

# Manual de Psicoeducación para el Trastorno Bipolar

- **Autores:** Doctores: [Francesc Colom](#), Eduard Vieta i Pascual
- **Editores:** Barcelona : Ars Medica, 2004
- **Año de publicación:** 2004
- **País:** España
- **Idioma:** Español
- **ISBN:** 84-9706-080-6

## TABLA DE CONTENIDO:

1. INTRODUCCIÓN:
  - a. Advertencias para los lectores
  - b. Agradecimientos
  - c. Autores
  - d. Abreviaturas
  - e. Definiciones
  - f. Origen del Libro
  - g. Presentación del Libro
  - h. Propósitos del Libro
  - i. Sinónimos y Antónimos
2. ¿Qué es el *Síndrome Clínico Mental* llamado “Trastorno BI-POLAR”?
3. ¿Cual es la causa de la patología psíquica Trastorno BIPOLAR TB?
4. Sistema Límbico: Mecanismo regulador de los estados de animo
5. Depresión Crónica o fase depresiva
6. Manía ó fase maniaca
7. ¿Manía leve ó Hipomanía: Fase hipomaniaca
8. ¿Qué es fase mixta?
9. ¿Qué es fase de remisión?
10. ¿Hay tipos diferentes de Trastorno BIPOLAR TB?
11. ¿Cómo se diagnostica el Trastorno BIPOLAR TB?
12. Tratamiento Integral del Trastorno BIPOLAR TB
  - a. **Terapia farmacológica ANTIDEPRESIVOS**
  - b. **Terapia farmacológica ANTIMANIACA**
  - c. **Terapia farmacológica ANTIPSICÓTICA**
  - d. **Terapias Alternativas**
  - e. **Terapias Complementarias**
13. ¿Cuál es el proceso evolutivo progresivo del Trastorno BIPOLAR TB?
14. ¿Cuáles son las consecuencias para el paciente B?
15. ¿Cuáles son las consecuencias para ..... del Trastorno BIPOLAR TB?
16. ¿Cuáles son las consecuencias para ..... del Trastorno BIPOLAR TB?
17. ¿Cuáles son las consecuencias para ..... del Trastorno BIPOLAR TB?
18. ¿Cuál es el curso clínico del Trastorno Bipolar?
19. RECOMENDACIONES:
20. ¿Qué puedo hacer yo por mi Trastorno Bipolar TB?
  - a. Ante el inicio de otra fase depresiva
  - b. Ante el inicio de otra fase maniaca
21. ¿Qué puede hacer la familia?
  - a. Aprenda a detectar síntomas del TB
  - b. Ante la idea de muerte por suicidio
22. ¿Qué actitud tomar hacia el hijo menor de edad?
23. ¿Cómo ha de actuar el resto de la familia
  - a. Hospitalizaciones
24. ¿Qué hacer si el paciente psiquiátrico consume drogas SPA?
25. ¿Qué actitud tomar ente los pensamientos psicóticos

26. Conclusiones:
  - a. ¿Hay motivos para ser optimista? Pronóstico.
27. Bibliografía
28. Lecturas Complementarias
29. Lecturas Avanzadas
30. Películas familiares

## Presentación

Este libro psicoeducativo está dirigido a facilitar la **información**<sup>1</sup> -de forma clara y sencilla, pero al mismo tiempo rigurosa- para el aprendizaje y conocimiento (práctico y teórico) de una patología psíquica ó "*Síndrome Clínico Mental*" que afecta a cientos de miles de españoles y a millones de ciudadanos del mundo, llamada técnicamente "Trastorno BIPOLAR" **TB**. Las afirmaciones que aquí se realizan son necesariamente generales, y nunca pueden sustituir el consejo experto del médico-psiquiatra.

Sin embargo, su **objetivo**, es complementar la **información** que **debe** de proporcionarle el profesional al paciente para que el paciente, sus amigos, conocidos familiares y parientes, puedan conocer y entender lo que le pasa a quien padece la patología psíquica ó *Síndrome Clínico Mental* llamado "Trastorno BIPOLAR **TB**".

Los Profesionales de la Salud Mental incluyendo a asistentes sociales, médicos-generales, médicos-psiquiatras, psicólogos, psicólogos clínicos, terapeutas, enfermeros y todos aquellos quienes participan del cuidado, grupos y redes de apoyo de los afectados por el Trastorno BIPOLAR podrán encontrar -en este libro- una forma llana -pero fiable- de comunicar la **información** y, esperamos, encuentren un instrumento útil en el quehacer diario con sus pacientes BIPOLARES.

El Paso Nº 1 hacia la recuperación de una vida normal -que es el **objetivo** central de quienes sufren el Trastorno BIPOLAR **TB**- es aprender, conocer, entender y reconocer -con base en dibujos, gráficos ilustraciones y lecturas sencillas- cómo afrontar, cómo manejar y cómo tratar el Trastorno BIPOLAR **TB**, o sea, adquirir el **conocimiento** y la **Información** integral<sup>2</sup> del Trastorno BIPOLAR **TB**.

Para todos los pacientes BIPOLARES, sus amigos, técnicos y Profesionales de la Salud Mental que los ayudan, va dedicado este pequeño libro **informativo**.

---

<sup>1</sup> INFORMACION: **VER** (i) Consentimiento Informado y (ii) Decreto 917 año 1999 Art. 4º Informes adicionales y Artículo 12º Numeral 12.1 GENERALIDADES; Información adicional del paciente.

<sup>2</sup> **NOTA:** conocimiento Integral = conocer de esta patología psíquica: características, características neuro-psicológicas, capacidad laboral, capacidad civil, causas, casos de la vida real, clasificación, códigos de clasificación, comportamientos, composición, comorbilidad, concomitancia, consecuencias, consentimiento informado, costos, convalecencia, creencias, Decreto 917 año 1999 ó MUCI, definición, derechos, descripción, Diagnóstico, Diagnóstico diferencial, lesiones, manifestaciones -cognitivas, emotivas, físicas-, pérdidas, Plan de Rehabilitación, Plan de Tratamiento, Prevalencia, Pronóstico, síntomas -cognitivos, emotivos, físicos-, secuelas, tamaño del problema, etc., etc.).

Queremos agradecer el apoyo y la colaboración por parte del Laboratorio **Janssen-Cilag, S.A.** que hizo que la publicación de este libro **informativo** fuera una realidad.

¿Qué es el *Síndrome Clínico Mental* llamado “Trastorno **BIPOLAR**” TB?

El “*Síndrome Clínico Mental*” **SCM** llamado popularmente “Trastorno BIPOLAR” **TB** (llamada técnicamente en inglés Maniac-Depressive Illness o Bipolar Disorder y traducido por muchas personas como Psicosis Manía Co-Depresiva o Desorden Bipolar pero que una traducción técnica adecuada sería *Síndrome BIPOLAR*) es una patología psiquiátrica, crónica, familiar, grave, hereditaria y hasta letal y progresiva.

El TB **consiste** en una **alteración** de el mecanismo que regula el estado de ánimo, de forma que los cambios habituales que experimenta cualquier persona -en su *tono vital*- se acentúan hasta un punto que puede llegar a requerir de hospitalización. Las personas que padecen el “*Síndrome Clínico Mental*” **SCM** llamado Trastorno BIPOLAR **TB** presentan, “períodos” de días, semanas o meses, durante los cuales presentan (i) **pérdida** de interés en sus **actividades habituales**, (ii) **falta** de concentración, (iii) **apatía** intensa (cualquier pequeña tarea o contrariedad se convierte en un escollo insalvable), (iv) “alteraciones de los sueños” y (v) “alteración de los apetitos” (tanto en el sentido de aumento como de disminución). Estos **síntomas** son síntomas comunes a las diversas **formas** de depresión (crónica).

Sin embargo, los pacientes BIPOLARES además sufren “episodios” inversos, en los que se creen ó se “sienten” capaces de cualquier cosa; (i) gastan el dinero con profusión (ii) hablan en exceso, (iii) se embarcan en numerosos proyectos y (iv) se molestan fácilmente cuando se les lleva la contraria. Esta “fase” -según su **intensidad**- recibe el nombre de «fase maníaca» o «fase hipomaníaca». Finalmente, algunos pacientes BIPOLARES, presentan “fases mixtas”, en las que se entremezclan síntomas de *fase depresiva* y síntomas de *fase eufórica descontrolada* ó *fase maníaca*

## MANÍA

Mucha gente contestaría con criterio a las preguntas ¿Qué es depresión?. ¿Qué es una *fase depresiva*? Sin embargo, si la pregunta es ¿Qué es manía? ¿Qué es una *fase maníaca*?, lo más probable es que la respuesta provoque hilaridad.

