta de forma negativa a nuestra salud general, así que cualquier médico debe aconsejar no fumar, pero en lo que respecta a nuestra especialidad muchas veces lo peligroso no es fumar, sino dejarlo –si no se hace

correctamente–. Tras dejar de fumar muchas personas se sienten más tristes, nerviosas e irritables, debido a la abstinencia –lo que se conoce popularmente como “mono”–. Ello no suele tener más consecuencias en el caso de una persona sin ningún problema psiquiátrico, pero en el caso de un paciente bipolar dejar de fumar bruscamente puede precipitar un nuevo episodio.



BLA,
BLA...

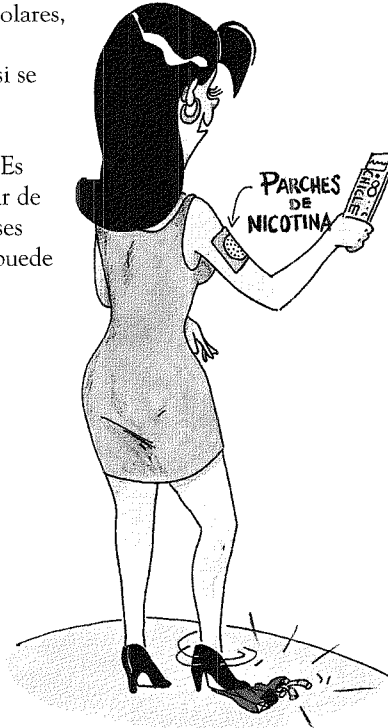


DOC. ¿ME AFECTA
EL TABACO?

LO MISMO
QUE AFECTA A
CUALQUIER
PERSONA

84. ¿Quiere decir esto que una persona bipolar no puede dejar nunca de fumar?

En absoluto, un paciente bipolar puede –y en la medida de lo posible debe– dejar de fumar, pero del modo menos traumático posible. Es decir, con terapias sustitutivas –chicles o parches de nicotina– y control médico y psicológico. Hay que tener en cuenta que algunos fármacos habitualmente indicados para facilitar la abstinencia tabáquica, como el bupropión, no serían aconsejables en el caso de los pacientes bipolares, ya que es un antidepresivo que –si se toma estando asintomático– puede provocar un viraje a la manía. Es recomendable no intentar dejar de fumar durante alguna de las fases de la enfermedad, ya que ello puede agravar, de algún modo, la sintomatología.



85. ¿Una vida apacible en el campo podría ser la solución a mi trastorno bipolar?

No. Esta pregunta puede generar una sonrisa en las personas que viven en áreas rurales y padecen un trastorno bipolar “a pesar” de vivir en “el campo”

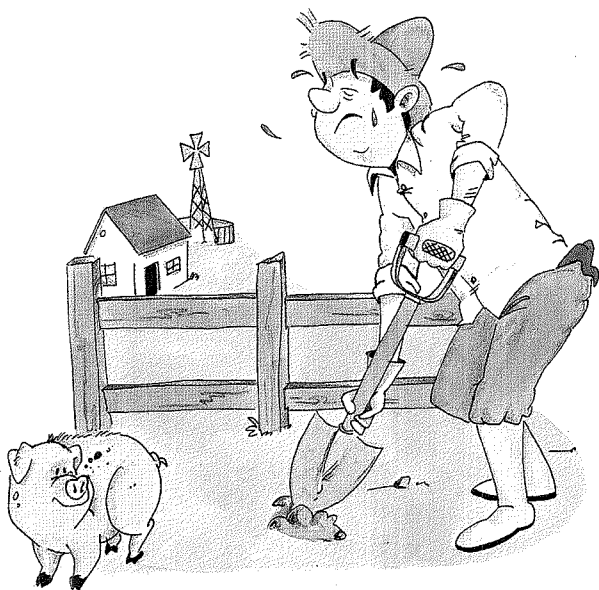
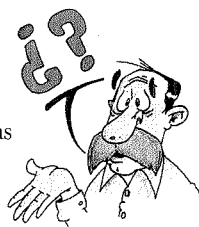
—lo que no siempre es apacible, por



