

El Trastorno Bipolar: una guía ampliada para pacientes y familiares

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat
© de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2005
© de los textos: Los autores
ISBN: 84-482-4107-X
Depósito legal: V-4776-2005
Imprime: Quiles Artes Gráficas S. A.
quilesag@quilesag.com
Picayo, 23 - 46025
VALENCIA
Teléfono 96 348 12 92 - Fax 96 347 73 76

PRESENTACIÓN

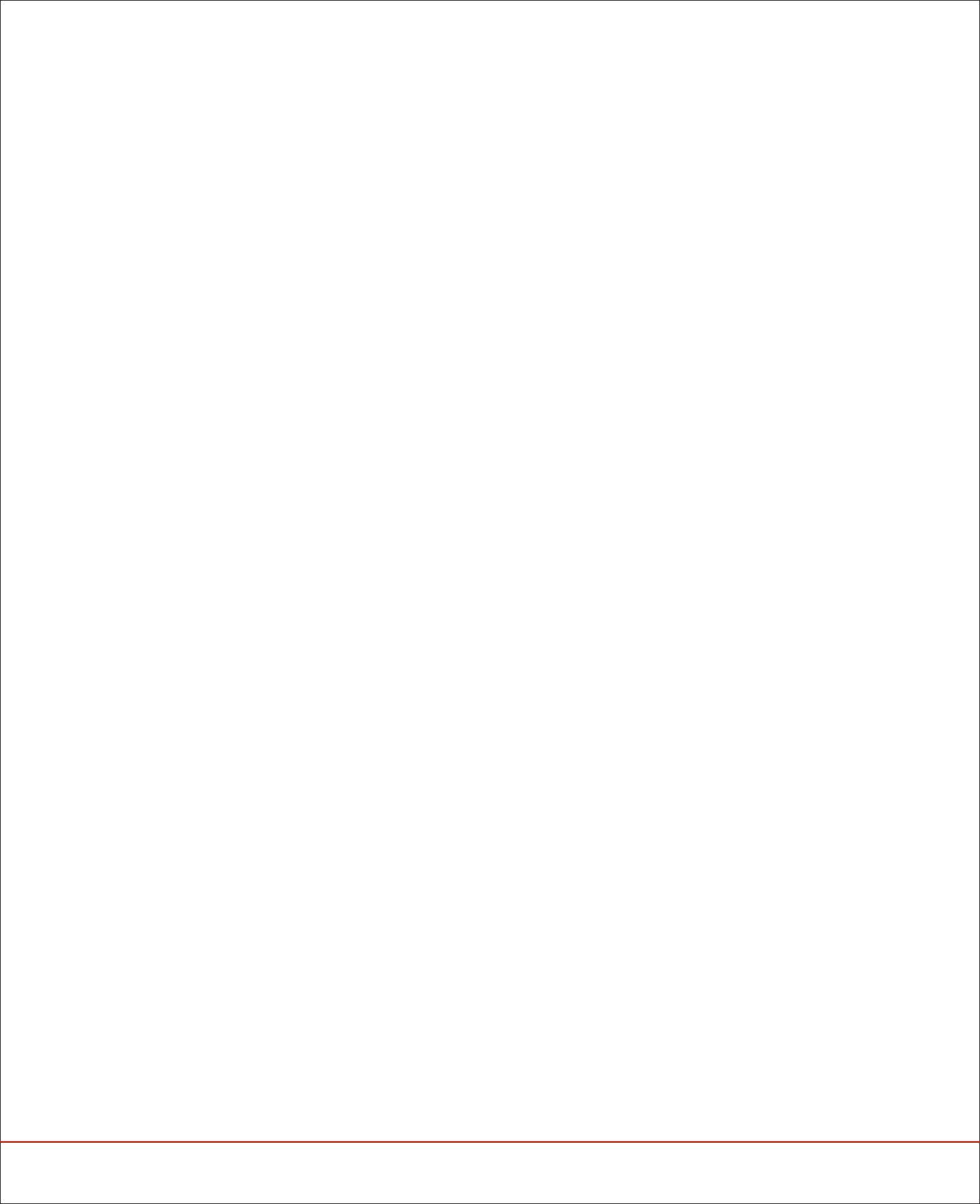
Me complace presentar este libro sobre el Trastorno Bipolar dirigido a pacientes, familiares y a cualquier persona interesada en este grave problema de salud pública.

El Trastorno Bipolar es una enfermedad psiquiátrica de alta prevalencia, que genera gran discapacidad y sufrimiento. Como cualquier otra enfermedad crónica, requiere de la responsabilidad del paciente y de sus allegados para controlar su curso y limitar sus consecuencias. Por tanto, cualquier instrumento que mejore el conocimiento social de las enfermedades crónicas es bienvenido. En especial, si se trata de un problema de salud mental, en la que el desconocimiento y el estigma social continúan estando desgraciadamente presentes.

Esta enfermedad es una de las que más se benefician de un adecuado diagnóstico, tratamiento e implicación del paciente y su familia. Celebremos pues, la aparición de este instrumento de divulgación, desarrollado por los miembros de la Unidad de Trastorno Bipolar del Hospital Universitario La Fe.

Vicente Rambla Momplet
Conseller de Sanitat

*A los pacientes y familiares interesados, motivados
y decididos, que han sido el germen y levadura de
la Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar.
Gracias por su ayuda*



ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	3
INTRODUCCIÓN:	9
GUÍA DE LECTURA:	12
SÍNTOMAS DEL TRASTORNO BIPOLAR	13
SÍNTOMAS DEL EPISODIO MANÍACO.	16
<i>Comienzo del episodio.</i>	16
<i>Estado de ánimo.</i>	16
<i>Alteraciones de la percepción.</i>	16
<i>Alteraciones de la memoria.</i>	17
<i>Alteraciones del pensamiento.</i>	17
<i>Alteraciones de la conducta.</i>	18
<i>Alteraciones del sueño.</i>	18
<i>Síntomas físicos.</i>	18
SÍNTOMAS DEL EPISODIO DEPRESIVO	19
<i>Estado de ánimo.</i>	19
<i>Alteraciones de la percepción.</i>	20
<i>Alteraciones de la memoria.</i>	20
<i>Alteraciones del pensamiento.</i>	20
<i>Alteraciones de la conducta.</i>	21
<i>Alteraciones del sueño.</i>	21
<i>Síntomas físicos.</i>	21
DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR	23
DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR.	25
LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL TRASTORNO BIPOLAR	27
¿EN QUÉ SE DIFERENCIA EL TRASTORNO BIPOLAR DE OTRAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS?	29
¿EN QUÉ SE PARECE Y SE DIFERENCIA EL TRASTORNO BIPOLAR DE OTRAS ENFERMEDADES MENTALES?	31
1° <i>Episodio depresivo–Depresión; Trastorno depresivo recurrente</i>	31
2° <i>Trastorno orgánico del estado de ánimo; manía secundaria.</i>	31
3° <i>Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias</i>	31
4° <i>Esquizofrenia</i>	32
5° <i>Trastorno Esquizoafectivo</i>	33
EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO BIPOLAR	35
ASPECTOS MÁS IMPORTANTES DE LA EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO BIPOLAR	38
<i>Fases o episodios de la enfermedad. Tipos de ciclos y subtipos de trastorno bipolar</i>	39
¿SON FRECUENTES LOS TRASTORNOS BIPOLARES?	47
EDAD DE APARICIÓN:	49
DIFERENCIAS SEGÚN EL SEXO:	49
VARIACIONES SEGÚN EL ESTADO CIVIL	49
VARIACIONES SEGÚN LA ETNIA:	49
VARIACIONES SEGÚN EL NIVEL ECONÓMICO:	49
INFLUENCIA DE LOS ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES:	49
VARIACIONES EN FUNCIÓN DE LA FECHA DE NACIMIENTO	49
LA HERENCIA DEL TRASTORNO BIPOLAR	51
ESTUDIOS DE GENÉTICA MOLECULAR	54
ESTUDIOS DE LINKAGE	54
ESTUDIOS DE ASOCIACIÓN	55
ACONTECIMIENTOS VITALES	57
TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICO Y FÍSICO DEL TRASTORNO BIPOLAR.	61
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS EPISODIOS MANIACOS	63

ANTIPSIKÓTICOS	63
1.- <i>Antipsicóticos típicos</i>	63
2.- <i>Antipsicóticos atípicos</i>	66
3.- <i>Litio</i>	68
4.- <i>Anticonvulsivantes</i>	72
5.- <i>Nuevos anticonvulsivantes</i>	75
6.- <i>Terapia electroconvulsiva</i>	75
7.- <i>Tratamiento de la depresión bipolar</i>	75
¿QUÉ ES LA PSICOTERAPIA?	79
FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN EL TRASTORNO BIPOLAR	81
FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL TRASTORNO BIPOLAR.....	82
PSICOTERAPIA DEL TRASTORNO BIPOLAR.....	82
<i>Psicoterapia cognitivo-conductual</i>	83
<i>Psicoterapia interpersonal y del ritmo social</i>	88
<i>Psicoterapia familiar</i>	89
<i>Psicoterapia Grupal</i>	91
¿QUÉ SON LOS PSICOEDUCATIVOS?	93
INTRODUCCIÓN.....	95
INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD.....	96
APOYO A LOS PACIENTES DURANTE LA EVOLUCIÓN DE SU ENFERMEDAD.....	96
CONTROL DE LAS RECAÍDAS. EL GRÁFICO DEL ESTADO DE ÁNIMO.....	97
ALGUNAS TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA ESPECÍFICAS.....	98
PSICOTERAPIA PSICOEDUCATIVA PARA FAMILIAS	99
NUESTRA EXPERIENCIA	102
<i>Características de las reuniones</i>	102
<i>Contenido de las reuniones</i>	102
AUTOAYUDA	105
¿QUÉ PUEDE HACER USTED POR SU ENFERMEDAD?	107
¿QUÉ PUEDE HACER LA FAMILIA?	108
DÓNDE OBTENER AYUDA	113
ASOCIACIONES DE ENFERMOS BIPOLARES	115
ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES.....	115
DÓNDE OBTENER MÁS INFORMACIÓN	121
LIBROS Y FOLLETOS	123
<i>Información científica</i>	123
<i>Literatura de ficción y cine</i>	124
RECURSOS DE INTERÉS	124
<i>Sociedades Científicas y Asociaciones profesionales</i>	125
<i>Instituciones y organismos privados</i>	126
PREGUNTAS MÁS FRECUENTES	127
ÍNDICE DE AUTORES	135

Introducción

El Trastorno Bipolar es una enfermedad crónica que requiere, como cualquier otra (diabetes, hipertensión), el compromiso del paciente para su control y tratamiento. Por eso, se hace imprescindible que el paciente conozca, –cuanto más, mejor–, su enfermedad. Como es una enfermedad que afecta a la conducta, también tiene una dimensión social. Su familia primero, y la sociedad luego, se extrañan, desconciertan y preocupan por los cambios que observan en el paciente. Cuanto más sepamos acerca de la enfermedad, mejor podremos ayudar.

El material de divulgación es pues, un instrumento indispensable para hacer más eficaz el tratamiento. Recientemente, el fondo editorial divulgativo en castellano, que en nuestro país era muy precario, ha ido creciendo afortunadamente (ver bibliografía).

Una característica fundamental del material divulgativo es su nivel de comprensión por parte del público interesado no técnico.

Hace un par de años editó la Consellería de Sanitat de Valencia un folleto divulgativo sobre el trastorno bipolar¹. Este folleto ha conocido un gran éxito y nos ha sido solicitado por asociaciones de pacientes, psicólogos, médicos, psiquiatras de las partes más variadas del Estado Español. Por nuestra parte, lo hemos utilizado de forma habitual en la Unidad de Trastornos Bipolares del Hospital La Fe de Valencia, que es Unidad de Referencia de la Comunidad Valenciana. Lo cierto es que hacemos un uso intensivo del mismo tanto en los psicoeducativos para familiares, en los de los pacientes, en la consulta diaria e incluso en la Unidad de Hospitalización.

Precisamente el uso que hacemos del folleto divulgativo es lo que motiva este libro. Tras haber leído el folleto, no es raro que los pacientes o lo familiares nos digan: “Lo que he leído me ha gustado mucho, pero ¿Dónde puedo aprender más?”. Con esa intención nace este libro de divulgación. Ofrecer un instrumento de nivel intermedio entre la información básica y la información profesional o académica, con más información de la que ofrecemos en su día, más asequible que la que se encuentra en los libros de texto profesionales, y más fiable que la que se encuentra en Internet.

Internet se ha convertido en un inmenso depósito de información en el curso de pocos años. Pero tiene varios inconvenientes. Por una parte los españoles son los que tienen un menor acceso a Internet dentro de la Comunidad Económica Europea y por otra (por citar solo dos) la información que ofrece no está contrastada y es muy dispar en su procedencia, fiabilidad y accesibilidad. De todas formas, en uno de los capítulos de este libro encontrará el lector algunas direcciones recomendadas de Internet.

En este libro hemos procurado dar la información “mascada”, pero somos conscientes de que esto no siempre ha sido posible. En ocasiones resulta imposible divulgar un conocimiento técnico sin que, en ese proceso, se pasen por alto aspectos importantes. Esperamos que disculpen los defectos y su lectura les sea agradable y útil.

1 L. Livianos Aldana; J. Ribes Cuenca; L Rojo Moreno (Coordinadores). El trastorno bipolar: Una guía para familiares y pacientes. Valencia, Consellería de Sanidad, 2001.

Guía de lectura:

El libro ofrece al lector varios niveles de información y está estructurado en capítulos que se centran en aspectos particulares del trastorno bipolar. Cada capítulo a su vez, se estructura en dos niveles. Por una parte, al principio del capítulo se ofrece un breve resumen que recoge la información esencial. A continuación, viene el texto completo del capítulo de forma extensa. De esta forma el lector puede detener su lectura en el resumen o, si desea profundizar, leer todo el capítulo.

En el capítulo del tratamiento farmacológico, la complejidad del mismo nos ha obligado a complicar más este sistema de lectura a dos niveles. Se ha añadido un tercer nivel, reconocible por presentar un tipo de letra más pequeño, para ofrecer información muy específica que puede que no interese a todo el mundo.

Se advertirá que se repiten muy a menudo conceptos que ya se han referido en capítulos precedentes. Hemos preferido asumir el defecto, que esperamos que disculpen, de la reiteración, para facilitar la lectura independiente de los capítulos y el recuerdo de los conceptos más importantes.

Al final del libro encontrará además el lector un conjunto de preguntas que son las que más frecuentemente nos hacen los pacientes y sus familias.

Síntomas del Trastorno Bipolar



SÍNTOMAS DEL TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar es una enfermedad en la que, en determinadas ocasiones, el paciente experimenta una profunda tristeza, apatía y falta de energía (episodio depresivo), en tanto que, en otras, se siente eufórico y lleno de vitalidad y exaltación (episodio maníaco), y ambos estados de ánimo suelen sucederse como si fueran las dos caras de una misma moneda. Es un trastorno muy sorprendente y espectacular, ya que resulta difícil comprender cómo en una misma persona pueden alternarse condiciones tan diferentes y aparentemente incompatibles.

La enfermedad se conoce desde la antigüedad, y ya Areteo de Capadocia, en el año 150 d.C., hablaba de que “después de un periodo de abatimiento se suele producir una mejoría, pero algunos se llegan a convertir en maníacos”. Sin embargo, se pensaba que manía y depresión eran enfermedades independientes hasta el siglo XIX, en que se las empezó a considerar una única entidad.

Se trata, pues, de una enfermedad episódica y además recurrente, es decir, que los episodios tienden a volver a aparecer. En general, los hombres suelen presentar el mismo número de episodios maníacos y depresivos a lo largo de su vida, en cambio, en las mujeres se suelen dar más episodios depresivos.

En este capítulo vamos a analizar los síntomas que puede experimentar la persona que padece este trastorno, tanto durante los episodios depresivos como durante los episodios maníacos. Al leer lo que sigue, es necesario tener en cuenta que cada enfermo experimentará algunos de los síntomas que aquí se describen, pero no necesariamente todos, y también que la intensidad y gravedad de cada uno de esos síntomas variará mucho de una persona a otra.

SÍNTOMAS DEL EPISODIO MANÍACO

Comienzo del episodio

Ya los clásicos grecorromanos denominaban “furia guerrera”, “delirio profético”, “locura poética” o “enajenación báquica” a lo que nosotros, hoy en día, llamamos episodio maníaco.

El inicio del episodio suele ser brusco o relativamente rápido, pero en ocasiones comienza más lentamente y viene precedido por unos “síntomas señal o de alarma” que son variables de una persona a otra. Así, en cada enfermo el episodio maníaco suele tener su forma de presentación típica, de modo que saber reconocer los síntomas señal es un punto clave para iniciar el tratamiento lo más precozmente posible. El síntoma señal más frecuente es la disminución de la necesidad de sueño, y otros también comunes son la sensación de aumento de energía, el buen humor desacostumbrado, los cambios en la alimentación o las conductas extrañas y actos irreflexivos. A veces el inicio se puede caracterizar por síntomas depresivos como astenia, fatiga, desinterés por el trabajo, dolores de cabeza y, sobre todo, insomnio. El inicio del episodio, en ocasiones, en lugar de tener un impacto negativo, puede mejorar aparentemente el funcionamiento diario del sujeto.

El enfermo maníaco se muestra muy jovial y sociable, tiene un contacto fácil en apariencia, se siente capaz de todo, cree en su superioridad y tiene altos ideales. La confianza excesiva en sí mismo le hace pensar que todo el mundo simpatiza con él. El convencimiento de que lo merece todo puede hacer que llegue a exigirlo aun a expensas de avasallar y perder el respeto por los demás, trocándose entonces la “alegría” en hostilidad. Los síntomas van afectando progresivamente a la capacidad de concentración y al funcionamiento diario, y las personas próximas observan un comportamiento diferente al habitual, comportamiento que puede llegar a ser problemático.

Estado de ánimo

El enfermo maníaco se siente “como nunca”, se encuentra dichoso de vivir, optimista, infatigable, capaz de cualquier cosa. Sin embargo, la alegría que exhibe no es normal, sino que se trata de una euforia patológica o pseudoalegría. Esta pseudoalegría puede ser exigente (el maníaco, amable en principio, se puede mostrar colérico cuando se le lleva la contraria) o hiperhedónica (al sujeto le gusta todo: cualquier persona, por lo que se muestra excesivamente sociable, hace numerosas llamadas telefónicas, etc.; cualquier objeto, por lo que con frecuencia quiere comprar toda clase de cosas, incrementa los gastos económicos, etc.; cualquier actividad, implicándose en múltiples proyectos, ocupaciones, diversiones...). Este estado de bienestar subjetivo contribuye a que el paciente no tenga conciencia de enfermedad y, en consecuencia, rechace el tratamiento.

A veces aparecen síntomas depresivos, como llanto o tristeza, durante breves minutos. A la variación rápida entre la alegría y la pena se le denomina labilidad afectiva.

Hasta el 40% de los pacientes experimentan en alguna ocasión episodios de manía disfórica (depresiva o no feliz), se trata de un estado de hiperactivación desagradable en el que al aumento de energía y actividad y a la aceleración del pensamiento se asocian angustia, irritabilidad y malhumor, sin sensación de enlentecimiento ni ánimo triste.

Alteraciones de la percepción

En la manía se puede dar un aumento de las percepciones sensoriales: el oído rinde más, se ve mejor, se saborean los alimentos con más intensidad... Los sentimientos que acompañan a estas percepciones también

pueden ser exagerados.

La sensibilidad para las impresiones estéticas puede estar aumentada, e incluso la percepción musical se puede alterar, de manera que los tempos rápidos, lejos de generar más tensión, conllevan una mayor alegría.

La percepción temporal también puede ser anómala, con tendencia a sobreestimar la duración del tiempo transcurrido.

Un pequeño número de pacientes presenta alucinaciones auditivas, es decir, oye ruidos o voces inexistentes, que el resto de las personas no puede oír, y tiene el convencimiento de que se trata de algo real.

Alteraciones de la memoria

El paciente maníaco tiene gran facilidad para recuperar recuerdos alegres y positivos, y en él la memoria actúa como un filtro que sólo deja aflorar recuerdos de contenido agradable: ocasiones de diversión o júbilo, logros alcanzados en cualquier ámbito... No falsea los recuerdos, sino que los selecciona, dejando de lado aquellos de contenido negativo, triste o desagradable. Puede ser capaz de recordar casi automáticamente cosas aprendidas anteriormente y, por ejemplo, recitar textos con mucha facilidad, pero la fijación de estos recuerdos es muy deficitaria.

Le resulta difícil, en cambio, centrar su atención en algo. Hay una permanente distracción, la persona es incapaz de escoger a qué quiere atender y reacciona sin poder evitarlo a todos los estímulos exteriores.

Alteraciones del pensamiento

La aceleración del ritmo del pensamiento es muy característica del episodio maníaco. A la mente del paciente afluye tal torrente de ideas que le cuesta mucho trabajo encadenarlas de forma coherente. Así, salta de un tema a otro, en casos extremos sin conexión aparente, y su interlocutor no puede dejar de preguntarse: "¿adónde quiere ir a parar?". A este hablar sin cesar, con frases rápidas y mal hilvanadas, haciendo asociaciones superficiales, juegos de palabras, rimas o bromas, lo llamamos verborrea.

La persona que sufre un episodio maníaco puede tener, igual que cuando está depresivo, falsas creencias, a las que llamamos ideas delirantes, que suelen estar relacionadas en la mayoría de los casos con su exagerada autoestima y gran expansividad. Los temas más habituales son:

Riqueza: El enfermo cree tener gran cantidad de posesiones o dinero

Capacidades especiales: Cree haber descubierto o inventado algo extraordinario, poseer un don especial para curar o ayudar a los demás, haber escrito un libro sin precedentes, etc.

Identidad grandiosa: Cree ser de sangre noble, estar emparentado con figuras emblemáticas, ser la reencarnación de algún personaje histórico...

Misión especial: Cree tener la capacidad para resolver problemas mundiales como las guerras, el hambre, el paro, las desigualdades... También puede pensar que es un elegido por alguna divinidad, por la humanidad o por seres extraterrestres para desempeñar una misión especial de redención mundial.

Pese a todo lo anterior, el paciente no se considera enfermo y rechaza cualquier tipo de tratamiento. Así, a la pregunta "¿Cómo se encuentra?" suele responder: "Como nunca".

Alteraciones de la conducta

La psicomotricidad en el maníaco se caracteriza por la inquietud y la hiperactividad. No puede estar quieto un solo momento, va y viene, gesticula, ríe, canta, baila, aplaude, empieza numerosas tareas que generalmente deja sin acabar, intenta hacer partícipes a los demás de su bienestar e involucrarlos en sus múltiples empresas. Estos actos se suceden dentro de un gran desorden, sin finalidad aparente. En un grado extremo, la velocidad del pensamiento puede ser tal que el paciente no llegue a iniciar ningún acto y permanezca en una quietud absoluta: se trata de lo que llamamos estupor maníaco, y es una condición muy poco frecuente.

Se ha comentado anteriormente que el paciente maníaco muestra una jovialidad descomedida. Así, su comportamiento social puede ser extravagante o desvergonzado y le cuesta observar las normas sociales y respetar los límites personales, por lo que con frecuencia se comporta de forma entrometida y hace preguntas o comentarios indiscretos.

El aspecto y la indumentaria también pueden ser llamativos: prefiere colores chillones, se viste con prendas extravagantes o utiliza maquillaje de forma escandalosa...

La escritura también se puede llegar a modificar: las letras son más grandes, aumenta el grosor del trazado, se tiende a escribir ascendiendo los renglones y las letras pueden llegar a ser garabatos informes y abigarrados.

La sensación de simpatizar con todo el mundo puede llevar al enfermo a realizar numerosas llamadas telefónicas, algunas inoportunas, y a organizar fiestas multitudinarias; la euforia y las alteraciones del pensamiento pueden hacerle implicarse en negocios imprudentes o en compras fuera del alcance de sus posibilidades. También resulta frecuente el consumo de alcohol o de otras drogas.

En cuanto a la vida sexual, casi siempre se da una conducta hipererótica, que o bien se puede limitar a frases, proposiciones o gestos de coquetería y seducción, o bien manifestarse a través de actitudes más groseras y desvergonzadas. Sin embargo, en fases muy agudas se puede llegar a no mostrar ningún interés por el sexo por considerarlo una pérdida de tiempo.

La conducta del paciente puede ser hostil, colérica e incluso agresiva cuando algo o alguien obstaculizan sus deseos o proyectos.

Alteraciones del sueño

El insomnio suele ser uno de los primeros síntomas señal de una descompensación. Parece como si la necesidad de dormir desapareciera casi totalmente, sin que esa falta de sueño ocasione, sin embargo, fatiga. El paciente, en medio de su euforia, puede llegar a considerar las horas dedicadas a dormir como una pérdida de tiempo.

Síntomas físicos

El aspecto del paciente maníaco es brillante, de suficiencia y de contento. Las líneas faciales se elevan y dan una expresión de juventud.

El hambre puede ser voraz y la sed insaciable, sin embargo, no suele haber un aumento de peso, sino más bien todo lo contrario, debido al exceso de actividad. En ocasiones, el paciente tiene tantas ocupaciones que se olvida incluso de comer. Llama también la atención la resistencia al frío y a la fatiga. El pulso está acelerado y las secreciones de sudor y de saliva se incrementan. En el curso del episodio, en las mujeres, frecuentemente desaparece la menstruación.

Tabla 1: Síntomas del episodio maníaco.

1. Gran euforia
2. Labilidad afectiva (cambios rápidos entre alegría, pena, irritabilidad)
3. Confianza excesiva en sí mismo
4. Aumento de las percepciones sensoriales
5. Alucinaciones auditivas, en un número reducido de pacientes
6. Facilidad para el recuerdo de cosas agradables y positivas
7. Distraibilidad
8. Pensamiento rápido, acelerado y con cambios constantes de tema
9. Verborrea
10. Ideas delirantes: de capacidades especiales, de grandiosidad, de riqueza, de tener una misión especial...
11. Hiperactividad, inquietud, implicación en múltiples actividades y proyectos
12. Vida sexual muy activa o inhibida
13. Insomnio
14. Aumento o disminución del hambre y la sed, con adelgazamiento
15. Ausencia de conciencia de enfermedad

Síntomas del episodio depresivo

Estado de ánimo

Durante el episodio depresivo, el estado de ánimo del paciente se caracteriza principalmente por una profunda tristeza acompañada de desesperanza, desánimo y sensación de falta de futuro. Semejante constelación de sentimientos negativos lleva a frecuentes accesos de llanto, aunque hay personas que dicen que su tristeza es tan profunda que les resulta imposible incluso llorar.

También existen casos en los cuales, en lugar de tristeza, se experimenta irritabilidad, nerviosismo, ansiedad y frustración, hasta el punto de responder a las pequeñas dificultades cotidianas con arranques de ira, gritos e insultos.

Aún hay otros enfermos que mencionan sentimientos de vacío, de anestesia emotiva, declarándose incapaces de sentir nada en absoluto.

Es común la impresión de encontrarse en el fondo de un pozo, en un túnel sin salida, más allá de toda posibilidad de consuelo o ayuda. El sujeto, además, se siente culpable, tanto de su situación actual como de acontecimientos del pasado. Su incapacidad para hacer frente a las tareas cotidianas lo termina de convencer de su inutilidad y confirma su temor de ser una carga para los demás.

Con frecuencia aparecen miedos a personas y cosas, y una sensación de encontrarse desvalido frente al mundo. En general, se tiende a aislarse de los demás, produciéndose un importante deterioro en las relaciones sociales, lo que lleva al rechazo del enfermo por parte de las personas de su entorno, todo lo cual refuerza aún más la situación de aislamiento.

Otro aspecto importante de la depresión es la anhedonia o incapacidad para experimentar placer o diversión, incluso en actividades que en otros momentos resultaban agradables. De ahí la frustración de familiares y amigos que, con la mejor intención, aconsejan en vano al enfermo que intente "distraerse".

Desde luego que esta incapacidad para el placer incluye también el terreno de lo sexual. En general, el sujeto deprimido pierde el interés por el sexo, llegando a aparecer dificultades de erección en los varones y falta de orgasmos en las mujeres.

Alteraciones de la percepción

Las personas deprimidas se quejan a menudo de que “el mundo se ve todo gris, como si fuera una película en blanco y negro”, o de que “los alimentos no saben a nada”. Tales comentarios traducen un cierto embotamiento de las sensaciones, que subjetivamente parecen haber perdido intensidad y viveza.

En algunos casos extremadamente graves, los enfermos llegan a percibir como ajeno, extraño e insensible a su propio cuerpo, lo que les rodea se les aparece como carente de vida y ellos mismos acaban por sentirse “como si estuvieran muertos”.

Desde luego, los defectos de los sentidos previos a la enfermedad se notan más que antes, y la miopía o sordera que se padecía se acentúan en apariencia durante el tiempo que dura el cuadro depresivo.

También puede producirse la situación contraria, encontrándonos en este caso con ciertos enfermos a los que pequeños niveles de luz o ruido les resultan insoportables, como si sus sentidos se hubieran agudizado de manera dolorosa.

Alteraciones de la memoria

Los pacientes deprimidos se quejan continuamente de su incapacidad para recordar las cosas, y es que durante el episodio depresivo la memoria de la persona puede verse seriamente afectada, hasta el punto de incapacitarla para realizar sus actividades de una manera normal.

Entre otras cosas, se produce una curiosa alteración selectiva de la capacidad de recordar, que funciona mucho mejor para los acontecimientos negativos o aspectos desagradables de la vida, que para los eventos y aspectos positivos.

Alteraciones del pensamiento

Muchas personas deprimidas explican que ha disminuido su capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, de tal manera que se sienten incapaces de ocuparse de cualquier tarea que incluya una exigencia intelectual, por mínima que ésta sea. En ocasiones, el pensamiento parece lentificarse y al enfermo le cuesta responder a las preguntas más sencillas, o lo hace con monosílabos porque “no le viene nada a la cabeza”.

Pero también el contenido de los pensamientos resulta alterado. Un paciente en fase depresiva tiende a verlo todo negativamente, incluyéndose a sí mismo, lo que lo lleva al autodesprecio y la falta de autoestima. Suele, además, atribuirse culpas que no le corresponden, o interpretar cualquier pequeño contratiempo como prueba de su escasa valía.

Estas alteraciones en el contenido del pensamiento pueden llegar a tal extremo de gravedad que aparezcan verdaderas ideas delirantes, es decir, ideas extrañas, manifiestamente falsas, pero que la persona enferma vive, con una convicción total, como verdaderas.

Son muy frecuentes las ideas delirantes de ruina, en las que el sujeto se angustia porque piensa que su situación económica es desesperada, y ello sin que importe para nada el verdadero estado de su economía.

También pueden producirse ideas delirantes de carácter hipocondríaco, que tienen que ver con la convicción de padecer alguna terrible enfermedad, o bien ideas delirantes de culpa, en ocasiones tan poco plausibles como la afirmación de que uno es personalmente responsable de la pobreza en el mundo.

A menudo, el deseo de acabar con una situación emocional tan terrible lleva a las personas deprimidas a desear la muerte. Así, son bastante probables las ideas de muerte o suicidio, e incluso, en ocasiones, los intentos de llevar el suicidio a la práctica. Muchos enfermos creen que “todo el mundo estaría mejor” si ellos muriesen, y la intensidad de este tipo de ideas varía desde pensamientos fugaces a planes detallados acerca de dónde y cómo cometer suicidio.

Es necesario tener mucho cuidado con este aspecto de la enfermedad, y el paciente que padece este tipo de síntoma ha de ser repetidamente informado de que tales pensamientos son, sencillamente, productos de la enfermedad. Los deseos de muerte cesarán, en efecto, como todos los demás síntomas que los acompañan, con el tratamiento adecuado. A menudo, los familiares y amigos tendrán que cuidar durante un tiempo de la persona deprimida a fin de evitar actos irreparables motivados por un malestar susceptible, sin embargo, de ser curado en pocas semanas.

Alteraciones de la conducta

Los enfermos en fase depresiva se experimentan en ocasiones como lentificados en su capacidad de movimiento, tardan más de lo normal en reaccionar a cualquier estímulo, hablan en un tono de voz más bajo o, directamente, casi no hablan y pueden llegar a no moverse en absoluto, inmersos en una apatía e indiferencia tan profundas que la más mínima acción resulta extremadamente difícil, y así, realizar las tareas domésticas, contestar al teléfono, asearse o, sencillamente, levantarse de la cama, pueden resultar "proezas" imposibles de llevar a cabo para el paciente, imposibilidad de no hacer más que agravar su percepción de sí mismo como un ser inútil y dependiente.

Por el contrario, pueden también producirse episodios de agitación, durante los cuales el sujeto se muestra incapaz de permanecer sentado y deambula incansablemente de un lado para otro, o bien se frota las manos o manipula de forma incesante sus dedos, la ropa o cualquier otro objeto.

Alteraciones del sueño

Los pacientes deprimidos se quejan a menudo de padecer pesadillas, es decir, sueños de contenido desagradable y angustiados, o bien de pasar mucho tiempo en la cama y dormir demasiadas horas. Sin embargo, el problema relacionado con el sueño que se produce con más frecuencia en los episodios depresivos es el insomnio, o incapacidad para conciliar el sueño. Este insomnio puede ser tanto inicial (dificultades para iniciar el sueño al meterse en la cama), como medio (despertarse en mitad de la noche y no poder volver a dormirse) o tardío (despertarse demasiado pronto y no poder dormir ya más esa noche). Tales problemas de sueño contribuyen a aumentar la sensación de falta de energía y cansancio que suele acompañar a este tipo de pacientes.