Aunque su nombre se presta a equívocos, la manía (hipomanía cuando es de **intensidad moderada**) es un *cuadro clínico* muy **característico**. Muchas veces, el primer **síntoma** es la disminución de la necesidad de dormir; el paciente duerme pocas horas y se levanta a primera hora de la madrugada con la cabeza llena de ideas y pletórico de energía. Durante el día, desarrolla una actividad inusual, se embarca en nuevos proyectos, implicándose excesivamente en asuntos que, hasta entonces, no le habían llamado la atención, gasta dinero en regalos y se muestra extremadamente alegre, sociable y hablador, aunque -frecuentemente- acaba resultando avasallador e indiscreto. Poco a poco estos **síntomas**, que ni el propio afectado ni quienes le rodean

**identifican**<sup>1</sup> como tal es, se acompañan de impaciencia e irritabilidad creciente y, el paciente, puede llegar a mostrarse agresivo si es contrariado o considera que una situación es injusta.

En los casos de **intensidad graves**, la elevación extraordinaria del tono vital puede conducir al paciente a una sobre valoración tal de sus propias capacidades que le lleva a **perder** la noción de la realidad, “creyéndose” asediado por múltiples enemigos o dotado de poderes sobrenaturales.

Afortunadamente, con un tratamiento **apropiado**, estos **síntomas** remiten rápidamente y la persona recupera la normalidad, aunque es frecuente que tras un “*episodio maníaco*” suceda, a continuación, una “*fase depresiva*”.

La manía comporta graves **consecuencias** para el afectado: (i) deterioro social (ii) endeudamiento (iii) **pérdida** de trabajo y (iv) separaciones son **complicaciones** frecuentes del Trastorno BIPOLAR **TB**.

Puede ser que resulte difícil imaginar que una persona que llegó a tener una conducta tan alterada se recupere hasta el punto de no presentar ni rastro de esos **síntomas**, pero estas dificultades son fruto de los prejuicios populares hacia los “Síndromes Clínicos Mentales” **SCM** y a los “Trastornos Mentales”, que se derivan de los **SCM**, que los asocian a cronicidad, irreversibilidad y peligrosidad. En realidad, éste “Síndrome Clínico Mental” **SCM** llamado Trastorno BIPOLAR **TB** guarda muchos puntos en común con la diabetes o la HIPER-TENSIÓN arterial, enfermedades que no se asocian a estigmatización. El paciente BIPOLAR es una persona normal que sufre una patología psíquica ó “*Síndrome Clínico Mental*”, cuya **gravedad**, en algunos casos, puede distorsionar intensamente la personalidad. Lo que sí es cierto es que, la experiencia de una *fase maníaca* o de una *fase hipomaníaca* es de aquellas experiencias que no se olvidan y algunos pacientes BIPOLARES incluso las echan de menos.



- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Aceleración del pensamiento           | Locuacidad                          |
| Aumento del impulso sexual            | Planes irrealizables                |
| Aumento de la sociabilidad            | alucinaciones (en los casos graves) |
| Conducta desordenada                  |                                     |
| Disminución de la necesidad de dormir |                                     |
| Euforia                               |                                     |
| Gastos excesivos e inapropiados       |                                     |
| Hiperactividad                        |                                     |
| Ideas delirantes                      |                                     |
| Ideas de grandeza                     |                                     |
| Irritabilidad                         |                                     |

---

<sup>1</sup> IDENTIFICAN = INTERPRETAN


Generalmente, la **intensidad**<sup>2</sup> de los **síntomas** durante la “**fase**” *maníaca* y el **comportamiento** anormal -del afectado- durante la misma, acaban comportando la hospitalización. Afortunadamente, los tratamientos actuales permiten devolver la salud mental del paciente BIPOLAR con bastante rapidez, de forma que la **duración** de los ingresos hospitalarios es –actualmente- más breve que en el pasado y en cuestión de semanas la mayor parte<sup>3</sup> de los pacientes se encuentran en condiciones de seguir un tratamiento farmacológico ambulatorio.

## HIPOMANÍA

La hipomanía es una manía **suave**. Durante el episodio hipomaniaco nunca se presentan síntomas **psicóticos**; el resto de lo que ya explicamos respecto a la *fase maníaca* sería válido para la fase hipomaniaca, siempre en un grado de **intensidad** menor que no comporte una gran **alteración del Comportamiento** que puede por ejemplo: llevar a un ingreso hospitalario. Por lo tanto, la frontera o límites entre la fase maníaca y la fase hipomaniaca son límites difusos.

Pero ¿dónde situamos la frontera o límites entre la fase hipomaniaca y la alegría? Aunque -a veces- puede resultar complejo situar dicha frontera, existen algunas **características** diferenciales obvias: la alegría suele tener una justificación clara, dura poco tiempo y tiende a decrecer con el **paso** de los días. Todo lo contrario que la fase hipomaniaca: ésta puede aparecer sin desencadenante alguno, su **duración** puede alcanzar varias semanas y suele **agravarse** con el **paso** del tiempo. Además, hay **síntomas** de la fase hipomaniaca que no serían síntomas propios de la alegría. Nos referimos a (i) aceleración del habla, (ii) insomnio, (lii) irritabilidad y etc.

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

- 
1. Aumenta la autoestima
  2. Aumenta la emotividad
  3. Aumenta el interés en el sexo
  4. Aumenta la sociabilidad
  5. Aumenta la locuacidad
  6. Cambios bruscos de humor
  7. Dormir menos de lo habitual
  8. Exagera las propias capacidades
  9. Falta de autocrítica
  10. Gasta más de lo habitual
  11. Habla en voz alta sin tolerar interrupciones
  12. Optimismo exagerado
  13. Se embarca en demasiadas cosas al tiempo

---

<sup>2</sup> INTENSIDAD = hace referencia al Grado que va desde leve a moderado y grave o agudo VER Decreto 917 y Donadio.

<sup>3</sup> No se hace referencia a las Estadísticas de que porcentaje (%) son estos casos.

## DEPRESIÓN

### Depresión del Sistema Nervioso Central **SNC**

La “*fase depresiva*” del Trastorno BIPOLAR **TB** es similar a los demás **tipos** de depresiones, especialmente aquellos tipos de depresiones en los que no hay una causa clara que la desencadene. La persona afectada se encuentra apática, desmotivada cansada y sin ilusión por nada. Cualquier acto sencillo o trabajo rutinario le cuesta un esfuerzo enorme y la situación no parece tener salida. Se **alteran el sueño**, se **altera el apetito** y se **altera la conducta sexual**; pierde todo interés. Nada parece tener sentido, ni siquiera seguir las normas higiénicas más elementales. Algunos pacientes pueden notar ansiedad, o ideas repetitivas de tipo negativo, con deseos de morir. En los casos **graves**, al igual que en la fase maníaca, aunque con menor **frecuencia**, pueden darse ideas delirantes de contenido depresivo, de ruina o de culpa.

Uno de los principales **problemas** de la “*fase depresiva*” es que el afectado no es consciente de que su estado es transitorio, y que con un tratamiento **apropiado** todo lo que en aquel momento le parece gris y sin sentido, recuperará su color y su razón de ser. Para la persona deprimida, nada ni nadie puede cambiar el infierno en el que se ha convertido su vida, y en algunos casos, el **suicidio** se ve como la única solución posible, sin comprender que con un tratamiento **oportuno** se puede recuperar la ilusión de vivir en pocas semanas.



- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 1. Ansiedad  | 8. Falta de concentración            |
| 2. Apatía  | 9. Deseo de morir                    |
| 3. Falta de ilusión                                  | 10. Molestias físicas                |
| 4. Sensación de tristeza o de vacío                  | 11. Insomnio o exceso de peso        |
| 5. Baja autoestima                                   | 12. Pérdida o exceso de los apetitos |
| 6. Dificultad para realizar <b>tareas habituales</b> | 13. Inhibición social                |
| 7. Enlentecimiento (orgánico)                        | 14. <b>Ideas</b> de culpa o ruina    |

### Fases **mixtas**

Las “*fases mixtas*” consisten en una mezcla de **síntomas** de fase maníaca y de fase depresiva. Este tipo de fases resulta especialmente difícil de diagnosticar y comportan<sup>4</sup> un gran sufrimiento para el paciente y para aquellos que le rodean. Es **frecuente** que en estas “*fases*” aparezca (i) aceleración del pensamiento (ii) hiperactividad a la par que (iii) ideas negativas y (iv) pensamientos depresivos. La ansiedad y la irritabilidad también son **síntomas** muy comunes en estas fases. Algunos pacientes BIPOLARES presentan “*fases mixtas*” de forma aislada, pero lo más **frecuente** es que las *fases mixtas* sean una continuación de una *fase maníaca* o bien una transición entre una *fase maníaca* y una

<sup>4</sup> Sinónimos de Comporta son :



*fase depresiva*. Esto ocurre sobre todo en aquellos pacientes que denominamos <<Cicladores Rápidos>>, que se **caracterizan** por cambiar a menudo (varias veces en un año, en un mes o, incluso, en una semana) y de forma brusca de *fase maníaca* a *fase depresiva* o a la inversa; de *fase depresiva* a *fase maníaca*.