cierto—, pero es cierto que muchas personas

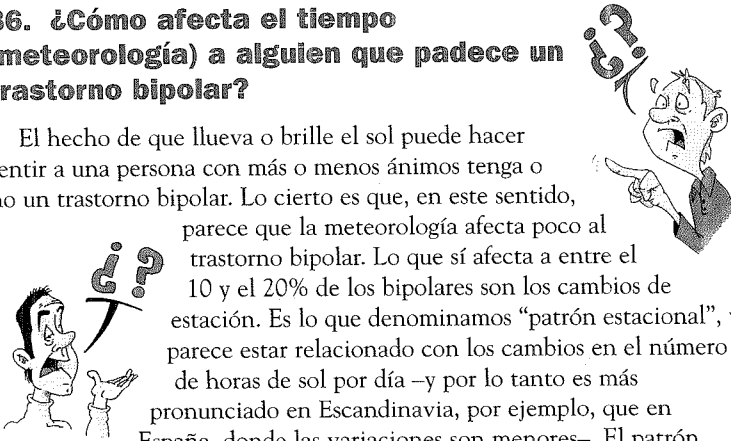
que viven en la ciudad culpan al estrés urbano de su enfermedad, de la misma forma que muchas personas que viven en pequeñas áreas rurales pueden culpar al “aislamiento” de su enfermedad. Dicen los americanos que la hierba siempre es más verde en la otra orilla...

Vivir una vida tranquila y sin preocupaciones —si es que ello es posible— va a suponer, obviamente un aumento de su bienestar, pero en ningún caso va a “curar” su trastorno bipolar.



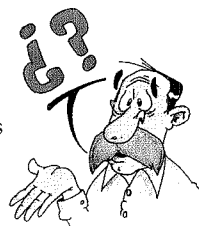
86. ¿Cómo afecta el tiempo (meteorología) a alguien que padece un trastorno bipolar?

El hecho de que llueva o brille el sol puede hacer sentir a una persona con más o menos ánimos tenga o no un trastorno bipolar. Lo cierto es que, en este sentido, parece que la meteorología afecta poco al trastorno bipolar. Lo que sí afecta a entre el 10 y el 20% de los bipolares son los cambios de estación. Es lo que denominamos “patrón estacional”, y parece estar relacionado con los cambios en el número de horas de sol por día –y por lo tanto es más pronunciado en Escandinavia, por ejemplo, que en España, donde las variaciones son menores–. El patrón más característico, consiste depresión hiberna y manía en primavera/verano, pero también existe el patrón inverso.



87. ¿Qué períodos implican más riesgo de recaída?

Cualquier período en el que el estrés o estimulación ambiental sea especialmente elevado es un período de riesgo. Una época de mucha presión laboral o la época de exámenes serían períodos de riesgo. Acontecimientos muy positivos (ascenso laboral, éxito social) o muy negativos (muerte de un ser querido, ruptura sentimental) también pueden precipitar un episodio.



Por otra parte, se considera que los seis meses siguientes a una manía o a una fase mixta son un período de gran riesgo de recaída, tanto para sufrir una fase similar, como para sufrir una depresión. La recuperación de una depresión puede convertirse en el inicio de una fase hipomaníaca o maníaca si no se retiran los antidepresivos a tiempo.



En el caso de las mujeres, los seis meses posteriores al parto son un período de riesgo, tanto para la manía como para la depresión, debido a los cambios hormonales que acompañan al embarazo y al parto, más que a razones psicológicas.



88. ¿Qué puedo hacer durante estos períodos de mayor riesgo para no recaer?