Síntomas físicos

Las personas deprimidas experimentan habitualmente molestias en distintas partes del cuerpo, del tipo de dolores generalizados, de espalda o de cabeza, vértigos y mareos, náuseas, vómitos, estreñimiento, visión borrosa, micción dolorosa, etc.

En ocasiones, sufren disminución de la tensión y la frecuencia cardíaca, o síntomas respiratorios como respiración lenta o sensación de falta de aire. Son comunes el cansancio, la fatiga y la falta de energía, incluso sin realizar ningún tipo de ejercicio físico.

También se producen cambios en el apetito que, la mayoría de las veces, disminuye a tal extremo que comer representa un gran esfuerzo, pero que en otras ocasiones aumenta desproporcionadamente, con apetencia, en especial, por alimentos dulces o ricos en hidratos de carbono. Tales variaciones en la ingesta de comida pueden conducir a notables pérdidas o aumentos de peso.

Por último, cabe señalar que algunas mujeres experimentan un agravamiento de sus síntomas depresivos unos días antes de comenzar la menstruación.

Tabla 2: Síntomas del episodio depresivo

Tristeza patológica
 Tendencia al llanto
 Irritabilidad, angustia y nerviosismo
 Sensación de vacío y anestesia emotiva
 Sensación de falta de futuro
 Miedos injustificados
 Desesperación
 Sensación de inutilidad
 Sentimientos de culpabilidad
 Incapacidad para sentir placer
 Disminución del deseo sexual
 Embotamiento o agudización dolorosa de las percepciones
 Problemas de memoria
 Pensamiento lentificado
 Dificultades de concentración
 Visión negativa de las cosas
 Ideas delirantes: de ruina, hipocondríacas, de culpa...
 Deseos de muerte e ideas de suicidio
 Disminución de los movimientos
 Episodios de agitación
 Insomnio, pesadillas o somnolencia
 Malestares físicos
 Cambios en el apetito y el peso

El sistema que regula nuestro estado de ánimo podríamos representarlo como un carro cargado tirado por un mulo.

El mulo representa el ánimo, con cuya energía avanza el carro. El conductor representa la conciencia. Puede guiar al mulo, pero éste tiene vida propia. La carga del carro representa las dificultades de la vida y el esfuerzo que requiere vivir. Cuando hay eutimia, el mulo tira con vigor, el arriero está razonablemente contento y el carro avanza a buen ritmo.

En la depresión, el mulo está agotado. Ha perdido su fuerza y no puede más. Aunque el arriero se empeñe, e incluso azote al mulo, ("¡esfuérzate, pon de tu parte!") el animal no puede avanzar. La vida adquiere un "peso" insoportable. El arriero está desolado. Ha de parar, desuncir al mulo y permitir que se reponga (tratamiento) y también podría aligerar la carga (disminuir el estrés)

En la manía el mulo está desbocado, y galopa a toda velocidad cuesta abajo. El arriero no solo no puede pararlo, sino que está entusiasmado con la emoción de la velocidad. No advierte el peligro en que están el mulo, él mismo y la carga. Suelta el freno, e incluso incita a la bestia (abandona el tratamiento). Son los demás, los que intentan, en vano a menudo, advertirle del peligro. Evidentemente, hay que frenar el vehículo antes de que se accidente. Cuanta más velocidad lleve, más difícil.

Diagnóstico del Trastorno Bipolar



DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR

En la actualidad, debido a los avances de la medicina, es práctica habitual, que el diagnóstico de las enfermedades se realice a través de las exploraciones complementarias. Con frecuencia, cuando alguien padece una enfermedad el diagnóstico se apoya en análisis clínicos, radiografías, etc. En cambio, el diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas en general y del trastorno bipolar en particular es fundamentalmente clínico. Esto quiere decir que se realiza a partir de la entrevista psiquiátrica con el paciente y sus familiares.

El diagnóstico de trastorno bipolar se realiza mediante la valoración del paciente en una entrevista psiquiátrica, en la cual, se realiza una exploración psicopatológica mediante la evaluación de la información que aporta el paciente respecto a lo que le ocurre y como se siente, y la observación por parte del psiquiatra de su conducta y sus reacciones. Los datos que puedan aportar los familiares y allegados al paciente, son también tenidos en cuenta.

Por otro lado será necesario investigar la existencia de alteraciones del estado de ánimo en periodos previos de la vida del paciente, tanto si recibieron tratamiento, como si no lo precisaron.

En este sentido, en el primer contacto con el paciente, se debe realizar una historia clínica completa que incluya antecedentes de enfermedades médicas y otras enfermedades psiquiátricas como trastornos por ansiedad, consumo de tóxicos, etc. Todo ello proporcionará información de gran importancia para llegar a un diagnóstico adecuado.

Diagnóstico del Trastorno Bipolar

Mediante la evaluación del paciente, el médico realizará una exploración de la psicopatología que el paciente presente en esos momentos, pero además será muy importante recoger datos relativos a antecedentes previos de enfermedad, en el sentido de episodios depresivos o de euforia.

La valoración y diagnóstico, adquieren mayor importancia ante dos situaciones fundamentalmente. Estas situaciones son el establecer el diagnóstico lo más pronto posible una vez ha aparecido la enfermedad y detectar precozmente la aparición de nuevos episodios cuando estos se presentan.

Se diferencian dos tipos de trastorno bipolar, el tipo I que se caracteriza por la aparición de episodios maníacos, con o sin depresiones, y el tipo II que presenta junto con episodios depresivos, otros de características hipomaniacas (estado caracterizado porque la intensidad de los síntomas maníacos es leve).

Una evaluación detallada en la que se determine la evolución del estado de ánimo a lo largo de la vida del paciente aportará datos de interés. La historia previa del paciente, puede revelar la existencia de periodos, con síntomas de depresión o por el contrario, con estado de ánimo y energía elevados, los cuales hayan podido provocar alteraciones en las relaciones personales o en su funcionamiento. No es infrecuente que el paciente hubiera requerido tratamiento por alguna de estas alteraciones o que debido a la presentación de los síntomas con menor intensidad pasaron desapercibidos o no fueron tratados.

Además de la entrevista clínica, el psiquiatra se puede ayudar de otros métodos que aportan importante información. Por ejemplo la realización de un gráfico vital (esquema donde se representan las fluctuaciones del estado de ánimo, que se describirá en otro capítulo) de forma retrospectiva con los datos obtenidos por el clínico

junto con la información aportada por el paciente y familia puede proporcionar datos que sirvan de ayuda al tomar una decisión respecto al diagnóstico, en los casos en los que la enfermedad hubiese comenzado tiempo antes de la consulta psiquiátrica. El objetivo será recoger los episodios ocurridos en el pasado, su frecuencia, gravedad, acontecimientos vitales relacionados, otros diagnósticos recibidos y los tratamientos que le hayan sido administrados al paciente. De esta forma obtenemos toda la información referente a la historia de la enfermedad de modo resumido y gráfico.

Si en la familia existen antecedentes de trastorno bipolar es otro punto que debe ser investigado. Puede servir de ayuda para apoyar el diagnóstico, aunque estos datos deben ser analizados con cautela por que la presencia de pacientes bipolares en la familia no determina que cualquier alteración psiquiátrica tenga necesariamente que obedecer a dicho trastorno.

Es conveniente que el diagnóstico se realice lo más pronto posible. De este modo se favorece un mejor conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y de la familia, la introducción de un tratamiento adecuado, evitando en la medida de lo posible la aparición de recaídas así como las consecuencias que éstas pueden tener en la evolución. No obstante, en ocasiones, es difícil diferenciarlo en las fases iniciales de otras enfermedades tanto psiquiátricas como de otras especialidades de la medicina. En cualquier caso, la evolución característica de la enfermedad en forma recurrente y el predominio de síntomas afectivos, permitirá realizar el diagnóstico de forma adecuada.

Por otro lado, debemos conceder importancia a la evaluación, detección y adecuado diagnóstico de las diferentes descompensaciones de la enfermedad a lo largo de su evolución, determinando en cada caso particular el tipo de episodio (maníaco, hipomaníaco, depresivo o mixto – estado en el que se da una mezcla de síntomas maníacos y depresivos-), su gravedad y las características clínicas acompañantes (con o sin síntomas psicóticos). Esto permitirá un mejor manejo de la enfermedad y la administración de los tratamientos que eviten la progresión del episodio, cuando se encuentra en estadios iniciales.

Como se ha indicado en el capítulo precedente, para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar se requiere la presencia de al menos un episodio maníaco o hipomaníaco. Entendemos por episodio maníaco aquel en el que existe una exaltación del estado de ánimo de suficiente entidad como para requerir ingreso hospitalario al no poder controlar la conducta del paciente en el domicilio o porque presente síntomas de gravedad. En cambio, el episodio hipomaníaco consiste en una fase de exaltación aunque de menor gravedad que una fase maníaca, de forma que generalmente no requiere hospitalización.

La importancia de esta puntualización al realizar el diagnóstico, radica en su diferencia con trastornos depresivos que se presentan de forma recurrente. No obstante, puede darse el caso de que un paciente cuya primera manifestación de la enfermedad se haya producido con uno o más episodios depresivos, con el tiempo, sea diagnosticado de trastorno bipolar si aparecieran con posterioridad episodios de exaltación del estado de ánimo.

Cuando se produce un primer episodio maníaco, sin anteriores trastornos del estado de ánimo, ya se puede diagnosticar un trastorno bipolar según algunos autores, sin embargo otros entienden que deben aparecer varios episodios para considerar que nos encontramos ante esta enfermedad. La ventaja de diagnosticar este trastorno en el primer episodio es que se puede iniciar precozmente tratamiento para evitar recurrencias.

Una vez establecido el diagnóstico, es interesante conocer que existen varios subtipos, el tipo I y el tipo II. El trastorno bipolar tipo I se caracteriza por la aparición de episodios maníacos o mixtos, acompañados o no, de episodios depresivos. Los pacientes con trastorno bipolar tipo II, que son el grupo más numeroso, típicamente presentan uno o más episodios depresivos con al menos algún episodio hipomaníaco. Con el objeto de unificar los distintos puntos de vista entre los clínicos, se han desarrollado unos criterios para el diagnóstico de las enfermedades mentales y entre ellas, el trastorno bipolar, como son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Estas clasificaciones establecen unos criterios de diagnóstico basados en síntomas y se han desarrollado a partir del consenso entre especialistas. De todos modos, ante la diversidad en la presentación del trastorno bipolar, es muy importante evaluar

cada caso en particular, pues a la hora de realizar el diagnóstico se deben tener en cuenta muchas otras manifestaciones que no son recogidas en estas clasificaciones. Además, su finalidad es fundamentalmente unificar criterios en el ámbito de la investigación y no tanto para realizar el diagnóstico.

Las pruebas complementarias en el trastorno bipolar

Las pruebas complementarias son técnicas de diagnóstico que pueden proporcionar al médico una ayuda para confirmar el diagnóstico. Incluyen las pruebas de laboratorio, las técnicas de neuroimagen y neurofisiología y la psicometría.

El papel de las pruebas complementarias en el diagnóstico del trastorno bipolar es escaso, puesto que las analíticas de sangre y orina, el electroencefalograma, el TAC y la RNM son normales en esta enfermedad. Su importancia se centra exclusivamente en el ámbito de la investigación y en el diagnóstico diferencial con otras enfermedades que presentan una sintomatología psiquiátrica similar pero una evolución totalmente diferenciada de la del trastorno bipolar.

En la práctica médica es habitual el empleo de técnicas complementarias que incluyen, fundamentalmente, pruebas de laboratorio, pruebas funcionales y de imagen. El psiquiatra tiene a su disposición las técnicas de laboratorio habituales (analíticas de sangre y orina), pruebas de imagen y función cerebral y la psicometría. Esta última comprende la realización de test y cuestionarios, autoaplicados o no, que permiten una valoración psicológica del paciente centrándose en áreas concretas de la actividad mental normal y en sus alteraciones (inteligencia, memoria, estado de ánimo...).

El desarrollo de la medicina ha traído consigo nuevas técnicas que han permitido el conocimiento del sistema nervioso en general y del cerebro en particular, mediante el estudio de su funcionamiento y de su estructura. Con el perfeccionamiento de estos métodos, se han conseguido grandes avances para el diagnóstico de algunas enfermedades neurológicas, no así en lo que concierne al trastorno bipolar para el que todavía hay que esperar nuevos avances en estas técnicas. Estos métodos son electroencefalograma (EEG), resonancia magnética nuclear (RMN), (SPECT) y tomografía por emisión de positrones (PET). Su utilización es frecuente en el caso del trastorno bipolar para trabajos de investigación que intentan averiguar cuáles son las causas de su aparición y si se producen modificaciones al aplicar los tratamientos adecuados. No obstante el hecho de que se nombren en muchos de los trabajos punteros, no debe llevarnos a equívocos ni falsas esperanzas. Cuando escuchamos que en determinados trabajos se han encontrado determinadas lesiones como causantes de un trastorno, debemos ser muy críticos con esas noticias, ya que estas investigaciones deben ser repetidas por otros grupos de trabajo que obtengan los mismos resultados para poder decir que eso es cierto. En la enfermedad que nos ocupa, los resultados por el momento son dispares y no existe ninguna exploración complementaria que nos permita llegar al diagnóstico del trastorno bipolar.

Cuando un psiquiatra se plantea el diagnóstico de trastorno bipolar en un paciente, debe valorar si existe justificación para realizar alguna de las exploraciones diagnósticas de las que disponemos. Ante el primer episodio de la enfermedad, es práctica habitual utilizar estas pruebas para diferenciar este trastorno psiquiátrico de algunas enfermedades que se pueden manifestar de forma similar. Serán de especial utilidad cuando el psiquiatra detecte síntomas poco habituales en la presentación de la enfermedad.

Vamos a comentar las distintas pruebas disponibles, pero en todo momento hay que tener presente que su realización NO ES NECESARIA PARA EL DIAGNÓSTICO de la enfermedad y que su elección debe individualizarse teniendo en cuenta la entrevista clínica, la exploración mental y física.

Analíticas sanguíneas: bioquímica (incluyendo electrolitos – sustancias disueltas en la sangre que pueden descomponerse por electrólisis-, función renal y hepática), hemograma – recuento del número y proporción de las células de la sangre- y hormonas tiroideas. Son pruebas que se realizan de forma rutinaria en la mayoría de los pacientes, proporcionando al psiquiatra una información básica acerca del estado de salud y permitiendo, una vez introducido el tratamiento farmacológico, valorar la seguridad del mismo.

Análítica de orina y tóxicos en orina: en algunos casos se precisan para descartar otras patologías y el consumo de tóxicos.

Técnicas neurofisiológicas: electroencefalograma. Nos permite estudiar la actividad eléctrica cerebral. No aporta información para el diagnóstico, pero se emplea ocasionalmente en investigación y en el diagnóstico diferencial.

Técnicas de neuroimagen: TAC, RNM, RNM funcional, PET, SPECT. Su uso principalmente se centra en el campo de la investigación.

TAC (tomografía axial computerizada) y RNM (resonancia nuclear magnética) cerebral: Nos dan información acerca de la estructura anatómica cerebral. El hallazgo más significativo puede ser un aumento del número de hiperintensidades – manchas de un blanco más intenso, que destacan en la imagen del resto del tejido- en la sustancia blanca cerebral. Sin embargo, aunque aparecen con una frecuencia superior a la de la población sana, no la presentan la mayoría de los pacientes con trastorno bipolar. La TAC se emplea, en algunos casos, para descartar patología orgánica mental que pueda cursar con sintomatología parecida a la del trastorno bipolar.

RNM funcional: Nos proporciona imágenes del flujo sanguíneo cerebral, que se estima proporcional al grado de actividad cerebral. Prácticamente no hay datos en los pacientes bipolares.

RNM espectroscópica: Nos informa de la concentración de algunos componentes del tejido cerebral en un volumen determinado del cerebro. Se han detectado anomalías en el metabolismo de los compuestos que tienen colina.

PET (tomografía de emisión de protones) y SPECT (tomografía de emisión de fotón único): Nos orientan acerca de la actividad cerebral, teniendo en cuenta el flujo sanguíneo cerebral y el metabolismo de diversas sustancias. Los hallazgos se centran en una disminución de la actividad del lóbulo cerebral frontal que aparece en los episodios depresivos.

Psicometría: Es el conjunto de pruebas destinadas a medir la eficacia y el funcionamiento de la actividad mental. En el caso del trastorno bipolar nos interesan aquellas que valoran el estado de ánimo. Su empleo principalmente se realiza en el marco de la investigación permitiendo cuantificar los síntomas. Nos permite, de esta manera, evaluar la utilidad de los tratamientos aplicados, comparar las fases en un mismo paciente o entre pacientes...

La psicometría se vale de cuestionarios, entrevistas y escalas visuales. En algunos casos son aplicadas por el propio paciente (autoaplicadas) y en otros por personal sanitario, sea médico, psicólogo o de enfermería (heteroaplicadas).

En el trastorno bipolar nos interesa evaluar los síntomas depresivos y maníacos, para ello existen escalas centradas en uno de estos dos grupos de síntomas o en ambos.

Para la sintomatología depresiva tenemos diversos instrumentos: Escala de Hamilton, Escala de Zung, Escala de Raskin...

Para la sintomatología maníaca: SRMI (autoaplicada), MSRS de Beigel, BRMS de Bech, MRS de Young, CARS de Altman (adaptada a nuestro ámbito por Livianos y colaboradores con el nombre de EVMAC)...

Existen escalas que evalúan ambos polos, así: ISS de Bauer (autoaplicada), MDS de Mazmanian, Chinese Polarity Inventory de Zheng (autoaplicada)...

En la investigación también pueden ser útiles escalas para detectar posibles casos entre la población, entre ellas: General Behavior Inventory de Depue, Mood Disorder Questionary...

Todas las pruebas psicométricas descritas pueden ayudar en ocasiones al diagnóstico siendo su empleo a nivel clínico escaso. Su utilidad principal, como hemos comentado anteriormente, es la investigación.

¿En qué se diferencia el trastorno bipolar de otras enfermedades psiquiátricas



EN QUÉ SE DIFERENCIA EL TRASTORNO BIPOLAR DE OTRAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS?

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

El Trastorno Bipolar tiene diferencias y semejanzas con otras enfermedades psiquiátricas. Seguidamente señalaremos algunas de estas diferencias y semejanzas.

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

1º Episodio depresivo–Depresión–; Trastorno depresivo recurrente

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

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

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

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

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

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

3º. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

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

Para llegar a la conclusión de que los síntomas psiquiátricos son debidos al consumo de sustancias o a

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

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

4° Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta al pensamiento, y el trastorno bipolar, en cambio, al estado de ánimo. Ánimo se refiere a "alma o espíritu"; y también, "valor, esfuerzo, energía". Las enfermedades del ánimo, afectarían pues, a la "energía" con la que nos vinculamos al mundo; débil, en la depresión, exagerada en la manía.

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

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

Hay indicios de que en algunos casos de Trastorno Bipolar puede haber un cierto deterioro, pero no es de las dimensiones del deterioro esquizofrénico.

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

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

Aunque, en teoría, las diferencias entre la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar están claras, en la práctica, a veces, no es tan fácil, porque a menudo podemos ver:

Pacientes con esquizofrenia que presentan síntomas intensos relacionados con el estado de ánimo (depresivos o maníacos –parecidos a la manía–)

Pacientes con Trastorno Bipolar que presentan alucinaciones o ideas delirantes no congruentes con el estado de ánimo, más propios de la esquizofrenia,

Pacientes en los que existen, alternándose o simultáneamente, síntomas propios de la esquizofrenia, y síntomas propios del trastorno bipolar.

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

Hay que tener en cuenta además, que los síntomas de la enfermedad pueden ser más confusos en los primeros episodios, pero irse aclarando conforme pasa el tiempo.

Por la complejidad de algunos cuadros como los descritos no es raro observar que algunos pacientes esquizofrénicos reciben medicación estabilizadora del ánimo como carbonato de litio, carbamazepina, valproato, lamo-

trigina u otros, y hay pacientes bipolares que requieren mantener el tratamiento antipsicótico permanentemente, y no solo en los episodios maníacos.

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

5° Trastorno Esquizoafectivo

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

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

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

Evolución del trastorno bipolar



EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar es crónico y recurrente. El paciente presentará fases de tipo maníaco, hipomaniaco, depresivas, o mixtas. Entre esas fases tendrá periodos de normalidad y volverá a ser “el de siempre”. Durante toda su vida permanecerá el riesgo de recaer y sufrir una nueva fase de la enfermedad. Según cómo se combinen las fases el paciente sufrirá un trastorno bipolar tipo I (fases depresivas y maníacas), o un trastorno bipolar tipo II (al menos un episodio depresivo y un episodio hipomaniaco, y predominan las fases depresivas intensas).

Aparecen en la adolescencia tardía. La media de edad de comienzo serían los 28 años. Y la edad más frecuente de aparición alrededor de los 20 años. Existen casos de aparición de la enfermedad a edades tempranas y casos de aparición en edades avanzadas.

Resulta imposible predecir el número de episodios que el paciente va a presentar a lo largo de su vida. La evolución es muy variable. Los “cicladores rápidos” son los que sufren en un año cuatro o más fases de la enfermedad. Algunos factores pueden orientarnos o predecir una peor evolución: inicio más temprano de la enfermedad, ciclación rápida, antecedentes familiares de trastorno bipolar...

Puede existir un “curso estacional” de la enfermedad. Significa que el paciente tendría más riesgo de presentar una fase determinada de la enfermedad en determinada estación del año. La tendencia sería a que las fases depresivas se presenten en otoño-invierno y las fases maníacas en primavera-verano.

Los acontecimientos vitales estresantes para el paciente influyen en su evolución. No desencadenan por sí mismos la enfermedad pero sí influyen en las recaídas. Sobre todo en los primeros años de la enfermedad.

Influyen de modo negativo en la evolución: el abuso de alcohol u otras sustancias, el abandono y no adherencia (no cumplimentarlo adecuadamente) al tratamiento farmacológico, determinados rasgos de personalidad previos a la enfermedad, la ansiedad elevada, los conflictos a nivel familiar...

El paciente deberá tomar tratamiento farmacológico para recuperarse de cada fase. También tendrá que tomar de forma mantenida tratamiento para evitar nuevas recaídas (el litio es el fármaco más importante). Pero aún con tratamiento es de esperar que sufran alguna fase. No son efectivos al 100 % y su objetivo no es curar, sino controlar la enfermedad. Si el paciente abandona el tratamiento puede predecirse que sufrirá una recaída. El trastorno bipolar sería comparable a otras enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión...

Junto al tratamiento farmacológico es fundamental para una mejor evolución un tratamiento psicológico y una intervención social y educativa. Se trata de que tanto el enfermo como su familia conozca la enfermedad, qué factores influyen en la evolución y como pueden actuar para mejorar ésta.

El paciente bipolar no sufre un deterioro similar al del paciente esquizofrénico, pero la enfermedad sí que repercute en su vida con importantes consecuencias en el trabajo, matrimonio, familia, economía, relaciones sociales...

La mortalidad en el paciente bipolar es casi tres veces mayor que en la población general y las causas más frecuentes de muerte son: suicidio, enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

Ante el diagnóstico de cualquier enfermedad los primeros interrogantes que surgen son:

¿Cómo va a evolucionar el paciente?

¿Cuál va a ser el curso de la enfermedad?

Estas preguntas se las plantean principalmente los familiares y también el propio paciente. A ellos van dirigidos los capítulos de esta guía. Y son los médicos especialistas los responsables de dar respuesta a estas y otras cuestiones. Éstos deberán realizar los estudios oportunos para conocer la naturaleza de la enfermedad.

Todo esto es aún, si cabe, más importante en el trastorno bipolar. Lo característico, lo que define a esta enfermedad es su forma de evolucionar. Son aspectos básicos de esta evolución los siguientes puntos, que conviene que conozcan tanto el paciente como sus familiares:

Aspectos más importantes de la evolución del trastorno bipolar

El trastorno bipolar es crónico y recurrente. Esto significa que el paciente presentará fases o episodios de enfermedad y entre esas recaídas tendrá periodos de tiempo en los que estará bien. Diremos entonces que está "eutímico" (su ánimo es normal) y vuelve a ser "el de siempre". Durante toda su vida permanecerá el riesgo de recaer y sufrir una nueva fase de la enfermedad. Se describirán más adelante qué tipo de fases puede padecer el paciente. Según cómo se combinen estas fases y con qué intensidad el trastorno bipolar será de un tipo u otro.

Resulta imposible determinar el número de fases que el enfermo va a presentar a lo largo de su vida o la duración de cada uno de estas. La evolución presenta una gran variabilidad. Podemos decir que no hay dos pacientes bipolares iguales. Sabemos que todos ellos van a presentar recaídas, pero no cuántas, ni en qué momento, ni cuánto van a durar...

Desde hace años se vienen realizando múltiples estudios sobre la evolución del trastorno bipolar. Se describen a continuación de forma sencilla los datos que éstos aportan acerca del inicio de la enfermedad, duración de los episodios...

De mayor interés son los estudios sobre los factores que pueden predecir o estar implicados en las recaídas de la enfermedad, así como los factores que pueden proteger al paciente a la hora de recaer. Estos estudios nos ayudan a los especialistas a conocer mejor la enfermedad (qué mecanismos están alterados, cuáles pueden ser las causas...). Podremos predecir si el paciente tendrá una mejor o peor evolución. Y sobre todo podremos actuar sobre esos factores, diseñar un tratamiento y manejo para cada paciente y mejorar así la evolución. Será menor el número de recaídas y la enfermedad repercutirá menos negativamente en el paciente. Estos factores que predicen y orientan acerca de la evolución se refieren tanto a características de la enfermedad como a circunstancias que rodean al paciente. Por ejemplo: apoyo familiar, abuso de alcohol, si existen o no síntomas psicóticos ...

Con tratamiento farmacológico el paciente se recupera de cada una de las fases que presenta. Desaparecerán los síntomas y volverá el periodo de normalidad. En este periodo deberá seguir tratamiento para evitar nuevas recaídas. Desgraciadamente estos tratamientos no son efectivos al 100 % y el paciente a pesar de tomarlo puede sufrir una nueva fase. Los estudios revelan que el 70 % de los enfermos tendrá al menos una fase a los 5 años de haberse recuperado. Y en ese periodo de tiempo la mitad de los enfermos necesitará ingresar en el hospital al menos en una ocasión. Todo ello a pesar del tratamiento tomado a dosis adecuadas.

Lo que está claro es que si no recibe tratamiento la duración de las fases se alargará, cada vez será más corto el periodo de normalidad entre fases y por tanto pasará más tiempo enfermo. Con el tratamiento estamos, pues, modificando de forma favorable el curso de la enfermedad.

Es importante tener en cuenta que el objetivo del tratamiento no es la curación de la enfermedad, sino intentar controlarla. El trastorno bipolar es equiparable a otras enfermedades crónicas, como la hipertensión, diabetes... Recibiendo un tratamiento todas estas patologías pueden estar controladas, las recaídas serán menores y también serán menores las complicaciones que a lo largo de los años pueden surgir.

Como ocurre en la mayoría de las enfermedades crónicas, el diagnóstico supone un impacto psicológico y emocional para el paciente y sus familias. Por eso además de los fármacos es importante realizar un abordaje psicológico para que la evolución sea más favorable. Y esto es fundamental sobre todo al comienzo de la enfermedad.

Además, al ser una enfermedad mental el diagnóstico puede suponer un estigma para el paciente y su entorno. Esto ocurrirá aún más si la enfermedad es totalmente desconocida y existe una gran incertidumbre acerca de su evolución, de ahí el interés de esta guía.

Ante el diagnóstico de trastorno bipolar hay que evitar caer en un excesivo optimismo o ser demasiados pesimistas. Caer en lo primero es fácil, teniendo en cuenta que el paciente tras un primer episodio se recupera y vuelve a ser el mismo de antes. Habrá que ser realista y aceptar que el paciente tendrá recaídas a lo largo del tiempo.

Mantener una actitud pesimista resulta negativo si conduce al derrotismo o a la resignación. Entonces ni el paciente ni la familia intentará jugar un papel activo en el curso de la enfermedad, interesándose por cómo pueden mejorar la evolución.

Cuanto antes se trate al paciente más favorable será su evolución. Por ello es importante que el enfermo y sobre todo la familia conozcan cuáles son los síntomas o signos que pueden indicar que el paciente va a tener una recaída. Son los signos o "señales de alarma". Si se identifican supondrá un rápido diagnóstico y tratamiento y una mejor evolución. Se podrán prevenir ingresos y fases más floridas o intensas.

El trastorno bipolar provoca en el paciente mayor repercusión a largo plazo y mayores complicaciones de lo que en un principio se creía. El paciente tendrá dificultades para mantener un trabajo estable, existirán conflictos en el ámbito familiar, problemas para entablar y mantener relaciones sociales y sentimentales... Pueden existir rupturas matrimoniales, pérdidas económicas... Si el paciente presenta mayor número de recaídas, éstas son más intensas, precisan hospitalización, y si de forma mantenida presenta síntomas afectivos leves, el deterioro será mayor.

Los diversos estudios también han desvelado que la mortalidad en los pacientes bipolares es casi tres veces mayor que en la población general. Las causas más frecuentes de muerte en estos pacientes son el suicidio, las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer. El paciente no se cuida, fuma, no sigue una dieta equilibrada, bebe alcohol... Y todo esto incrementa el riesgo de sufrir estas enfermedades.

Fases o episodios de la enfermedad. Tipos de ciclos y subtipos de trastorno bipolar

Las recaídas de la enfermedad que el paciente presentará a lo largo de su vida pueden ser de distinto tipo:

Episodios depresivos: periodos en los que el paciente estará triste, se sentirá incapaz de realizar tareas habituales, no disfrutará igual de las cosas, tendrá ganas de llorar..

Episodios maníacos: todo lo contrario al episodio anterior. El enfermo estará eufórico, muy contento, realizará múltiples actividades, estará muy hablador... Son signos de alarma que pueden estar indicándonos el comienzo de un episodio de este tipo: aumento de la actividad, disminución de la necesidad de dormir, hablar mucho, pensar de forma acelerada...

Una vez iniciado el episodio maníaco se dan tres estadios en la evolución de dicho cuadro maníaco.

Estadio inicial: el paciente está inquieto, habla mucho, con rapidez, eufórico pero puede llorar en algún momento, confía mucho en sus propias capacidades y hay un incremento del deseo sexual.

Estadio intermedio: Aún más inquieto, sin parar de moverse y hacer cosas. No tolera que le contradigan, se irrita y encoleriza fácilmente. Tiene delirios de grandeza y al hablar pierde continuamente el hilo de la conversación, se distrae muy fácilmente y múltiples pensamientos acuden a su cabeza.

Estadio final: El paciente está muy angustiado, su comportamiento es extraño, está desorientado, con alucinaciones y muy incoherente.

Por supuesto que el paciente puede detenerse en el estado inicial o intermedio, sin llegar a la gravedad del estado final. Esto ocurre gracias a la toma del tratamiento cuando el cuadro se detecta.

Episodio hipomaníaco: síntomas similares a los del episodio maníaco pero menos intensos. Generalmente no será necesario el ingreso y los síntomas no van a interferir en la vida del paciente de forma tan intensa como en el episodio maníaco.

Episodios mixtos: periodos en los que el paciente presentará a la vez “las dos caras de la misma moneda”. Es decir, síntomas maníacos y depresivos. El enfermo puede expresar una gran alegría y sentirse a la vez falto de energías, o expresar tristeza pero a la vez estar muy activo...

Los síntomas que aparecen en cada uno de estos episodios se describieron con mayor detalle en otro capítulo de esta guía.

Hablaremos de “ciclo” en la evolución a un episodio de depresión seguido de un episodio de manía o hipomanía. O bien a un episodio de hipomanía o manía seguido de uno de depresión.

Según el tipo de ciclos que el paciente presenta, el trastorno bipolar puede ser de distinto tipo:

Trastorno bipolar tipo I: en su evolución el paciente presenta fases depresivas y maníacas. Con frecuencia la enfermedad comienza con un episodio depresivo, y es en el momento en el que el paciente presenta un episodio maníaco que se realiza el diagnóstico de trastorno bipolar tipo I.

Trastorno bipolar tipo II: a lo largo de la vida el paciente presenta al menos un episodio depresivo y un episodio hipomaniaco. Predominan en el curso las fases depresivas intensas que alternan con fases hipomaniacas.

Si el paciente durante al menos dos años presenta altibajos continuos de humor, de breve duración para cumplir criterios de hipomanía o depresión, y sin llegar a estar “eufórico”, hablamos de ciclotimia, que es un término relacionado con el trastorno bipolar.

Una cuarta forma de evolución: fases maníacas de repetición. Sería la manía unipolar. Este es un término muy controvertido y sobre el que se han hecho muchos estudios. Algunos de estos estudios apuntan a que si se revisa cuidadosamente la historia del paciente se identifican episodios depresivos previos no tratados. En países orientales y africanos en vías de desarrollo parece que la manía unipolar es frecuente. Y en nuestro medio habría un grupo pequeño de bipolares que evolucionarían de esta forma.

Hay que tener en cuenta que estos subtipos de trastorno bipolar no son apartados “estanco”. Es decir, en su evolución el paciente puede pasar de un tipo a otro. Por ejemplo: el paciente que ha sufrido episodios hipomaniacos y depresivos y sufre un episodio maníaco pasará a ser un bipolar tipo I. O no es extraño que un paciente tenga depresiones recurrentes y en un momento de su evolución sufra un cuadro maníaco o hipomaniaco y entonces se le diagnostique de trastorno bipolar tipo I o II.

Edad de comienzo

Habría que aclarar primero que nada si al hablar de la edad de comienzo nos referimos a:

Cuándo aparecen los primeros síntomas (entonces la edad media de aparición sería los 15 años).