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 1. Aceleración del pensamiento  | 7. Ideas negativas                      |
| 2. Cambios rápidos de humor     | 8. Inquietud                            |
| 3. Comportamiento descontrolado | 9. Insomnio ó Perdida del Sueño         |
| 4. Mal humor                    | 10. Labilidad emocional                 |
| 5. Falta de ilusión             | 11. alucinaciones (en los casos graves) |
| 6. Hostilidad                   | 12. <b>Ideas</b> delirantes             |

### Fases de **remisión**

Afortunadamente, la persona que sufre un Trastorno BIPOLAR **TB** no pasa toda su vida de una “**fase**” a otra. Existen “períodos” en que, tras la recuperación de una crisis -de cualquier tipo- el estado de ánimo se va normalizando y los **síntomas** del Trastorno BIPOLAR **TB**, desaparecen prácticamente por completo. Estas “**fases**” de remisión las denominamos “fases de eutímia”.

Eutímia significa *estado de ánimo* “**correcto**”.

Durante esta “fase de eutímia” es precisamente cuando menos nos hemos de confiar, pretendiendo que todo ha pasado y no hay ningún **problema**. Al contrario, hay que estar atento, sin obsesionarse, para prevenir cualquier síntoma que anuncie una nueva crisis. Para ello es imprescindible seguir las **recomendaciones** del médico-psiquiatra y la medicación-preventiva. Dicha medicación está destinada a alargar el máximo tiempo posible la “fase de remisión” e impedir, o cuanto menos suavizar, la aparición de un nuevo episodio del Trastorno BIPOLAR **TB**.

Estar en “*fase de remisión*” no significa estar curado, pero es lo más próximo al concepto de curación.

Sin embargo, el Trastorno BIPOLAR **TB** está **dormido** y debemos procurar que no **despierte**. Más adelante daremos algunos “**consejos-útiles**” para contribuir a mantener el Trastorno BIPOLAR **TB compensado**<sup>6</sup>.

¿Cuál es la **causa** del Trastorno BIPOLAR **TB**?

<sup>6</sup> Compensada = tratar de mantener la patología BIPOLAR dormida



Como se ha dicho, el Trastorno BIPOLAR **TB**, consiste en una **alteración de los mecanismos biológicos** que regulan el **estado de ánimo**. El funcionamiento de estos mecanismos depende de dos (2) factores: (i) ambientales y (ii) genéticos.

Actualmente sabemos que en el Trastorno BIPOLAR **TB**, la genética desempeña un papel muy importante, ya que es la responsable de que el **estado de ánimo** esté mal regulado.

Los factores ambientales pueden actuar como **precipitantes** de las crisis, pero generalmente es necesaria cierta predisposición hereditaria para el Trastorno BIPOLAR **TB**. Muchas personas se extrañan de ello porque el Trastorno BIPOLAR **TB** se les ha manifestado en la edad adulta, o porque no hay casos similares en la familia. Lo cierto es que muchas enfermedades ó trastornos -con componente hereditario- no dan la cara al nacer y se necesitan factores ambientales, tan importantes o más que los genéticos, para que se manifiesten. Por otra parte: muchas veces los **antecedentes** familiares pueden ser remotos y, por tanto, desconocidos para el afectado. Además, las mutaciones (cambios espontáneos en los genes), explican que las enfermedades ó trastornos hereditarias aparezcan en personas sin antecedentes.

El estado de ánimo **es** el motor; es el motor que impulsa al organismo hacia la consecución de metas, más allá de la simple satisfacción de las necesidades básicas.

Para un buen **funcionamiento** físico y psíquico (cerebro-mente), es imprescindible la integridad de los mecanismos que lo regulan, que son los mecanismos que nos permiten afrontar los problemas del día a día, mantener la ilusión en el futuro y no desfallecer ante las dificultades. Cuando los problemas sobrepasan la capacidad de adaptación de una persona, estos mecanismos no consiguen -por sí solos- restablecer el equilibrio anímico y puede sobrevenir una “fase depresiva”. Estas *fases depresivas* generalmente son denominadas «*depresiones reactivas*» o «*depresiones exógenas*», porque aparentemente se “producen” como consecuencia de un o unos sucesos (externos) desfavorables para el sujeto.

Sin embargo, existen otro tipo de **alteraciones** del *estado de ánimo* en que los propios mecanismos reguladores son los que **funcionan** de forma incorrecta, de modo que la persona afectada puede padecer una “fase depresiva” sin necesidad de que exista un precipitante (externo) evidente. Como casi siempre existen problemas con los que justificar que una “fase depresiva” es reactiva, muchas veces pasa desapercibida la raíz autentica del Trastorno Mental, que reside en una alteración y mal **funcionamiento** de dichos mecanismos internos.

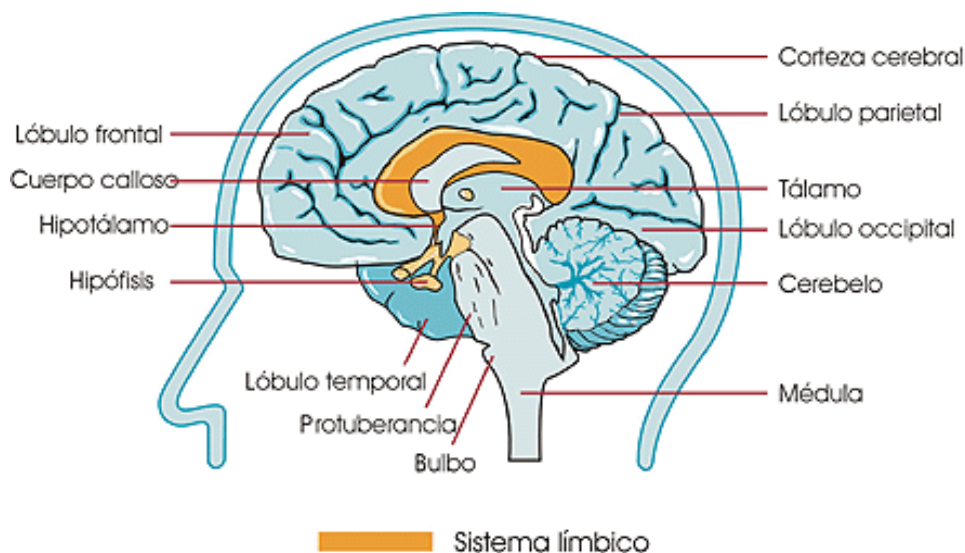
En la regulación del “tono vital” participan factores (i) biológicos, (ii) farmacológicos (iii) genéticos, (iv) meteorológicos, (v) psicológicos y (vi) sociales.

Entre los factores **biológicos** se destacan unas sustancias que circulan por el interior de las neuronas (células cerebrales), denominadas neurotransmisores, y las hormonas. Otras sustancias importantes son los denominados neuro-moduladores y los iones. Estos mecanismos funcionan como un termostato: cuando el **estado de ánimo** disminuye por algún motivo, se producen diversas sustancias que impiden que se alcancen niveles

bajos, que podrían poner en peligro la supervivencia del sujeto; cuando el *estado de ánimo* se eleva, se producen otras sustancias que evitan una *euforia-excesiva* que también podría conllevar problemas, como el desprecio del riesgo y la sobre-valoración de las propias fuerzas. Por este motivo, la sensación de alegría tras un acontecimiento positivo suele durar poco, aunque no ocurra nada malo a continuación. Cuando este «ánimostato» pierde precisión, cualquier suceso estresante puede acabar provocando una **alteración** importante del *estado de ánimo*. Por ejemplo: las “*fases depresivas*” que aparecen tras un parto, son **consecuencia** de la combinación del descenso brusco de la concentración de ciertas hormonas en la sangre (estrógenos), que forman parte de este «ánimostato», junto con las dificultades psicológicas de adaptación a una situación nueva, en las madres primerizas (inseguridad), y altamente estresante en general (cargas económicas y familiares).

La localización de estos mecanismos de regulación del *estado de ánimo* es el Sistema Límbico. El Sistema Límbico es una región del cerebro situada en la zona central interna.

### **Sistema Límbico regulador de los Estados de Anímo**

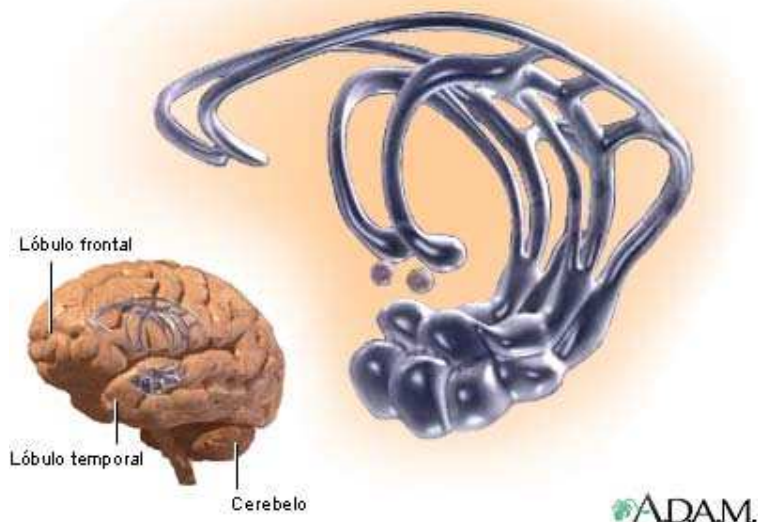


Denominado también, por su función, "cerebro emocional", está compuesto por el lóbulo límbico de la corteza cerebral y por una serie de estructuras subyacentes entre las que se encuentran el hipotálamo, el hipocampo y la amígdala cerebral.