Sobre todo, no deje en ningún momento de tomar la medicación. De mutuo acuerdo con su psiquiatra y su psicólogo, usted puede aumentar la frecuencia de sus visitas con ellos. Extreme sus medidas de precaución (sobre todo, en lo que respecta al sueño y a evitar el consumo de tóxicos, incluido el alcohol) y su autoobservación. Quizás pueda serle útil repasar día a día una lista con sus posibles señales de recaída, que previamente debe haber confeccionado con la ayuda de su psicólogo o su psiquiatra, para detectar un nuevo episodio lo antes posible. Si su riesgo de recaída está en relación con el estrés laboral, intente dedicar algo de tiempo al ocio, de forma regular día a día.

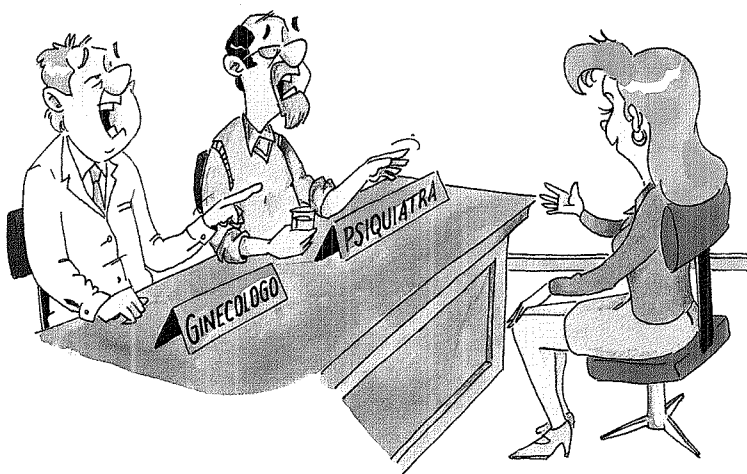




89. ¿Cómo afecta la regla al trastorno bipolar?

Los cambios hormonales asociados a la menstruación pueden tener incidencia en el curso de la enfermedad. Algunas mujeres

bipolares –aunque una minoría– aumentan su riesgo de recaída durante la ovulación y la menstruación y, en estos casos, está justificada la coordinación del psiquiatra y el ginecólogo para evitar estas fluctuaciones. No hay que confundir este riesgo con el llamado “síndrome premenstrual”, que consiste en un cuadro de ansiedad, tristeza e irritabilidad que pueden presentar algunas mujeres pocos días antes de la menstruación.



90. ¿Es el suicidio común entre los bipolares?

Si un trastorno bipolar no se trata correctamente puede llevar a la muerte por suicidio en casi un 20% de los casos, y este es el dato más preocupante acerca de esta enfermedad. Es importante



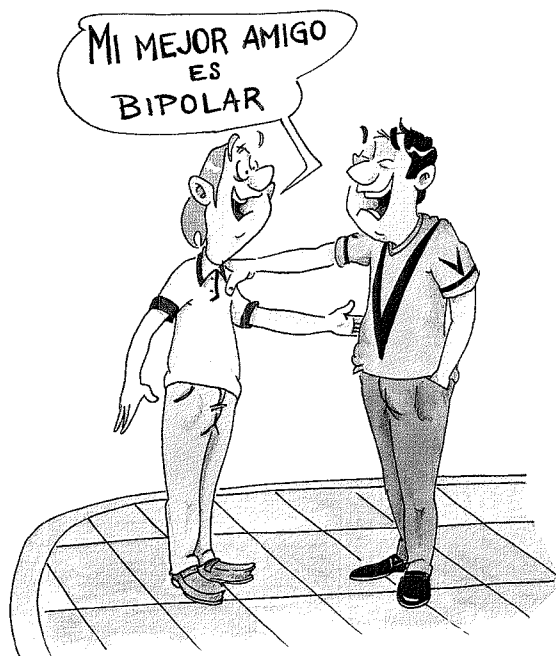
BLA,
BLA...

entender que las ideas de suicidio son un síntoma de la fase depresiva o mixta, y en ningún momento expresan la libre voluntad del individuo. “Respetar” las ideas de suicidio de un amigo o familiar es ser cómplice de su enfermedad. Como profesionales de la salud no podemos entrar en disquisiciones filosóficas sobre si la persona tiene derecho o no a quitarse la vida, pero queda claro que si alguien decide matarse durante una fase depresiva, es la enfermedad la que está decidiendo por él.