Cuándo se da el primer episodio (media de edad de 18 – 19 años).

Cuándo el paciente pide ayuda por primera vez a un especialista y recibe tratamiento (22 años).

Cuándo precisa el primer ingreso (25 – 26 años).

Cuando hablamos de media de edad nos referimos a un cálculo en el que se incluyen tanto los casos de comienzo tardío como los de comienzo muy precoz. Así, la media de edad de comienzo estaría alrededor de los 28 años. Mientras que la edad más frecuente de aparición de la enfermedad estaría alrededor de los 20 años de edad. Es pues, la adolescencia tardía la época de la vida en la cual, con más frecuencia, aparece el trastorno bipolar.

En el trastorno bipolar tipo II la edad de aparición podría ser superior. Aunque esto podría ocurrir por las dificultades que muchas veces surgen para detectar los primeros episodios y realizar un diagnóstico temprano.

Se han descrito casos de manía o hipomanía en niños de 4 y 8 años. Con frecuencia no se diagnostican correctamente. Por eso es importante saber que también a esas edades pueden aparecer episodios de este tipo.

No es infrecuente que pacientes que más tarde han sido diagnosticados de trastorno bipolar presentaran en la pubertad un diagnóstico de trastorno de conducta, hiperactividad... Se comenzaría a manifestar la enfermedad con síntomas sutiles, como irritabilidad, insomnio...

Si en un adolescente se da un cuadro depresivo con las siguientes características puede predecirse que presentará en su evolución fases maníacas:

Si la depresión comienza de forma súbita.

Si se acompaña de síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios...) o lentitud en movimientos, en incapacidad para pensar...

Si hay antecedentes de familiares con trastorno bipolar o depresión.

Si al tratarse esa depresión con antidepresivos el paciente presenta síntomas de hipomanía.

Podemos diferenciar los casos de comienzo temprano y comienzo tardío:

Comienzo temprano de la enfermedad: supone una mayor influencia de los genes. Si tanto por la línea materna como paterna hay casos de trastorno bipolar, el inicio de la enfermedad es más temprano.

En los pacientes en los que aparece antes la enfermedad puede existir un peor pronóstico. Tienen muchos años de vida por delante y por tanto probabilidad de sufrir más número de episodios totales de la enfermedad. Necesitará mayor número de hospitalizaciones y sufrirá más repercusiones a nivel social, familiar y laboral. Pueden ver interrumpida su educación, truncada su carrera laboral, tener serias dificultades para relacionarse social y sentimentalmente... No es lo mismo que el paciente con ya cierta edad que tiene ya una pareja, unos estudios...

Además, hasta en el 40 % de los casos se da un error en el diagnóstico a estas edades. Se confunden los primeros episodios del trastorno bipolar con una esquizofrenia. El comienzo de las fases maníacas es más aparatoso y brusco, hay alucinaciones, el paciente puede pensar que le vigilan o persiguen, su conducta está alterada... Estos son síntomas psicóticos. Será la evolución posterior la que nos ayudará a realizar un diagnóstico certero.

Comienzo a edades avanzadas o vejez: No suelen existir en estos casos antecedentes de trastorno bipolar en la familia. Habrá que descartar siempre que la enfermedad no sea debida a causas como: lesiones cerebrales, infecciones, alteraciones hormonales, fármacos o tóxicos...

Número de fases

Resulta imposible adivinar cuantas fases tendrá el paciente a lo largo de su vida. Ni siquiera, dar una cifra aproximada de ello.

Se han realizados muchos estudios, que aportan datos dispares y muy variables:

Se habla de que la mitad de los enfermos tienen hasta tres fases en su vida, y la otra mitad más de cuatro fases de la enfermedad.

○ número de recaídas o fases de 7 a 22.

Media de episodios maníacos: 9 (entre 2 y 30). ○ 40% más de 10 episodios.

Un promedio de 4 episodios en 10 años, de los cuales el 80 % serán maníacos y harán preciso una hospitalización.

Si el paciente toma el tratamiento de forma adecuada el número de fases será menor. Predice una buena respuesta al tratamiento con litio el que el paciente haya sufrido escaso número de episodios antes de la instauración de éste tratamiento.

A mayor número de fases maníacas en la evolución mayor será el número de hospitalizaciones, y de mayor duración.

Si el enfermo sufre mayor número de recaídas o fases y éstas son de mayor intensidad el pronóstico será peor. Sufrirá más deterioro a nivel social, laboral, familiar... y mayor carga para su familia.

Algunos estudios sugieren que según el subtipo de trastorno bipolar el número de episodios variará:

Trastorno bipolar I: menos número de recaídas. Pero esas recaídas serán de más intensidad.

Trastorno bipolar II: número de episodios mayor. Pero de menos gravedad (hipomanía), y con más número de fases depresivas. Menor número de hospitalizaciones.

Ciclotimia: Múltiples episodios pero de escasa intensidad.

Todos estos resultados son polémicos y no concluyentes, y en cada paciente la evolución puede ser variable.

Se ha hablado también en distintos estudios de una forma típica de evolucionar: tras un primer episodio se daría un intervalo largo de tiempo sin recaídas, al que se ha llamado “luna de miel”. Este periodo de remisión duraría una media de dos- tres años. Más tarde, conforme se suceden las recaídas o fases existiría entre ellas un periodo de remisión más corto. El haber sufrido una fase reciente supondría mayor riesgo para tener una nueva fase. Se darían “rachas” de fases, junto a periodos de tiempo con apenas fases o recaídas. De todos modos, conviene aclarar que no todos los pacientes tienen que evolucionar de este modo. Una forma extrema de esta manera de evolucionar se da en los pacientes llamados “cicladores rápidos”. Son los que sufren en un periodo de un año cuatro o más fases o episodios de la enfermedad. Se da en el 10-15 % de los pacientes bipolares. Supone esto en principio un peor pronóstico, con menor respuesta al litio y necesidad de tratamientos más específicos. Pero esto no tiene por qué ser irreversible, ni una forma mantenida de evolución. El paciente puede recuperarse y volver a tener una evolución más favorable, con menor número de recaídas. El 70 – 90 % de cicladores rápidos son mujeres, y se ha barajado la relación del tratamiento con antidepresivos tricíclicos, alteraciones hipotiroideas previas o secundarias al litio con éstos.

Comienzo y duración de las fases

Generalmente los episodios maníacos tienen un comienzo más brusco que los episodios depresivos. Es importante conocer los síntomas de alarma que en cada paciente nos están indicando los comienzos de una fase maníaca. Rápidamente puede desencadenarse todo el cuadro maníaco y es mejor cuanto antes lo detectemos. Así podremos evitar un ingreso, hacer que éste sea más corto, y que todo ello repercuta menos en el enfermo. Si el enfermo no lleva tratamiento con litio u otro profiláctico de recaídas todavía durará menos ese periodo de tiempo en el que aún puede darse cuenta de que algo va mal (notarse acelerado, nervioso...) En las fases depresivas el comienzo es más solapado y los síntomas se instauran de una forma más progresiva. Conforme el paciente sufre más episodios de su enfermedad la instauración del cuadro maníaco será más rápida.

En cuanto a la duración de las fases decir de nuevo que puede ser muy variable. Con los tratamientos de que disponemos disminuiríamos esa duración. Las fases depresivas y los episodios mixtos suelen durar más que las fases maníacas. Los episodios hipomaníacos leves pueden durar muy poco tiempo. Los estudios realizados aportan los siguientes datos orientativos :

Sin tratamiento farmacológico un episodio maníaco puede durar unos 7 – 8 meses, y un episodio depresivo unos 6 – 13 meses. Hoy en día cuando se diagnostica al paciente se le trata con los fármacos. Estos datos se extraen de estudios antiguos. Entonces no se tenían tratamientos efectivos y podía observarse el curso natural de la enfermedad (la enfermedad dejada a su propia evolución).

Con tratamiento apropiado un episodio maníaco dura una media de 6 semanas, un episodio depresivo alrededor de 11 semanas y un episodio mixto alrededor de 17 semanas.

Respecto al comienzo del trastorno bipolar hay estudios que apuntan a un predominio del inicio con episodios depresivos. En el 30 % de los casos el primer episodio puede ser de tipo mixto. Si el inicio es con episodio depresivo o mixto el pronóstico puede ser peor. El enfermo puede tener más recaídas y recaer antes. En su día se habló de que si el paciente debutaba con un primer episodio maníaco tendría más probabilidad de que las fases sucesivas fueran maníacas; o al contrario: inicio depresivo, más recaídas depresivas. Esto no se ha podido comprobar, es muy variable y dependerá de cada paciente que se dé una evolución u otra.

Influencia de las estaciones

Desde la antigüedad se ha estudiado la influencia de las estaciones y la meteorología en las enfermedades, en el estado de ánimo, y por supuesto en las enfermedades psiquiátricas.

Existirían pacientes en los que se darían mayor riesgo de recaída (presentar una nueva fase) en determinada estación del año. No queda claro qué proporción de pacientes tendrían este “curso estacional” de la enfermedad. Se habla de un 10 – 20 % de ellos, y la genética influiría en este patrón de recaída.

En general se afirma que la primavera y el verano son las épocas en las que hay más frecuencia de episodios maníacos. Y la depresión se presentaría en otoño-invierno.

Influiría en esto la temperatura, número de horas de sol, humedad... Todos estos factores influirían en el "reloj biológico" del enfermo y precipitaría la recaída. El más importante sería el número de horas de sol o duración del día, que influiría sobre todo en las fases maníacas.

Y la importancia de esto es que si sabemos que el paciente tiene recaídas en una estación determinada del año podríamos evitar esa recaída. Conforme se acerca esa estación de riesgo habría que visitar al paciente con más frecuencia, ajustar el tratamiento y estar pendiente de los síntomas que pueden aparecer.

Influencia del tratamiento en la evolución

Se ha hablado ya en puntos anteriores de la importancia del tratamiento farmacológico. En otro capítulo de esta guía se explicará qué tipo de tratamientos existen en estos momentos. El litio, usado desde hace más de 40 años, sigue siendo el tratamiento principal para evitar recaídas de la enfermedad.

Gracias a éste y a otros tratamientos, el enfermo tendrá menor número de recaídas; estas recaídas serán menos intensas y de menor duración; precisará menor número de ingresos en el hospital. Se ha comprobado que con el litio disminuye hasta seis veces la tasa de suicidios.

Conviene recalcar también, que la efectividad de los tratamientos es limitada. Aún con un tratamiento correcto es de esperar que los enfermos sufran alguna fase.

Esto no quita para que podamos afirmar que lo que mejor puede predecir una recaída en el paciente es el abandono del tratamiento. Esto ocurre con frecuencia: el 32 -45 % de pacientes no se adhiere al tratamiento y lo abandona. Por ello es importante que junto a la prescripción del tratamiento el enfermo reciba un tratamiento psicológico y educativo. Debe entender la necesidad del tratamiento, saber en qué consiste, los posibles efectos secundarios y su remedio, y la importancia que tiene el tomarlo adecuadamente y no abandonarlo.

Si el paciente interrumpe en sucesivas ocasiones el tratamiento, el riesgo de recaer es muy alto. Además también existe el riesgo de que luego deje de responder al tratamiento con litio (este tratamiento dejará de ser efectivo).

Cuanto antes comience el enfermo a tomar el tratamiento, una vez iniciada la enfermedad, mejor será su evolución. Algunos estudios hablan de que si el paciente responde bien al tratamiento con litio en el primer año de su evolución se augurará un mejor pronóstico. Otros datos que algunos estudios concluyen sobre el tratamiento con litio son:

Responden mejor los pacientes con ciclos de manía-depresión-eutimia.

Responden peor los cicladores rápidos y episodios mixtos.

Peor respuesta si hay abuso de alcohol u otros tóxicos o si hay un diagnóstico psiquiátrico añadido (ansiedad...)

Por último, señalar que el tratamiento antidepresivo que se da al paciente cuando tiene un episodio depresivo puede desencadenarle una fase maníaca o hipomaníaca. Es lo que llamamos "viraje". Pasa de una fase a otra por efecto del tratamiento. Esto puede ocurrir hasta en el 20 % de los casos y es más frecuente en mujeres jóvenes, en trastorno bipolar tipo II y en cicladores rápidos.

Influencia de los acontecimientos vitales en la evolución

Nos referimos a aquellos acontecimientos en la vida del paciente que suponen un cambio importante y que causan en él un estrés. Pueden ser de carácter positivo (nacimiento de un hijo, matrimonio...) o negativo (fallecimiento de un familiar, pérdida de trabajo...)

Un acontecimiento vital por sí solo no va a desencadenar la enfermedad, pero sí puede influir en las recaídas.

El paciente presenta una “vulnerabilidad genética” para padecer la enfermedad. Esto significa que es vulnerable o propenso a tener la enfermedad por los genes. Ocurre un acontecimiento vital estresante que varía el ritmo normal del paciente: su ritmo de sueño, salidas, relaciones... Además ese acontecimiento vital tiene unas consecuencias psicológicas en él. Todo esto unido (vulnerabilidad genética más acontecimiento vital que altera el ritmo y produce un efecto psicológico en el paciente) facilitará que se desencadene una recaída en la enfermedad.

Conforme la enfermedad va evolucionando, cada fase sufrida hace que el paciente tenga más riesgo de una recaída. Estas recaídas tendrán ya menos que ver con acontecimientos vitales estresantes.

Por eso es más importante un apoyo psicosocial en el comienzo de las fases, cuando la enfermedad es más sensible a los estresores vitales.

Puede acharcarse a veces el comienzo de una recaída a lo que en realidad es consecuencia o producto de ésta. Por ejemplo: el paciente maníaco que se gasta una cantidad importante de dinero, se arruina económicamente y luego se atribuye a esto la fase maníaca, siendo esto un error.

No hay ninguna conclusión acerca de qué tipo de acontecimientos vitales desencadena cada tipo de fase. Se han descrito episodios maníacos tras la muerte de familiares.

Sí se ha visto que estresores graves aumentan el riesgo de recaída 4 veces o más.

Un antecedente frecuente del suicidio consumado en el paciente bipolar es un acontecimiento vital estresante en los últimos tres meses (el 60 % de los casos).

Influencia del abuso de sustancias en la evolución

El consumo de alcohol, cocaína u otras sustancias complica la evolución del enfermo bipolar. Supone:

Más recaídas y necesidad de mayor número de hospitalizaciones.

El enfermo tardará más en recuperarse de cada una de las recaídas. Será más resistente al tratamiento. Además lo abandonará con frecuencia, no seguirá un adecuado control psiquiátrico, dejará de acudir a visitas...

El alcoholismo, abuso de cocaína o de otras sustancias, supone ya por sí solo un deterioro social, laboral, familiar... Esto ocurrirá aún con más intensidad en el paciente bipolar que abuse de estas drogas. Pérdida del trabajo, separaciones, conflictos familiares...

Mayor tasa de suicidios. Las drogas provocarán en el enfermo bipolar mayor impulsividad, agresividad, inestabilidad emocional, irritabilidad... Todo ello supone más intentos de suicidio y mayor riesgo de consumarlo.

El trastorno bipolar es el trastorno psiquiátrico que con más frecuencia se asocia a abuso de sustancias:

Del 30 –60 % de pacientes en episodio maníaco consumen alcohol u otras sustancias. Con frecuencia son hombres jóvenes. Consumen cocaína para seguir con el ánimo elevado. No son capaces, en su estado maníaco, de valorar las consecuencias del consumo. A veces el abuso de sustancias precede a la manía (hasta en la mitad de los casos).

También es frecuente el abuso de sustancias en mujeres con episodio mixto.

Se han realizado múltiples estudios sobre alcoholismo y trastorno bipolar. ¿Cuál es la relación entre ambos trastornos? ¿Qué ocurre antes en la evolución? Lo importante es tenerlo siempre en cuenta, diagnosticar y tratar el abuso de sustancias que puede existir en el trastorno bipolar y que va a ensombrecer con toda seguridad el pronóstico del enfermo.

Mortalidad y suicidio

Ya se ha hablado en otros puntos de esta guía del aumento de la mortalidad en pacientes bipolares y de la frecuencia del suicidio.

Cuando aún no se disponía de tratamientos farmacológicos, la mortalidad en enfermos bipolares era hasta 6 veces mayor que en la población general. Los pacientes morían por agotamiento o por causas cardiovasculares.

Actualmente la mortalidad es 2–3 veces mayor en estos pacientes. Las causas más frecuentes de muerte son: el suicidio, las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias.

El porcentaje de suicidios en pacientes bipolares puede ser hasta del 19 %. En contra de lo que siempre se ha creído, el riesgo de suicidio no ocurre solo en la fase depresiva. Casi una cuarta parte de los suicidios ocurren en una fase maníaca o mixta. En las fases mixtas el enfermo tiene ideas depresivas, de suicidio, y a la vez está inquieto, con aumento de la energía... Todo ello supone un riesgo importante de suicidio.

El suicidio es más común o frecuente al comienzo de la enfermedad, y poco probable después de años de evolución. Más allá de los 10 años de evolución de la enfermedad no hay casi suicidios. Otro momento crítico para consumar el suicidio es el primer año de seguimiento tras un alta hospitalaria, sobre todo si este ingreso fue por un episodio depresivo. O cuando se pasa de fase maníaca o hipomaniaca o depresiva sin periodo de normalidad. La existencia de intentos previos puede predecir que el paciente puede acabar suicidándose. Si no lo consiguen al principio, los intentos pueden ser cada vez más graves.

El inicio precoz de la enfermedad conlleva más intentos de suicidio, más gravedad de estos intentos y más riesgo de consumarlo.

Pacientes solteros, con aislamiento social, curso adverso de la enfermedad... tienen más riesgo de suicidio y mayor índice de mortalidad.

El paciente bipolar que consume alcohol u otras drogas, que presenta un trastorno de ansiedad añadido, o que tiene un trastorno de personalidad, tendrá más intentos de suicidio. Más del 70 % de pacientes que consuman el suicidio abusaban del alcohol. También aumenta el riesgo de suicidio si existe una enfermedad física añadida (sobre todo en mujeres). O si existen antecedentes en la familia de suicidio. Y se habla de más riesgo en bipolares tipo II.

Según algunos especialistas, en las mujeres son más frecuentes los intentos de suicidio, y en los hombres es mayor el riesgo de consumarlo.

En un punto anterior se habla de la relación de acontecimientos vitales con el suicidio. Con frecuencia estos acontecimientos vitales son producto de la conducta y los actos cometidos por el enfermo en una fase de su enfermedad. Cuando es consciente de lo que ha hecho puede sobrevenir el suicidio (por ejemplo: problemas legales por conducta temeraria durante el episodio maníaco).

Repercusiones sociales, laborales, familiares... de la enfermedad

Se han comentado ya los problemas que el enfermo con trastorno bipolar puede tener para funcionar en determinadas áreas de su vida.

Problemas para relacionarse con los demás, con su familia, para mantener amistades. Separaciones o conflictos matrimoniales. Pérdidas de trabajo y problemas económicos. Problemas con la ley por hechos realizados en una fase maníaca.

Desde siempre se ha hecho una diferenciación entre trastorno bipolar y esquizofrenia. El paciente esquizofrénico no vuelve a ser el de antes de la enfermedad, su personalidad se ve profundamente afectada y su vida totalmente alterada por la enfermedad. El deterioro interno que la esquizofrenia provoca en el enfermo es marcado: desmotivación, dificultad para concentrarse, para rendir en los estudios... En contraposición a esto se afirmaba que el paciente bipolar se restituía completamente tras las fases de su enfermedad. Con el tiempo, se ha visto que esto no es así, y que el enfermo bipolar también presenta repercusiones a nivel social, laboral, familiar... No es lógico pensar que cada fase de la enfermedad no deje huella en el paciente ni suponga una interrupción en su vida habitual. Además, una vez controlada la fase el enfermo puede presentar síntomas afectivos más leves pero persistentes, que también afectan a su vida. El deterioro interno que ocurre en la esquizofrenia no se da en el paciente bipolar, aunque hay estudios recientes que afirman que el paciente bipolar también puede tener a medio-largo plazo problemas de memoria, de aprendizaje, en la fluidez del lenguaje...

Ya se han mencionado qué factores pueden influir en el deterioro social, laboral, familiar. Lo recalamos de nuevo:

Mayor deterioro en la vida del paciente si la enfermedad comienza más temprano.

Si hay más recaídas de la enfermedad, si el paciente no se toma el tratamiento, si abusa de tóxicos, o presenta ansiedad añadida.

Si antes de aparecer la enfermedad el paciente tiene un trabajo estable, buen apoyo familiar, un círculo de amigos y relaciones estables... su funcionamiento posterior también será mejor y el cambio que la enfermedad supone será menor.

Al contrario, si ya desde el inicio y antes de la enfermedad tenía pocos apoyos, inestabilidad y conflictos familiares... sus dificultades serán más marcadas.

Influye también cómo era el carácter o personalidad del paciente antes del diagnóstico de la enfermedad. Dependiendo de esto, afrontará mejor o peor los acontecimientos vitales, y será más o menos sensible al estrés. Se habla de que pacientes más introvertidos tienen más recaídas y más problemas de adaptación. Influirá también el carácter en la forma de asimilar la enfermedad, cumplir el tratamiento, abusar o no de tóxicos, e intentar llevar una vida regular y controlar así la enfermedad.

La relación entre recaídas de la enfermedad y adaptación socio-laboral y familiar es como "la pescadilla que se muerde la cola". El paciente tiene una fase de su enfermedad, pierde el trabajo, o se divorcia, o pierde gran cantidad de dinero... esto supondrá más riesgos de recaída. Si recae los problemas en su vida se incrementarán, esto lleva a una nueva recaída, peor adaptación, nueva recaída... Se podrá cortar este círculo vicioso con un tratamiento adecuado y una intervención psicológica, social y educativa.

Muchas veces no se sabe qué es causa y qué consecuencia de la enfermedad. Por ejemplo: una elevada conflictividad familiar puede desencadenar una fase. Pero a su vez, si el ambiente familiar está alterado puede ser debido a los síntomas que el paciente presenta y a los problemas que la propia enfermedad acarrea.

Por último, todo esto supone un elevado gasto para la sanidad pública. Y sobre todo una interferencia grave en la vida del paciente. Y esto en una enfermedad en la que con un correcto abordaje, tratamiento, y comprensión de la misma por parte del paciente, la familia y la sociedad podemos lograr una mejoría notable de la evolución. Labor de todos será el conseguirlo y esta guía, uno de los instrumentos para ello.

¿Son frecuentes los trastornos bipolares?



¿SON FRECUENTES LOS TRASTORNOS BIPOLARES?

Los trastornos bipolares afectan en la actualidad al 1,2% de la población. Los pacientes suelen ser jóvenes cuando se manifiestan los primeros síntomas y aunque existen pocas diferencias, el número de mujeres afectadas es ligeramente superior al de hombres. Podemos encontrarlo en todas las etnias, culturas y niveles socioeconómicos. Es uno de los trastornos psiquiátricos en los que tiene mayor importancia la herencia genética.

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

En los últimos años, se ha observado que la edad de aparición del trastorno bipolar ha disminuido, y que el número de pacientes diagnosticados está aumentando; este último hallazgo puede ser debido a que pacientes que anteriormente eran diagnosticados como esquizofrénicos, actualmente son considerados como bipolares dado el mayor conocimiento de la enfermedad bipolar.

Consideraremos varias características del trastorno bipolar:

Edad de aparición:

Es una enfermedad que se inicia a edades bastante tempranas, generalmente las primeras manifestaciones se producen al final de la adolescencia o en la década de los veinte años. Se considera que el intervalo de 15 a 19 años es el de mayor riesgo, seguido del grupo de 20 a 24. Los hombres suelen ser más jóvenes cuando aparecen los primeros síntomas, con una edad media de dieciocho años en los hombres y veinte en las mujeres. En aquellos casos en los que existan antecedentes familiares, será más probable que la enfermedad se inicie a una edad más temprana.

Sólo en un 25% de los casos el trastorno bipolar hace su aparición después de los 50 años, y en el 10% su inicio tendrá lugar en la vejez. En aquellas ocasiones en las que la manía se manifiesta por primera vez a edades avanzadas, o en la vejez, en pacientes sin antecedentes personales de trastorno afectivo, conviene descartar que no se deba a la complicación de una enfermedad física como por ejemplo una infección, lesiones cerebrales, alteraciones hormonales... o que no sea inducida por un fármaco o un tóxico.

En el caso de que el trastorno bipolar se inicie siendo el paciente muy joven, suelen cumplirse varias características: permanecen solteros con más frecuencia, tienen un nivel educacional inferior al no llegar a completar estudios superiores, presentan más antecedentes familiares, tienen más intentos de suicidio y mayor gravedad en los síntomas.

Diferencias según el sexo:

En los pacientes con Trastorno Bipolar I (episodios de manía-depresión) la frecuencia es similar para ambos sexos. Sin embargo, la proporción de mujeres aumenta conforme predominan las fases depresivas sobre las manía-

cas, de forma que entre los bipolares II, caracterizados por la sucesión de ciclos de depresión-hipomanía (en la que los síntomas son idénticos a los del episodio maníaco, pero la gravedad no es suficiente como para causar un deterioro importante en las relaciones sociales o la actividad laboral, ni para requerir hospitalización), hay afectadas prácticamente dos mujeres por cada hombre.

Habitualmente, los hombres sufren más episodios maníacos y las mujeres más mixtos y depresivos. Sin embargo, las mujeres son hospitalizadas con más frecuencia que los hombres por episodios maníacos. En el caso de los cicladores rápidos, es decir, aquellos pacientes que padecen al menos cuatro episodios de manía-depresión al año, también es mayor el número de mujeres afectadas.

Con respecto al consumo de sustancias tóxicas, los estudios indican que en los hombres con trastorno bipolar es más frecuente que en las mujeres. Al mismo tiempo, las mujeres bipolares, consumen alcohol y otras sustancias entre cuatro y siete veces más frecuentemente que las mujeres sin esta enfermedad.

Variaciones según el estado civil

Tradicionalmente se ha considerado que los trastornos bipolares son más frecuentes entre solteros y divorciados que entre casados, bien porque el estado civil cambie como consecuencia de la enfermedad, o bien porque sea el reflejo de una edad de inicio temprana.

Variaciones según la etnia:

Sus características fundamentales se repiten en todas las razas, con variaciones en función de las peculiaridades de cada cultura a la hora de expresar los sentimientos y de la personalidad individual. Anteriormente se consideraba que la raza negra sufría en menor proporción el trastorno bipolar, sin embargo parece que se trata de un error debido a una tendencia a sobrediagnosticar la esquizofrenia en este grupo racial.

Variaciones según el nivel económico:

Existen algunos estudios que han encontrado una mayor frecuencia en las clases económicas elevadas, aunque esto no ha sido completamente demostrado.

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

Influencia de los acontecimientos estresantes:

Los sucesos o circunstancias que suceden en la vida de un individuo que le resultan estresantes y que pueden alterar su estado de salud física o mental tienen más importancia en el primer episodio de la enfermedad bipolar y en las fases iniciales, que en las recaídas posteriores.

Variaciones en función de la fecha de nacimiento

Aunque no existen datos concluyentes, algunos estudios han encontrado que entre los pacientes bipolares es más frecuente que las fechas de nacimiento se sitúen desde el invierno al inicio de la primavera, especialmente en las mujeres.

La herencia del Trastorno Bipolar

LA HERENCIA DEL TRASTORNO BIPOLAR

Se considera que el Trastorno Bipolar es una enfermedad hereditaria, y esto solo en cierta medida, ya que las investigaciones realizadas no han podido encontrar todavía los mecanismos exactos de la transmisión hereditaria, aunque se han barajado muchas hipótesis al respecto. Por ello es preferible utilizar el término de vulnerabilidad genética para padecer un Trastorno Bipolar, donde la herencia va a interactuar con otros elementos de tipo personal, social y ambiental. La genética ha contribuido a esclarecer la causa de muchas enfermedades, y también en Psiquiatría se han hecho acercamientos, mediante las llamadas técnicas de "linkage" y los estudios de asociación, como técnicas de estudio de genética molecular y mediante los estudios de agrupamiento familiar, en gemelos y estudios de adopción, como técnicas epidemiológicas.

No se ha podido demostrar que un inicio temprano en la vida, de la enfermedad, tenga que ver con que sea más hereditaria. Tampoco se ha demostrado que a mayor número de episodios, exista mayor relación con la herencia.

Existen algunas enfermedades que están relacionadas genéticamente con el Trastorno Bipolar, como son el Trastorno Esquizoafectivo, la Ciclotimia, la Hipomanía Unipolar y algunos trastornos de la conducta alimentaria.

Por ahora no se ha podido aclarar la forma por la que se hereda el Trastorno Bipolar, debido a que esto se produce por mecanismos muy complejos.

Sabemos que los llamados genes contienen toda la información sobre las características que tiene nuestro cuerpo: ellos determinan nuestro color de ojos, nuestra estatura... pero también indican cómo debe funcionar nuestro cuerpo, por ejemplo, el funcionamiento de los pulmones, del corazón, etc. Un gen alterado producirá, por tanto, una alteración de algún aspecto del cuerpo. Lo mismo ocurre con la mente, si un gen se encuentra alterado, habrán más posibilidades de que la mente "funcione mal", dando ello lugar a una enfermedad mental.

En el Trastorno Bipolar se sabe que pueden existir, no uno, sino varios de estos genes alterados (mutados), de modo que de la suma de todos estos genes alterados va a surgir una mayor vulnerabilidad para padecer la enfermedad.

Sin embargo, ninguno de estos estudios de ligamiento genético ha permitido, hasta el momento, encontrar los lugares exactos en que se hallan estos genes alterados, a pesar de que se han barajado muchas posibilidades.

Hemos hablado de lo que son los genes, pero ¿dónde se encuentran?. La respuesta es, en unas estructuras llamadas cromosomas. Los cromosomas están en el interior de todas y cada una de las células de que se compone nuestro organismo. En cada célula del cuerpo humano hay 23 pares de cromosomas. De estos 23 pares de cromosomas, uno de ellos corresponde a los denominados cromosomas sexuales (el par que componen el cromosoma X y el cromosoma Y), de modo que un individuo varón, posee 22 pares de cromosomas más el par XY, y una mujer, 22 pares de cromosomas más el par de cromosomas XX.

Así, en todas las células del cuerpo (de todas las partes de que se compone éste, no solamente las células de la cabeza), vamos a encontrar lo mismo; esto es, los 23 pares de cromosomas, con sus respectivos genes, repetidos por tanto, miles de millones de veces (una por cada célula del cuerpo). De este modo, en todas las células de nuestro cuerpo, está toda la información acerca de cómo somos y de cómo debe funcionar nuestro

cuerpo (y nuestra mente), y ello, se encuentra "escrito" en los genes. Como toda la información genética de que disponemos, la encontramos repetida, exactamente la misma, en todas las partes del organismo, se puede deducir que la información genética alterada que da lugar a una mayor susceptibilidad para padecer el Trastorno Bipolar, aparecerá en cualquier órgano, por ejemplo, las células de la piel, etc.

Hemos dicho que todas las células del cuerpo humano contienen 23 pares de cromosomas. Pues bien, existe una excepción a esta regla, y la excepción es las células encargadas de la reproducción, las "células germinativas", también llamadas espermatozoide (en el varón) y ovocito (en la mujer). Estas células sufren, a lo largo de su existencia, un proceso por el cual los 23 pares de cromosomas, se intercambian fragmentos de cromosoma unos con otros, a la vez que desaparece un miembro de cada par. Este proceso recibe el nombre de meiosis y da como resultado unas células (germinativas) que solo tienen 23 cromosomas (no 23 pares, por tanto la mitad de cromosomas que una célula normal) y además, no tienen ya exactamente los mismos cromosomas que las demás células del cuerpo (debido a que sus nuevos cromosomas son el resultado de haberse intercambiado, como hemos dicho, fragmentos entre ellos). De la unión entre una célula germinativa masculina y otra femenina surge una nueva célula, el cigoto, que dará lugar a un nuevo ser. Esta nueva célula ya tiene 23 pares de cromosomas (recordemos que se ha originado por la unión de dos células que tienen 23 cromosomas), y dichos cromosomas son absolutamente nuevos (23 proceden del padre, resultantes de una entremezcladura previa y 23, de la madre, igualmente entremezclados con anterioridad). El hecho de que todas las personas sean distintas tiene que ver con las infinitas posibilidades de combinaciones de cromosomas, en el mencionado proceso de "entremezclado"

Estudios de genética molecular

Las técnicas de biología (genética) molecular, que han tenido un avance importante en los últimos 20 años, utilizan lo que se llama "marcadores genéticos", esto es, teniendo ya localizados algunos genes, estos nos van a servir, actuando como guías, para encontrar otros, en el caso que nos ocupa, relacionados con el Trastorno Bipolar. Esto lo vamos a realizar mediante dos técnicas, los estudios de linkage y los estudios de asociación

Estudios de linkage

Hemos dicho que en el proceso de meiosis, los 23 cromosomas de las células germinativas (recordemos que éstas no tienen 23 pares, sino únicamente 23 cromosomas) se intercambian fragmentos de cromosomas, resultando otros 23 cromosomas totalmente nuevos. Pues bien, es lógico pensar que genes concretos que estén muy cerca uno del otro, en un cromosoma concreto, tengan más probabilidades de viajar juntos en el fragmento de cromosoma que se va a otro cromosoma, en el proceso de meiosis.