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

## Sistema límbico

### Hipocampo y fórnix (sistema límbico)



El sistema límbico del cerebro consiste en un grupo de estructuras que dirigen las **emociones** y el **comportamiento**. El sistema límbico, en particular el hipocampo y la amígdala, están involucrados en la formación de la memoria a largo plazo y se asocian muy de cerca con las estructuras olfativas (relacionadas con el sentido del olfato).

Fuente de Información: Enciclopedia médica en español

¿Cómo se **diagnostica** la enfermedad mental Trastorno BIPOLAR **TB**?

El diagnóstico de esta enfermedad mental **debe** ser realizado por un experto. Por ahora, no existen pruebas-específicas que permitan objetivar el diagnóstico, de modo que éste se fundamenta en el criterio clínico, es decir, en el análisis de toda la **información**<sup>1</sup> disponible **proporcionada** por el propio paciente y por sus familiares.

Si esta **información** se ajusta a unos **criterios** clínicos previamente establecidos, se puede afirmar que aquella persona padece el “*Síndrome Clínico Mental*” llamado Trastorno BIPOLAR **TB**. Este enfoque tiene el inconveniente de que marca una frontera ficticia entre lo normal y lo patológico, pero tiene la **ventaja** de que *augmenta* la fiabilidad del diagnóstico y *facilita* la comunicación científica. También la HIPER-TENSIÓN arterial se diagnostica marcando unos límites de normalidad consensuados por la comunidad científica. Es cierto que, en las fases de descompensación, se han hallado **alteraciones** significativas en el **funcionamiento** de las sustancias que regulan el *estado de ánimo*, y precisamente por eso sabemos que existe un **desarreglo** bioquímico cerebral subyacente al Trastorno BIPOLAR **TB**, pero estos hallazgos no son aplicables a la hora de realizar un diagnóstico, por lo menos hasta la fecha. Además, no se ha demostrado

<sup>1</sup> INFORMACION: Ver Decreto 917 año 1999 ó MUCI Art. 12º Numeral 12.1 GENERALIDADES.

fehacientemente que exista diferencia alguna a ese nivel entre un paciente BIPOLAR bien compensado y un no paciente. Por este motivo, la psiquiatría no es una ciencia exacta y, en casos dudosos, pueden existir discrepancias diagnósticas, que muchas veces crean confusión y desesperanza en el paciente. Por fortuna se está **avanzando** mucho en este **aspecto**.

¿Hay diferentes **tipos** de Trastorno BIPOLAR **TB**?

El Trastorno BIPOLAR se “**clasifica**” dentro del apartado ó capítulo de los **Trastornos del Estado de Ánimo**, junto con otras **patologías** como la depresión UNIPOLAR (se llama depresión UNIPOLAR<sup>2</sup> precisamente en contraposición a la Depresión BIPOLAR). Asimismo, dentro de los Trastornos BIPOLARES existen, una serie de subtipos. En función de la **intensidad**<sup>6</sup> de los **síntomas**, existen tres subtipos: Bipolar Tipo I, Bipolar Tipo II y Ciclotimia.

- Trastorno BIPOLAR Tipo I; es la forma clásica. Se **caracteriza** por fases de manía, que generalmente requiere hospitalización, y *depresiones intensas*; es relativamente frecuente que aparezcan delirios (interpretar coincidencias como si tuvieran relación con uno mismo, creerse superdotado o un Mesías, o bien, en la depresión, creerse culpable de todo e indigno de seguir viviendo) e incluso, en algunos casos, alucinaciones. Cuando el paciente recupera la normalidad le parece increíble haber llegado a pensar aquellas cosas.
- Trastorno BIPOLAR Tipo II; se **caracteriza** por depresiones igualmente intensas, pero fases de euforia moderadas, que no requieren ingreso hospitalario y que se denominan hipomanía (ó Manía Moderada).
- CICLOTIMIA: consiste en la sucesión de *fases hipomaniacas* y *fases depresivas* leves y es frecuente que quienes la sufren nunca hayan solicitado atención psiquiátrica, en parte por no ser **conscientes** del trastorno y en parte por **ignorar** que, aunque son fases leves, aquello es una enfermedad (patología) y que existe un tratamiento. Generalmente la persona ciclotímica es vista por los demás como inestable, imprevisible o «lunática» (en referencia a las “*fases lunares*”, que en el *saber popular* se relacionan con las oscilaciones anímicas).

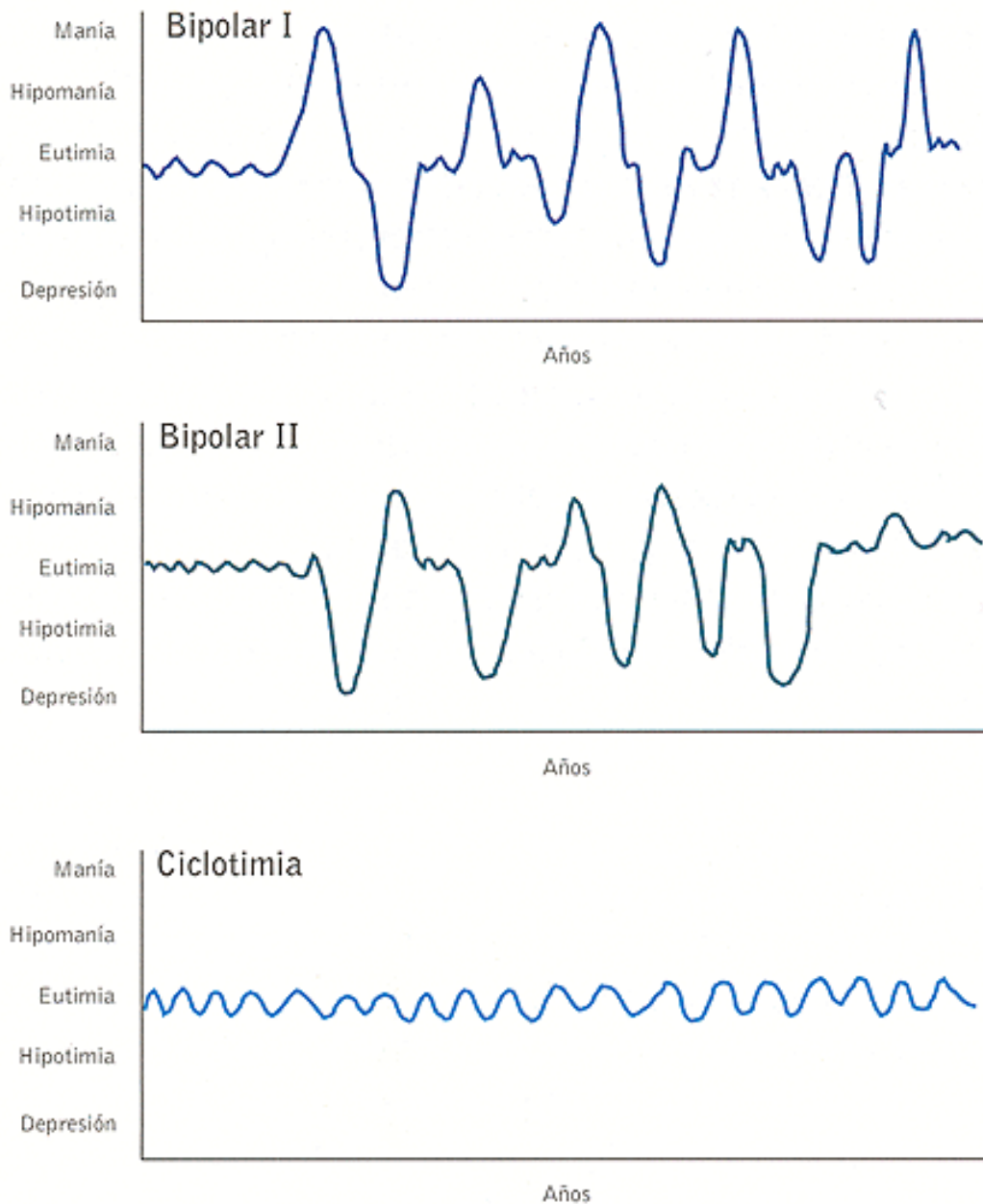
---

<sup>2</sup> depresión UNIPOLAR ó MONO-POLAR

<sup>6</sup> Síntomas pueden variar en: DURACION - INTENSIDAD – FRECUENCIA

## GRAFICO COMPARATIVO DEL ESTADO DE ÁNIMO

### Estado de ánimo



¿Cuál es el proceso **evolutivo** del *Síndrome Clínico* llamado Trastorno BIPOLAR **TB**?