91. El trastorno bipolar ¿es una enfermedad contagiosa?

No. Aunque por la actitud de rechazo o distancia que manifiestan algunas personas al enterarse de que alguien padece un trastorno bipolar uno puede llegar a pensar que tienen miedo a contagiarse, el trastorno bipolar no es debido a ningún virus o infección.





92. Como familiar o amigo de una persona que padece trastorno bipolar, ¿qué actitud debo tomar ante él?

Una actitud fundamental es la que usted está llevando a cabo ahora mismo: informarse acerca de la enfermedad bipolar, lo que le permitirá a usted vencer muchos de los prejuicios que pueda tener acerca de esta enfermedad y de los trastornos psíquicos en general. Debemos entender que, cuando se encuentra correctamente tratado y asintomático, nada diferencia a una persona con un trastorno bipolar del resto de la gente. Por lo tanto, debemos tratarle exactamente como si no tuviera la enfermedad, sin temas prohibidos por culpa de la enfermedad (hay familias que, por ejemplo, ocultan las malas noticias a su miembro afectado de un trastorno bipolar “para protegerle”, lo que constituye una actitud incorrecta). Debemos evitar la sobreprotección y la hipervigilancia, aunque éstas son muy habituales en familias de pacientes cuya enfermedad es relativamente reciente. Con estas actitudes convertiríamos a nuestro familiar bipolar en “el diferente”, y se trata de hacer justamente lo contrario.



93. ¿Qué actitud debo tomar ante mi familiar o amigo bipolar cuando está deprimido?

No le diga nunca frases del tipo “anímate”, “no es nada”, “esto son dos días” o “alegra esa cara”. A veces, frases como estas, aunque dichas con la mejor de las intenciones pueden hacer sentir incluso peor a su familiar o amigo deprimido. Deje la psicoterapia para los expertos y, si éstos se lo aconsejan, usted puede colaborar en el tratamiento promoviendo actividades asequibles, tales como pequeños paseos, juegos de mesa que sean del agrado de su amigo o familiar cuando no está deprimido o colaborando en las tareas de la casa para hacerlas más llevaderas. No le acuse nunca de “vago” o “débil”, ni si quiera para “incentivarle” o “picarle”, ya que es contraproducente y tremendamente irrespetuoso. La mayoría de personas que han padecido una depresión la definen como el período más duro de su vida, no aumente su sufrimiento.



94. ¿Qué actitud debo tomar ante mi familiar o amigo bipolar cuando está maniaco?



Trate de no discutir con él. Puede intentar, sobre todo si usted y su amigo o familiar comparten información acerca de la enfermedad, hacerle entender que quizás está enfermo y que debería consultar con un médico –al menos para salir de dudas–. Si admite su enfermedad, ofrézcale su apoyo para acompañarle a ver al psiquiatra.



95. ¿Qué actitud debo tomar cuando visito a mi familiar o amigo bipolar cuando está ingresado?

Aunque le resulte difícil, trate de actuar con normalidad, como habría actuado si el ingreso fuera por otra causa médica. No intente abordar “grandes temas” o conversaciones



trascendentes, intente tener conversaciones cotidianas. Nunca culpe al paciente de algo que hizo o dejó de hacer antes de ingresar ni le dé la sensación, bien de que la vida es un caos sin él, o de que en casa están mucho mejor ahora que él está ingresado –se sorprendería de cuantas familias transmiten conscientemente o no este mensaje–. Si el psiquiatra ha dado permiso, pueden pasear por dentro del propio hospital, ya que es una forma de tener mayor intimidad. Del mismo modo, si está permitido, puede traerle a su familiar o amigo algún pequeño obsequio, como tabaco –los pacientes fumadores consumen muchos más cigarrillos cuando están hospitalizados–, libros o revistas o su música favorita –la del paciente, no la de

usted–. Evite conversaciones “morbosas” sobre la hospitalización, tales como comentar la conducta –que a veces le puede resultar extravagante– de las otras personas ingresadas.