Estos estudios (también llamados de ligamiento) consisten en lo siguiente: cogemos miembros de familias diversas y analizamos su material genético, buscando pedazos de cromosomas que contengan genes que nosotros hayamos localizado (mediante técnicas genéticas), y que presumiblemente, van a "viajar" juntos. Si vemos que en muchas familias ocurre esto, es decir que los genes localizados por nosotros se van heredando siempre juntos, entonces podremos decir que se hallan próximos en el mismo cromosoma. Para poder realizar esta afirmación, nos tenemos que apoyar en la estadística, esto es, no podemos decir que "estos dos genes van siempre juntos", sino que hemos de decir que la probabilidad de que los dos genes concretos se hereden siempre juntos, en el mismo pedazo de cromosoma, es superior a un determinado valor. Por encima de él es muy probable que ambos genes estén ligados (existe ligamiento genético entre ambos genes), y por debajo de dicho valor es poco probable que ello suceda. De este modo, hemos hallado una región de un cromosoma concreto, donde están el o los genes, supuestamente responsables de una mayor susceptibilidad para padecer el Trastorno Bipolar.

Hay que resaltar que existen otros métodos para encontrar ligamientos genéticos, que consisten en estudiar

parejas de gemelos afectos por la enfermedad o bien miembros de un familia afectos. Estudiamos entonces sus regiones genéticas idénticas, buscando allí los genes alterados responsables del Trastorno Bipolar. Estos métodos utilizan lo que se llama la estadística no paramétrica.

Se han efectuado muchos estudios de ligamiento, intentando encontrar evidencias de ligamiento genético con zonas de determinados cromosomas. El primero de estos estudios pretendió encontrar un ligamiento genético entre el llamado sistema HLA (interviene en los fenómenos de la inmunidad y el gen que lo regula está en una zona del cromosoma 6) y el Trastorno Bipolar, con resultados contradictorios. Otros han encontrado asociaciones entre el Trastorno Bipolar y zonas determinadas de los cromosomas 1,4,11,13,15, con resultados asimismo poco concluyentes.

También se ha intentado encontrar un ligamiento genético entre el Trastorno Bipolar y los cromosomas sexuales, especialmente el X. En efecto, se había observado que la enfermedad es más raro que se transmita de padre a hijo que de madre a hijo, lo que llevó a pensar que la enfermedad se transmitía por el cromosoma sexual X (recordemos que los individuos varones tienen dos cromosomas sexuales, el X y el Y, mientras que las mujeres tienen los dos cromosomas XX). A este respecto, se intentó encontrar un ligamiento genético entre el Trastorno Bipolar y el gen alterado que produce una enfermedad de la sangre llamada "Déficit de glucosa-6-p- deshidrogenasa", que se halla en el cromosoma X. Al igual que con el resto de cromosomas, no se ha demostrado firmemente la participación del cromosoma sexual X, en el Trastorno Bipolar.

En la pasada década existen estudios que utilizan técnicas no paramétricas de ligamiento (como hemos dicho, comparando regiones idénticas de gemelos o de familiares afectos y buscando allí los genes responsables). Así, se ha identificado el cromosoma 18 transmitido por el padre, el cromosoma 21, transmitido por la madre, y de nuevo el cromosoma sexual X. Estos últimos estudios son los que gozan de mayor verosimilitud en estos momentos.

Como se ha podido apreciar, los estudios de linkage están dirigidos a buscar genes independientes, cuya alteración produzca una mayor susceptibilidad de padecer el trastorno, pero, insistimos, genes únicos. Esto va en contra de lo que se cree en la actualidad, esto es, que la enfermedad la produce un conjunto de genes anómalos, actuando conjuntamente, es por ello que los resultados son tan contradictorios

Estudios de asociación

En estos estudios utilizamos dos grupos, uno de gente sana y otro de enfermos afectos por el Trastorno Bipolar. En los dos grupos estudiamos muchos genes, de modo que al final conseguimos saber cuales de estos genes tienen que ver con la enfermedad bipolar, y cuales no.

En cuanto a los estudios de asociación, hemos de tener en cuenta que muchos de los genes identificados pueden no ser causantes del trastorno, sino únicamente meros factores de susceptibilidad. También es posible que los grupos de personas supuestamente "sanas" tengan algún tipo de parentesco con pacientes, de modo que sus genes no sean los de la población sana esperada. Para evitar estos problemas es mejor realizar búsquedas de genes candidatos que presumiblemente tengan un papel importante en el desencadenamiento de la enfermedad

Tanto los estudios de linkage como los de asociación tienen algunos problemas, y es que el Trastorno Bipolar puede no diagnosticarse hasta pasados muchos años después del inicio de los síntomas por ejemplo, pacientes que han sufrido depresiones, hasta que no presentan un episodio maníaco no se les puede diagnosticar de Trastorno Bipolar. Otras veces es difícil distinguir otras enfermedades, como la Esquizofrenia, del Trastorno Bipolar, llegándose a este último diagnóstico después de tiempo de evolución. También es posible que la enfermedad bipolar se inicie en fases avanzadas de la vida. Todos estos supuestos hacen que en los estudios que hemos mencionado estemos tomando como "normales", pacientes que realmente sí son bipolares.

Obviamente, esto no es tan sencillo, ya que sobre esta información que podríamos llamar heredada "de fábrica", van a intervenir otros aspectos de tipo psicológico, social, consumos de drogas, etc. que van a hacer que el Trastorno Bipolar se presente de un modo u otro. Esto se explica en otros capítulos de este libro

Un estudio utilizando técnicas de ligamiento genético encontró una relación entre el Trastorno Bipolar y una enfermedad ocular llamada Daltonismo, esto quiere decir, que se identificó un gen, cuya alteración se creyó que podía ser la causante de ambas enfermedades. El gen implicado se encontró en el cromosoma sexual X, pero otros estudios hechos con posterioridad, no han podido confirmar esta asociación.

Otros estudios, también de ligamiento genético, han relacionado el Trastorno Bipolar con el Grupo sanguíneo Xg.

El modo en que se hereda el Trastorno Bipolar es, por tanto, algo variable, o lo que es lo mismo, depende de alteraciones en muchos y diversos genes; en algunas familias sí se hereda la enfermedad a partir de mutaciones en genes del cromosoma X, en otras familias no es así, sino que participan otros cromosomas y otros genes. Es por ello, por lo que los estudios que han tratado de encontrar un gen alterado en un cromosoma concreto, han tenido resultados contradictorios. Por ejemplo, hay familias con casos de Trastorno Bipolar que no tienen Daltonismo (hay ausencia de ligamiento genético con el Daltonismo), luego en ellas no interviene el cromosoma X, lo hacen otros cromosomas).

Acontecimientos vitales



ACONTECIMIENTOS VITALES

Los acontecimientos vitales hacen referencia a sucesos en la vida de una persona que suponen un cambio importante en sus circunstancias, producen estrés y requieren de nosotros una labor de adaptación. Algunos ejemplos son los cambios de domicilio, cambios y problemas laborales, fallecimiento de seres queridos, pérdidas afectivas, casamientos y divorcios, embarazo y nacimiento de los hijos, jubilación... Hasta su desaparición, uno de los acontecimientos que más se relacionaba con el inicio de cuadros psiquiátricos era el servicio militar, ya que en él confluyen la naturaleza estresante del evento con la edad en la que suelen iniciarse algunos trastornos psiquiátricos.

La sólida evidencia existente de la importancia de factores biológicos y hereditarios en el trastorno bipolar, ha dejado en segundo plano la consideración de factores psicológicos y ambientales. Sin embargo los estudios muestran que, si bien no puede hablarse de que los acontecimientos vitales causen la enfermedad, sí que parecen influir en su inicio y en su desarrollo.

Una de las dificultades para estudiar la relación entre acontecimientos vitales estresantes y trastorno bipolar consiste en poder diferenciar los sucesos que preceden y son independientes de los episodios de aquellos que son producto de la enfermedad, ya que es probable que el paciente debido a sus síntomas (euforia, desinhibición, alteraciones del pensamiento...) se meta en problemas (despilfarro, deudas, proposiciones sexuales inapropiadas...) y se achaque a estos el origen de la enfermedad cuando en realidad son consecuencia de la misma.

Los resultados de los estudios no muestran una relación tan clara entre acontecimientos vitales y trastorno bipolar como sucede en el caso de la depresión unipolar, y a veces han llegado a conclusiones contradictorias, pero la mayoría de ellos han encontrado influencia en el inicio y en las recaídas.

La relación entre episodios de manía y acontecimientos vitales es más clara en los primeros episodios de la enfermedad. Parece que el primer o primeros episodios están más influidos por los acontecimientos que los posteriores, que parecen requerir una cantidad de estrés mayor para que se produzca la recaída. Esto es lo postulado por el modelo de "ignición" o "encendido" (kindling model) que afirma que el papel de los acontecimientos vitales va disminuyendo a medida que avanza el curso de la enfermedad. Esta relación está mediatizada por la vulnerabilidad específica de cada paciente al estrés, de manera que hay pacientes muy vulnerables que continúan siendo sensibles al estrés tras varios episodios y otros en los que nunca se ha observado relación entre acontecimientos estresantes e inicio y recaídas. También se ha señalado que factores de personalidad como la introversión o la obsesividad afectan al grado de reactividad al estrés (los que puntúan alto en estas variables serían más vulnerables).

Los pacientes de inicio temprano (alrededor de los 20 años o antes) tienen frecuentemente antecedentes familiares de trastorno afectivo y suelen relatar menos acontecimientos vitales al comienzo de la enfermedad. Esto sugiere una alta vulnerabilidad constitucional hereditaria en estos pacientes y por ello necesitarían menos o ninguna cantidad de estrés para enfermar. Por el contrario los de inicio tardío suelen referir sucesos estresantes en el inicio del trastorno.

Los acontecimientos negativos no sólo pueden favorecer una recaída, sino que también afectan a la recuperación de los episodios. El tiempo de recuperación puede prolongarse hasta 3 veces entre aquellos sometidos a estrés psicosocial respecto a los que no lo están.

Los eventos que pueden propiciar un episodio maniaco serían aquellos capaces de producir estrés en forma de amenaza o pérdida. Los más comunes serían los conflictos maritales y familiares, problemas de salud, frustración de objetivos laborales, sobrecarga de trabajo... En general no parecen diferir de aquellos capaces de provocar episodios depresivos. Cada paciente puede ser especialmente vulnerable a un tipo específico de acontecimiento. Por ejemplo, alguien que recae tras una ruptura afectiva, es probable que vuelva a recaer si se produce otra.

Apenas se ha investigado cómo pueden afectar los eventos catastróficos a los bipolares pero al menos en un estudio se encontró un inesperado incremento de recaídas tras el paso de un huracán. Fueron más vulnerables los que habían estado inestables recientemente.

Con frecuencia se ha señalado que tanto los episodios depresivos como los maníacos, se presentan preferentemente según un patrón estacional. Según esto, la depresión se presenta con más frecuencia en otoño e invierno y la manía lo hace en la primavera y el verano. La explicación estaría relacionada con el número de horas de sol. Se ha encontrado que en algunos pacientes las recaídas se asociaban con el aniversario de experiencias traumáticas intensas en la infancia, adolescencia o la vida adulta (p. Ej. Un paciente que pierde un familiar y que tiende a recaer al aproximarse el aniversario). Formarían un subgrupo de trastorno de ánimo estacional precipitados por factores psicológicos más que por condiciones climáticas.

Existe un modelo de trastorno bipolar que postula una predisposición o anomalía en el ritmo circadiano sueño-vigilia que sería en parte responsable de las manifestaciones de la enfermedad. Según este modelo, tanto los eventos vitales positivos como los negativos podrían causar cambios en el ritmo de vida, lo que provocaría una alteración de los ritmos circadianos y de sueño-vigilia que podrían conducir al desarrollo de episodios maníacos. Es por esto que en la psicoterapia se incide en la regularidad de hábitos.

La consecuencia más dramática de los trastornos afectivos es el suicidio. Estos ocurren con más frecuencia al comienzo de la enfermedad. Como ya se ha indicado, aproximadamente la cuarta parte de los suicidios en pacientes bipolares se producen durante un episodio mixto o maníaco. En 2 de cada 3 enfermos bipolares que cometen suicidio se encuentra al menos un acontecimiento vital estresante en los 3 meses previos, y en casi la mitad de ellos, en la semana anterior. La influencia parece mayor en los hombres que en las mujeres. Los suicidios en bipolares se asocian con estrés psicológico recurrente. Hay que señalar que los acontecimientos que preceden a un suicidio en bipolares a menudo son consecuencia de los síntomas de la propia víctima (p. ej. por su desinhibición).

Se han descrito algunos casos de "manía reactiva", episodios de manía en personas previamente sanas, que serían una reacción a algún acontecimiento traumático. La mayoría de estos casos son reacciones de duelo por la pérdida de alguien cercano. Aunque estos casos aparecen en la literatura científica no son en absoluto representativos de la enfermedad bipolar.

Dado que la mayoría de los afectados por el trastorno bipolar conviven con sus familias, se ha resaltado la importancia del "ambiente emocional familiar". En concreto, las familias donde existe un ambiente caracterizado por una alta "expresividad emocional" (frecuentes críticas y reproches, hostilidad, dominancia de los familiares hacia el paciente) parecen relacionarse con una peor evolución. Es difícil determinar si este estilo de relación familiar favorece las recaídas, o si son éstas las que van deteriorando el ambiente familiar, pero parece que la alta expresividad emocional tras el período de hospitalización produce estrés en el paciente, lo que podría hacerle más vulnerable. Es por esto que en la psicoterapia para estos trastornos se subraya la importancia de la psicoeducación y de las habilidades sociales y de comunicación familiar.

En definitiva, aunque consideramos que los factores genéticos juegan un papel fundamental en la génesis del trastorno bipolar, debemos atender a variables psicológicas, interpersonales y ambientales para una mejor comprensión de la enfermedad y para ayudar a predecir y evitar recaídas.

Tratamiento farmacológico y físico del trastorno bipolar

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICO Y FÍSICO DEL TRASTORNO BIPOLAR

La década de los años 50 constituyó uno de los periodos más cruciales en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Se describieron las propiedades antidepresivas, antipsicóticas y estabilizadoras del humor de fármacos como la imipramina, la clorpromacina y el carbonato de litio. Su utilización permitió un cambio radical en la evolución, pronóstico y tratamiento de los trastornos mentales más graves. Su repercusión más evidente fue la salida de los hospitales psiquiátricos de multitud de enfermos, hasta entonces condenados de por vida a vivir en ellos. Nada ha sido igual desde entonces. El descubrimiento de medicamentos eficaces sobre los trastornos mentales fue tan trascendente en la enfermedad mental, como la utilización de la insulina en la diabetes. Aunque aún quede mucho camino por recorrer, hoy por hoy la utilización de fármacos en los trastornos bipolares es un elemento crucial e indispensable en su tratamiento. En este capítulo hablaremos de los fármacos que se utilizan en el tratamiento de los episodios maníacos, de los estabilizadores del humor, de cómo se debe encarar el tratamiento de los episodios depresivos de los trastornos bipolares y de los principios generales de la psicoterapia en los Trastornos Bipolares.

Tratamiento Farmacológico de los Episodios Maníacos

Antipsicóticos

Los antipsicóticos típicos tienen una eficacia incontestable en el tratamiento inicial del episodio maniaco. El incumplimiento terapéutico se puede solucionar mediante la administración de fórmulas de larga duración. El principal inconveniente de estos medicamentos son sus efectos adversos a corto y largo plazo. Los pacientes bipolares, que con frecuencia son tratados de forma prolongada con antipsicóticos, son especialmente vulnerables a los mismos. El riesgo de efectos adversos se reduce de forma considerable con la utilización de antipsicóticos atípicos. Alguno de ellos parece disponer de efectos estabilizadores.

1.- Antipsicóticos típicos

Eficacia

La manía aguda moderada o severa es usualmente controlada por los neurolepticos o antipsicóticos. Hay numerosos estudios que demuestran la eficacia de fármacos como la clorpromacina (Largactil,) y especialmente del haloperidol. Ambos se pueden administrar por vía oral o mediante inyecciones, esto último en pacientes muy agitados, para resolver la situación de crisis, o mientras no se puedan utilizar los comprimidos. Se debe tener en cuenta que mientras se administran puede parecer que la sintomatología ha remitido, pero que puede reaparecer o empeorar a menos de que el tratamiento sea continuado.

El haloperidol tiende a producir sedación inicial que desaparece tras un día o dos de tratamiento. A veces la clorpromacina es más efectiva, dado que es más sedativa, pero el paciente puede sentirse aturdido lo que limita las dosis del fármaco que está dispuesto a admitir. Puede aceptar mejor un fármaco menos sedativo como es el pimozide (Orap,) que no tiene importantes efectos extrapiramidales y para el que también se ha demostrado un efecto antimaniaco.

Uno de los principales problemas que plantea el tratamiento de los pacientes maníacos es su negativa a seguir

el tratamiento. En estos casos existe la posibilidad de utilizar fármacos, que se administran inyectados, cuyo efecto dura desde varios días a un par de semanas. Se les denomina antipsicóticos depot. Su uso garantiza que durante ese tiempo el paciente va a estar bajo el efecto de un tratamiento farmacológico activo.

El bajo o nulo cumplimiento de los tratamientos con estabilizadores del humor por los pacientes maníacos es la razón por la que utilizan con bastante frecuencia los servicios sanitarios y por la que muchos de los mismos (del 66 al 95%) es dado de alta con tratamiento antipsicótico. A este respecto se puede citar el Zuclopentixol, que se comercializa en una presentación depot. Este fármaco, en un estudio con 95 pacientes, que sufrían un trastorno maniaco o una esquizofrenia y que duró entre 2 a 4 semanas, se comportó como un potente antimaniaco, antiagresivo y antidelirante. Además hubo pocos efectos colaterales (ver apartado de efectos adversos de los antipsicóticos), sedativos y somnolencia. En nuestro ámbito este psicofármaco cuenta con la ventaja añadida de sus variadas formas de presentación. En el paciente agitado puede resultar de gran ayuda la administración de la presentación Acufase. Garantiza una pronta aparición de los efectos sedativos y una duración no muy prolongada (24-48 horas). Durante o tras este período se puede reevaluar por qué vía continuar el tratamiento o incluso utilizar un abordaje mixto (parenteral/oral) hasta que existan garantías de que el paciente se encuentra en condiciones de seguir adecuadamente el tratamiento. Las ventajas de la administración de antipsicóticos depot, asociados a litio (Plenur,) o Carbamacepina (Tegretol,), se extienden a la fase de mantenimiento de estos trastornos. Varios estudios en los que se emplearon, pusieron de manifiesto una reducción significativa del número de episodios maníacos en comparación con los pacientes a los que no se les administraron.

Los antipsicóticos convencionales parecen mostrarse más eficaces que el litio en las fases iniciales del tratamiento o cuando la sintomatología es muy severa. Sin embargo estos medicamentos tienen efectos adversos tanto a corto plazo como en el mantenimiento del tratamiento a largo plazo. Estos últimos pueden ser importantes hasta el punto que se ha aconsejado limitar su utilización en la Manía Aguda y utilizar otras alternativas.

Problemas de la utilización a largo plazo de Antipsicóticos típicos o convencionales:

- A largo plazo son menos eficaces en la resolución de los síntomas maníacos que el litio.
- Los antipsicóticos típicos pueden exacerbar los síntomas depresivos de los Trastornos Bipolares.
- Los pacientes bipolares parecen tener mayor riesgo que los esquizofrénicos para desarrollar discinesias tardías y otros efectos extrapiramidales (ver apartado de efectos adversos).
- Su utilización conjunta con estabilizadores puede oscurecer la respuesta a estos últimos, entorpeciendo el cumplimiento de un régimen terapéutico óptimo.

Las alternativas prácticas suponen bien la utilización de antipsicóticos atípicos, que revisaremos a continuación, la utilización sólo de un estabilizador del humor (Litio, Carbamacepina, Valproato) o la de benzodiazepinas. Mientras que hasta hace poco el único antipsicótico atípico del que se disponían de estudios controlados sobre su eficacia como agente antimaniaco era la Clozapina, (Leponex,) actualmente contamos con estudios que avalan la utilidad de la Risperidona (Risperdal,) y la Olanzapina (Zyprexa,).

Efectos Adversos de los Antipsicóticos Clásicos

Una proporción muy elevada de los pacientes maníacos que son ingresados, al ser dados de alta conservan una pauta farmacológica con antipsicóticos típicos. Es por ello que antes de referirnos a los Antipsicóticos Atípicos parezca necesaria una escueta revisión de algunos de los efectos secundarios de los antipsicóticos de esta población.

Los Efectos Adversos más importantes de los fármacos antipsicóticos son los llamados Efectos extrapiramidales:

1.- Distonías agudas

Se trata de contracciones musculares mantenidas que afectan especialmente a espalda, nuca y boca. También son frecuentes las denominadas crisis oculogiras en las que la mirada típicamente se dirige, sin que el paciente pueda evitarlo, hacia arriba. A veces hay alteraciones de la marcha. Son relativamente frecuentes (en torno al 5% de los pacientes tratados) sobre todo en los pacientes más jóvenes. Suelen aparecer al principio del tratamiento. Si se desconoce la posibilidad de que se produzcan, producen alarma e inquietud tanto a los pacientes como entre los familiares que temen se trata de una crisis grave. Desaparecen rápidamente con la administración de un antiparkinsoniano (Akineton,), que a veces se da asociado al tratamiento antipsicótico.

2.- Acatisia

Incapacidad del paciente para quedarse quieto. Si está sentado, mueve las piernas. Se levanta y se sienta continuamente o debe estar paseando. Aparece aproximadamente en el 20% de los pacientes tratados. Su tratamiento suele consistir en el cambio a un antipsicótico menos potente, un atípico o asociar una benzodiazepina (tranquilizante del tipo del Valium,).

3.- Parkinsonismo

Por su mecanismo de acción los antipsicóticos producen síntomas parecidos a los que padecen los enfermos de Parkinson. Hay que aclarar que se trata de efectos colaterales asociados al tratamiento y no de que el tratamiento produzca una enfermedad de Parkinson.

El parkinsonismo suele consistir en la presencia de rigidez muscular, de temblor, evidente sobre todo en manos, lentitud de movimientos, falta de expresión en la cara y marcha muy típica con pasos cortos y sin movimiento de brazos. A veces hay exceso de producción de saliva que hace babear a los enfermos.

Aparece en una proporción muy alta de pacientes en tratamiento, por lo que es también alto el porcentaje de pacientes en los que se asocia al tratamiento un antiparkinsoniano (p. ej, Akineton,). Son efectos indeseables de los antiparkinsonianos la sequedad de boca, el estreñimiento, dificultad para orinar y vista borrosa. En personas de edad pueden facilitar o incrementar los problemas de memoria o de orientación. El tratamiento antiparkinsoniano debe intentar reducirse de forma lenta después de unos meses de tratamiento.

4.- Discinesia Tardía

Es tal vez el efecto a largo plazo más indeseable. Ocurre con una frecuencia muy baja, especialmente en mujeres, ancianos, en relación con dosis altas, tiempo largo de tratamiento y utilización prolongada de antiparkinsonianos. Consiste en la aparición de movimientos involuntarios mantenidos, en la región de la boca que pueden generalizarse al tronco, con movimientos de balanceo y torsión, y brazos y piernas.

Puede no tener tratamiento eficaz por lo que, ante el reconocimiento por el especialista de síntomas precoces de Discinesia Tardía, se recomienda: retirar, si es posible, el tratamiento antipsicótico, en caso contrario cambiar de antipsicótico o reducir las dosis. También no prolongar, si es posible, la administración de antiparkinsonianos. Los nuevos antipsicóticos -antipsicóticos atípicos.- se asocian a una frecuencia mucho menor de estos efectos adversos de ahí que sean una alternativa de tratamiento eficaz.

Otros efectos adversos

Cardiovasculares: hipotensión

Digestivos: estreñimiento, sequedad de boca, dificultades para tragar.

Urinarios: sobre todo en personas de edad avanzada, dificultad para empezar a orinar, retención de orina.

Hígado: con algunos antipsicóticos una parte muy pequeña de los pacientes pueden tener problemas hepáticos. Se aconseja en esos casos un cambio de fármaco.

Endocrinológicas: ganancia de peso. En mujeres, un 10% pueden sufrir un aumento del volumen mamario y en ocasiones tener secreción de leche. Este efecto no deseable también se ha descrito con

antidepresivos. Pérdida de las reglas.

Piel: algunos antipsicóticos (por ejemplo el Largactil,) tienen más facilidad para provocar alteraciones en la piel: picor, erupciones e incremento de la sensibilidad al sol. En este último caso se recomienda la utilización de protectores solares.

2.- Antipsicóticos atípicos

Constituyen una alternativa cada vez más sólida a los antipsicóticos convencionales. Además de haberse demostrado que son tan eficaces como los antipsicóticos convencionales, su principal ventaja procede de su mejor tolerancia, es decir, su menor riesgo de inducir los efectos adversos, tanto a corto como a largo plazo, propios de los antipsicóticos clásicos. Hay que decir que siempre hay casos de mala tolerancia individual, pero en general no producen tantos efectos extrapiramidales, siempre que se les utilice a dosis adecuadas, como los antipsicóticos que mencionamos anteriormente. El riesgo de discinesia tardía es también menor. A dosis muy elevadas, no obstante, se comportan como antipsicóticos convencionales.

Ya comentamos anteriormente cómo los pacientes bipolares son especialmente vulnerables a padecer efectos indeseables con los antipsicóticos típicos: mayor facilidad para deprimirse, mayor riesgo de efectos extrapiramidales y de Discinesias tardías. Si además tenemos en cuenta el efecto activador (antidepresivo) demostrado por alguno de estos nuevos fármacos, entenderemos que sean los antipsicóticos atípicos los de primera elección para esta población de enfermos.

Con algunos de estos antipsicóticos atípicos empieza a haber estudios que demuestran su posible utilidad como estabilizadores del humor en pacientes bipolares.

El antipsicótico atípico más antiguo es la Clozapina (Leponex ®). En la última década han sido comercializados la Risperidona (Risperdal ®), la Olanzapina (Zyprexa ®), la Quetiapina (Seroquel R), el Amisulpride (Solian ®) y recientemente, la Ziprasidona (Zeldox ®). Si dejamos a un lado la Clozapina, con Risperidona, Olanzapina, Quetiapina y Ziprasidona hay estudios que describen su eficacia en casos de manía. La Olanzapina y la Risperidona son los que disponen de un mayor número de estudios en cuadros maniacos tanto en monoterapia como en asociación con estabilizadores del humor.

Sin duda el fármaco de este grupo con el que hay mayor experiencia es con la Clozapina, que es el patrón al que intentan aproximarse todos los demás. Por ello, para el lector interesado, hemos resumido los datos más importantes sobre su eficacia. El inconveniente de este fármaco es que se describieron casos de fallecimiento por problemas en la sangre (disminución de glóbulos blancos). Ello hizo que se suspendiera su comercialización. Desde hace unos años, por sus características tan especiales, se ha vuelto a aceptar oficialmente su utilización pero deben hacerse análisis de sangre muy seguidos, lo que restringe su uso a poblaciones muy especiales de pacientes. El resto de los antipsicóticos atípicos, que no producen los problemas sanguíneos que a veces aparecen con la Clozapina, empiezan a acumular evidencias que los hacen superponibles a ésta.

CLOZAPINA (LEPONEX ®)

Eficacia Antimaniaca.

Los primeros datos acerca de la eficacia de la Clozapina en pacientes bipolares –tanto maniacos como depresivos– fueron ofrecidos en los años 70 por investigadores europeos. Se describió mejoría en el 55 al 70% en pacientes con depresión endógena y manía.

Cuando en los años 90 se ha reactivado el interés por este fármaco, también se ha insistido en su utilidad en los trastornos maniacos. Como se ha visto que es eficaz no sólo en los episodios maniacos sino también en los depresivos, se ha pensado en un posible efecto estabilizador del humor en los trastornos bipolares. Su principal desventaja, ya de sobra conocida, el riesgo de Leucopenia – disminución del número de glóbulos blancos- y la necesidad de evitarla mediante un protocolo que exige la práctica de

controles hematológicos semanales.

Tal vez esta haya sido la razón por la que su utilidad en el campo de los trastornos del humor haya sido puesta de manifiesto en pacientes en los que existe un evidente fracaso o mala tolerancia a los fármacos de elección menos complicada. Hay sin embargo, algunos datos que ponen de relieve que la necesidad de recurrir a la Clozapina puede ser más frecuente de lo que imaginamos.

En las llamadas Manías Mixtas (en las que se combinan los síntomas maniacos y depresivos) y los Trastornos Bipolares en que se producen muchos cambios de fase (ciclos rápidos) la respuesta al litio es bastante peor que en el resto de los trastornos bipolares (respuesta en el 20 al 40% de los casos, frente al 60-80% de los casos típicos); en estos casos, la Clozapina podría ser una buena alternativa.

Otro dato de interés se refiere a la utilización de antipsicóticos a largo plazo en pacientes maniacos tras el alta hospitalaria. Se ha visto que varios meses después de ser dados del alta del hospital, los pacientes maniacos seguían tomando dosis bastante altas de antipsicótico, a pesar de estar tomando también Litio. Por ello se ha aconsejado que se tomen medidas en el tratamiento que faciliten reducir las dosis de esos antipsicóticos, especialmente por los riesgos de aparición de una Discinesia Tardía. Las dos medidas que se aconsejan es utilizar una benzodiacepina (que es un tipo de tranquilizante muy distinto), que se añada al Litio otro estabilizador (Carbamacepina o Acido Valproico (Depakine ®), o, si estas alternativas no funcionan, un antipsicótico (Clozapina u otro atípico) con el que este riesgo sea mucho más reducido. Hay en este sentido varias experiencias favorables. Una, con un grupo de casi 200 pacientes que no habían tenido buena evolución con tratamientos previos, de lo que casi el 75% evolucionaron de modo satisfactorio. En otro estudio con 25 pacientes, con manías agudas, con resistencia o intolerancia al litio, a otros estabilizadores y a antipsicóticos típicos, un 70% mejoró con Clozapina en el plazo de 3 meses.

En general, la Clozapina ha mostrado ser una medicación muy resolutive en la manía y en los trastornos bipolares que no habían respondido antes a los tratamientos convencionales.

Eficacia como Estabilizador en Bipolares Refractarios

El último punto a tratar con respecto a la Clozapina es si –dada su eficacia no sólo en los trastornos maniacos sino también en los depresivos– se puede comportar como un estabilizador en pacientes bipolares refractarios.

Hay un estudio, que aunque sólo incluía 17 pacientes bipolares, éstos eran resistentes a litio, ácido valproico, carbamacepina, combinación con antipsicóticos, electrochoque o padecían una Discinesia Tardía. Tratados sólo con clozapina meses después de ser dados de alta del hospital, no habían sufrido nuevos episodios afectivos ni habían tenido que ser hospitalizados. Un 90% de los mismos fueron considerados respondientes a la clozapina.

Sus efectos colaterales más habituales, al margen de los sanguíneos, son: sedación (30%), vértigo o mareo (23%), ganancia de peso (24%), sialorrea –flujo exagerado de saliva–(18%), estreñimiento (6%) y taquicardia (6%).

En definitiva, la Clozapina parece ser un fármaco muy útil en un grupo especialmente complicado de pacientes, los refractarios o con muy mala tolerancia a los tratamientos convencionales.

A pesar de los problemas de tipo administrativo y de tiempo que conlleva la puesta en marcha del protocolo de este tratamiento, no creemos que para un tipo de pacientes con este grado de dificultad de manejo, frecuentes reagudizaciones, visitas y rehospitalizaciones, a ningún profesional le venga mal, una vez conocidas las expectativas que conlleva, plantearse con alivio la posibilidad de ensayarlo. No obstante los nuevos antipsicóticos atípicos, que ya hemos citado, constituyen también la gran esperanza en estos pacientes. Los resultados de los estudios que se vienen realizando con los mismos vienen dando apoyo a su utilización también en estos pacientes.

3.- Litio

El litio (plenu®) sigue siendo el tratamiento de elección en buena parte de los trastornos bipolares. Es eficaz tanto como antimaniaco, aunque su efecto aparece con más lentitud que el de los antipsicóticos, como estabilizador del humor. Como estabilizador del humor debe emplearse cuando se hayan producido dos episodios de enfermedad bipolar.

Se administra por vía oral. Su dosis se debe establecer mediante determinaciones de su concentración en sangre (litemia). Las litemias eficaces se sitúan entre 0.8 y 1.2 mEq/l. Por encima de 1.5 mEq/l tiene efectos tóxicos.

Se debe controlar de modo periódico la función tiroidea y renal de los pacientes en tratamiento con Litio.

El tratamiento con Litio debe durar, como mínimo de 2 a 5 años. La retirada debe hacerse de modo muy gradual.

Está contraindicado en el embarazo y si hay fallo cardiaco. No se debe seguir una dieta sin sal. La utilización de diuréticos se debe hacer bajo control médico.

El uso de las sales de litio para el tratamiento a largo plazo de los trastornos afectivos ha sido posiblemente uno de los adelantos más novedosos y efectivos en los tratamientos psiquiátricos. Las sales de litio reducen considerablemente el riesgo de enfermar asociado a los trastornos afectivos. Administrado con cuidado, el litio es un tratamiento seguro con efectos secundarios mínimos y tolerables.

Su mecanismo de acción exacto se desconoce.

Se administra por vía oral. Se absorbe con rapidez, se mantiene en el organismo entre 8 y 35 horas y se elimina fundamentalmente por el riñón.

Su efecto no aparece hasta 2 a 3 semanas después de iniciado el tratamiento. Las dosis deben individualizarse, dependen de la edad y del momento de la enfermedad en que esté el paciente. Se deben hacer análisis de la concentración del fármaco en sangre (Litemia) para establecer con más exactitud la dosis a utilizar y evitar estar administrando dosis tóxicas, con repercusiones muy adversas sobre la salud de los pacientes.

Antes de iniciar el tratamiento con Litio se debe realizar una analítica general que incluya pruebas de función renal y tiroidea. Además, a partir de los 40 años, se recomienda realizar un electrocardiograma. Tras una semana de tratamiento se realiza una litemia, que se repetirá semanalmente hasta conseguir la dosis óptima. Se deben realizar litemias periódicas. Cada año, al menos, se debe repetir el análisis de la función renal y tiroidea.