Con tratamiento, la evolución es generalmente buena. En cambio, sin tratamiento, la evolución es casi siempre muy negativa; con constantes **recaídas** y graves **consecuencias** familiares, laborales y sociales.



Generalmente, aunque hay excepciones, el *síndrome clínico mental SCM* llamado Trastorno BIPOLAR **TB**, se **desarrolla** de forma imperceptible durante la adolescencia, etapa ya de por sí proclive a la inestabilidad emocional, y alcanza su esplendor en la edad adulta, en forma de una *fase depresiva* o bien, de una *fase maníaca*. Muchas veces, el primer episodio viene precedido por una situación **ambiental** estresante.

Sin embargo, a partir de ahí el Trastorno BIPOLAR **TB**, se va independizando de las circunstancias **ambientales** y psicológicas, de modo que los mecanismos biológicos reguladores del *estado de ánimo* parecen entrar en una oscilación permanente, que lleva a la persona a **perder** el punto de referencia de su estado anímico habitual.

Cada **recaída** hace al individuo más **vulnerable** al estrés, de forma que, algunos pacientes, pueden llegar a presentar (desarrollar) lo que se llama «Ciclación Rápida»,

«Ciclación Rápida» es la sucesión ininterrumpida de *fases depresivas* y de *fases eufóricas* descontroladas

Por convención se incluye en este **subgrupo** a aquellos pacientes que presentan 4 o más “episodios” al año.

El **SCM** Trastorno BIPOLAR **TB** es sólo ligeramente más frecuente en la mujer que en el hombre, pero la <<Ciclación Rápida>> es muchísimo más **frecuente** en las pacientes femeninas.

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

¿Cuáles son sus **consecuencias** del Trastorno BIPOLAR **TB** para el paciente?

¿Cuáles son sus **consecuencias** de corto mediano y largo plazo?

¿Cuáles son sus **consecuencias** para los familiares y parientes del **paciente**?

El tratamiento adecuado completo **TAC** es fundamental para impedir las principales **complicaciones** ó **consecuencias** del Trastorno BIPOLAR **TB**. Algunas de las **consecuencias** ya se han mencionado, la más **grave** de todas es el **suicidio**. El suicidio se produce generalmente en el contexto de una *fase depresiva profunda*. La persona afectada por una *fase depresiva* de **intensidad** profunda tiene la sensación de que su vida no tiene sentido, se siente fracasada e inútil y piensa –sinceramente- que su desaparición será un alivio para ella y para los que la rodean. Como **perdió** la capacidad de disfrutar, tiene la sensación de que su vida está vacía y que no vale la pena. Es muy

difícil hacerle comprender -a una persona en tal estado depresivo profundo- que su visión –dramática- de las cosas está producida por un *Síndrome Clínico Mental* **SCM** y por Trastornos Mentales, y que, con tratamiento, en pocas semanas, recuperará la objetividad y dejará de desear la muerte. Se estima que un 15% de los pacientes BIPOLARES (1 de cada 6) fallecen por suicidio. El índice de intentos de suicidio fallidos es mucho más elevado.

Otra **complicación** grave que presentan algunos<sup>3</sup> pacientes BIPOLARES es el abuso de drogas: los estimulantes, como las anfetaminas o la cocaína, proporcionan un alivio momentáneo, aunque pernicioso a medio y largo plazo, de los síntomas depresivos; para otros pacientes, el alcohol es una forma de escapar de la angustia que acompaña asiduamente a la *fase depresiva*. Cuando un paciente BIPOLAR cae en el abuso o dependencia de drogas, añade una *enfermedad mental* adicional a la que ya padece, ensombreciendo el **pronóstico** de ésta.

El Trastorno BIPOLAR **TB**, comporta también **graves problemas familiares**: conflictos, parejas rotas y separaciones son **consecuencias** comunes de una *fase de euforia* descontrolada. Muchas veces, el desconocimiento del carácter patológico de la conducta lleva al cónyuge a pensar que ésta es libre y voluntaria y, que lo que ocurre es que realmente no conocía a la persona con la que convive. En otros **casos**, aún conociendo el *Síndrome Clínico Mental* **SCM** llamado Trastorno BIPOLAR **TB**, las cargas y el peso de la misma se hace excesivo y la pareja se **separa**. Cuando el paciente es muy joven y vive con sus padres, éstos reaccionan -con frecuencia- limitando su autonomía personal y sobreprotegiéndolo, comprensiblemente por el temor de que sea incapaz de adaptarse a su nueva **condición**.

La degradación, la **pérdida** del puesto de trabajo o la ruina empresarial también son **consecuencias** del *Síndrome Clínico Mental* **SCM** llamado Trastorno BIPOLAR **TB** si no se trata a tiempo. La *euforia descontrolada* lleva a contraer riesgos excesivos y gastar más de lo que se tiene; la *depresión profunda* comporta bajas laborales y un evidente descenso de la productividad.

En el aspecto **social**, el halo negativo que rodea los “*Síndromes Clínicos Mentales*” **SCM** ó Trastornos Psiquiátricos comporta notables **perjuicios** al paciente cuya Trastorno BIPOLAR **TB**, ha traspasado los límites de su propia familia. Llegará el día en que se pueda hablar con la misma naturalidad de un *Síndrome Clínico Mental* **SCM** como lo es el Trastorno BIPOLAR que de una artrosis, o de un exceso de colesterol.

## TRATAMIENTO

Afortunadamente, con toda seguridad, este es el “*Síndrome Clínico Mental*” **SCM** ó “Trastorno Psiquiátrico” (Cerebro–Mente) que cuenta con mayores recursos para su tratamiento. Se dispone de medicamentos que frenan las “*fases*” de *euforia* y de medicamentos que ayudan a superar la *fase depresiva*, y además, de sustancias que reducen la **frecuencia** y la **intensidad**. de las **recaídas** Ninguna de estas sustancias es una droga, ni crea dependencia, contra lo que muchos piensan.

---

<sup>3</sup> ALGUNOS = No establecen Estadísticas ni porcentajes (%)



La más importante de todas estas sustancias es el litio. El litio tiene un efecto preventivo sobre las recaídas, ya que aumenta la eficacia del «ánimostato», impidiendo que las oscilaciones normales del tono vital alcancen niveles patológicos. Aunque el litio se encuentra en cantidades muy pequeñas en el organismo humano, los pacientes BIPOLARES parecen precisar cantidades mayores de esta sustancia de las que se obtienen de los alimentos para mantenerse «eutímicos» (ni en *estado eufórico* ni en *estado deprimido*). En realidad, no es que exista una auténtica falta de litio en estos pacientes, sino que necesitan de este mineral para reforzar **su** mecanismo regulador del *estado de ánimo*. El litio es una sustancia extremadamente simple, lo que se llama un elemento. Sin embargo, su utilización **debe** ser siempre controlada por el médico-psiquiatra, dado el hecho de que, a dosis altas, resulta tóxico. Por este motivo, quienes siguen tratamiento farmacológico con litio **deben** realizarse análisis de laboratorio periódicos para controlar su concentración en la sangre. Además del litio, se han descubierto otras sustancias que reducen el riesgo de recaídas, y algunas de ellas parecen ser más eficaces en los **casos** más difíciles, en los que se produce la <<Ciclación Rápida>>.

Estos fármacos se habían utilizado durante años para el tratamiento de otra enfermedad, la **epilepsia**, y posteriormente se descubrieron sus propiedades de regular los mecanismos biológicos que actúan sobre el estado de ánimo.

Muchos pacientes BIPOLARES también se benefician de un apoyo **psicológico**, que les permite afrontar -con entereza- las dificultades y los problemas que comporta el *Síndrome Clínico Mental SCM* llamado Trastorno BIPOLAR **TB**.

También es importante la **Psicoeducación** que consiste en informarse, aprender, conocer y reconocer los síntomas-iniciales de una posible descompensación y en suma, *conocerse mejor a si mismo*<sup>7</sup>.

También es **recomendable** un estilo de vida caracterizado por una razonable regularidad en los hábitos alimentarios y de sueño, evitar -en lo posible- someterse a situaciones estresantes y practicar algún tipo de deporte o de ejercicio, aunque estos "**consejos**" por sí solos no son útiles si no se acompañan del imprescindible tratamiento farmacológico.

La *patología psíquica* llamada Trastorno BIPOLAR **TB**, tratada bien, acostumbra a tener un **pronóstico** bueno. Además, últimamente se está investigando mucho sobre nuevos tratamientos para el Trastorno BIPOLAR **TB**, tanto para la *fase maníaca*, para la que han aparecido nuevos fármacos con menos efectos secundarios, como para la *fase depresiva*. Por ejemplo: los denominados antipsicóticos-atípicos, han demostrado ser muy útiles para tratar las *fases-maníacas*; tienen menos efectos secundarios que los medicamentos más antiguos y podrían ser útiles también para la prevención de **recaídas**.