96. ¿Es recomendable que contacte con alguna asociación de afectados?

Entrar en contacto con otras personas que padecen su misma enfermedad le puede resultar de gran ayuda. Entre otras cosas, porque va a sentirse apoyado y comprendido, entenderá que “no es un bicho raro” y que esto no “sólo le pasa a usted”. Por otro lado, las asociaciones de afectados deben jugar un papel fundamental en la divulgación de información acerca del trastorno bipolar, para que éste deje de ser un estigma y pase a ser aceptado socialmente con la misma normalidad que la diabetes y las instituciones públicas presten un mayor apoyo económico.



97. ¿Cómo pueden ayudarme mi religión y la oración respecto a mi trastorno bipolar?

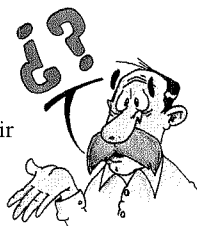
Tener fuertes convicciones religiosas puede conferir mayor seguridad al creyente, y mayor capacidad para aceptar la enfermedad. Eso no

significa que la religión sea

terapéutica *per se* ni que la única

forma de sentirse seguro de uno mismo y aceptar la realidad sea teniendo creencias religiosas.

Aunque pueden ser una ayuda para aquél que tenga creencias religiosas, ni la fe ni la oración son tratamientos del trastorno bipolar.



98. ¿El trastorno bipolar puede afectar a mi capacidad para conducir?

Un paciente bipolar compensado –esto es, asintomático– puede conducir un vehículo sin mayores problemas, siempre que su medicación no constituya una contraindicación para ello. Durante

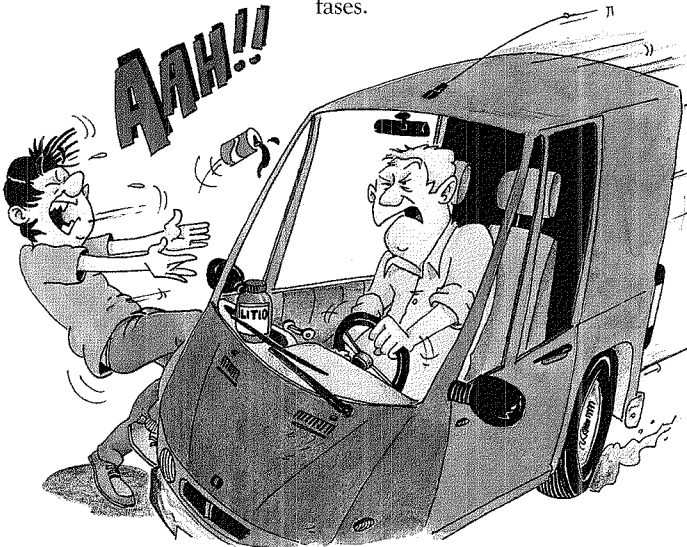


las fases depresivas, mixtas, hipomaníacas o



maníacas no se debe conducir en ningún caso; por una parte, porque en todas estas fases la atención y la capacidad de reacción están seriamente alteradas, pero también porque el tratamiento adecuado para estas fases suele disminuir la capacidad de conducción o inducir sedación –provocan somnolencia–. Por otra parte,

durante las fases maníacas es común que el paciente conduzca de forma muy agresiva y a gran velocidad, poniendo en peligro su vida y la del resto de personas, lo que evidentemente hace que debamos desaconsejar contundentemente la conducción durante estas fases.