Eficacia en la fase aguda

Desde el informe inicial que realizó Cade en 1949 se han acumulado numerosas evidencias que demuestran de que el Litio es superior al placebo (administrar una sustancia sin capacidad terapéutica) en la resolución de los síntomas maníacos. Su eficacia es similar a la de los antipsicóticos aunque su efecto es más lento (de 5 a 10 días). Esto hace que en la práctica se inicie el tratamiento con antipsicóticos o benzodiazepinas a los que puede asociarse el Litio. Esta combinación tiene la ventaja de obtener los beneficios más inmediatos de los antipsicóticos, que se retiran una vez que los síntomas se han reducido y nos encontramos en el momento en que el Litio es eficaz. De este modo se evitan los efectos adversos más tardíos de los antipsicóticos.

En estudios farmacológicos bien planteados el Litio se muestra eficaz mejorando de forma moderada o marcada al 60- 80% de los pacientes maníacos. La edad no parece tener influencia en la efectividad del tratamiento.

Eficacia profiláctica (capacidad para evitar recaídas)

Los trastornos bipolares son recurrentes (los episodios tienden a repetirse), y un gran avance en su terapéutica ha sido el descubrimiento de la efectividad del Litio sobre la recurrencia o repetición de fases.

Está fuera de toda duda que el Litio es eficaz en la reducción de las recaídas en nuevos episodios afectivos. Los pacientes en los que se emplea ven reducido el tiempo de hospitalización por nuevas recaídas en la enfermedad. Para una buena parte de los expertos interesados en este tema, el tratamiento con Litio sigue siendo la primera elección para el control del curso de los trastornos bipolares.

En estudios farmacológicos, efectuados con gran rigor, un 35% de los pacientes bipolares en tratamiento con litio recaían. Cuando tomaban un placebo, recaían un 80%. Sin embargo, estas cifras no se suelen reproducir en la práctica clínica habitual. Esto se debe a que en las condiciones normales de tratamiento de los pacientes bipolares, el efecto profiláctico del litio está influido por otras condiciones; una de las más importantes es la frecuencia con que los pacientes abandonan el tratamiento o no lo toman como es debido. Se calcula que entre un 20 y un 50% de los pacientes abandonan el Litio durante el primer año en que deben tomarlo. Un estudio que siguió a pacientes en tratamiento con Litio durante 5 años pudo comprobar que, tras este tiempo, un 28% ya no lo tomaban. Entre los pacientes que continuaban tomándolo un 38% habían tenido al menos una recaída y un 23% ninguna. Cuando se tuvieron en cuenta las concentraciones en sangre del fármaco (Litemia), se pudo comprobar que, de los pacientes con Litemias por encima de 0,5 mmol/l, un 43% no habían tenido recurrencias y un 88% habían reducido al menos en un 50% el tiempo que habían pasado hospitalizados en el período previo al tratamiento.

La falta de cumplimiento con el tratamiento con Litio es, pues, una de las principales razones que reducen su eficiencia.

Las causas de mal cumplimiento con el tratamiento son muy variadas. Se pueden citar entre ellas (predictores de mala cumplimentación): abundancia de ingresos en Centros Psiquiátricos, muerte o divorcio de los padres en la infancia, sexo femenino, edad joven, curso crónico previo, también el tipo de seguimiento clínico, la calidad de la asistencia, la complejidad del régimen de tratamiento, la negativa de los pacientes a aceptar el diagnóstico y el tratamiento y el estado clínico (presencia de hipomanía/manía al iniciar el tratamiento de mantenimiento (profiláctico)).

Todos estos condicionantes permiten entender que puedan existir discrepancias entre la frecuencia de recaídas entre estudios de seguimiento e incluso en las tasas de recaídas en años sucesivos -en las que también influye por supuesto el curso natural de la enfermedad- y, lo que es más importante, ponen en evidencia que en el curso del trastorno no sólo es determinante el tratamiento que se seleccione sino también el tipo de pacientes que se incluyen, el tipo de seguimiento que se haga al enfermo, y la información, educación y apoyo que se proporcionen a él y a la familia.

Cuándo Iniciar y cuándo y cómo finalizar el tratamiento con Litio.

La Organización Mundial de la Salud recomienda iniciar el tratamiento profiláctico tras el segundo episodio de un trastorno bipolar. Lo que no es recomendable es iniciar la terapia tras el primer episodio.

A diferencia de los criterios para iniciar la profilaxis con Litio, cuándo finalizarla y el modo de hacerlo, constituyen un aspecto controvertido.

Se ha descrito que la suspensión del tratamiento con Litio aparece asociada a una facilidad para que se produzca una recaída de tipo maniaco.

En una revisión de estudios que incluían a 250 pacientes con un primer episodio de trastorno bipolar se desprendió el dato de que más de la mitad de los nuevos episodios tuvieron lugar en las 10 semanas que siguieron a la supresión del Litio, con un riesgo claramente superior a que el episodio que se pusiera en marcha fuera de naturaleza maníaca. En 16 pacientes en los que la duración del ciclo antes del tratamiento era de 12 meses, el período de tiempo que tardó, por término medio, en desencadenarse un nuevo episodio tras la retirada del Litio fue de sólo 1,7 meses. En diversos estudios se ha verificado la tendencia a la recaída tras la retirada del Litio, incluso tras 5 años de tratamiento.

Se ha propuesto una duración mínima de 2 a 5 años de tratamiento, aunque debe reconocerse que, incluso en los pacientes bipolares tratados positivamente con litio durante años y claramente cumplidores con el tratamiento, su supresión tiene grandes posibilidades de precipitar una recurrencia maníaca. Hay sin embargo, diferencias en el riesgo de recaer en función de cómo se hace la retirada del Litio. Cuando la retirada es rápida (en menos de dos semanas) el riesgo es mucho mayor que cuando se hace una retirada con mucha mayor lentitud.

La suspensión del tratamiento debe hacerse siempre con cautela y no sólo ya por la posibilidad de que se produzca una recaída precoz ante la retirada, sino además por el riesgo de que el paciente no responda después del mismo modo al tratamiento con litio, si se quiere volver a utilizar.

Predicción de la respuesta

No todos los pacientes responden por igual al Litio. Numerosas investigaciones han tenido como objeto descubrir cómo llevar a cabo una mejor selección de los pacientes aunque hasta ahora no parece posible predecir por los síntomas clínicos, la historia del paciente, o los indicadores bioquímicos hasta qué punto será el Litio efectivo.

La edad en el momento de iniciar el tratamiento, el sexo, la edad en el momento de iniciarse el trastorno, el número de años de mantenimiento del tratamiento, el número de episodios afectivos previos o los antecedentes familiares no sirven como predictores

Predictores Clínicos

Una clínica maniaca típica es un predictor de buena respuesta.

Los cicladores rápidos son un subgrupo de pacientes bipolares que tienden a responder mal. Otra subpoblación de pacientes bipolares que parecen responder de forma especialmente desfavorable al litio son las formas mixtas. Algunos estudios han puesto de manifiesto que el 80-90% de los pacientes con la sintomatología maniaca clásica pueden responder al litio, pero esta tasa de respuesta es inferior al 40% entre los cicladores rápidos y manías disfóricas. Estos últimos pacientes responderían mejor a los anticonvulsivantes.

La secuencia de los episodios también ha sido evaluada como predictor de respuesta. Se ha observado que los pacientes en los que se daba la secuencia manía-depresión-intervalo normal respondían de modo más favorable que aquéllos en que la secuencia clínica era depresión-manía-intervalo normal.

Uno de los mejores predictores de la respuesta a largo plazo de los trastornos afectivos tratados con litio es de carácter empírico: la evolución en los primeros 6 meses y primer año de tratamiento predicen la evolución en 2 a 14 años.

Predictores Biológicos

Los resultados del test de supresión del Cortisol con dexametasona no parecen tener un valor predictivo aunque los resultados no son concluyentes. El ensanchamiento ventricular (de ventrículos cerebrales) parece indicar un mal pronóstico.

Otro de los predictores biológicos que ha sido objeto de estudio es el cociente entre el litio eritrocitario y el litio plasmático. Algunos autores han postulado que los pacientes afectivos que respondían al litio tenían cocientes litio eritrocitario/plasmático más elevados que los que no respondían. Estos hallazgos, que partían de la hipótesis de que el litio eritrocitario estaba estrechamente correlacionado con el litio cerebral, no han sido verificados con posterioridad ni siquiera por los mismos autores

Dosificación

Se suelen ajustar las dosis a 0,8-1,2 mEq/l., 12 horas tras la última toma de medicación. Hay en general pocos estudios sobre esta cuestión.

Por encima de 1,5 mEq/l empiezan a aparecer los efectos tóxicos de esta sustancia: somnolencia, desgana, intranquilidad, alteraciones en los reflejos, movimientos musculares, alteraciones en el habla y en la marcha. En la intoxicación grave se puede llegar al coma. El mejor modo de evitar que esto suceda es cumplir adecuadamente con los consejos del especialista, la consulta médica y los controles de la litemia.

Cuando se ha hecho algún estudio comparativo, con una metodología seria, de pacientes con litemias bajas (0,3-0,8 mmo/l) frente a pacientes con litemias altas (0,8-1,4 mmol/l) se ha comprobado que la mayoría de las recaídas (el 83%) se produjeron en el grupo con niveles bajos de litio.

Los pacientes bipolares requieren dosificaciones y litemias elevadas (a partir de 0,7 mmol/l).

Combinación con otros fármacos

El hecho de que el litio sólo sea efectivo en las dos terceras partes de la población subsidiaria hace que se haya buscado aumentar la efectividad del mismo recurriendo a combinaciones con otros fármacos.

La combinación de antipsicóticos y litio, en concreto la de haloperidol y litio, ha sido objeto de atención como

consecuencia de informes sobre casos de encefalopatía como resultado de la asociación. Ésta se suele producir cuando un paciente con efectos extrapiramidales es sometido a niveles de litio superiores a 1,3 mEq/l.

Efectos secundarios

Las quejas más frecuentes son sequedad de boca, sed, polidipsia (beber mucho líquido), poliuria (orinar mucho) y temblor. También se puede producir: aumento de peso, caída de pelo, retención de líquidos, sabor metálico, náuseas y vómitos.

La mayoría de los efectos secundarios dependen de la dosis y suelen ser de carácter leve. Sólo un 5% de los pacientes califican dichos efectos como severos. Una queja muy frecuente es la de "falta de memoria" aunque se ha demostrado que es una queja que se encuentra en el 52% de los pacientes con historia de trastorno afectivo sometidos a tratamiento. Además se ha demostrado que no hay alteración objetiva de la memoria.

El litio tiene mayores efectos secundarios en los pacientes ancianos, fundamentalmente de tipo neurotóxico.

A dosis de 0,68 mmol/l un 40% de los pacientes se encuentra libre de efectos secundarios mientras que sólo un 10% se encuentra así con concentraciones mayores. Un 15% se queja de temblor (el 5% de los que no toman litio lo hacen) y éste desaparece con los años y se relaciona con la edad, el uso de antipsicóticos y antidepresivos. El peso corporal se incrementa en los primeros 1 a 2 años y permanece luego constante. La ganancia media de peso suele ser de 4 kilos. La diarrea aumentó del 1% antes del tratamiento al 6% durante el tratamiento, aunque posteriormente se reduce. Un 10% de los pacientes se quejan de dificultades mnésicas – de memoria-, dificultades de concentración, vida gris y unos pocos de gusto alterado o de disminución del apetito sexual o de potencia sexual.

Efectos en la función tiroidea

Los niveles terapéuticos de litio inducen una inhibición de la liberación de hormona tiroidea que se traduce en una disminución de la tiroxina y triyodotironina libres durante los cuatro primeros meses de tratamiento. Luego se establece de nuevo el equilibrio por medio de la elevación de la hormona que estimula la producción de hormona tiroidea (TSH).

En sujetos normales el litio induce un crecimiento del tamaño de la glándula tiroidea. En los pacientes con hipotiroidismo, se debe iniciar un tratamiento de sustitución con hormona tiroidea, pero puede continuarse con la terapia con litio.

Se ha observado que aproximadamente en el 40% de los pacientes en tratamiento durante 1 a 5 años es posible poner de manifiesto un aumento visible y/o palpable de la glándula tiroidea. El porcentaje se eleva al 50% de los pacientes en tratamiento durante más de 10 años. La mayoría de estos pacientes no presentan anomalías en los niveles de TSH. Entre un 5 y un 20% de los pacientes en tratamiento durante años con Litio se detecta un hipotiroidismo clínico o subclínico

Efectos en la función renal

Es frecuente que los pacientes en tratamiento con litio se quejen de tener más sed, orinar más y tener que levantarse a orinar por las noches. Esto obedece a que el litio reduce la capacidad renal para concentrar la orina. Se calcula que en pacientes en tratamiento con este medicamento el volumen urinario aumenta en un 10-20% y la concentración renal disminuye en un 7-10%.

En tratamientos a largo plazo hay pruebas que asocian la aparición de toxicidad renal con la duración del tratamiento. No obstante, el porcentaje de pacientes que desarrollan lesiones renales graves está por debajo del 1%. Un seguimiento de la función renal - por medio de biopsia- en pacientes en tratamiento con litio durante más de 10 años ha permitido reconocer que la función renal estuvo influenciada por la edad, episodios de intoxicación por litio, enfermedad renal previa y el tipo de dosificación. La función tubular no presentó apenas cambios y los pacientes que recibieron una dosis única diaria de litio por la noche tuvieron una eliminación urinaria significativamente menor que los que recibieron múltiples dosis.

La administración de diuréticos en pacientes en tratamiento con Litio requiere una evaluación cuidadosa. Especialmente de diuréticos que aumentan la eliminación de sodio (diuréticos tiacídicos y ácido etacrínico), ya que

esto causa retención de litio y aumenta la litemia y la toxicidad. En casos en que sea necesario administrar un diurético se recomienda la consulta con el médico o especialista.

Litio y Aumento de peso

Entre un 20 y un 75% de los pacientes en tratamiento con Litio experimentan a lo largo del mismo un incremento significativo de peso. Suele ser uno de los motivos de mal cumplimiento del tratamiento.

El incremento medio de peso se cifra en unos 10 kg. Varía de unos individuos a otros. Es mayor si hay un sobrepeso previo o se toman otros fármacos que también induzcan ganancia de peso.

No se conocen bien cuales son las razones por las que se produce. El problema es bastante importante dadas las consecuencias sobre la evolución de la enfermedad que tiene el mal cumplimiento terapéutico. Se pueden hacer algunas recomendaciones dietéticas que ayuden a limitarlo, como no abusar de bebidas hipercalóricas, aporte suficiente de sal en las comidas o una dieta hipocalórica si hay sobrepeso inicial.

Contraindicaciones de la terapia por litio

El litio esta contraindicado en casos de fallo cardiaco, EEG gravemente alterado y embarazo, pues existe la evidencia de que aumentan las malformaciones congénitas (10,4% frente a un 3% en la población general) principalmente las cardiovasculares. Tampoco se puede seguir una dieta sin sal.

4.- Anticonvulsivantes

En la actualidad existen datos suficientes sobre la eficacia de algunos anticonvulsivantes (Carbamacepina, Valproato) como antimaníacos y como estabilizadores del humor (eutimizantes) en el trastorno bipolar. Los dos aspectos por los que estos fármacos despiertan interés son: su eficacia en formas que no responden al tratamiento con litio y el perfil de efectos colaterales diferente al que presenta el litio.

Es frecuente la combinación de varios eutimizantes.

Nuevos eutimizantes se están introduciendo como ayuda en el tratamiento de los trastornos bipolares, especialmente cuando no responden a los tratamientos habituales.

Carbamacepina (Tegretol ®)

La Carbamacepina (CBZ) tiene un uso cada vez más difundido en el tratamiento de los trastornos bipolares.

Su introducción en la terapéutica psiquiátrica tiene de particular que se hizo de la mano de un modelo teórico en el que se postulaba que anomalías electrofisiológicas en el sistema límbico (una parte del cerebro implicada en la regulación de los estados emocionales) podían proporcionar un modelo válido para comprender el origen de los trastornos bipolares. El mecanismo de acción de la CBZ parece de hecho estar relacionado con su capacidad inhibitoria de las descargas amigdalinas (la amígdala es una parte del lóbulo temporal del cerebro, que forma parte del sistema límbico) por la que facilitaría la estabilización del sistema límbico. Merced a este efecto la CBZ, como otras sustancias, inhibirían el desarrollo de fenómenos de sensibilización (Kindling) de lo que resultaría su eficacia en los trastornos bipolares.

Hoy en día está fuera de toda duda la eficacia de este fármaco en el tratamiento de la manía aguda y como tratamiento profiláctico de las recurrencias de los trastornos bipolares. Incluso en algunos tipos de manía, la CBZ es considerada como fármaco de primera elección. En la manía aguda son numerosos los estudios controlados. Sólo en unos pocos, sin embargo la CBZ se compara en solitario con placebo u otro antimaníaco.

La tasa de respuesta con CBZ en la manía aguda está en torno al 50 frente al 56% para la monoterapia con litio y 61% para la monoterapia con antipsicóticos.

Las dosis eficaces de CBZ se sitúan entre los 600 y 1600 mgr/día y los niveles séricos entre 8 y 12 nanogr/ml.

Los pacientes que parecen responder más favorablemente a la CBZ son cuadros maniacos más graves, disfóricos, múltiples episodios, con anomalías en el electroencefalograma, cicladores rápidos y con menor frecuencia de antecedentes familiares de trastorno bipolar. Otra población que tiende a responder a la CBZ la constituyen aquellos pacientes que fueron refractarios al litio.

Se la ha propuesto como tratamiento de elección en estos casos de fracaso al tratamiento con Litio. En el caso en que tampoco haya respuesta, la medida que procede es combinar ambos fármacos ya que parece haber cierto sinergismo entre ellos por el que se obtiene respuesta en algunos casos en los que esta no se consiguió al administrarlos por separado.

La acción de la CBZ como profilaxis de los trastornos bipolares no está tan resuelta como sus efectos en la manía aguda. La razón vuelve a recaer en la dificultad de desarrollar estudios en los que los pacientes no reciban medicaciones complementarias lo que dificulta la extracción de conclusiones válidas.

Un estudio hecho de forma retrospectiva de 215 pacientes bipolares De los 85 pacientes Bipolares I que recibieron CBZ respondieron (marcada o moderadamente) el 65%, frente a un 42% que lo hicieron con el litio. En los pacientes Bipolares II las tasas de respuesta fueron más reducidas, del 37% en ambos casos. Respondieron favorablemente a la profilaxis con CBZ los pacientes con formas no circulares, de edad de comienzo inferior a los 30 años y con sintomatología atípica. Los cicladores rápidos, que parecen responder en el periodo agudo, tienen una evolución desfavorable en la profilaxis con CBZ.

La CBZ no ha demostrado de manera definitiva su eficacia profiláctica en muestras de pacientes afectivos no seleccionados por alguna variable particular. El litio debe continuar siendo por ello el tratamiento de elección en la profilaxis de los trastornos bipolares.

Efectos Adversos

Dependientes de la dosis: aumento de peso, alteraciones en el equilibrio y la marcha, cansancio, somnolencia, dificultad de concentración, visión doble, déficit de sodio, temblor, disminución de leucocitos y plaquetas.

Independientes de la dosis: náuseas, vómitos, retención de líquidos.

Por sensibilidad individual: insuficiencia hepática, pancreatitis, anemia, erupciones cutáneas, teratogenia (desarrollo de malformaciones fetales).

Interacciones Farmacológicas

La CBZ tiene gran cantidad de interacciones con otros fármacos, cuya efectividad puede disminuir o aumentar sus efectos adversos. Entre ellos podemos citar los anticonceptivos, los antipsicóticos, algunos antidepresivos y los anticonvulsivantes. Del mismo modo, otros fármacos pueden incrementar las concentraciones de CBZ y secundariamente, la aparición de efectos adversos.

La Oxcarbacepina (Trileptal,) es un fármaco similar a la CBZ que tiene menos interacciones farmacológicas. Aún así, el ácido valproico puede inducir una reducción de sus niveles sanguíneos y reduce la efectividad de los anticonceptivos. No produce aumento de peso. Existen datos de su eficacia en trastornos bipolares y en la manía y parece un buen sustituto de la CBZ.

Valproato. (Depalcine ®, Depamide ®)

Como ocurre con la CBZ, los mecanismos de los que depende, en última instancia, el efecto regulador del humor del Valproato son desconocidos.

En los últimos años se ha producido un interés creciente por la utilidad de este fármaco en los trastornos afectivos. En ello sin duda influye el haber sido considerado por importantes instituciones y autores como un estabilizador del humor de primera línea en pacientes de todas las edades. También el ser, desde 1996, el único fármaco, junto al litio, aprobado por la FDA (Agencia Americana que regula la autorización e indicaciones de los medicamentos) para el tratamiento de la manía.

Su empleo como monoterapia para la manía aguda ha tenido un crecimiento llamativo, al menos en USA, en los últimos años. De no ser apenas utilizado ha llegado a serlo en el 25% de estos casos. El litio, que se emplea-

ba en el 84% de los casos, se ha reducido a prácticamente la mitad y la Carbamacepina (sola o asociada al litio) ha pasado de utilizarse del 24% de los casos (en 1989) al 18% (en 1994).

Hay que reconocer que se trata, sin embargo, de una sustancia que no tiene en su haber el peso de las investigaciones que apoyan al litio. Los ensayos controlados (con litio o placebo) se reducen a su efecto antimaniaco inmediato. No hay ningún ensayo controlado que permita dar validez a su capacidad profiláctica en los trastornos bipolares. A su favor cuenta, por el contrario, su favorable perfil de efectos colaterales, las escasas interacciones que tiene con otros fármacos y, en el caso de la manía aguda, la rapidez de su acción (en la primera semana de tratamiento a dosis suficientes) que lo hace competitivo con los antipsicóticos y economiza los costes del tratamiento con litio.

En un estudio comparativo entre Valproato y Litio, en el que incluyeron a 27 pacientes maníacos durante 3 semanas, ambos fueron eficaces mejorando los síntomas maníacos. El Litio se mostró superior ya que 12 de los 13 pacientes tratados mostraron mejoría, frente a 9 de los 14 que recibieron Valproato. La mejoría con Valproato se dio principalmente en pacientes con manías disfóricas.

La dosificación eficaz: en manías agudas, utilizándolo en un régimen de monoterapia, con niveles en suero entre 45 y 100-125 mgr/ml, los pacientes tienen muchas más posibilidades de tener respuestas más eficaces y bien toleradas que con niveles inferiores.

Como predictores de respuesta de este efecto antimaniaco han sido citados la existencia de ciclos rápidos, la manía disfórica, las anomalías EEG no paroxísticas, edad tardía de comienzo y duración breve del trastorno. Por el contrario, no se ha encontrado asociación entre la aparición de respuesta y variables como la edad, sexo, síntomas psicóticos, signos neurológicos menores, respuesta a otros anticonvulsivantes o historia familiar de enfermedad neurológica o afectiva.

Efectos adversos

Dependientes de la dosis: aumento de peso, pérdida de pelo, pérdida de apetito, náuseas, diarrea, temblor, sedación, disminución de leucocitos y plaquetas.

Por sensibilidad individual: insuficiencia hepática, agranulocitosis (disminución de un tipo de glóbulos blancos), pancreatitis, poliquistosis ovárica.

Es obvio que no todos los pacientes maníacos que no responden a litio, CBZ o Valproato lo hacen al cambiar uno por otro. Es una práctica frecuente la asociación de medicaciones antimaniacas.

Asociaciones de Fármacos

Algunos pacientes bipolares refractarios al tratamiento profiláctico con litio o CBZ, se pueden beneficiar de la asociación de Valproato. De hecho, lo más habitual es la utilización de más de un fármaco. Esto se constituye en práctica común en las formas refractarias.

Cuando se han analizado los estabilizadores empleados por pacientes con manías agudas que acuden a servicios sanitarios se ha observado que el 30% seguían monoterapia con litio, el 18% monoterapia con anticonvulsivantes, el 8% no seguían tratamiento y el 44% estaban utilizando múltiples estabilizadores.

Se ha descrito, en un estudio doble ciego controlado con placebo, que la combinación de Litio con Valproato permitía a los pacientes tener menos recaídas que los que recibían Litio más placebo. Esta combinación parece especialmente útil en cicladores rápidos, episodios mixtos y en las formas refractarias de manía. La combinación Litio y Valproato es segura, y no se derivan incrementos en los efectos secundarios.

La combinación Litio-CBZ es considerada por algunos autores como de primera elección en el tratamiento de la manía refractaria al Litio. También se ha descrito sinergismo entre estos dos fármacos (Post and Uhde 1984); (Lipinski and Pope 1982), cuya combinación es, en general, también segura.

Por último, la combinación de Valproato y CBZ ha sido encontrada efectiva por algunos investigadores. El problema que suele plantear esta asociación reside en la interacción farmacocinética entre ambas sustancias, que obliga a monitorizar frecuentemente los niveles plasmáticos de ambos anticonvulsivantes. La CBZ induce su propio metabolismo y en el Valproato tiende a reducir sus concentraciones lo que obliga a utilizar a veces dosis elevadas de este último. Éste por su parte reduce el metabolismo de la CBZ lo que facilita que sus niveles plasmáticos se eleven. Es por lo tanto la única asociación entre estabilizadores de primera línea que debe realizarse con alguna precaución.

5.- Nuevos anticonvulsivantes

La eficacia antimaniaca y profiláctica de anticonvulsivantes como la CBZ o el Valproato permiten plantear si nuevos anticonvulsivantes - como la Lamotrigina (Lamictal®,) la Gabapentina (Neurontin®,) o el Topiramato (Topamax®,) - reproducen estos efectos o pueden ser útiles en el tratamiento de las formas refractarias de los trastornos bipolares. La Lamotrigina ha demostrado capacidad antidepresiva en los episodios depresivos de pacientes bipolares.

La experiencia clínica con Lamotrigina permite considerar su utilidad en las depresiones de los Trastornos Bipolares, en los cicladores rápidos y Trastornos Bipolares refractarios.

Como efectos colaterales hay que citar el exantema cutáneo (3 por cada 1000 adultos y 1% en niños) y, muy raramente aunque de gravedad, el síndrome de Stevens-Johnson.

La asociación con Valproato sódico aumenta el riesgo de aparición de exantema cutáneo.

La Gabapentina es un anticonvulsivante con un perfil de efectos colaterales excelente, se elimina por vía renal sin metabolizar lo que implica la ausencia de interacciones por metabolismo hepático compartido. El único requisito en su manejo es, en todo caso, el control de la función renal.

Por sus características constituye un fármaco prometedor con el que es deseable que se desarrollen estudios controlados con pacientes bipolares refractarios.

6.- Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva produce un efecto anticonvulsivo que es eficaz en la manía aguda.

En una amplia revisión de la eficacia de la TEC en las manías agudas se concluye que la TEC se asoció con remisión o mejoría clínica en un 80% de los pacientes maníacos.

En la literatura sólo es posible encontrar un estudio aleatorizado en el que se compara la efectividad de la TEC (Terapia electroconvulsiva) y la del Litio en las fases maníacas. Incluyen 34 pacientes, un subgrupo de ellos recibió TEC en la fase aguda y después Litio como mantenimiento, mientras que en el otro se empleo el Litio en ambos momentos terapéuticos. En la evaluación realizada a las 8 semanas los pacientes que habían recibido TEC presentaban una mejoría superior a los que sólo habían recibido Litio. Fueron predictores de mejor respuesta a la TEC la severidad de la manía y la disforia. A partir de las 8 semanas no hubo diferencias entre ambos subgrupos de pacientes, incluyendo una evaluación efectuada a los 2 años de iniciar el tratamiento.

Aunque se trata de un procedimiento poco utilizado, sobre el papel de la TEC en la manía aguda se puede concluir que: 1.- La TEC al menos es tan efectiva como el litio en el tratamiento a corto plazo de la manía. Está especialmente indicada cuando los pacientes no toleran o no responden al litio u otros antimaniacos o cuando hay una situación de amenaza vital por conductas peligrosas o agotamiento. 2.- El riesgo de recaídas precoces no se presenta cuando a los pacientes tratados con TEC se les administra posteriormente Litio.

7.- Tratamiento de la depresión bipolar

Los episodios depresivos en el Trastorno Bipolar plantean dificultades específicas a la hora de ser tratados con antidepresivos. Los riesgos que tiene el estar padeciendo una depresión hace necesario el tratamiento de la misma. También hay que tener en cuenta que, en algunos casos, los antidepresivos pueden inducir episodios maníacos en pacientes bipolares.

Aunque para la totalidad de los antidepresivos se han descrito casos de inducción de cuadros maniacos, esto es menos probable con algunos de los antidepresivos modernos.

El tratamiento de los episodios depresivos que se dan en el curso de los Trastornos Bipolares constituye un problema capaz de suscitar dudas razonables en el clínico. La falta de respuesta y la inducción de un cambio a una fase maniaca constituyen las principales dificultades que suelen plantearse en la práctica.

Si tomamos como punto de partida los pacientes bipolares correctamente tratados y que estaban siendo

mantenidos con carbonato de litio, en niveles eficaces, las cuestiones que nos podemos plantear serán fundamentalmente las siguientes:

- 1.- ¿Elevamos en primer lugar la dosificación de Litio o nos inclinamos por otras medidas antidepresivas?
- 2.- Decididos a un tratamiento antidepresivo, ¿qué antidepresivo seleccionamos?
- 3.- Si el paciente responde de modo favorable, ¿debemos temer un cambio a una fase maniaca?, ¿cuánto tiempo debemos mantener el tratamiento antidepresivo?
- 4.- A la vista de la ineficacia del Litio para mantener al paciente estable, el mantenimiento ulterior ¿debemos seguir haciéndolo con Litio? ¿Cómo se debe instaurar un tratamiento de mantenimiento alternativo?

- 1.- ¿Elevamos en primer lugar la dosificación de Litio o nos inclinamos por otras medidas antidepresivas?

Dado que ha sido demostrado en varios estudios controlados un efecto antidepresivo del Litio superior al del placebo y una eficacia mayor en los niveles más altos del rango terapéutico, se debe considerar la posibilidad de incrementar las dosis de litio para mejorar su eficacia antidepresiva. Esta alternativa, que no ha sido verificada, no parece la intervención más recomendable si tenemos en cuenta: que nuestro paciente ya se encontraba bajo los efectos del litio y por lo tanto, bajo sus efectos antidepresivos, y que los antidepresivos tienen posiblemente, un efecto superior en la depresión bipolar al del Litio.

En el caso de un paciente bipolar sin tratamiento estabilizador la primera de las opciones terapéuticas podría ser posiblemente el Carbonato de Litio que ha mostrado proporcionar alivio a un 79% de los casos de depresión bipolar. Habría que ponderar sin embargo el hecho de que su efecto antidepresivo aparece más tardíamente que el antimaniaco (4 a 6 semanas tras la consecución de niveles adecuados y estables).

- 2.- Decididos a un tratamiento antidepresivo, ¿qué antidepresivo seleccionamos?

Con excepción de algún ensayo aislado, ningún antidepresivo se ha mostrado más eficiente que los demás en la depresión bipolar. A igualdad de eficacia, un primer criterio de selección del antidepresivo que debemos utilizar deba ser el perfil de efectos colaterales que presente. En este sentido los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina parecen acumular ventajas sobre otros antidepresivos.

- 3.- Si el paciente responde de modo favorable, ¿debemos temer un cambio a una fase maniaca?, ¿cuánto tiempo debemos mantener el tratamiento antidepresivo?

El riesgo de que pueda desarrollarse un episodio maniaco o hipomaniaco en pacientes con depresión bipolar tratados con antidepresivos ha sido descrito con la práctica totalidad de éstos.

Una revisión realizada de los registros médicos de pacientes entre 1920 y 1982 pone de manifiesto el papel de los antidepresivos en la inducción de episodios maniacos. En las décadas previas a la introducción de los antidepresivos (1920 – 1959) la tasa de cambios de fase de depresión a manía era muy inferior (3%) a la detectada a partir de 1959 (9.2%).

Cuando se revisan los datos de inducción de episodios maniacos en pacientes bipolares tratados con antidepresivos, se detecta una tendencia significativa entre éstos a desarrollar un episodio maniaco cuando se utilizan antidepresivos clásicos. Por el contrario, el porcentaje de manías 'inducidas' fue ligeramente menor entre los depresivos bipolares tratados con inhibidores serotoninérgicos (paroxetina o sertralina) que en los tratados con placebo. Existe la impresión clínica, aunque no verificada, que la fluoxetina, en virtud de su prolongada vida media, puede generar episodios de exaltación de más difícil manejo clínico.

En el caso concreto de los ISRS comercializados en nuestro entorno, la Paroxetina demuestra una tasa reducida en la inducción de cambios de fase. Se ha detectado un 2% de reacciones maniacas entre pacientes depresivos bipolares tratados con Paroxetina frente a un 10% de los tratados con antidepresivos tricíclicos. Con Fluvoxamina también se han descrito tasas reducidas (2.5%) de cambios de fase a partir de una muestra de 189 pacientes hospitalizados Trastornos Depresivos Mayores Con Sertralina o Citalopram no hemos encontrado en la literatura datos sobre este asunto.