También hay medicamentos novedosos muy prometedores en estudio provenientes del campo de la **epilepsia**. Todos ellos están todavía en fases preliminares de aplicación y

---

<sup>7</sup> Conocer com funciona el organismo propio: a que soy alérgico, que me hace daño, que órganos míos son vulnerables; que me dispara un episodio, etc. etc.

**debe** ser siempre el médico-psiquiatra quien decida qué tratamiento es el tratamiento apropiado para cada caso y paciente.

1. **Consultar** a su médico-psiquiatra o, en su ausencia, reducir temporalmente la dosis de litio en los siguientes casos:
  - a. deshidratación
  - b. diarrea intensa
  - c. fiebre elevada
  - d. vómitos frecuentes
2. No interrumpir el tratamiento salvo por prescripción médica
3. No reducir la cantidad de sal en las comidas
4. No tomar los siguientes medicamentos sin antes consultar a su médico
  - a. ANALGÉSICOS (medicamentos utilizados para el tratamiento del dolor)
  - b. ANTIINFLAMATORIOS no esteroideos (medicamentos utilizados para diversos tipos de inflamaciones. En ocasiones utilizados como antigripales)
  - c. DIURÉTICOS (medicamentos utilizados para problemas circulatorios, edemas, retención de líquidos...)
5. Realizar los análisis solicitados por el médico
6. Tomar la medicación todos los días

¿Qué puedo hacer yo por mi Trastorno BIPOLAR TB?

1. **AFICIÓNESE** a la regularidad. La regularidad en los hábitos de sueño, de actividades y hasta en los hábitos alimentarios es básica para disminuir la **vulnerabilidad** a las recaídas. La estabilidad lleva a más estabilidad. Esto, en su caso, es sinónimo de salud.
2. **AUTO** obsérvese. Una correcta auto observación es la mejor manera de prevenir recaídas. Fíjese sobre todo en su estado de ánimo, y si este no es normal analice porqué. Preste especial atención al sueño; muy a menudo, la sensación de "no necesito dormir" es el primer eslabón de una descompensación hipomaniáca. Observe también si últimamente discute más que de costumbre, si le molestan cosas a las que antes no daba importancia, si habla más o está más bromista; en general, desconfíe de los cambios. Puede resultar útil llevar a cabo un registro diario que incluya el número de horas de sueño, las actividades importantes que realiza y una puntuación (del 1 al 10, por ejemplo) de su estado de ánimo.
3. **CUÉNTELE** al médico-psiquiatra todos sus **síntomas**. Aunque parezca raro, algunas veces, datos aparentemente irrelevantes (**cambios** en los hábitos alimentarios, sexuales o en la forma de vestir) pueden resultar determinantes para que el médico-psiquiatra sepa en qué fase ó momento del Trastorno BIPOLAR TB, se halla usted, y así poder pautar un tratamiento adecuado.
4. **DUERMA** cada día ocho o nueve horas. Estudios recientes demuestran que una correcta calidad y cantidad de sueño es un factor básico para prevenir **recaídas**. En general, podemos afirmar que dormir menos de siete (7) horas diarias comporta un

riesgo elevado de presentar una *fase hipomaníaca* o maníaca, mientras que dormir más de diez (10) horas diarias aumenta las posibilidades de presentar un *episodio depresivo*.

5. **ESCUCHE** a personas de confianza. Busque, entre sus amigos ó familiares, a alguien que pueda actuar como punto de referencia. Confíe en esta persona; a menudo, quienes le rodean, pueden detectar el inicio de una descompensación más claramente que usted. Comentarios del tipo "últimamente te veo un poco extraño" o "te comportas de un modo distinto" le han de servir para tomar conciencia de que, quizás, está iniciando otra recaída. Entonces, es mejor actuar que pararse a discutir: visite a su médico-psiquiatra cuanto antes. Si la gente que le rodea estaba en un error, usted sólo habrá perdido el tiempo de la visita (y se habrá ahorrado mucho tiempo en discusiones). Si, por el contrario, tenían razón y ello permitió detectar y tratar **precozmente** un nuevo episodio, usted le habrá ganado un tiempo preciosos al Trastorno BIPOLAR **TB**.
6. **HUYA** del estrés. Intente reservarse un tiempo diario para usted mismo, para "perderlo", para disfrutarlo. Realice actividades agradables, siempre de forma relajada. Practique alguna actividad que le ayude a rebajar la tensión (**ejercicio** físico moderado, lectura, pintura). Trate de relativizar sus problemas: pocos tienen la dimensión que aparentan. Pero, cuidado, tenga en cuenta que estas medidas y terapias nunca pueden sustituir el tratamiento psiquiátrico aunque pueden ser un buen complemento.
7. **No** consuma sustancias tóxicas. El consumo, aunque sea en una única ocasión, de determinadas sustancias como cocaína, éxtasis, LSD y otras drogas "de diseño" es - a parte de perjudicial para la salud física y mental de cualquier persona- suficiente para (i) complicar el curso de la enfermedad (ii) presentar una descompensación y, (iii) facilitar la aparición de síntomas psicóticos. El consumo de otras sustancias como alcohol, marihuana y sus derivados tiende a aumentar la ansiedad y a provocar la aparición de nuevos episodios. En lo que respecta al café, **debemos** ser conscientes de que sus efectos inductores de insomnio duran aproximadamente ocho (8) horas. Por lo tanto, es **recomendable** no tomar café a partir de las cuatro (4) de la tarde.
8. **No** se enfrente a la enfermedad BIPOLAR. **Intente** aprender a convivir con ella. La negación de su enfermedad BIPOLAR no hará sino agravarla. Su identidad va más allá de la enfermedad BIPOLAR que usted padece: usted no "es" BIPOLAR, usted padece de un *Síndrome Clínico Mental SCM* llamado Trastorno BIPOLAR **TB**. Piense en la diferencia entre las dos frases. Por otra parte, tenga en cuenta que el Trastorno BIPOLAR no tiene nada que ver con la personalidad: no hay dos pacientes bipolares iguales, del mismo modo que no hay dos pacientes diabéticos iguales ni hay dos médicos-psiquiatras iguales.
9. **No** se someta a regímenes rigurosos. Evite pasar hambre, ya que ello podría aumentar la ansiedad y la irritabilidad, predisponiendo así a otra nueva ciclada o recaída. Disminuir el peso corporal bruscamente produce cambios hormonales y metabólicos que pueden llevar a otro nuevo episodio. Además, gran parte de los fármacos y parafármacos prescritos para adelgazar contienen derivados anfetamínicos que, por si mismos, pueden provocar una viraje maníaco.
10. **Tome** correctamente la medicación. Tomar correctamente la medicación es la mejor manera de evitar recaídas. Además, tenga en la cuenta que la medicación es como un amigo rencoroso: es posible que si hoy le abandona, mañana no le haga caso.

Abandonar la medicación -por iniciativa propia- conlleva el riesgo de crear resistencia al fármaco. Por otra parte, dejar la medicación bruscamente aumenta de forma considerable el riesgo de recaer de forma inmediata. A pesar de todo ello, si usted no está tomando de forma correcta su medicación lo mejor que puede hacer es ser sincero con el médico-psiquiatra y comentárselo, de lo contrario puede estar confundiendo a su médico psiquiatra respecto a la conveniencia de un fármaco determinado, respecto a las dosis, etc. que podrían tener **consecuencias** muy negativas para el **curso** del Trastorno BIPOLAR **TB**.

¿Cuál es el **curso** del *Síndrome Clínico Mental* llamado Trastorno BIPOLAR **TB**?

El Trastorno BIPOLAR es el resultado de un proceso evolutivo y progresivo cerebral dañino que le toma varios años.

En su inicio, se ve afectado el Sistema Límbico que es el mecanismo regulador de los estados de ánimo.

En la segunda etapa se empiezan a desarrollar el *Trastorno de Comportamiento*, *Trastorno de Personalidad* y *Trastorno de Sueño*.

En la tercera etapa se originan los *Cambios de Personalidad*, ya sea como consecuencia del Trastorno BIPOLAR que obliga al paciente BIPOLAR a adoptar un nuevo estilo de vida para prevenir nuevas recaídas

¿Qué **puedo** hacer **yo** por mi enfermedad Trastorno BIPOLAR **TB**, ante el inicio de una fase de **euforia**?

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

¿Qué **puedo** hacer **yo** por mi Trastorno BIPOLAR **TB**, ante el inicio de una **depresión**?

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

¿Qué puede hacer la familia?