99. ¿Se investiga mucho?

Se investiga mucho y bien. En la actualidad los trastornos bipolares son una de las áreas que merece mayor atención entre los expertos en farmacología, genética, psiquiatría y psicología. Podemos decir que, de algún modo, ahora mismo el trastorno bipolar está de moda entre los investigadores, tras un



período en el que la mayoría de los esfuerzos

se habían dirigido a otros trastornos. La industria

farmacéutica ha comprendido que los trastornos

bipolares son un área de gran interés y, aparte, cabe

destacar el generoso esfuerzo de mecenazgo llevado a

cabo por fundaciones privadas de investigación, como

la Stanley Medical Research Institute. Ello garantiza que

los próximos años van a ser ricos en novedades acerca de

esta enfermedad. Algunos de los campos que presentarán

mayores avances serán, sin duda, la farmacogenética

—es decir, el uso de los conocimientos en genética

aplicado al diseño y la prescripción de nuevos

fármacos—, la neuroimagen —que estudia las

diferencias estructurales y

funcionales en el cerebro de los

pacientes bipolares—, el desarrollo

de fármacos novedosos con menos

efectos secundarios y la

mejora de los

tratamientos

psicológicos

existentes.



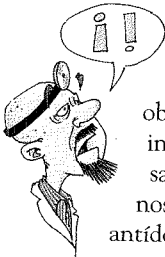
ESTUDIO



INVESTIGACION

100. ¿Me puede perjudicar estar informado de mi enfermedad?

Si pensáramos así no habríamos escrito este libro. Usted tiene derecho a la información, en general, y, sobre todo, a ésta, que tanto tiene que ver con usted. La información siempre es positiva, si se utiliza correctamente. En este caso “correctamente” significa sin obsesionarse por la misma y sin dramatizar, intentando obtener consecuencias prácticas del hecho de saber que usted padece esta enfermedad. Estar informados nos permite tener más opciones y, sobre todo, es un buen antídoto contra el miedo.



ASOCIACIONES DE AFECTADOS

EN ESPAÑA

–*Associació de Bipolars de Catalunya.*

Teléfono: (34) 93 274 93 38

Web: <http://www.bcn.es/tjussana/bipolars>

e-mail: cen00abc@jazzfree.com

–*Asociación Bipolar de Madrid*

Teléfono: (34) 91 319 52 60

–*Asociación Gipuzcoana de familiares y enfermos psíquicos*

Teléfono: (34) 94 3 47 43 37

–*Asociación Valenciana De Trastorno Bipolar*

Tel: (34) 963 841 211

e-mail: AVTBipolar@eresmas.com

EN CHILE

Agrupación De Pacientes Bipolares

Teléfono 2690601

EN ARGENTINA

FUBIPA. Fundación Bipolar de Argentina

Teléfono 4801-2994

EN MÉXICO

AMATE. Asociación Mexicana de Trastorno Bipolar

Web: <http://www.amate.org.mx>

e-mail: amtbipolar@infosel.net.mx

EN VENEZUELA

Fundación del Paciente Bipolar

e-mail: bipolarven@hotmail.com

EN COLOMBIA

*Asociación Colombiana contra la Depresión y el Pánico
(Asodep)*

Teléfonos: 53 01170-6113202

[illegible]

Este libro contesta a algunas de las preguntas más habituales sobre una enfermedad muy frecuente pero poco conocida por el gran público: los trastornos bipolares, que antiguamente se denominaba psicosis maníaco-depresiva.

En sus páginas, el lector podrá encontrar respuestas concisas sobre cómo se presentan los trastornos bipolares, cómo identificarlos y cuál es su tratamiento, además de sobre otros muchos temas.

"Convivir con el trastorno bipolar" se ha escrito por Eduard Vieta -psiquiatra- y Francesc Colom -psicólogo-, destacadas figuras internacionales, tanto en el tratamiento como en la investigación científica de los trastornos bipolares.