Por ello, por su mejor perfil de efectos colaterales, su cómodo manejo clínico y su menor facilidad para indu-

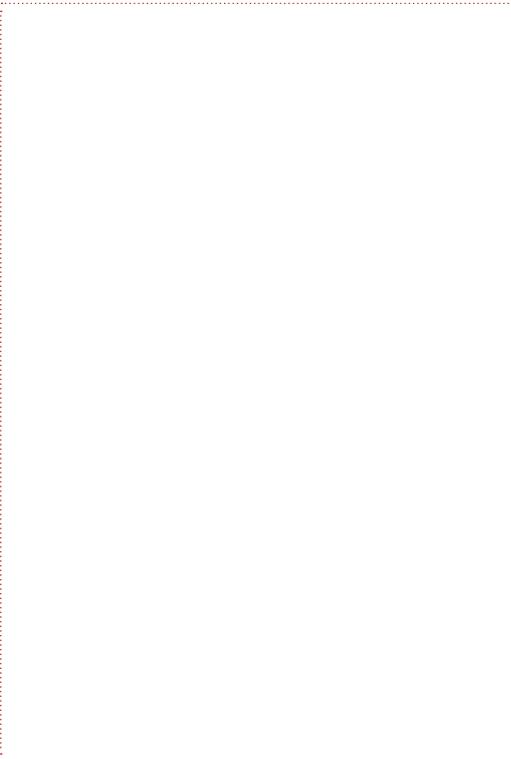
cir cambios hacia la manía uno estos serotoninérgicos (Paroxetina o Fluvoxamina) sería nuestra primera opción para el tratamiento con antidepresivos de la depresión bipolar.

Un modo de reducir el riesgo de que se produzca un cambio inducido de fase es no prolongar innecesariamente el tiempo de tratamiento. La tendencia a seguir diverge de lo que habitualmente se espera en los trastornos depresivos no bipolares: iniciar la reducción de la medicación antidepresiva cuando han desaparecido los síntomas afectivos y completarla en unas semanas. En aquellos individuos con una facilidad demostrada para la recurrencia de los síntomas depresivos se puede plantear un mantenimiento más prolongado. En estos últimos casos otra opción es utilizar como estabilizador del humor Lamotrigina, a la vista de sus efectos antidepresivos.

4.- A la vista de la ineficacia del Litio para mantener al paciente estable, el mantenimiento ulterior ¿debemos seguir haciéndolo con Litio? ¿Cómo se debe instaurar un tratamiento de mantenimiento alternativo?

Si el mantenimiento con Litio, a niveles altos dentro del rango terapéutico, no ha sido un remedio eficaz en la profilaxis del trastorno bipolar, podemos plantearnos, a nivel práctico, dos alternativas fundamentalmente: asociarlo o sustituirlo por otro estabilizador. Antes de tomar ninguna de estas medidas sería aconsejable hacer una evaluación rigurosa de la función tiroidea del paciente, especialmente si se trata de una mujer. Una función tiroidea por debajo de lo normal puede facilitar un incremento del riesgo de desarrollo de depresión en los trastornos bipolares. Antes, por tanto, de cambiar radicalmente nuestra línea de tratamiento convendrá una valoración periférica y central (test TRH/TSH) de la función tiroidea ya que las mediciones periféricas no reflejan de modo exacto la función tiroidea en el SNC. La detección de anomalías puede llevar a implementar un complemento terapéutico con levotiroxina o a la reducción/sustitución del Litio. Llegado este caso cabe insistir en su retirada gradual ya que la supresión brusca se asocia a un importante incremento del riesgo de recurrencias.

¿Qué es la psicoterapia?



¿QUÉ ES LA PSICOTERAPIA?

Entendemos por psicoterapia a la intervención clínica sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos, ya sean conflictos emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales u otros.

La prestación del tratamiento puede ser individual, en pareja, familiar, o en grupo, y ser llevado por uno o más psicólogos constituidos en equipo. Los clientes pueden ser pacientes externos o pacientes internos (residentes en una institución).

Toda psicoterapia incluye los siguientes procesos terapéuticos comunes:

El terapeuta amplía la visión del mundo del paciente, de manera que éstos puedan ver sus problemas desde una perspectiva nueva.

La psicoterapia ayuda a manejar las emociones ligadas a situaciones traumáticas que no fueron resueltas de un modo adaptativo en el pasado.

Promover expectativas y formas de pensar más racionales y positivas.

La psicoterapia promueve la práctica de nuevas competencias, o sea nuevas formas de comportarse, sentir y pensar en el paciente, para luego trasladarlas a la vida diaria con beneficio para él.

Los objetivos del tratamiento (convenidos con el paciente) pueden concretarse en la solución de un problema específico o en modificar algún aspecto de la personalidad que esté resultando limitador para el paciente. Igualmente, además del interés en la comprensión y el alivio o la solución de un trastorno dado, la actuación del psicólogo clínico puede incluir la prevención de problemas mediante la intervención en instituciones, contextos y ambientes concretos, así como la intervención centrada en personas en situación de riesgo.

Las metas específicas en la psicoterapia dependen de los problemas y deseos específicos del paciente, pero sin embargo, existen algunas metas que son relevantes en casi todas las relaciones psicoterapéuticas:

Ayudar a los pacientes a superar la desmoralización y a ganar esperanza.

Potenciar la sensación de control del paciente.

Animar a los pacientes a enfrentarse a sus temores en lugar de evitarlos.

Ayudarles a ser más conscientes de sus concepciones erróneas.

Enseñar a los pacientes a aceptar las realidades de la vida de forma más adaptativa.

Es importante fijarse metas porque proporcionan una dirección a la terapia, facilitan la supervisión de los progresos del paciente, y de este modo permiten evaluar la eficacia de la terapia. Además, establecer metas específicas contribuye a aumentar la motivación del paciente hacia la terapia.

Factores psicológicos que influyen en el trastorno bipolar

Existen numerosas teorías que explican la influencia de los factores psicológicos sobre el trastorno bipolar. Estos estudios justifican la utilización de la psicoterapia en pacientes bipolares, ya que es posible pensar que si desde la terapia se minimizan los efectos de estos factores resultará de gran beneficio para el paciente. A continuación pasamos a describir algunas de esas teorías.

Modelos explicativos de la depresión

Teorías conductuales de la depresión: La investigación conductual ha propuesto que el origen de las depresiones se debe a una disminución de los beneficios que obtenemos por nuestras conductas. El sujeto deprimido realiza pocas conductas que tengan consecuencias gratificantes para él y hace muchas para escaparse de estímulos que le resultan molestos.

Teorías cognitivas de la depresión: Parten del supuesto de que lo que nos produce malestar no es la situación en sí misma, sino la interpretación que nosotros hacemos de ésta. Por lo tanto, modificando nuestra manera de pensar podemos sentirnos mejor, aunque las circunstancias externas sigan siendo las mismas.

Teorías interpersonales de la depresión: Desde este enfoque se concibe que tanto en el origen como en el mantenimiento y el tratamiento de la depresión, los factores importantes son los interpersonales (relaciones sociales y familiares). Algunos autores plantean que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las que el sujeto conseguía apoyo social y que el comportamiento de las personas de su entorno ante el sujeto deprimido sirve para mantener o incrementar los síntomas.

Modelos explicativos de la manía

Los modelos cognitivo-conductuales exponen que durante la manía y la hipomanía se producen errores en el procesamiento de la información que podrían ayudar a mantener y aumentar el estado psicopatológico y la conducta que lo acompaña. Este tipo de pensamiento es típicamente autorreferencial, es decir, el sujeto interpreta que todo lo que ocurre a su alrededor está relacionado con él, pudiendo alcanzar dimensiones delirantes. Por ejemplo, el paciente puede llegar a interpretar que los comentarios de los presentadores de televisión van dirigidos hacia él.

Factores psicosociales que influyen en el trastorno bipolar

El modelo de vulnerabilidad genética defiende que los factores psicosociales (como los acontecimientos sociales, el funcionamiento familiar o el apoyo social) pueden actuar favoreciendo o disminuyendo la posibilidad de reaccionar negativamente al estrés, en sujetos genéticamente predispuestos a padecer esta enfermedad.

Acontecimientos Vitales: Algunos casos clínicos han subrayado una estrecha relación entre un acontecimiento estresante con el inicio de la enfermedad o el desencadenamiento de recaídas. Desde la psicoterapia se puede ayudar a los pacientes a afrontar los acontecimientos vitales de forma que tengan el mínimo impacto posible, para prevenir recaídas.

Funcionamiento Familiar: Numerosos trabajos confirman una alta incidencia de divorcios, relaciones problemáticas e insatisfacción conyugal en los matrimonios de pacientes bipolares. Al igual que en el caso de los acontecimientos vitales estresantes, el psicoterapeuta ayuda al paciente a afrontar estas situaciones conflictivas con el objetivo de prevenir posibles recaídas.

Apoyo Social: Se ha encontrado que el apoyo social es una variable muy importante tanto por su influencia en el cumplimiento de la medicación como por su participación en la prontitud del diagnóstico y del tratamiento. Generalmente, los pacientes con escaso soporte cumplen peor el tratamiento, siendo además más vulnerables a los acontecimientos vitales.

Psicoterapia del trastorno bipolar

Como acabamos de ver existen factores psicológicos que hacen posible que se piense en la utilidad de la psicoterapia en el trastorno bipolar. En este sentido hay que señalar que la terapia del trastorno bipolar debe perseguir fundamentalmente tres objetivos:

Atenuar los síntomas agudos.

Restaurar el funcionamiento psicosocial.

Prevenir las recaídas.

Existen muchas formas de hacer psicoterapia, aunque en este capítulo vamos a centrarnos en exponer los programas planteados desde la terapia cognitivo-conductual y desde la terapia interpersonal y del ritmo social, ya que están muy sistematizados.

¿Cuáles son los procedimientos psicológicos y terapéuticos para el trastorno bipolar?

Cuando se produce un episodio, la vida del paciente y de su familia puede quedar completamente dislocada. Lo importante en esos momentos es volver a ordenar las cosas de nuevo.

El primer paso consiste en informar al paciente y su familia sobre esta enfermedad. Esto dará lugar a una gran cantidad de emociones, miedos e interrogantes que el psicólogo tendrá que ayudar a superar. Muchas personas tienden a negar lo sucedido, prefieren olvidar y actuar como si no hubiera pasado nada. Pero esto constituye un gran error ya que es muy probable que el episodio vuelva a repetirse y conviene estar preparados. El terapeuta tendrá que ayudarles a integrar esta experiencia, y esto se logra promoviendo un diálogo familiar abierto. Durante la psicoterapia se ayuda al paciente a mejorar las estrategias de afrontamiento de acontecimientos estresantes (y a identificar dichos acontecimientos) y a manejar adecuadamente el estrés, al tiempo que se incrementan sus habilidades en resolución de problemas, comunicación y control de los impulsos.

Muchos pacientes renuncian al tratamiento porque consideran que su manía es positiva, creativa e hilarante. En estos casos, la instrucción y el asesoramiento psicoterapéutico son imprescindibles para hacer comprender al paciente la realidad de su enfermedad y las consecuencias negativas que acarrea. No menos importante es la ayuda de estos profesionales para afrontar los sentimientos de culpabilidad y los remordimientos que aparecen por las acciones que han cometido durante los períodos maníacos y, una vez asumida la enfermedad, los sentimientos de imperfección y desesperación. Estos sentimientos son ya difíciles de afrontar para un individuo sano, por lo que sumados a un estado depresivo que pone al paciente en peligro de suicidio, la dificultad se intensifica. Las terapias enfocadas hacia la mejora de autoestima, la reconstrucción de la red de apoyo social y la verificación de que el paciente está cumpliendo con el tratamiento, son esenciales.

En definitiva, lo más importante en el tratamiento psicológico es enseñar al paciente a detectar los primeros signos y enseñarle técnicas que pueda utilizar para controlarlos. Si además posee habilidades para manejar adecuadamente el estrés y resolver eficazmente los problemas de su vida, además de cumplir la pauta médica adecuada, estará suficientemente equipado como para poder llevar una vida normal y productiva.

Psicoterapia cognitivo-conductual

La psicoterapia cognitivo conductual ha sido aplicada a multitud de enfermedades como la depresión unipolar, distimia (depresión de intensidad leve, pero crónica), trastornos de la alimentación, fobias etc. En los últimos años ha comenzado a utilizarse en el trastorno bipolar. A continuación pasaremos a exponer esta aplicación.

La psicoterapia cognitivo-conductual asume la interrelación entre pensamientos, sentimientos y conductas, de tal forma que cada uno de ellos influye en el otro; por ello se pretende romper el círculo entre cambios cognitivos (de pensamiento), afectivos y las conductas problemáticas, para disminuir los síntomas y minimizar las secuelas psicosociales que están muy marcadas.

Los objetivos generales de la psicoterapia cognitivo conductual para pacientes bipolares propuestos por Basco y Rush, autores cuyo enfoque vamos a seguir, son los siguientes:

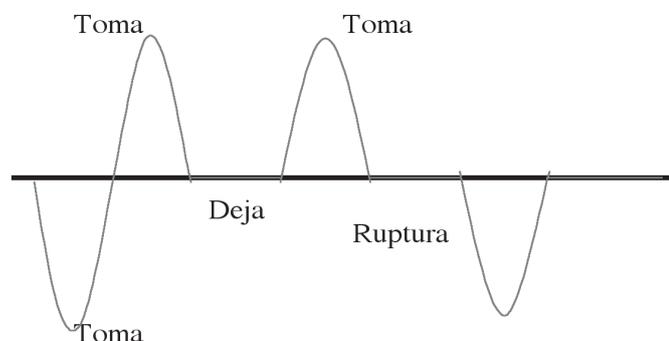
- Educar a los pacientes y personas significativas para ellos acerca del trastorno bipolar, el tratamiento y las dificultades que se suelen asociar con esta patología, comprometiéndolos como participantes activos en el manejo de la enfermedad.
- Enseñar a los pacientes a supervisar la aparición, gravedad y curso de los síntomas maníacos y depresivos, con la finalidad de que obtengan la capacidad para identificar tempranamente los síntomas, para poder evitar futuras recaídas.
- Facilitar la toma correcta de la medicación.
- Enseñar a los pacientes estrategias no farmacológicas, específicamente habilidades cognitivo-conductuales, para hacer frente a los problemas cognitivos, afectivos y conductuales asociados con los síntomas maníacos y depresivos.
- Ayudar a prevenir y resolver estresores psicosociales (acontecimientos vitales estresantes, problemas en las relaciones con otras personas, etc.).

Al comenzar la terapia, es importante que se discutan los derechos y las responsabilidades del paciente, así como las responsabilidades de los familiares y el terapeuta. Una vez las responsabilidades están bien delimitadas, se pasa a educar al paciente y a su familia sobre la enfermedad. El clínico proporcionará al paciente y a los familiares información de la definición y del origen del trastorno bipolar, a través de una discusión a cerca de cómo se define el diagnóstico, proporcionando ejemplos de los síntomas y comparándolo con experiencias narradas por el propio paciente. Es importante señalar que los pacientes merecen una descripción clara y sincera de su enfermedad. También es necesario proporcionarle información a cerca de la medicación que necesita tomar y clarificar sus concepciones erróneas con relación a este tema. En este sentido existen grupos psicoeducativos donde se aborda este tema con gran profundidad. En otro capítulo de este libro se describe con mayor concreción este punto.

Identificación de síntomas

Por otra parte, se dedicarán varias sesiones a abordar la identificación temprana de síntomas, es decir, se enseña al paciente a distinguir entre las variaciones del humor normales de las anormales, a detectar conductas o actitudes que indican un empeoramiento, de tal forma que pueda identificar síntomas que le pongan en alerta, por estar avisando de la aparición próxima de una crisis. Esto permite una intervención temprana, que ayuda a frenar la crisis antes de que se desarrolle por completo. Se les enseñará a identificar y etiquetar sus síntomas y a supervisarlos regularmente. Los métodos utilizados para el descubrimiento de los síntomas son:

Gráficos de Vida, deben ilustrar el número, secuencia y duración de los episodios depresivos y maníacos que el paciente ha sufrido hasta el momento, también puede señalarse la influencia del tratamiento y de eventos vitales ocurridos en el curso de la enfermedad. Permiten observar los patrones de los episodios, por ejemplo tras la manía, en el caso de un paciente concreto, siempre aparece un episodio depresivo y la influencia de situaciones estresantes e intervenciones terapéuticas en la frecuencia y duración de los episodios. Seguidamente pasamos a exponer un ejemplo de esta técnica:



Como se puede observar en el gráfico del ejemplo representado, la línea horizontal simboliza el paso del tiempo y la normalidad del estado de ánimo, de tal forma que lo que esté por encima representa euforia o manía y lo que esté por debajo depresión.

Hoja de listado de síntomas, consiste en un folio dividido en tres columnas (depresión, manía y ánimo normal) en el que se señalan los síntomas (físicos, emocionales, cognitivos o de pensamiento y conductuales) típicos, es decir, experimentados por el paciente durante el episodio de depresión y manía, y se contrastan con los estados de ánimo sin alteración. Entre otras funciones suele ser utilizada para diferenciar estados normales de humor de los anormales, así como a distinguir conductas relacionadas con la enfermedad del paciente de las que no lo están. Para confeccionar este listado, es de gran ayuda la aportación de familiares y personas cercanas que pueden añadir aquello que han observado en el paciente durante una crisis. A continuación veremos un ejemplo:

Normalidad	Depresión	Manía
Tengo una actividad normal	Me siento muy triste	Me siento extremadamente feliz
Me encuentro bien	No tengo ganas de hacer nada	Estoy muy activo
Duermo 7-8 horas diarias	Duermo más de 10 horas	No necesito dormir más de 4 horas
Tengo algunas preocupaciones	Me preocupo por todo	No me preocupo por nada
Seguro de mí mismo	No valgo nada	Soy el mejor
Trabajo bien	No salgo de casa	Gasto mucho dinero
Hago actividades que me gustan	No quiero vivir	Quiero hacer muchas cosas a la vez

Gráficas de estado de ánimo, pueden usarse para reconocer cambios en el estado de ánimo, pero son más útiles si se utilizan para identificar síntomas que señalan de forma muy temprana un empeoramiento. La elección de los síntomas sobre los que se debe prestar especial atención dependerá de cada paciente. El paciente cada semana deberá rellenar la gráfica de humor, para de este modo controlar sus síntomas y poder tener aviso de una posible recaída. Esta técnica se explica en otro capítulo más detalladamente.

Adherencia al tratamiento

Una vez los pacientes y sus familiares han aprendido la identificación temprana de síntomas y han comprendido la necesidad de seguir trabajando en lo sucesivo con la gráfica de humor, se comienza a trabajar la toma correcta del tratamiento farmacológico. En esta línea hay que señalar que es común entre los pacientes que deben tomar medicación durante mucho tiempo tener dificultades para cumplir el tratamiento. Hay que remarcar que existen muchos obstáculos que dificultan el buen cumplimiento del tratamiento farmacológico.

En esta fase de la terapia, en primer lugar, se introduce la idea de la importancia de un uso adecuado y consistente de la medicación para que sea eficaz.

A continuación, terapeuta y paciente colaboran en la búsqueda de las dificultades específicas que le pueden llevar al abandono de la medicación, de tal forma que se pueden anticipar los problemas con la medicación antes de que aparezcan, lo que permitirá tener un mayor control sobre ellos. Estos obstáculos pueden ser de diferente naturaleza, pueden tener que ver con el propio sujeto, por ejemplo olvido, baja conciencia de enfermedad, o con que una vez los síntomas desaparecen ya no piensan que sea necesario seguir tomando la medicación. También existen dificultades relacionadas con el tratamiento mismo, como son los efectos secundarios; otras son de tipo social por ejemplo estrés psicosocial o conocimiento de experiencias negativas de otras personas con la medicación; pueden ser también de tipo interpersonal como una mala relación con el terapeuta. Por último hay que apuntar las dificultades cognitivas (creencias o pensamientos incorrectos sobre la enfermedad o la medicación), entre las que podemos encontrar la creencia por parte del paciente de que él puede controlar sin ayuda los cambios afectivos.

Tras el análisis exhaustivo de los obstáculos que puede encontrar el paciente en la toma continua de la medicación, de nuevo junto al terapeuta establecen un plan de solución de esas dificultades, de tal forma que para cada

una de ellas existan estrategias que reduzcan su probabilidad de aparición o que la afronten cuando aparezca. Se utilizarán técnicas de resolución de problemas, reestructuración cognitiva (se explicarán, brevemente, más adelante), análisis de costos y beneficios (se valoran con el paciente las ventajas y los inconvenientes de tomar y de no tomar la medicación) o educación, para eliminar los obstáculos encontrados.

Intervención Cognitiva

Por otra parte, deben trabajarse tanto los cambios cognitivos (de pensamientos) que ocurren en las fases depresivas y maníacas, como los conductuales.

Para trabajar los cambios cognitivos ocurridos en los episodios depresivos se explica la asociación existente entre acontecimientos, pensamientos y sentimientos, se ponen ejemplos de cómo ante una misma situación la respuesta afectiva puede ser diferente en función de cómo la interpretamos, de tal forma que si hacemos interpretaciones erróneas teniendo en cuenta de manera exagerada los aspectos negativos de la situación y sin prestar atención a los positivos, los sentimientos a los que nos conducirán esas interpretaciones serán de tristeza, desesperanza, etc. Por ejemplo, un chico al que ha dejado su novia, piensa "nadie me va a querer nunca", "nunca voy a ser feliz", "es normal que no me quiera, no lo merezco"..., estos pensamientos le producirán sentimientos de tristeza, de desesperanza, etc. En cambio, otra persona ante la misma situación, ruptura con la pareja, puede pensar "bueno, esto no salió bien, pero puedo encontrar a otra persona con quien compartir mi vida", "puedo volverme a enamorar", "merezco ser querido y ella no me quería; es mejor, ahora puedo buscar a alguien que me quiera de verdad"..., en este caso la persona se sentirá menos triste y con esperanza en el futuro.

El terapeuta debe entrenar al paciente a identificar sus pensamientos automáticos negativos, es decir, aquellos pensamientos que son irracionales o inadecuados (que no cuentan con suficientes datos reales y objetivos en que apoyarse o que incluso están en contradicción con la realidad), que aparecen en nuestra mente, en la mayoría de las ocasiones, sin darnos cuenta de ello (solamente nos percatamos de su efecto o consecuencias) y que son muy cortos, casi telegráficos.

Una vez el paciente es capaz de identificarlos, se explica cuales son los errores cognitivos que los están produciendo, es decir, los fallos cometidos en la interpretación de la realidad, en el procesamiento de la información, entre los que podemos encontrar la sobregeneralización, que consiste en sacar una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas como a las que no lo están (p. ej: "He suspendido el examen, no voy a aprobar ninguna asignatura"), la personalización, atribuir acontecimientos externos a uno mismo sin que exista evidencia para ello (p. ej: "Pone mala cara porque yo estoy aquí", "Se va porque he llegado yo"), etc. Para lograr de un modo adecuado el entrenamiento en la identificación de los pensamientos automáticos negativos y de los errores cognitivos que los generan se utilizan registros de pensamientos, que consisten en ir apuntando los pensamientos negativos en una hoja, junto al error cognitivo que lo produjo y a la situación en la que apareció, señalando el grado de credibilidad que esa idea tiene para el sujeto. Un ejemplo de hoja de registro podría ser el siguiente:

Situación	Pensamiento automático negativo	Error cognitivo	Grado de credibilidad (0-100)	Emoción
Al llegar al trabajo veo que mi compañera está enfadada	Seguro que es por mi culpa, está enfadada conmigo	Personalización	100	Tristeza, Ansiedad

Una vez el paciente es capaz de identificar sus pensamientos automáticos se le enseñan dos técnicas para cambiar esos pensamientos, en primer lugar se explica que debe comportarse como científico buscando las evidencias objetivas a favor y en contra para evaluar la validez de su pensamiento, preguntándose, por ejemplo: “¿Qué datos tengo a favor de este pensamiento?”, “¿qué argumentos tengo para defenderlo?”, “¿existen datos en contra de ese pensamiento?, ¿cuáles?, ¿cómo puedo buscarlos?” etc.

En segundo lugar, debe aprender a generar explicaciones alternativas a las situaciones, tiene que preguntarse: “¿Esta es la única forma de interpretar o explicar lo ocurrido o existen otras posibilidades alternativas?”. En el ejemplo que hemos expuesto en el cuadro, el pensamiento alternativo podría ser “le ha ocurrido algo, antes de llegar a trabajar, que le ha hecho sentirse mal”. En este momento podríamos añadir una columna nueva a la hoja de registro, donde se señalaran los pensamientos alternativos a cada pensamiento erróneo. Con esta técnica, denominada reestructuración cognitiva, se pretende aumentar la exactitud de los pensamientos y reducir la intensidad de los sentimientos asociados a esos pensamientos distorsionados.

Respecto a los cambios cognitivos ocurridos en la manía, hay que señalar que los pensamientos erróneos de la manía y la hipomanía, hacen que el paciente lo vea todo desde una perspectiva exageradamente positiva (pensamientos distorsionados positivamente). También puede haber cambios en la velocidad y volumen del pensamiento. Desde la terapia cognitivo-conductual se trabaja el descubrimiento temprano de pequeños cambios en el tipo de pensamientos, ya que avisan de una posible recaída, y permiten una intervención temprana. El terapeuta y el paciente evalúan los pensamientos distorsionados positivamente y se trabaja con ellos, al igual que en la depresión, a través de reestructuración cognitiva.

Intervención conductual

A continuación centraremos nuestra atención en las consecuencias conductuales de la depresión. Las más importantes son inactividad, fatiga, falta de motivación, aislamiento social, problemas laborales, abandono de responsabilidades familiares. Estos cambios pueden tener consecuencias emocionales que empeoran la depresión. Es fundamental romper el círculo, incrementando la actividad del sujeto. Por un lado se enseña a los pacientes a reducir las tareas que le parecen inabordables, dividiéndolas en subtareas que le resultan más fáciles de realizar; por otro lado, también se les propone la realización de una jerarquía de tareas de tal forma que dé prioridad a unas sobre otras. También, para romper el círculo de inactividad, se introducen sistemáticamente actividades agradables para el paciente, ya que su realización puede ayudar al sujeto a restaurar el equilibrio al mejorar el humor, aumentar la motivación y las perspectivas de vida.

En lo referente a los cambios conductuales en la manía, hay que entrenar a los pacientes para usar las variaciones en su actividad como señales de un episodio hipomaniaco o maniaco y enseñarles a controlar la actividad incrementada y desorganizada, para lo que se les adiestrará en fijar metas como una técnica para poner límites y organizar su actividad. También es muy importante normalizar el sueño; para ello, se plantean estrategias no farmacológicas. Entre ellas están los ejercicios de relajación, que además de ser útiles para esta finalidad también lo son en otros momentos para ayudar a manejar situaciones estresantes. Por otra parte, también hay que prestar atención y abordar las conductas agresivas, el abuso de tóxicos y el gasto excesivo de dinero.

Intervención psicosocial

Para finalizar, hay que trabajar las consecuencias psicosociales de la enfermedad. El terapeuta debe comenzar evaluando las relaciones del sujeto con otras personas y las habilidades y recursos que posee o de las que carece. Hay que evaluar también cualquier estresor psicosocial presente y su capacidad para resolver problemas. El entrenamiento en resolución de problemas propuesto por D’Zurilla y Golfried comienza con la definición y formulación del problema en términos de conductas. Una vez está bien definido, de un modo concreto, hay que generar el mayor número de alternativas de solución posibles evitando la evaluación de las alternativas, bajo el supuesto de que la cantidad facilitará la calidad de las soluciones. A continuación se pasa a la fase de toma de decisiones. Se debe elegir entre las alternativas, la más útil en términos económicos (tiempo, energía...), teniendo en cuenta sus

consecuencias personales y sociales tanto a corto como a largo plazo. Una vez se ha escogido la alternativa se pasa a su puesta en práctica y evaluación de los resultados.

Otra dificultad que pueden tener los pacientes bipolares, es de comunicación con otras personas, por lo que se debe evaluar en cada uno y desarrollar las habilidades sociales de comunicación necesarias. Se les instruirá y entrenará en las reglas de comunicación esenciales (permanece tranquilo, organízate, sé concreto y claro, escucha atenta y activamente,...).

Psicoterapia interpersonal y del ritmo social

La psicoterapia interpersonal fue diseñada en un principio para la depresión unipolar. En la aplicación de esta terapia al trastorno bipolar se integra el enfoque cronobiológico, o del ritmo social, que a continuación pasaremos a explicar.

La psicoterapia interpersonal y del ritmo social dirige su atención principalmente a los acontecimientos vitales estresantes, es decir, a las situaciones vividas por el sujeto que le han generado o que le pueden generar un alto nivel de estrés, y su conexión con el estado de ánimo. En segundo lugar, también tiene en cuenta la importancia de mantener ritmos diarios regulares (de comida, sueño, etc.), atendiendo a la identificación y buen manejo de los posibles precipitantes de desajustes de los ritmos, prestando especial atención a los desencadenantes interpersonales y a la identificación y manejo de síntomas afectivos.

Se divide el proceso de la terapia en cuatro fases diferentes; a continuación pasamos a exponer cómo se plantea cada una de las etapas:

Fase inicial

Es muy importante que el paciente conozca la relación entre el suceso disruptor o disparador, es decir la situación o acontecimiento que desencadena la crisis, y la aparición de los síntomas. Por ello, durante esta fase se deben descubrir cuales son los potenciales disparadores de las crisis del paciente, es decir, aquellas situaciones que pueden desencadenar un episodio depresivo o maniaco, buscando evidencias de alteraciones en las rutinas diarias del sujeto y describiendo las relaciones interpersonales que precedieron al desarrollo de los síntomas.

También debe analizarse la relación entre los problemas psicosociales o interpersonales y la aparición de los síntomas afectivos. Desde el enfoque que estamos presentando se agrupan los problemas interpersonales en las siguientes categorías: duelo, conflictos en las relaciones con otros, transición o cambio de papel y de rol en las relaciones sociales y déficits en las habilidades interpersonales o sociales. Sobre la base de la información obtenida, se seleccionará una de ellas para abordarla más adelante.

En esta fase se dedican unas sesiones a la psicoeducación, es decir, se da información al paciente sobre su enfermedad, su sintomatología, la medicación que debe tomar etc.

Para finalizar esta etapa el terapeuta entrega al paciente un cuadro de registro, con el que debe familiarizarse, pues deberá cumplimentarlo diariamente. En él deben marcar las actividades diarias que realizan, si las actividades las realizó en solitario o con otras personas y el humor durante ese día. Al realizar el registro y trabajarlo con el terapeuta el sujeto empieza a ver la interacción existente entre las inestabilidades de las rutinas diarias, los modelos de estimulación social, los ciclos de sueño-vigilia y las fluctuaciones del humor.

Fase intermedia

En esta etapa se enseña al paciente a desarrollar estrategias para manejar síntomas afectivos, estabilizar los ritmos diarios y solucionar el área problemática que fue seleccionada en la fase anterior.

Para estabilizar los ritmos sociales se utiliza el registro que se enseñó a hacer en la fase anterior. En su análisis semanal se detectan los ritmos inestables y se trabaja para estabilizarlos. Además, se deben descubrir los estímulos que pueden llevar a una ruptura de la rutina diaria del paciente.

Por otra parte y desde un enfoque interpersonal se trabaja el área de conflicto seleccionada, manejando unas

estrategias interpersonales u otras en función de aquella. Además, se hace referencia a la influencia de estos problemas en la ruptura de ritmos sociales.

- Duelo, hace referencia principalmente a los sentimientos de tristeza que aparecen en el enfermo por la pérdida de su salud. El terapeuta anima al sujeto a expresar sus sentimientos respecto a la pérdida y más adelante le apoya para que desarrolle nuevas actividades, establezca metas realistas, y enfoque futuras oportunidades.

- Conflictos con las personas con las que el paciente se relaciona, por no tener las mismas expectativas acerca de la relación. El terapeuta y el paciente examinan la relación y la disputa, y trabajan sobre las posibles opciones para resolverla. Los síntomas bipolares pueden contribuir a este tipo de conflictos (p. ej: gasto excesivo de dinero) o también puede ocurrir al contrario, es decir, que sean éstos los que contribuyan a la aparición de los síntomas.

- Transiciones de rol (cambio de papel en las relaciones sociales), el terapeuta ayuda al paciente a valorar los aspectos negativos y positivos del nuevo rol en comparación con el anterior y le enseña a manejarse con el nuevo rol. Una de las transiciones de rol importantes que se deben trabajar con estos pacientes es el cambio de la hipomanía agradable a la estabilidad tras el tratamiento. La pérdida de las sensaciones placenteras vividas durante la hipomanía puede conducir al paciente a buscarlas de nuevo, no tomando la medicación o manipulando ritmos sociales para incrementar su nivel de humor. En este sentido es necesario hacer ver al paciente las consecuencias negativas de ese estado y animarle a buscar metas vitales reforzantes, como por ejemplo, posible seguridad laboral, relación de pareja estable, buenas relaciones con familiares etc.

- Déficits interpersonales, si el sujeto carece de las habilidades necesarias para mantener relaciones sociales; se le entrenará en este tipo de habilidades.

Fase preventiva

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la psicoterapia interpersonal y del ritmo social es prevenir nuevos episodios y reforzar un buen funcionamiento durante el tiempo entre las crisis, esta etapa del tratamiento es esencial.

Se proporciona al paciente una oportunidad de consolidar el tratamiento y de que se sienta más capaz de aplicar las estrategias aprendidas durante la psicoterapia. Por otra parte, el terapeuta continúa animando al paciente a mantener los ritmos sociales regulares y se trabajan los problemas que puedan ir apareciendo.

Finalización

Esta fase, como su propio nombre indica, es la última antes de concluir la psicoterapia. En muchas ocasiones, y debido al carácter crónico de la enfermedad bipolar, el tratamiento puede no llegar nunca a esta fase, manteniéndose en la fase preventiva durante un periodo de tiempo indefinido.