#### **Aprenda a detectar síntomas**

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

- **Aparición** de nuevos intereses, proyectos, ideas...: sobre todo cuando estos aparecen de manera repentina, en principio no **deben** coartarse decisiones o iniciativas razonadas por el paciente de manera sistemática. Cuando la familia considera que las ideas ó los planes del paciente pueden comportar consecuencias negativas y tienen una probabilidad elevada de fracaso, en lugar de entrar en discusiones sobre estos nuevos proyectos es **aconsejable** hacerle ver que puede tratarse de un síntoma del Trastorno BIPOLAR y que estarían más tranquilos si él consultara a su médico psiquiatra. En cualquier caso, no utilice descalificativos del tipo "eres poco realista", "¿cuándo piensas madurar?" y comentarios similares.
- **Aumento** del Nivel de actividad: un aumento brusco de la actividad suele ser un buen indicador del inicio de un cuadro eufórico.
- **Cambios** del estado de ánimo: fíjese sobre todo en aquellos cambios anímicos que no se han producido por un motivo o razón concretos o que son demasiado intensos o prolongados en relación con la causa que los provocó. Puede resultar útil advertir "cambios de carácter", por ejemplo, si una persona que generalmente suele ser tímida o introvertida comienza a mostrarse bromista y extrovertida, muy probablemente, está iniciando un episodio maníaco o hipomaníaco. Por otra parte, si alguien que habitualmente suele tener buen humor empieza a mostrarse inhibido ó malhumorado, seguramente está comenzando un episodio ó fase depresiva.
- El **sueño**: la disminución de la necesidad de dormir, muy frecuentemente, es el **síntoma** más precoz de recaída. Al inicio de una *fase eufórica*, el paciente comienza a despertarse antes de lo habitual, se levanta temprano y suele aprovechar esto para hacer cosas cuando tendría que estar durmiendo. Dormir menos puede actuar como desencadenante de un episodio y, por otra parte, el

**insomnio** puede también ser otro síntoma de la enfermedad BIPOLAR y puede aparecer durante los episodios depresivos, maníacos o mixtos, agravando el cuadro clínico. En las fases de depresión puede suceder, a veces, lo contrario: el paciente se levanta tarde y nota sueño durante el día.

- **IRRITABILIDAD**: la aparición de disputas constantes, impaciencia excesiva o intolerancia puede anunciarnos el inicio de una fase maníaca o mixta.
- **Productividad** verbal: el hecho de que el paciente empiece a estar más hablador, que hable más rápido y con mayor volumen, los cambios constantes de tema o la dificultad para interrumpir su discurso pueden indicarnos también el inicio de una fase eufórica.

*¿Qué puede hacer la familia ante las ideas y pensamientos de suicidio?*

La depresión es un Trastorno Mental que **limita** la capacidad de *tomar decisiones* libremente y que, en algunos casos, puede conducir a un intento de suicidio. El 15% de los pacientes BIPOLARES mueren por suicidio (1 de cada 6). El paciente en *estado depresivo* puede llegar a contemplar el suicidio como única salida para acabar con su sufrimiento, sin valorar que la *fase depresiva* es tratable y transitoria, mientras que la muerte es irreversible. Las **ideas** de suicidio constituyen un **síntoma** de la *fase depresiva*, los pacientes pueden creer que tienen derecho a suicidarse y que no hay otra **solución**, cuando en realidad no son ellos quienes deciden sino que decide la propia enfermedad, ya que cuando desaparece la *fase depresiva* también lo hacen las *ideas suicidas*. Por esta razón, el familiar del paciente tiene el derecho y el **deber** de evitar, dentro de lo posible, que el paciente lleve a cabo sus amenazas suicidas. Sobre todo se le ha de hacer entender -al paciente- que no se está limitando su libertad ni sus derechos en el momento en que se toman medidas contra el suicidio, sino que se están ampliando.

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

- INFORME a su médico-psiquiatra
- NO deje al paciente solo en casa mientras dure la situación de riesgo
- NO deje la medicación a su alcance, responsabilícese usted de administrársela. Guarde el resto de la medicación en un lugar seguro, si es posible, con llave.
- PREPARE todo lo necesario para, si el médico-psiquiatra lo considera conveniente, realizar una hospitalización.

*¿Qué actitud tomar hacia el hijo menor de edad?*

Una de las dudas más **frecuentes** por parte de los familiares de pacientes jóvenes es qué actitud tomar o, dicho de otra forma, cuál es el grado de permisividad más adecuado. Esto evidentemente dependerá del estilo educador que se había mantenido antes de **manifestarse** la enfermedad. Si tenemos en cuenta que el estrés puede perjudicar de manera importante el **curso** de la enfermedad BIPOLAR, las exigencias **deberán** ser realistas. En el caso de que su hijo estudie, el nivel de exigencia ha de ser



proporcional a la capacidad de estudio de su hijo; en cualquier caso **debe** evitarse un exceso de presión porque implicaría una acumulación de estrés que resultaría perjudicial para su salud. Asegúrese de que distribuya el trabajo de manera que no se vea obligado a realizar grandes esfuerzos al final de cara a los exámenes, y que duerma y descansa un tiempo suficiente.

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

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

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

*¿Cómo ha de actuar el resto de la familia?*

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

### **Hospitalizaciones**

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



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

*¿Qué se puede hacer si el paciente consume drogas?*

Hablar abiertamente sobre el tema de las drogas (Sustancias Psico Activas SPA) es positivo, focalizado más el tema en criterios de salud y utilizando símiles médicos: "igual que un hipertenso no ha de tomar sal, tú no tendrías que beber alcohol ó fumar porros". La persona que padece un Trastorno BIPOLAR puede recurrir a diferentes tóxicos como una forma de automedicación para aliviar los síntomas de la enfermedad BIPOLAR, cuando en realidad agrava o empeora la sintomatología.

*Qué se **puede** hacer ¿Cuando **no** se sigue correctamente el tratamiento Integral?*

El paciente ha de ser responsable de recordar tomar la medicación, especialmente cuando está estable, por tanto es positivo confiar en él. Existen maneras más sutiles de asegurarse que el paciente se acuerde de la medicación, por ejemplo: hacer que coincida con las comidas. Sobre todo procure que no sea tema de discusión constante porque únicamente conseguiríamos magnificar el **problema**. Si el paciente se niega explícitamente a seguir el tratamiento porque se descompensó, ayúdele a que entienda que tomar la medicina evitará un mal mayor como podría ser un reingreso hospitalario. En estos casos, durante un tiempo lo más **aconsejable** es que usted se responsabilice de que el paciente no "olvide" sus pastillas.

*¿Qué se **puede** hacer ante los síntomas **psicóticos**?*

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

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

*¿Hay motivo para ser **optimista**?*

El Trastorno BIPOLAR **TB**, tratado bien, acostumbra a tener un **pronóstico** bueno. Aunque todavía no es curable -en el sentido estricto del término- sí es posible

mantenerla completamente **asintomática** en un porcentaje grande de los casos; en otros porcentaje, el tratamiento la mitiga lo suficiente como para llevar una vida prácticamente normal, aunque con algunas recaídas de vez en cuando; sin embargo, algunos pacientes sufren una forma **grave** del Trastorno BIPOLAR que les **impide** una vida normal y les **incapacita** para el trabajo. Cuando el paciente BIPOLAR no sigue correctamente el tratamiento, consume drogas y no acepta y rechaza la existencia del Trastorno BIPOLAR **TB**, el pronóstico es mucho peor.

Algunas personas han “aprendido” a sacar provecho del Trastorno BIPOLAR **TB**, “desarrollando” los matices de creatividad y de liderazgo que puede comportar. Es conocido que numerosos artistas, escritores, músicos y poetas han padecido este Trastorno BIPOLAR **TB**. Entre ellos se encuentran, **probablemente**, Van Gogh, Lord Byron, Blake, Shelley, Virginia Wolf, Hemingway, Schumann y Tchaikovsky.

También algunos líderes políticos, como Cromwell o Churchill, sufrieron de **CICLOTIMIA**. Es **posible** que la inestabilidad afectiva comporte una sensibilidad mayor y unas vivencias más ricas que -en personas con talento- podría traducirse en creación artística.

Además, es de esperar que, por una parte, los “**progresos**” (desarrollos) de la investigación aportando conocimientos y fármacos nuevos para el tratamiento integral del Trastorno BIPOLAR **TB**, y por otra parte, los “**progresos**” (desarrollos) sociales, facilitando la reintegración laboral y social de quienes sufren este Trastorno BIPOLAR, culminen la progresión inequívocamente positiva que ha seguido el apoyo y cuidado a quienes padecen el Trastorno BIPOLAR **TB**, “**TB** la patología de las emociones”.

1. **APRENDA** a identificar los síntomas de recaída
2. **NO** consuma alcohol o drogas
3. **PROCURE** llevar unos hábitos de vida regulares
4. **SIGA** los consejos de su médico-psiquiatra
5. **TOME** correctamente la medicación

## Bibliografía consultada:

1. **Abordaje** actual de Trastornos BIPOLARES. Vieta E. Barcelona: Masson, 1999.
2. **Asociación** de Bipolares de Catalunya (ABC). Pèndol y otras publicaciones, Barcelona. Teléfono: 93 427 44 22.
3. **Clínica** del litio. Teoría y práctica. Álvarez E, Pérez J, Pérez V. Barcelona: Permanyer, 2000.
4. **Malaltia** de les emocions: Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A.
5. **Manic-Depressive Illnes.** Goodwin FK, Jamison KR. New York: Oxford University Press, 1990.
6. **Mente** inquieta. Jamison KR.
7. **Testimonios** sobre afectos y locura. Barcelona, Tusquets, Editores, 1996.
8. **Trastorno BIPOLAR.** González-Pinto A, Gutiérrez M, Ezcurra J. Madrid: Grupo Aula Médica, 1999.
9. **Trastorno BIPOLAR.** Barcelona, Columna, 1999.
10. **Trastornos BIPOLARES.** Vieta E, Gastó C. Barcelona: Springer-Verlag, 1997.