Se prepara al paciente, de forma gradual, para abandonar el tratamiento. El terapeuta repasa los éxitos que se han ido logrando y los posibles puntos débiles del paciente, de tal forma que el éste pueda identificar los síntomas previos a la aparición de una crisis y las estrategias para la solución de futuras dificultades interpersonales.

Psicoterapia familiar

Los programas de terapia familiar se componen generalmente de tres grandes bloques: la educación sobre el trastorno bipolar, el entrenamiento en habilidades y el desarrollo de habilidades de solución de problemas. A continuación pasaremos a explicar el segundo y el tercero. El primero, sobre el que se suele prestar la mayor atención, se presenta de un modo más extenso en otro capítulo del presente libro.

Entrenamiento en comunicación

Tras una crisis maníaca o depresiva, las familias necesitan reajustar su forma de comunicarse y de resolver problemas. Es posible que en la familia no hayan existido hasta el momento grandes dificultades al comunicarse,

pero se ha observado que tras una crisis, incluso buenos comunicadores pueden tener que practicar nuevas habilidades para minimizar la tensión familiar que se puede crear.

Existen cuatro habilidades de comunicación básicas, que pasamos a exponer:

o Escucha activa: escuchar atentamente a la otra persona permite que ésta pueda expresar más fácil y adecuadamente lo que le inquieta o lo que quiere cambiar, de tal forma que facilita la búsqueda de soluciones. Escuchar activamente consiste en atender lo que a lo que el otro nos está expresando y hacerle ver que le estamos atendiendo y que nos interesa, formularle preguntas que ayuden a clarificar los que nos está contando (p. ej., “¿qué pensaste cuando te dijo que...?”) y comprobar que hemos entendido lo que nos ha dicho.

o Expresar sentimientos positivos: las personas tendemos a centrarnos y a remarcar los aspectos negativos de las situaciones, de la conducta de los otros, etc., olvidándonos de atender a lo positivo. Es importante que aprendamos a reconocer y alabar lo bueno que hacen los demás, de los pequeños o grandes logros que pueden ir consiguiendo. Con estos reconocimientos animamos al otro a continuar intentando lograr sus objetivos positivos, contribuimos a aumentar su autoestima, etc.

o Realizar peticiones de modo positivo: el modo en que muchas ocasiones pedimos las cosas puede ser percibido como una exigencia o una imposición, lo que puede producir una mayor tensión, irritabilidad, conflictos y desmotivación para realizar lo que se ha pedido. Si realizamos la petición de una forma positiva, utilizando expresiones como “me gustaría que...”, “te agradecería que...”, se creará un ambiente más relajado y de mayor colaboración, por lo que será más fácil que se produzca el cambio deseado.

o Expresar sentimientos negativos: muchas veces no decimos aquello que nos molesta y nos lo vamos guardando para nosotros mismos hasta que llega un momento que no podemos más. En ese momento solemos expresarlo de una manera muy agresiva, ya que tenemos mucha rabia acumulada y muy general. No podemos ser concretos porque nos estamos quejando a la vez de muchas cosas. Con este modo de decir lo que nos molesta no logramos resolver el conflicto ya que el otro suele disgustarse y no entender por qué estamos tan enfadados. Por ello es importante que aprendamos a expresar de un modo concreto, claro y directo qué es lo que nos ha molestado, cómo nos ha hecho sentir y pedir algún cambio para que no vuelva a ocurrir, así como hacerlo en el momento en que nos ha molestado, sin acumular tensiones.

Cada familia necesitará que se refuerce más una habilidad que otra, por lo que según cada caso se prestará más atención a la que sea más prioritaria.

El entrenamiento en las diferentes habilidades de comunicación, no se realiza de un modo aislado, sino que se hace en referencia a un problema específico. Por ejemplo, si una madre se queja por un gasto excesivo de dinero que ha realizado su hijo, el terapeuta puede indicarle o recordarle el modo de expresar sentimientos negativos, ayudándole a que diga exactamente lo que le molesta, cómo se siente y cómo le gustaría que se comportara.

Además de las cuatro habilidades básicas de comunicación que se han expuesto, es muy importante aprender a expresarse de un modo concreto y con mensajes cortos y claros.

Entrenamiento en resolución de problemas

La habilidad de la familia para resolver problemas y el conocimiento de los pasos necesarios para ello, junto con unas buenas habilidades de comunicación, como ya hemos señalado anteriormente, contribuyen a disminuir la tensión familiar que se desarrolla tras la aparición de una situación o acontecimiento estresante (p. ej., crisis maniaca) y a encontrar soluciones lo más adecuadas y satisfactorias posibles para los diferentes problemas que se pueden ir presentando en el ámbito familiar.

Los pasos que se deben seguir en la solución de problemas son los siguientes:

- Definir el problema: se trata de buscar una descripción concreta y muy detallada del problema, lo que permite que todos los miembros de la familia tengan claro y estén de acuerdo en el asunto que se va a intentar solucionar, o el objetivo al que se pretende llegar.

- Generación de alternativas de solución: realizar un listado de posibles soluciones, apuntando todas las

que se ocurran, sin evaluarlas o hacer un juicio sobre si pueden ser adecuadas o no, sin buscar la solución ideal. Esto permite que surjan nuevas ideas que hasta el momento no habían aparecido.

- Evaluación de alternativas: se revisan ventajas e inconvenientes de cada una de las alternativas que se habían propuesto en el paso anterior. Permite que la familia discuta y se ponga de acuerdo sobre cuál es la solución que les parece mejor. Además todos los miembros se dan cuenta de que todas las soluciones posibles tienen aspectos positivos y negativos.

- Seleccionar una alternativa: al elegir la solución que la familia cree más eficaz (puede no ser la ideal pero sí la que mejor puede ponerse en marcha con los recursos disponibles), se comprometen a comenzar a intentar dar solución al problema.

- Planificación: se tiene que desarrollar un plan con los pasos que se deben dar y quien debe hacer cada cosa, para poner en marcha la solución escogida. La planificación permite que la solución se ponga en práctica de un modo adecuado.

- Evaluación de los resultados: aunque no se haya conseguido en un primer momento resolver el problema totalmente, es importante tener en cuenta los avances conseguidos y reconocerlos, por ello es muy interesante realizar una revisión de los logros conseguidos regularmente. Estas revisiones también permiten que nos demos cuenta si hay que cambiar algo.

En un primer momento, el terapeuta irá guiando a la familia en los pasos que debe ir dando y que acabamos de exponer, para resolver los problemas concretos que se planteen en las sesiones de terapia. Poco a poco la familia irá tomando más autonomía, en la medida que vaya entendiendo la secuencia expuesta.

Existen una serie de problemas típicos para las familias con pacientes bipolares, entre los que se encuentran el uso de la medicación, problemas respecto a la estigmatización de la enfermedad mental, la irritabilidad, el uso del dinero, las tareas de la casa, los hábitos de sueño, problemas en el trabajo o en la escuela, etc. En relación con estos problemas no parece existir una solución que sea eficaz para todas las familias. Por ello es importante que sea cada familia quien intente crear soluciones que sean adecuadas y les funcionen a ellos mismos.

Psicoterapia Grupal

La terapia grupal es una modalidad de psicoterapia en la cual los pacientes, seleccionados a partir de ciertos criterios, se colocan en grupo coordinado por un terapeuta experto, para ayudarse unos a otros a efectuar cambios y superar sus problemas.

Las dos ventajas claras de la terapia de grupo son: la oportunidad de obtener información inmediata por parte de los compañeros del paciente sobre las situaciones que experimenta y la oportunidad, tanto para el paciente como para el terapeuta, de observar las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales del sujeto frente a determinados temas o situaciones, gracias a la interacción con las demás personas del grupo. Además, el grupo provoca un compromiso especial para con uno mismo y con los demás, que ayuda a la modificación de la conducta desadaptada.

La psicoterapia grupal proporciona un mayor enriquecimiento por la interacción con los compañeros, además de tener la posibilidad de aprovechar distintos puntos de vista y por lo tanto, obtener diferentes soluciones frente a un mismo problema. Por ello, suele necesitarse de un tiempo menor para ir experimentando modificaciones en uno mismo y en las personas que lo rodean.

Trabajar con pacientes bipolares en un contexto de grupo introduce la posibilidad de que el paciente manifieste una serie de pensamientos negativos que no tendrían por qué salir a la luz necesariamente en las sesiones de terapia individual. Éstos pueden ser perjudiciales o beneficiosos para la terapia, según cómo sean manejados por el terapeuta. Dejar sin responder estos pensamientos automáticos puede incrementar el malestar y hacer que al paciente le resulte cada vez más difícil participar en las actividades terapéuticas.

Cuando se permite la expresión de estas afirmaciones negativas y se exploran convenientemente, proporcio-

nan una excelente oportunidad para demostrar tanto la relación entre pensamientos y sentimientos o conductas como los procedimientos para identificar, objetivar y hacer frente a los pensamientos negativos.

En las fases depresivas, los pacientes presentan una cierta tendencia a verse a sí mismos, el mundo y el futuro, bajo una óptica negativa y pesimista. Siempre objetivo principal de la terapia cognitiva, los pensamientos automáticos negativos son más abundantes o frecuentes en el marco de las terapias de grupo. Los pacientes tienen delante a otros pacientes y las conductas de éstos con las cuales compararse; y ya que en esta situación hay momentos en que algunos pacientes quedan fuera de la atención del terapeuta, es más fácil que permanezcan en silencio, rumiando ideas negativas. Si esta tendencia recibe atención y es examinada adecuadamente, puede convertirse en un beneficio para la terapia.

Por otro lado, si bien parece que en esas fases depresivas los pacientes tienden a experimentar pensamientos negativos sobre sí mismos, el mundo y el futuro, existen datos que sugieren que tales distorsiones se limitan solamente a la información concerniente al propio individuo depresivo. Parece que los depresivos se aplican a sí mismos reglas bastante diferentes de las que aplican a los demás, o dicho de otro modo, parece que los errores en los pensamientos son más evidentes cuando el paciente piensa sobre sí mismo que cuando piensa en otra persona.

La mayor objetividad y flexibilidad al juzgar a otras personas se pone de manifiesto en la terapia de grupo. Al paciente depresivo le suele resultar más fácil la identificación de los errores en las cogniciones negativas de otros pacientes que la identificación y evaluación de sus propias cogniciones. Además, y aún más importante, los demás miembros del grupo contribuyen positivamente a la identificación y evaluación del propio conjunto de cogniciones desadaptativas del paciente.

¿Qué son los psicoeducativos?

¿QUÉ SON LOS PSICOEDUCATIVOS?

Los factores psicosociales ejercen una influencia notable en el curso del trastorno bipolar, y en la calidad de vida que los pacientes pueden desarrollar a partir del diagnóstico de la enfermedad.

Los programas psicoeducativos, intentan ayudar al paciente y a su familia, a comprender y afrontar las consecuencias de este trastorno, colaborando, de esta forma, activamente junto con el terapeuta en el tratamiento.

Una de las causas que influye más negativamente en la evolución de la enfermedad, es la baja cumplimiento del tratamiento profiláctico (que evita la aparición de recaídas). Como ya se ha señalado, entre el 25% y el 50% de los pacientes bipolares que reciben tratamiento psicofarmacológico no cumplen las indicaciones médicas.

Los pacientes que siguen un programa psicoeducativo no sólo mejoran en sus conocimientos sobre el trastorno, sino que además desarrollan actitudes más positivas hacia el tratamiento y hacia la enfermedad, cumpliendo mejor el régimen terapéutico, lo que se traduce en una prevención de las posibles recaídas y, por tanto, en una mejoría en la calidad de vida.

En este capítulo explicaremos más detenidamente los objetivos de los psicoeducativos: informar, apoyar, controlar y manejar. Recuerde que nuestra intención es que consiga más control y éxito en el manejo de su enfermedad.

Introducción

Los programas psicoeducativos para pacientes bipolares intentan aportar un sistema teórico y práctico para comprender y afrontar las consecuencias de este trastorno; además, se trata de dotar al paciente de recursos con los que manejarse ante el mismo, pudiendo ser parte activa del tratamiento.

En los psicoeducativos se enfoca el trastorno como una enfermedad biológica y se focaliza el tratamiento en las medidas farmacológicas, que hasta la fecha son las que han demostrado una mayor eficacia para mejorar el curso de la enfermedad.

Los objetivos a trabajar son los siguientes:

- 1.- Información sobre el trastorno bipolar en todos sus aspectos, aportando el material necesario para que los pacientes y sus familiares conozcan la enfermedad y su manejo.
- 2.- Apoyo tanto a la familia como a los pacientes durante la evolución de su enfermedad, con discusión de problemas mediante sesiones abiertas.
- 3.- Instrucción y adiestramiento sobre la realización de su propio seguimiento, mediante el gráfico del estado de ánimo, ayudando a adquirir un mayor grado de conciencia de enfermedad.
- 4.- Sesiones de técnicas de psicoterapia más específicas.

Abordaremos más detenidamente a lo largo del capítulo, cada uno de los anteriores objetivos.

Información sobre la enfermedad.

El uso de la negación lleva al paciente a no aceptar la realidad de la enfermedad, no aceptar la necesidad de un tratamiento e ignorar los síntomas previos de una recaída. La negación es un mecanismo de defensa que forma parte del proceso de asimilación del diagnóstico de una enfermedad crónica, como es el trastorno bipolar.

La máxima información que se pueda dar a los pacientes favorece la desaparición del mecanismo de negación, facilitando el cumplimiento terapéutico. Un paciente bien informado se convierte en un participante más activo de su evolución y afronta de manera más realista lo que debe esperar del profesional de la salud, del tratamiento y de la enfermedad misma.

Los psicoeducativos intentan informar al paciente, de una forma sencilla y breve, acerca de los síntomas del trastorno, la evolución del mismo, las pruebas que son útiles para su diagnóstico, de las teorías que intentan explicar por qué aparece y de todos los tratamientos que están a nuestro alcance.

Para ello se utilizan folletos divulgativos como el que tiene en sus manos, aunque en los psicoeducativos se intenta adaptar esta información a las experiencias únicas de cada persona que padece la enfermedad.

En ocasiones los pacientes refieren que "tanta información les asusta"; adaptarse a una enfermedad crónica como es el trastorno bipolar, requiere tiempo e información progresiva y continua, pero dosificada al ritmo que cada persona pueda asimilar. En los psicoeducativos intentamos adaptarnos a las demandas de información de cada paciente, en función de sus procesos psicológicos de adaptación.

En los programas psicoeducativos, y gracias al intercambio de experiencias que se producen, aparecen problemas con los hábitos más comunes, por lo que se puede promover su modificación; como son el mantenimiento de un ciclo de sueño-vigilia adecuado, evitar el consumo de drogas (que asocia un peor pronóstico), problemas relacionados con efectos secundarios de la medicación, etc.

Por otra parte, se abordan específicamente las consecuencias psicosociales de los episodios, especialmente de los maníacos o hipomaníacos; los pacientes aprenden a discriminar su sintomatología y a cuidarse de sus propios impulsos respecto a temas económicos, laborales o familiares. El paciente adiestrado puede reconocer el inicio de una fase y delegar en familiares o personas de confianza decisiones económicas o afectivas importantes para su vida.

Apoyo a los pacientes durante la evolución de su enfermedad.

Es importante tener en cuenta las consecuencias emocionales que conlleva el diagnóstico de una enfermedad crónica como es el trastorno bipolar, tales como la vergüenza, la rabia e impotencia, los sentimientos de culpa acerca de la etiología (causa) del trastorno... En los psicoeducativos, se tratan con naturalidad y espontaneidad dichas emociones en un entorno terapéutico seguro, en el que se facilita la comunicación y la expresión de sentimientos. Los pacientes se convierten en un apoyo entre ellos mismos, intercambiando experiencias y tomando conciencia de que no "están solos con su trastorno y sus problemas".

Por otro lado, se refuerzan las estrategias de afrontamiento activas como son la búsqueda de información, la búsqueda de soluciones y la utilización del apoyo social.

Es importante comparar el trastorno bipolar con otras enfermedades crónicas orgánicas (diabetes, hipertensión arterial...), estableciendo paralelismos entre ambas, para descargarla de connotaciones peyorativas y desestigmatizar la enfermedad. Todavía, hoy por hoy, los trastornos mentales están llenos de prejuicios; los pacientes que acuden a los psicoeducativos aprenden a superar dichos prejuicios, situando la enfermedad en su justa medida, sin negarla pero también sin sobrevalorarla, pueden hablar de ella con naturalidad y descargarla de connotaciones peyorativas.

Durante las sesiones de apoyo, el terapeuta junto con el resto del grupo puede ayudar al paciente a entender por qué es importante ser consistente en la toma de la medicación y los riesgos que conlleva el no cumplimiento del tratamiento farmacológico, de tal manera que el paciente aumente su responsabilidad en el manejo del trastorno y

disminuyan sus sentimientos de impotencia y culpabilidad.

En los psicoeducativos se valora si los pacientes tienen ideas erróneas sobre la terapia farmacológica y qué factores podrían interferir con el tratamiento; analizados esos factores el terapeuta ayuda y colabora junto con el paciente para solucionarlos.

Aunque muchos pacientes señalan los efectos secundarios como motivo del abandono o mal cumplimiento del tratamiento farmacológico, lo cierto es que aparece frecuentemente una falta de conciencia de enfermedad y de la necesidad de tratamiento, que es sustituida por una fantasía de autocontrol, que no ayuda a un afrontamiento eficaz ni al manejo de las recaídas.

En definitiva, lo que se persigue es un funcionamiento interpersonal más adecuado y una mejora en la calidad de vida, al mismo tiempo que un mayor índice de bienestar.

Control de las recaídas. El gráfico del estado de ánimo

Las recaídas de los síntomas son frecuentes entre los pacientes con un trastorno bipolar, incluso cuando toman su medicación de forma continua. Desgraciadamente, estas exacerbaciones moderadas pueden evolucionar hacia episodios completos de manía o depresión, si no se pone remedio pronto, teniendo la ilusión de que “con esfuerzo y poniendo de mi parte todo pasará”. Se necesita un sistema de aviso temprano para ayudar a los pacientes y a los miembros de su familia a detectar estos síntomas y actuar en los primeros momentos de su evolución. LA INTERVENCIÓN TEMPRANA PUEDE AUMENTAR LA PROBABILIDAD DE PREVENCIÓN DE LA RECAÍDA.

Los enfermos bipolares pueden empezar a vivir la vida como una lucha diaria para contener los síntomas, esperando cada día el próximo hundimiento en la depresión o el giro hacia la manía. Es posible que empiecen a sentirse indefensos, sin control, y teman las cosas que han de venir; algunos dejan de planificar el futuro, el pasado se difumina, puesto que el recuerdo de cada episodio del trastorno se mezcla con el siguiente.

La construcción del gráfico de su evolución, ayuda a los pacientes a tener una perspectiva más clara de sus experiencias con la enfermedad; mientras trabajan con el terapeuta para construirlo, empiezan a ver patrones, épocas de eutimia, respuestas al tratamiento y ocasiones de vulnerabilidad. Los pacientes informan que este proceso es terapéutico, les ayuda a dar significado a lo que sienten como una vida de continua enfermedad.

El gráfico del estado de ánimo es una forma de realizar un resumen rápido del curso pasado (Gráfico del Estado de Ánimo Retrospectivo) y actual (Gráfico del Estado de Ánimo Prospectivo) de la enfermedad, de los episodios maníacos y depresivos que ha sufrido el paciente, las hospitalizaciones que ha experimentado, la medicación que haya tomado y las cosas importantes que le han ocurrido en el transcurso de su vida.

El elaborar el gráfico del estado de ánimo puede servir como sistema personal de aviso precoz, alertando al paciente de algún signo de empeoramiento de la enfermedad; este sistema puede ayudar a intervenir tempranamente, antes de que los síntomas estén fuera de control, haciendo las modificaciones oportunas en el tratamiento y pueda ser prevenida la recaída total del episodio. Los signos de aviso precoz de un episodio que se avecina son a menudo ignorados, como se ha comentado, posiblemente con la esperanza de que las cosas van a ir bien por sí mismas, o simplemente no son reconocidos, especialmente los síntomas de los episodios maníacos.

El registro diario del estado de ánimo ofrece una imagen detallada y segura del trastorno bipolar, la respuesta a los tratamientos y la relación con acontecimientos estresantes. Esto puede ser de gran ayuda para el paciente y para su terapeuta, tanto en la comprobación de la efectividad de los tratamientos, como en el mantenimiento o cambio de éste de forma consecuente. Además, ayuda a adquirir un mayor grado de conciencia de enfermedad y afrontamiento efectivo de la misma.

Tanto en el Gráfico Retrospectivo como en el Prospectivo, se evalúa el estado de ánimo y su repercusión a nivel funcional, es decir, la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria. Así pues, según dicha afectación, se dividen los grados del episodio maníaco o depresivo. La diferencia radica en que mientras que para el Gráfico Prospectivo el grado moderado de manía o depresión se divide en moderado-bajo o moderado-alto, según el nivel de discapacidad funcional; para el Gráfico Vital Retrospectivo sólo existe nivel moderado de manía o de depresión.

Aunque durante el adiestramiento parece una tarea ardua, es más bien muy sencilla, requiriendo entre 1 y 5 minutos al día para su realización, una vez se ha aprendido a hacer de forma correcta. Estamos seguros que los beneficios que aporta el ser poseedor de su historia portátil simplificada y creada por usted mismo, son mayores que los esfuerzos diarios que se deben realizar para la construcción de su Gráfico de su Estado de Ánimo.

Beneficios que según la literatura, aporta la realización del Gráfico:

- 1.- Documentación del curso pasado de la enfermedad:
 - Evalúa las repuestas a los tratamientos.
 - Mantiene una continuidad entre las valoraciones .
 - Identifica los factores precipitantes psicosociales.
 - Identifica los virajes hacia fases maníacas o la aceleración de los ciclos relacionados con el tratamiento antidepresivo.

- 2.- Alianza del paciente como protagonista activo en su evolución:
 - Proporciona una oportunidad para la educación en el aprendizaje y manejo de la enfermedad.
 - Enfoca la psicoterapia.
 - Fomenta y sirve de recuerdo para la cumplimentación de los tratamientos.
 - Ayuda en la detección de los signos de alerta precoz.
 - Medicaliza la enfermedad, es decir, la excluye de cualquier estigma dotándola de un carácter igual al de otra enfermedad orgánica crónica.
 - Supone una historia clínica portátil, facilitando las consultas con su terapeuta, pudiendo emplear la mayor cantidad de tiempo en hablar de asuntos que le preocupen, así como si en un momento determinado de su historia quisiera realizar un cambio de médico.

- 3.- Implicaciones para la investigación:
 - Permite valoraciones uniformes, sistemáticas.
 - Permite la evaluación detallada de las respuestas al tratamiento.
 - Proporciona la posibilidad de clasificar la gravedad, duración y características de los episodios.

Algunas técnicas de psicoterapia específicas

Como hemos visto a lo largo de este capítulo, en los programas psicoeducativos la atención está centrada en proporcionar información sobre la enfermedad, la medicación y sus efectos secundarios, clarificar concepciones erróneas, detección de síntomas...

Como ya se ha reseñado, las psicoterapias están más centradas en la modificación de hábitos perjudiciales para el paciente y enseñanza de estrategias que le permitan introducir cambios en su estilo de vida.

En el programa psicoeducativo utilizamos técnicas que tomamos prestadas de la psicoterapia, como: el entrenamiento en relajación, la técnica de solución de problemas, técnicas de afrontamiento al estrés, habilidades de comunicación...

Mediante la aportación de estas técnicas se intentan mantener los límites umbrales de estrés soportados por los pacientes.

En estas sesiones se aprende a manejar mejor el estrés crónico a través de la adecuación del estilo de vida, regularizando hábitos de sueño, actividad y alimentación.

Psicoterapia psicoeducativa para familias

PSICOTERAPIA PSICOEDUCATIVA PARA FAMILIAS

A estas alturas del libro, queda claro que el tratamiento farmacológico es el tratamiento principal del Trastorno Bipolar.

Sin embargo, como también se ha manifestado, la eficacia del tratamiento farmacológico del trastorno bipolar no resuelve todos los problemas que esta enfermedad plantea a los pacientes y sus familias. La psicoterapia psicoeducativa para pacientes y familiares se ha convertido en un apoyo importante del tratamiento. Hay evidencias de su utilidad en el cumplimiento del tratamiento, la adaptación del paciente, e incluso la disminución de recaídas. La organización de pacientes y familiares en asociaciones de autoayuda refuerza este tipo de apoyo.

Seguidamente se explica nuestra experiencia en el desarrollo de un programa psicoeducativo para familias, y como se ha convertido en el germen de la Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar.

El tratamiento farmacológico es la primera línea del tratamiento del Trastorno bipolar.

Sin embargo, la eficacia del tratamiento farmacológico del trastorno bipolar no resuelve desgraciadamente todos los problemas que esta enfermedad plantea a los pacientes y sus familias.

Por ejemplo, uno de los problemas fundamentales en relación con la eficacia del tratamiento es el abandono del mismo por parte del paciente. Se estima que entre el 25 y 50 % de los pacientes bipolares que reciben tratamiento psicofarmacológico no cumplen con el régimen terapéutico. Por otra parte, el tratamiento farmacológico no consigue en ocasiones suprimir todos los síntomas o evitar las recaídas.

Además, la enfermedad tiene importantes consecuencias personales, familiares y sociales.

En primer lugar, las repercusiones psicológicas que supone ser diagnosticado de una enfermedad crónica y recurrente, que requiere tratamiento farmacológico permanente, con las previsibles reacciones de negación, rabia, desmoralización y ansiedad, y la influencia consiguiente de estas emociones en las relaciones familiares y sociales.

En segundo lugar, la repercusión personal se produce en diversas áreas como la formación del paciente, (interrumpiendo sus estudios), trabajo (el estatus laboral puede deteriorarse en dos terceras partes de los pacientes), relaciones matrimoniales (Un 45 % se separan o divorcian frente al 18% del grupo control), relaciones familiares (la enfermedad impone una pesada carga a la familia próxima, actividad sexual, relaciones sociales, capacidad para vivir independientemente, y la de disfrutar de actividades de ocio).

Por otra parte, las repercusiones de la enfermedad sobre la familia son muy importantes.

Antes del diagnóstico, muchas de las conductas del paciente, que ya son síntomas, son malinterpretadas como producto del carácter del paciente, o de actitudes deliberadas de negligencia o interesadas por parte del paciente para obtener beneficios.

A lo largo de la enfermedad, la familia es la que sufre las consecuencias directas de los episodios de enfermedad y sus síntomas, y de la posible desadaptación crónica del paciente.

Al recibir el diagnóstico los familiares experimentan desconcierto, soledad, angustia, culpa y preocupación, temor e incertidumbre acerca del futuro de su familiar y de la propia familia.

Para intentar mejorar los problemas señalados se ha ido incrementando en los últimos años el interés por

ayudar al paciente y su familia a conocer y afrontar los problemas que plantea la enfermedad mediante la psicoterapia psicoeducativa dirigida a los pacientes y a sus familias, conjuntamente o por separado. La psicoterapia intenta mejorar el cumplimiento farmacológico, facilitar la identificación precoz de síntomas de recaída, afrontar las consecuencias psicosociales de los episodios previniendo las de los futuros y dotar a los pacientes y sus familias de habilidades en el manejo de la enfermedad con el objeto de mejorar su curso. Hay indicios claros de la efectividad de la psicoeducación como complemento del tratamiento con fármacos. Sin embargo, debido a la dificultad de hacer trabajos de este tipo hay pocas evidencias sobre hasta qué punto es útil, respecto a las variables más importantes: recaídas, mortalidad y cronicidad. A pesar de todo, la eficacia sobre aspectos como el cumplimiento del tratamiento o la adaptación psicosocial es indiscutible. Además, hay datos recientes de que la psicoterapia dirigida a las familias es útil para disminuir las recaídas, y espaciarlas.

El apoyo psicoeducativo se ve reforzado mediante la participación de los afectados (pacientes y familiares) en asociaciones sin ánimo de lucro que facilitan su integración social, suministran información y apoyo, y conciencian a la sociedad de sus problemas. En España se fundó en 1994 la Associació de Bipolars de Catalunya, con sede en Barcelona, a la que siguió otra en Madrid.

Desde noviembre de 2002 está registrada la Asociación de Bipolares de la Comunidad Valenciana, con sede en Valencia. La Asociación Valenciana se ha forjado a partir del trabajo de los grupos psicoeducativos de pacientes y familiares desempeñado en el Hospital la Fe desde abril de 1997.

Nuestra Experiencia

Por las razones expuestas más arriba, desarrollamos un programa de apoyo psicoeducativo, cuyo modelo exponemos seguidamente.

Desde el mes de Abril de 1999 se organiza una reunión mensual, en una sala de reuniones del hospital, dirigida a los familiares de los pacientes tratados en nuestra Unidad. Posteriormente han acudido familiares de pacientes de otros sectores sanitarios.

Características de las reuniones

Las reuniones duran dos horas y tienen el formato de terapia de grupo psicoeducativo sobre la enfermedad y su tratamiento y son dirigidas por uno o dos médicos de la Unidad.

Aunque la estructura y los contenidos de las reuniones sean abiertos, a lo largo de las mismas se aporta información y se debaten cuestiones relativas a la naturaleza y causas del trastorno, cuestiones conceptuales, condición crónica del trastorno, pronóstico, qué hacer ante los síntomas, discriminación entre síntomas y conductas de enfermedad, tratamiento y efectos secundarios, recursos y procedimientos pertinentes en las vicisitudes de la enfermedad.

Este programa se extiende a lo largo de once reuniones, una por mes, que se inicia en septiembre y finaliza en julio. Cada septiembre se inicia el ciclo. Los terapeutas se encargan de que cada uno de los módulos señalados en la grilla, sean suficientemente tratados.

Las familias que hayan completado el programa anual pueden mantener la asistencia a las reuniones del curso siguiente. Se procura la renovación de los asistentes, que pueden incorporarse en cualquier momento del ciclo.

Contenido de las reuniones

El contenido de las reuniones está constituido por las intervenciones de los asistentes, que responden a tres tipos de modalidades:

- 1.- Preguntas o comentarios acerca de la enfermedad y sus características
- 2.- Consultas sobre circunstancias concretas de sus familiares
- 3.- Comunicación de experiencias personales y familiares acerca las vicisitudes que introduce la enfermedad en la familia

1) Las intervenciones, preguntas y respuestas atañen a cuestiones relacionadas con la naturaleza y etiología del trastorno (¿A qué se debe esta enfermedad?, ¿Por qué le ha tocado a mi hijo?, ¿Se hereda?, ¿Tiene algo que ver cómo le hemos criado?, ¿Quién tiene la culpa?), cuestiones conceptuales (¿Qué significa Trastorno Bipolar, por qué se llama así, qué significa manía, hipomanía, trastorno bipolar I, Trastorno bipolar II?, ¿Qué diferencia hay con el término psicosis maníaco-depresiva?, ¿Qué diferencia hay con la esquizofrenia, y con la depresión, y con el trastorno esquizoafectivo?); sobre su condición crónica ("Una vez diagnosticado, ¿es para toda la vida?); sobre su diagnóstico (¿Cómo se sabe que alguien tiene el trastorno bipolar?, ¿Qué pruebas hay que hacer?); pronóstico (¿Podrá casarse, podrá trabajar, podrá tener hijos?); síntomas y qué hacer ante ellos (¿Por qué dice esas cosas, por qué se gasta así el dinero, qué hago cuando dice, o hace ..?¿Qué hago si me agrede?); discriminación entre síntomas y conductas de enfermedad (¿Usted cree que cuando hace eso nos está tomando el pelo? Con la excusa de que está enfermo, hace lo que quiere...). Y sobre el tratamiento y efectos secundarios ¿Por qué le dan a mi hijo..?, Pues el año pasado, el Dr. Tal, le dio... ¿Y este tratamiento, es para siempre? ¿Es posible que eso se deba al litio?). Recursos y procedimientos ¿Qué debo hacer para facilitar el ingreso de mi hijo-a? ¿Dónde debo acudir si...?

Este bloque de las sesiones proporciona a los familiares la información básica necesaria para conocer la enfermedad. Nos preocupaba que la repetición de los comentarios sobre las mismas cuestiones fuese tediosa y acabase desanimando a los asistentes asiduos. Hemos comprobado que la repetición no supone un inconveniente para los asistentes regulares y permite consolidar los conocimientos, que se afianzan en las sucesivas intervenciones.

2) Las preguntas sobre situaciones personales que atañen a los familiares enfermos o a los asistentes, del tipo: *"mi hijo está empezando a despertarse muy temprano..."*, *"mi marido dice..."*, lejos de ser impertinentes o inadecuadas para el resto de asistentes, generan interés, porque les permiten conocer aspectos de la enfermedad o sus consecuencias, que desconocían o que reconocen y opiniones o actitudes con las que se sienten identificados o discrepan y generan intervenciones de apoyo o de contraste, enriquecedoras.

3) No menos importantes y de un valor inapreciable son las aportaciones personales sobre como vivieron el paciente y su familia el primer episodio maníaco, el primer ingreso, los primeros contactos con los psiquiatras y la psiquiatría, las reacciones de los amigos del paciente y de la familia ante la enfermedad, los ajustes adaptativos a los que obliga la enfermedad en el paciente y la familia y los hallazgos de las familias sobre el manejo de situaciones sintomáticas.

El segundo y tercer tipo de intervenciones fomentan las estrategias de autoayuda, uno de cuyos principales objetivos e instrumentos es luchar contra el estigma de la enfermedad mental a través del intercambio de experiencias, viendo que hay más personas con el mismo problema.