## Bibliografía Complementaria:

Ver listado de literatura complementaria recomendada por la **ACB** para aprender a conocer -en detalle- cada uno de los aspectos del Trastorno BIPOLAR, desde la perspectiva ó punto de vista de c/u de los interesados; administradores de Clínicas Psiquiátricas, abogados, amigos, calificadoros, jueces, pacientes, padres, parientes, párrocos, pastores, patronos, profesores, psiquiatras, psicólogos, y profesionales complementarios de la salud Mental: Terapistas, Terapistas ocupacionales.

**DICCIONARIO DE Antónimos y Sinónimos:**

**Directorio** de Recurso Profesionales en Salud Mental

**Directorio** de Recurso Profesionales en

**Declaración** de Madrid de la Asociación de Psiquiatría Mundial **APM**

**Definiciones:**

**Glosario** del léxico que **debe** de manejar todo paciente BIPOLAR para poderse romper las barreras de comunicación que existen hoy en día y así poderse comunicar abierta y tranquilamente con sus médicos tratantes; psicólogos, psiquiatras y terapeutas.

**Listado** de nombres del Trastorno BIPOLAR **TB** a través de la Historia de la Humanidad.

**Patologías Médicas** que originan síntomas parecidos a la **Depresión** del Sistema Nervioso Central **SNC**; “**Máscaras** de la **Depresión**”

¿**Qué no es Depresión?** ; ¿**Qué no es la Depresión del SNC?**

## **ANEXO:** **CEREBRO EMOCIONAL**

El cerebro humano está conformado por **varias zonas diferentes; zonas diferentes** que evolucionaron en distintas épocas. Cuando en el cerebro de nuestros antepasados crecía una zona nueva, generalmente la naturaleza no desechaba las zonas antiguas; en vez de ello, las acumulaba ó retenía, **formándose la zona reciente encima de la zona antigua.**

Esas zonas primitivas del cerebro humano siguen operando en concordancia con un estereotipado e instintivo conjunto de programas que proceden tanto de los mamíferos que habitaban en el suelo del bosque como, más atrás aún en el tiempo, de los toscos reptiles que dieron origen a los mamíferos.

La zona más primitiva de nuestro cerebro, el llamado '**cerebro reptil**', se encarga de los instintos básicos de la supervivencia

1. Búsqueda de comida
2. Deseo sexual
3. Respuestas agresivas del tipo 'ó peleas-ó-huyes'.

En los reptiles, las respuestas a los objetos sexuales, a las comidas o a los predadores peligroso eran respuestas **automáticas** y eran **programadas**; la "corteza cerebral", con sus circuitos para sopesar opciones y seleccionar una línea de acción, obviamente no existe en estos animales.

Sin embargo, muchos experimentos han demostrado que una parte grande del comportamiento humano se origina en zonas profundamente enterradas del cerebro, las mismas que en un tiempo dirigieron los actos vitales de nuestros antepasados.

Dice el **neurofisiólogo** Paul MacLean, del *Instituto Nacional de Salud Mental* de los EE.UU.  
*'Aun tenemos en nuestras cabezas estructuras cerebrales muy parecidas a las del caballo y el cocodrilo'*,

Nuestro cerebro primitivo de reptil, que se remonta a **más de doscientos (200) millones de años de evolución**, nos guste o no nos guste conocerlo y reconocerlo, aún dirige parte de nuestros mecanismos para **buscar hogar, casarse, cortejar y seleccionar dirigentes**; es el responsable de muchos de nuestras costumbres y ritos (y, es mejor que no derramemos lágrimas de cocodrilo por esto).

## SISTEMA LÍMBICO “CEREBRO EMOCIONAL”

El “**Sistema Límbico**”, también llamado “Cerebro Medio”, es la porción del cerebro situada inmediatamente debajo de la **corteza cerebral**,

Comprende centros importantes como: (i) Tálamo, (ii) Hipotálamo, (iii) Hipocampo, (iv) Amígdalas Cerebrales. NOTA: No confundirlas con las amígdalas de la garganta.

Estos centros importantes ya funcionan en los mamíferos, siendo el **asiento** de **movimientos emocionales** como la **agresión** ó el **temor**.

En el ser humano, estos son los “**CENTROS** de la **AFECTIVIDAD**”, es aquí donde se procesan las distintas emociones y el hombre experimenta alegrías, angustias y penas intensas

La función de la **amígdala** como “centro de procesamiento” de las emociones es hoy incuestionable. Pacientes con la **amígdala** lesionada ya no son **capaces** de **reconocer** la expresión de un rostro o si una persona está contenta o triste. Los monos a las que fue extirpada la **amígdala** manifestaron un comportamiento social en extremo alterado: perdieron la sensibilidad para las complejas reglas de comportamiento social en su manada. El comportamiento maternal y las reacciones afectivas frente a los otros animales se vieron claramente perjudicadas.

Los investigadores **J. F. Fulton** y **D. F. Jacobson**, de la **Universidad de Yale**, aportaron además pruebas de que la **capacidad** de **aprendizaje** y la **memoria** requieren de una amígdala intacta: pusieron a unos chimpancés delante de dos cuencos de comida. En uno de ellos había un apetitoso bocado, el otro estaba vacío. Luego taparon los cuencos. Al cabo de unos segundos se permitió a los animales tomar uno de los recipientes cerrados. Los animales sanos tomaron sin dudar el cuenco que contenía el apetitoso bocado, mientras que los chimpancés con la amígdala lesionada eligieron al azar; el bocado apetitoso no había despertado en ellos ninguna excitación de la amígdala y por eso tampoco lo recordaban.

El “Sistema Límbico” está en constante interacción con la **corteza cerebral**. Una transmisión de señales de alta velocidad permite que el sistema límbico y el **NEOCÓRTEX** trabajen juntos, y esto es lo que explica que podamos tener control sobre nuestras emociones.

Hace aproximadamente cien millones de años aparecieron los primeros mamíferos superiores. La evolución del cerebro dio un salto cuántico. Por encima del **bulbo raquídeo** y del **Sistema Límbico** la naturaleza puso el **neocórtex**, el **cerebro racional**.

A los instintos, impulsos y emociones se añadió de esta forma la **capacidad** de **pensar** de **forma abstracta** y más allá de la **inmediatez** del **momento presente**, de comprender las relaciones globales existentes, y de desarrollar un yo consciente y una compleja vida emocional.

Hoy en día la “corteza cerebral”, la nueva y más importante zona del cerebro humano, recubre y engloba las más viejas y primitivas. Esas regiones no han sido eliminadas, sino que permanecen debajo, sin ostentar ya el control indisputado del cuerpo, pero aún activas.

La “corteza cerebral” no solamente ésta es el área más accesible del cerebro: sino que es también la más distintivamente humana. La mayor parte de nuestro pensar o planificar, y del lenguaje, imaginación, creatividad y **capacidad** de abstracción, proviene de esta región cerebral.

Así, pues, el **NEOCÓRTEX** nos **capacita** no sólo para solucionar ecuaciones de álgebra, para aprender una lengua extranjera, para estudiar la Teoría de la Relatividad o desarrollar la bomba atómica. Proporciona también a nuestra vida emocional una nueva dimensión.

Amor y venganza, altruismo e intrigas, arte y moral, sensibilidad y entusiasmo van mucho más allá de los rudos modelos de percepción y de comportamiento espontáneo del Sistema Límbico.

Por otro lado -esto se puso de manifiesto en experimentos con pacientes que tienen el cerebro dañado-, esas sensaciones quedarían anuladas sin la participación del “**Cerebro Emocional**”. Por sí mismo, el **NEOCÓRTEX** sólo sería un buen ordenador de alto rendimiento.

Los **lóbulos frontales y prefrontales** juegan una función especial en la asimilación neocortical de las emociones. Como ‘*manager*’ de nuestras emociones, asumen dos funciones importantes:

1. En primer lugar, moderan nuestras **reacciones emocionales**, frenando las señales del cerebro límbico.
2. En segundo lugar, desarrollan **planes de actuación concretos** para **situaciones emocionales**. Mientras que la amígdala del Sistema Límbico proporciona los primeros auxilios en situaciones emocionales extremas, el lóbulo prefrontal se ocupa de la coordinación delicada de nuestras emociones.

Cuando nos hacemos cargo de las preocupaciones amorosas de nuestra mejor amiga, tenemos sentimientos de culpa a causa del montón de actas que hemos dejado de lado o fingimos calma en una conferencia, siempre está trabajando también el **NEOCÓRTEX**.