Intervenciones del terapeuta

Las intervenciones del terapeuta persiguen facilitar a los familiares la adquisición de conocimientos y actitudes que tiendan a conseguir y no entorpezcan la consecución de los objetivos psicoeducativos genéricos que proponen VIETA y cols.(1996) :

1. Proporcionar información, asistencia, y apoyo al paciente y su familia

2. Favorecer la conciencia de enfermedad, y combatir la culpa y la "marca" negativa que va asociada a la enfermedad mental
3. Evitar recaídas o mitigarlas
4. Incrementar la adhesión al tratamiento
5. Evitar el consumo de drogas
6. Reconocer a tiempo los síntomas de recaída
7. Manejar apropiadamente el estrés
8. Facilitar la comprensión y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de los episodios pasados y prevenir los futuros
9. Mejorar el funcionamiento en las relaciones personales, sociales y laborales entre los episodios

En la aplicación de estos objetivos a los intereses y características del grupo de familiares, hemos advertido que son de especial interés:

1.- El enfoque del trastorno como una enfermedad biológica igual que la diabetes mellitus, o la epilepsia, especial virtud de la psicoeducación, contribuye eficazmente a la desculpabilización de la familia respecto a la fantasía de ser responsable de la enfermedad. Por otra parte, resalta la importancia fundamental del tratamiento farmacológico en el control de la misma, desplazando la idea frecuente de la familia de que las variaciones del humor del paciente están relacionadas con el carácter del paciente y por tanto, no son influenciables.

2.- Exhortar a la familia a identificar con precisión el ritmo episódico que ha experimentado la enfermedad del paciente, identificando los síntomas de recaída - especialmente de los episodios maníacos - e identificar los factores estresantes y los acontecimientos vitales que estuvieron presentes en torno a los episodios previos.

3.- Intentar discriminar entre las conductas de enfermedad y las conductas sintomáticas, así como evitar la contemplación de la conducta del paciente como permanentemente sintomática.

Perspectivas

Los familiares, además de información, demandan el componente activo de la educación: intervenciones dirigidas al entrenamiento en habilidades comunicativas y de resolución de problemas, y al diseño de estrategias de afrontamiento del estrés personal y familiar vinculado a la enfermedad. Habrá que perfeccionar el modelo e intentar probar su eficacia más allá de la convicción subjetiva de su utilidad.

La consolidación de un grupo de pacientes y familiares interesados, motivados, y decididos ha sido el germen de la Asociación Valenciana del Trastorno Bipolar.

Autoayuda



AUTOAYUDA.

Seguidamente se exponen una serie de recomendaciones que pueden ser útiles para los pacientes y sus familias

¿QUÉ PUEDE HACER USTED POR SU ENFERMEDAD?

1° Infórmese acerca de su enfermedad. Conviértase en un experto en su enfermedad. Cuanto más conozca su enfermedad, mejor será el pronóstico. Hable con su psiquiatra, lea información, acuda a conferencias, busque ayuda en las asociaciones o grupos de apoyo disponibles. Comparta esta información con su familia.

2° Autoobsérvese. Esté atento a los cambios de su estado de ánimo, energía, autoestima, interés sexual, concentración y sobre todo, a su ritmo de sueño. Dormir menos de 6 horas y no necesitar más, puede ser el primer síntoma de un episodio maníaco. Despertarse de madrugada y no poder volver a dormirse puede ser el primer síntoma de un episodio depresivo.

3° Conocer los síntomas de alarma iniciales, que suelen estar presentes en usted en cada recaída, le permitirá anticiparse a ella. Estos síntomas tienden a ser siempre los mismos al inicio de cada episodio, y es conveniente que los conozcan usted, su familia, y su médico.

4° Mantenga un patrón de sueño estable. Duerma cada día ocho o nueve horas. Intente acostarse y levantarse cada día a la misma hora. Los horarios desorganizados de sueño, las noches sin dormir por trabajo o fiestas, elevan el riesgo de recaída.

5° No consuma drogas. El alcohol y otros tóxicos (marihuana, cocaína, éxtasis y otras drogas de diseño) pueden inducir recaídas e interfieren con el tratamiento.

6° Tome la medicación correctamente. Es el medio más eficaz para evitar las recaídas. No tenga reparos en comentar con su psiquiatra los efectos secundarios que atribuya al tratamiento, así como cualquier duda referida a la necesidad de tomarlo, o el deseo de abandonarlo. Es mejor ser sincero si no lo está tomando correctamente, para no confundir a su médico.

7° Es muy útil disponer de un resumen de la historia de su enfermedad, conservar los informes de que disponga, recordar los medicamentos que ha tomado, especialmente si alguno no le sentó bien.

8° En la medida de lo posible, evite el estrés. Por ejemplo, el laboral. Recuerde que evitar recaídas es mucho más importante y a la larga, mejorará su productividad. Realizar actividades gratificantes le ayudará a disminuir la tensión (ejercicio físico moderado, lectura, relación con amigos...).

9° Déjese ayudar por la familia o los amigos. Considere sus comentarios respecto a cambios en su ánimo o comportamiento como la posibilidad de que le anuncien una recaída que usted no ha percibido; especialmente, si estos comentarios le llegan de varias personas. Ante la duda, consulte con su psiquiatra.

10° Intente aprender a convivir con su enfermedad, evitando negarla, y conociéndola lo máximo posible. Es una inversión necesaria y segura para evitar sufrimiento y limitaciones.

¿QUÉ PUEDE HACER LA FAMILIA?

1°. Infórmese acerca de la enfermedad y de los recursos disponibles para tratarla.

Si es posible, asóciase con otros familiares de afectados.

2°. Tenga presente que en cualquier Centro de Salud Mental puede tratarse adecuadamente el Trastorno Bipolar. Igualmente, puede tratarse con la misma eficacia y profesionalidad tanto en el medio público, como el privado.

Fomente el apego al tratamiento y a los profesionales que tratan a su familiar.

3°. Anime al paciente a continuar el tratamiento, visitar a su médico, y evitar el alcohol y las drogas

4°. Es conveniente que dispongan de un resumen de la historia de la enfermedad con las fechas y duración de los principales episodios, de qué tratamientos ha tomado el paciente, y cuáles le han sentado mal o han sido poco útiles.

5°. Usted no tiene ninguna culpa en la aparición o desarrollo de esta enfermedad en su familiar. (Ni la crianza, ni las separaciones, ni el ambiente familiar, o de la relación de pareja son causantes de la enfermedad).

6°. Recuerde que la identidad de su familiar va más allá de su enfermedad. No se trata de que es un enfermo, sino de que está enfermo en ocasiones. Por tanto, se trata de una persona normal, y debería tratársele como tal y no contemplarle a él o a sus actos como permanentemente enfermizos.

7°. La familia debe colaborar en la identificación de los síntomas de recaída referidos a cambios observados:

En el nivel de actividad (hipoactivo -menos activo de lo habitual-, hiperactivo - más activo de lo habitual).

En su irritabilidad (incrementos claros de la irritabilidad u hostilidad general).

En las características de su habla (estar más hablador o menos de lo habitual, el tono demasiado alto o bajo del discurso, la velocidad del habla, y los cambios continuos de tema).

En la sociabilidad (familiaridad excesiva con extraños, desaparición de la timidez habitual, prodigalidad, rechazo o temor a relacionarse).

En el sueño (cambios en el ritmo de sueño; especialmente, despertarse de madrugada sin necesitar dormir más o sin poderlo hacer con menos de 6 horas, o permanecer en la cama más horas de lo habitual). Los cambios en el sueño suelen ser los indicios más precoces y comunes de recaída.

En los gastos (incrementos llamativos de los gastos).

En los proyectos (aparición súbita de "ideas brillantes", "negocios seguros", planes de vida nueva, relaciones nuevas, viajes con justificaciones poco claras).

Ante estos cambios, especialmente si se producen simultáneamente en varias de estas áreas debe recomendar a su familiar que se ponga en contacto con su psiquiatra, o hacerlo usted si su familiar no lo hace. Recuerde que los síntomas iniciales de recaída suelen ser estables en cada paciente.

8°. Un problema importante para el paciente y la familia es aprender a discriminar entre un día bueno y la hipomanía, y entre un día malo y la depresión. Por eso conviene observar que los cambios apreciados persisten y son exagerados y evitar la vigilancia angustiada de cualquier mínimo cambio. Cuando se trate de un nuevo episodio, rápidamente quedará claro.

9°. Cuando el paciente esté bien, debe intentar pedir su opinión y autorización y planificar con él medidas de seguridad si reapareciesen los síntomas; especialmente los maníacos, en los que la conciencia de enfermedad desaparece. Por ejemplo, debe pactarse qué hacer cuando se adviertan los síntomas de recaída (tarjetas de crédito, llaves del automóvil, evitar decisiones, cuando ir al hospital...)

10°. Ante un episodio depresivo.

- Recuerde que la cura de la depresión no depende de la voluntad del paciente, ni es culpable de estar deprimido. Consejos bienintencionados del tipo "pon de tu parte", "distráete", "haz algo" son contraproducentes.

- El mejor apoyo por parte de la familia puede ser brindar apoyo, comprensión y confianza mientras el tratamiento hace efecto

- Cuando se esté recuperando, no le presione demasiado ni le sobreproteja (también en los episodios maníacos). Se trata de hacer cosas "con él", más que "por él".

En caso de que el paciente presente pensamientos suicidas:

Informe a su psiquiatra.

Si el psiquiatra lo considera oportuno, puede estar indicada una hospitalización

Mientras dure la situación de riesgo, no deje al paciente solo en casa

No deje medicación a su alcance y ocúpese usted de administrársela. Retire armas, venenos y cáusticos.

Si acaba de realizar una tentativa suicida debe ser valorado de urgencia.

11° Ante un episodio maníaco.

Si hay síntomas psicóticos (ideas delirantes o alucinaciones)

El paciente puede decir que es millonario, tiene una misión o poderes especiales, le miran por la calle, o quieren hacerle daño a él o a su familia. En estos casos se debe consultar con su psiquiatra cuanto antes. Si esto no es posible, debe ser valorado en la Unidad de Urgencias del hospital que le corresponda cuanto antes. Si en relación con los síntomas hay riesgo para el paciente o para su entorno y su conducta está desorganizada puede estar indicado el ingreso, incluso en contra de su voluntad. El ingreso deberá ser autorizado por un juez previamente, o durante el ingreso si éste se realiza de urgencia.

Aunque el ingreso involuntario es una experiencia dura para el paciente y su familia, la mayoría de pacientes cuando se han recuperado, agradecen a sus familiares haber intervenido a tiempo y evitado males mayores, y se disculpan por los problemas causados.

- Si el paciente presenta una recaída maníaca, ha abandonado el tratamiento, y rechaza acudir a visitar a su psiquiatra, la familia debe persuadirlo para que acuda para ser valorado en la Unidad de Urgencias del hospital correspondiente. Si es necesario, debe recabar los servicios de medicina de urgencia (SAMUR, o médico de urgencias) para una valoración urgente y o traslado a su hospital de referencia.

- Cuando el paciente manifiesta ideas delirantes no conviene acallarles con comentarios tales como "no digas tonterías". Escuchar nos permitirá conocer su estado. No sirve intentar convencerles de la falsedad de sus afirmaciones y tampoco darles la razón. Evitar responder a estos comentarios o manifestar nuestro sereno desacuerdo con esas ideas si es preciso, sería lo más adecuado.

Si el paciente está hostil y provocador hay que evitar entrar en escalada con él retándole o desafiándole.

Les ofrecemos a continuación un cuestionario que recoge una gran parte de los síntomas que sirven de alarma en el comienzo de una fase depresiva o maníaca. Es aconsejable que la utilice en caso de notarse raro o en que suponga que tiene una recaída. Por regla general, los síntomas de alarma suelen presentarse de la misma forma en cada uno de los pacientes, por lo que es más fácil reconocerlos. La experiencia que adquiere le avisa de los primeros síntomas y de cómo aprender a verle las "orejas al lobo". Incluso es frecuente que los reconozcan antes los demás miembros de la familia, lo cual irrita al paciente, que no quiere ver que se acerca una nueva recaída.

Cuestionario prodrómico de Smith & Tarier (1992).
Versión española de Livianos & Rojo, 1998

Durante la última semana, en qué medida ha notado las sensaciones siguientes:

1.	Bajo de energía o cansado	Nada	Poco	Mucho
2.	Eufórico, mejor que nunca	Nada	Poco	Mucho
3.	Triste	Nada	Poco	Mucho
4.	Que las ideas corren	Nada	Poco	Mucho
5.	Miedo a volverse loco	Nada	Poco	Mucho
6.	Poco apetito	Nada	Poco	Mucho
7.	Dificultad para concentrarse	Nada	Poco	Mucho
8.	Que los sentidos le parecen mas agudos	Nada	Poco	Mucho
9.	Mas hablador	Nada	Poco	Mucho
10.	Ansioso	Nada	Poco	Mucho
11.	Poca confianza en si mismo	Nada	Poco	Mucho
12.	Creativo	Nada	Poco	Mucho
13.	Irritable	Nada	Poco	Mucho
14.	Mayor interés por el sexo	Nada	Poco	Mucho
15.	Muchos sentimientos religiosos	Nada	Poco	Mucho
16.	Viendo cosas que solo usted puede ver	Nada	Poco	Mucho
17.	Preocupado por todo	Nada	Poco	Mucho
18.	Enérgico, muy activo	Nada	Poco	Mucho
19.	Sin ganas de ver a nadie	Nada	Poco	Mucho
20.	Sin ganas de ir a la cama	Nada	Poco	Mucho
21.	Gastando mas dinero de lo habitual	Nada	Poco	Mucho
22.	Sin ganas de cooperar	Nada	Poco	Mucho
23.	Descuidando la higiene y la apariencia	Nada	Poco	Mucho
24.	Sintiéndose en otro mundo	Nada	Poco	Mucho
25.	Pensando que sus pensamientos están controlados	Nada	Poco	Mucho
26.	Sin poder levantarse por las mañanas	Nada	Poco	Mucho
27.	Con dolores y molestias	Nada	Poco	Mucho
28.	Sintiéndose muy culpable	Nada	Poco	Mucho
29.	Con pensamientos extraños	Nada	Poco	Mucho
30.	Pensando en la muerte	Nada	Poco	Mucho
31.	Oyendo cosas que solo usted puede oír	Nada	Poco	Mucho
32.	Desinhibido o violento	Nada	Poco	Mucho
33.	Sintiéndose fuerte o poderoso	Nada	Poco	Mucho

34.	Poco interés por el sexo	Nada	Poco	Mucho
35.	Sin poder hacer frente a las tareas normales	Nada	Poco	Mucho
36.	Sintiéndose muy importante	Nada	Poco	Mucho
37.	Que la situación escapa a su control	Nada	Poco	Mucho
38.	Sin mucha necesidad de dormir	Nada	Poco	Mucho
39.	Sin disfrutar de nada	Nada	Poco	Mucho
40.	Involucrado en mucho proyectos	Nada	Poco	Mucho
41.	Pensando en el suicidio	Nada	Poco	Mucho

Dónde obtener ayuda



DÓNDE OBTENER AYUDA

Cuando una persona desarrolla un trastorno como el bipolar, a menudo sobrecogedor en sus manifestaciones, se observa tanto el paciente como en los familiares un estado de desamparo. El desconocimiento de lo que ocurre, la información inadecuada, la necesidad de buscar una salida hace que las repercusiones en el estado de ánimo de los que rodean al enfermo sean patentes. En este sentido, el concurso de personas que ya hayan pasado por la misma situación puede ser inestimable. A esto hay que añadir la especial situación de la asistencia en Salud Mental que se da en nuestra comunidad. Sólo la unión de los interesados, al modo en que ya existe en otros países de nuestro entorno, puede lograr que esta situación se resuelva.

Asociaciones de Enfermos Bipolares

Asociación Bipolar de Madrid (ABM)

c/. Arturo Soria 204

Dirección postal: pº/. General Martínez Campos 36; 28010 Madrid

Teléfono: 913 195 260

Fax: 913 195 260

Associació de Bipolars de Catalunya (ABC) www.bcn.es/tjussana/bipolars

c/. Puig i Cadafalch 2, 1º 2º; 08035 BARCELONA

Teléfono: 934 274 422

Correo: cen00abc@jazzfree.com

Associació de Bipolars del Bages, Berguedà i Solsonès (ABBBS)

Teléfono: 938 742 112

Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar (AVTB)

Apdo. Correos 9023; 46080 Valencia

Correo: AVTBipolar@eresmas.com

Página Web: <http://www.AVTBipolar.org> (en construcción)

Teléfono: 963841211

Asociaciones de familiares y enfermos mentales

De entre las más de 150 asociaciones existentes en todo el territorio, indicamos a continuación las direcciones de las federaciones regionales, así como de la confederación nacional de agrupaciones de enfermos mentales, que engloba a todas ellas. Puesto que existen distintas asociaciones y federaciones de ámbito local, sugerimos contactar con las federaciones regionales para obtener información sobre aquella más cercana a sudomicilio.

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES)
c/. Hernández Más 20-24; 28035 Madrid
Teléfono: 915 079 248
Fax: 917 857 076
Correo: feafes@feafes.com
Página web: www.feafes.com

Andalucía

Federación Andaluza de Allegados de Enfermos Esquizofrénicos (FANAES)
c/. Villegas y Marmolejo 2, M-1º; 41005 Sevilla
Teléfono: 954 663 314
Fax: 954 663 314
Correo: fanaes@hotmail.com

Aragón

Federación de Asociaciones Aragonesas Pro-Salud Mental (FEAFES-Aragón)
Ciudadela. Pabellón de Santa Ana, Parque de las Delicias; 50017 Zaragoza
Teléfono: 976 532 505 / 499
Fax: 976 349 536
Correo: aspme@public.ibercaja.es

Principado de Asturias

Asociación de Familiares de Enfermos Psíquicos de Asturias (AFESA-Asturias-FEAFES)
Recinto Hospital Psiquiátrico
ctra/. de Rubín s/n; 33011 Oviedo
Teléfono: 985 113 919 / 985 115 142
Fax: 985 113 919 / 985 106 333
Correo: afesa@jazzfree.com

Islas Baleares

Federación Balear de Familias de Enfermos Psicóticos (FEBAFEP)
Casal Ernest Lluch. c/ De la Rosa 3, 3º; 07003 Palma de Mallorca
Teléfono: 971 714 017
Fax: 971 714 017

Canarias

Federación de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos de las Islas Canarias (FEAFES-Canarias)
c/. Juan Romeu García 28, locales 3B y 1F; 30008 Santa Cruz de Tenerife
Teléfono: 922 294 180 / 922 267 653
Fax: 922 205 258

Cantabria

Asociación Cántabra Pro-Salud Mental (ASCASAM)
Pasaje del Arcillero 3, bajo; 39001 Santander
Teléfono: 942 363 367 / 942 372 494
Fax: 942 363 367
Correo: ascasam_sede@wanadoo.es

Castilla-León

Federación Castellano Leonesa de Familiares de Enfermos Mentales (FEAFES-Castilla y León-FECLEM)

c/. La Pasión 13, 6ºB; 47001 Valladolid

Teléfono: 983 344 830

Fax: 983 344 830

Correo: feafes-feclm@feafes-castillayleon.orgWeb: www.feafes-castillayleon.org

Castilla-La Mancha

Federación Regional de Castilla-La Mancha (FEAFES-C.M.)

avda/. de Castilla-La Mancha 3, 3ºB; 45003 Toledo

Teléfono: 925 284 376

Fax: 925 284 376

Correo: feafesclm@navegalia.com

Cataluña

Federación Catalana de Asociaciones Familiares de Enfermos Mentales (FECAFMM)

c/. Aragó 237-239, principal 3ª; 08007 Barcelona

Teléfono: 932 150 197 / 932 721 451

Fax: 932 721 365

Correo: fcafmm@suport.org

Extremadura

FEAFES Extremadura

c/. Molino 6. Apdo. Correos 161; 06400 Don Benito (Badajoz)

Teléfono: 924 805 077

Fax: 924 808 379

Correo: proines@terra.es

Galicia

Federación Gallega de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos (FEGAFES)

Rúa Galeras 13, planta 1º, oficina 3; 15705 Santiago de Compostela (La Coruña)

Teléfono: 981 554 395

Fax: 981 554 852

Correo: fegafes@igatel.net / fegafes@wanadoo.esWeb: www.fegafes.com

La Rioja

Asociación Riojana de Familiares y Enfermos Psíquicos (ARFES)

c/. Cantabria 33-35; 26004 Logroño

Teléfono: 941 236 233 / 941 261 674

Fax: 941 238 694

Correo: arfes@ibercom.comWeb: www.rioja-web.com/empresas/arfes.htm

Madrid

Federación Madrileña Pro-Salud Mental (FEMASAM)

c/. Manuel Fernández Caballero 10; 28019 Madrid
Teléfono: 914 729 814
Fax: 914 719 840
Correo: femasam@wanadoo.es

Murcia

Federación Murciana de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales (FEAFES-Región de Murcia)
c/. Vista Alegre 30, bajo; 30007 Murcia
Teléfono: 968 232 919
Fax: 968 232 919
Correo: feafes@ono.com

Navarra

Asociación Navarra para la Salud Psíquica (ANASAPS)
c/. Río Alzaina 20, trasera; 31006 Pamplona
Teléfono: 948 248 630
Fax: 948 240 336
Correo: anasaps_pna@hotmail.com

País Vasco

Federación de Eskadi de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos (FEDEAFES)
c/. Portal de Arriaga 14, bajo; 01012 Vitoria
Teléfono: 945 268 942 / 945 287 991
Fax: 945 268 942

Comunidad Valenciana

Federación Valenciana de Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEVAFEM)
c/. Ribera 14, 5º, pta 9, Despacho C; 46002 Valencia
Teléfono: 963 535 065
Fax: 963 535 065

Ceuta y Melilla

Asociación Ceutí de Familiares de Enfermos Psíquicos (ACEFEP)
Teléfono: 608 548 070
Asociación Melillense de Familiares de Enfermos Mentales (AMELFEN)
Edificio Severo Ochoa, c/. General Astilleros 5, 2-5; 52006 Melilla
Teléfono: 952 673 980
Correo: izmir23@hotmail.com

Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental (CEIFEM)

Este centro ofrece información sobre todos los aspectos relativos a la enfermedad mental a los afectados y sus familiares, a los profesionales de la salud y a la sociedad en general, a través de los siguientes servicios: disponibilidad y distribución de recursos generales y específicos; información sobre Centros, Instituciones y Servicios de Salud Mental de todas las Comunidades Autónomas; información sobre las 160 entidades integradas en FEAFES y repartidas por todo el territorio nacional, en las que podrá encontrar personas en su misma situación lo que facilitará el intercambio de experiencias.

Correo: ceifem@feafes.com

Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales - European Federation of Associations of Families of people with a Mental Illness (EUFAMI)
Groeneweg 151 - 3001 Heverlee (Bélgica)
Teléfono: +32 16 23 23 82
Fax: +32 16 23 88 18
www.eufami.org

Dónde obtener más información

DÓNDE OBTENER MÁS INFORMACIÓN

La literatura española de divulgación acerca del trastorno bipolar se ha incrementado a lo largo de los últimos años, como pone de manifiesto la edición revisada y corregida de esta Guía para familiares y pacientes, que intenta llenar el vacío existente hasta la fecha. Aún así, no es posible abordar todos los aspectos referidos a la enfermedad, ni responder a todas las preguntas que le surjan al lector. Por ello, para completar la información de esta guía ofrecemos a continuación una relación de libros y folletos, páginas web y direcciones donde el lector interesado podrá ampliar su conocimiento acerca del trastorno bipolar, sin olvidar que una fluida comunicación con su psiquiatra es una buena base para poder afrontar la enfermedad.

Libros y folletos

Información científica

De entre las numerosas monografías existentes, ofrecemos a continuación una selección de aquellas disponibles en nuestro idioma y escritas en su mayoría por autores españoles. Se trata de libros de reciente publicación y disponibles, por tanto, en librerías especializadas, con la única excepción de uno de los textos básicos sobre la materia, escrito en inglés y de difícil acceso.

ÁLVAREZ, E; PÉREZ-BLANCO, J; PÉREZ-SOLÀ, V (dir) (2000); *Clínica de litio. Teoría y práctica*; Barcelona, Publicaciones Permnayer, xiv+323p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996); Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con un trastorno bipolar; Barcelona, EDIKA MED, xi+92p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2001); *Guía clínica para el tratamiento del trastorno bipolar*; Barcelona, Ars Medica

AYUSO GUTIÉRREZ, J.L; DEL RÍO VEGA, J.M (1997); Trastorno Bipolar. En: BALLÚS PASCUAL, C; LÓPEZ-IBOR, J.J (dir); *Nuevas fronteras en psiquiatría, 2*; Barcelona, Ediciones Doyma, 30p.

GONZÁLEZ-PINTO, A; GUTIÉRREZ, M; EZCURRA, J (dir) (1999); *Trastorno bipolar*; Madrid, Aula Médica Ediciones, xvi+225p.

Goodwin, F.K; Jamison, K.R (1990); *Manic-depressive illness*; Oxford, Oxford University Press.

LIVIANOS ALDANA, L; RIBES CUENCA, J; ROJO MORENO, L (2001); *El trastorno bipolar. Una guía para familiares y pacientes*; Valencia, Generalitat Valenciana-Consellería de Sanitat, 62p.

LIVIANOS ALDANA, L; ROJO MORENO, L (1999); *El tipo clínico maníaco*; Madrid, IM&C, 362p.

PALOMO, T; BENINGER, R; JIMÉNEZ-ARRIERO, M.A; HUERTAS, E (2002); *El espectro bipolar*. En: Avances neurocientíficos y realidad clínica, vol. 6; Madrid, CYM, 344.

VIETA PASCUAL E (dir) (2002); Hipomanía. En: VIETA PASCUAL, E (dir); *Psiquiatría global, 1*; Madrid, Aula Médica ediciones, 105p.

VIETA PASCUAL, E (1999); Abordaje actual de los trastornos bipolares. En: SÁIZ RUIZ, J (dir); *Psiquiatría médica*; Barcelona, Masson, xiii+104p.

VIETA PASCUAL, E (2001); *Trastornos bipolares. Avances clínicos y terapéuticos*; Madrid, Editorial Médica Panamericana, xviii+337p.

VIETA PASCUAL, E (dir) (2003); *Novedades en el Tratamiento del Trastorno Bipolar*; Madrid, Editorial Médica Panamericana, xii+103p.

VIETA PASCUAL, E; COLOM, F; MARTÍNEZ-ARÁN, A (2001); *¿Qué es el trastorno bipolar?*; Madrid, Janssen-Cilag, 50 p.

VIETA PASCUAL, E; GASTÓ FERRER, C (1997); *Trastornos bipolares*; Barcelona, Springer-Verlag Ibérica, xv+538 p.

Literatura de ficción y cine

El interés de estas fuentes reside en la constatación de la existencia del trastorno bipolar a lo largo de la historia, pues no sólo personajes conocidos y artistas la han padecido, sino que también algunos han escrito sobre ella y se han hecho películas en donde el paciente es el principal protagonista. A pesar de las licencias que la literatura de ficción se permite, no cabe duda que este tipo libros y películas puede ayudar a una mejor comprensión de la enfermedad tanto por parte del paciente como de aquellos que le rodean. Ofrecemos a continuación una breve relación de aquellos libros y películas de más fácil acceso.

Libros

Jamison, K.R. (1996); *Una mente inquieta: testimonios sobre afectos y locura*; Barcelona, Tusquets Editores.

Películas

BIRD, ANTONIA (1995); *Amor Loco*. Con Chris O'Donnell y Drew Barrymore. Una pareja de adolescentes se enamora y escapa ante la oposición de ambas familias. Ella es maniaco-depresiva y aprende a ser cariñosa, conforante y responsable, reflejando la problemática de la adolescencia.

CAPRA, FRANK (1936); *El secreto de vivir*. Con Gary Cooper y Jean Arthur. Un hombre hereda 20 millones de dólares y los dona a los necesitados, lo que despierta el interés de un periodista avisado. En un juicio para determinar su lucidez mental, la acusación describe al protagonista como un maniaco-depresivo. Óscar al mejor director.

ERICE, VÍCTOR (1973); *El espíritu de la Colmena*. Con Fernando Colomo y Teresa Gimpera. Una joven mujer enganchada a la película de Frankenstein de 1931 inicia un viaje en búsqueda de la criatura. El personaje que hace de padre posiblemente es un maniaco-depresivo.

FIGGIS, MIKE (1991); *Mr Jones*. Con Richard Gere, Lena Olin y Anne Bancroft. La lucha de un maniaco-depresivo y su relación con su psiquiatra. Aunque el guión no es muy bueno, la interpretación de lo que supone ser un paciente bipolar es bastante acertada.

HYNER, NICHOLAS (1994); *La locura del rey Jorge*. Con Nigel Hawthorne y Helen Mirren. Narra la lucha del Rey Jorge II con su enfermedad mental, la 'demencia periódica', una porfiria aguda intermitente que recuerda en muchos aspectos al trastorno bipolar.

KERSHNER, IRVIN (1966); *Un loco maravilloso*. Con Sean Connery y Joan Woodward. Típica comedia de los años sesenta en la que aparece un poeta maniaco-depresivo. Interesante por la imagen del público general sobre los artistas 'locos'.

RICHARDSON, TONY (1991); *Las cosas que nunca mueren*. Con Jessica Lange y Tommy Lee Jones. Jessica Lange ganó un óscar por su interpretación de la esposa maniaco-depresiva de un militar americano durante la guerra fría. Los cambios de carácter apenas aparecen, aunque permiten suponer que padece la enfermedad.

ROSSEN, ROBERT (1964); *Lilith*. Con Warren Beaty, Jean Seberg, Peter Fonda y Gene Hackman. Un residente se enamora de una paciente y se acerca de este modo a la enfermedad mental.

SHELTON, RON (1994); *Ty Cobb*. Con Robert Wuhl, Lolita Davidovich y Tommy Lee Jones. Historia de Ty Cobb, una de las figuras del béisbol que probablemente era bipolar y recibió tratamiento con litio durante los últimos años de su vida. La película narra la redacción de su biografía por el escritor deportivo Al Stump.

Recursos de interés

Como puede ocurrir al navegar por la red, la calidad de los distintos lugares es dispar, por lo que la fiabilidad de la información que en ellos aparece no siempre está avalada por el consenso de la comunidad científica. Por ello, es preferible recurrir a aquellos lugares respaldados por instituciones y organismo oficiales, o bien a los de asociaciones de reconocida solvencia, evitando de este modo que una información errónea o equivocada pueda dar lugar a malos entendidos. En este sentido, ofrecemos a continuación una breve relación de aquellos lugares visitados que ofrecen un nivel más que aceptable en cuanto a la información que contienen, esperando que puedan ser de utilidad al lector.

Sociedades Científicas y Asociaciones profesionales

Sociedad Española de Trastornos Bipolares
Avda de la Plata, 20; 46013 Valencia

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) www.pulso.com/aen/index.htm
c/. Villanueva 11, 3º planta; 28001 Madrid

Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) www.sepsiquiatria.org
Secretaria: Srta. Ana Delia Manero
c/. Severo Ochoa 2; 28760 Tres Cantos (Madrid)
Teléfono: 918 075 678
Fax: 918 075 679
Correo: secret@sepsiquiatria.org

Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) www.feap.es
c/. Cristobal Bordiú 35 - Of.105; 28003 Madrid
Teléfono: 915 543 588
Fax: 915 337 650
Correo: secretaria@feap.es

Asociación de Enfermería en Salud Mental (AESM) www.aesm.net
c/. Islas Cíes 13, Escalera 1º, 7º A; 28035 Madrid
Teléfono: 917 306 538
Correo: aesm@aesm.net

Asociación Mundial de Psiquiatría – World Psychiatric Association (WPA) www.wpanet.org
WPA Secretariat
Elmhurst Hospital/Mt. Sinai School of Medicine
79-01 Broadway, Room D-10-20 Elmhurst, NY 11373 USA
Teléfono: 1-718-334-3459
Fax: 1-718-505-6910
Correo: wpasecretariat@wpanet.org

Federación Mundial para la Salud Mental – The World Federation for Mental Health (WFMH) www.wfmh.com
Secretariat
P.O. Box 16810, Alexandria, Virginia, 22302-0810; U.S.A.
Fax: +1.703.519.7648
Correo: wfmh@erols.com

html

Organización Mundial de la Salud – World Health Organization (OMS – WHO) www.who.int/es/index.

Oficina Regional para Europa (EURO)
8, Scherfigsvej; DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Teléfono: +(45) 39 17 17 17
Fax: +(45) 39 17 18 18
Correo: fap@who.dk

Instituciones y organismos privados

Psiquiatría.com www.psiquiatria.com
Correo: info@psiquiatria.com

Fundación Cerebro y Mente www.cermente.com
Correo: cerebroymente@cermente.com

Psiquiatría 24x7 www.psiquatria24x7.com

Bipolar Ware www.bipolarware.com

Stanley foundation www.wpic.pitt.edu/stanley/

Mental Health Infosource www.mhsource.com/bipolar/

Internet Mental Health www.mentalhealth.com/fr20.html

Bipolar significant others www.bpsso.org

Pendulum www.pendulum.org

Preguntas más frecuentes

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

Incluimos a continuación una serie de preguntas que nos suelen hacer de habitualmente los pacientes bipolares y sus familiares.

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

En el Trastorno Bipolar hay episodios depresivos “normales”, pero los pacientes han sufrido también, además, al menos un episodio maníaco.

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

El paciente bipolar no se deteriora como el esquizofrénico. Aunque hay indicios de que puede haber deterioro en algunos casos, no es de la cuantía del que se produce en la esquizofrenia. La enfermedad puede producir repercusiones a nivel familiar, social, económico y laboral que hay que prevenir y tratar.

¿Es el trastorno bipolar una enfermedad curable?

Como ocurre en otras enfermedades crónicas, el paciente no se cura (en el sentido de desaparición de la enfermedad) pero sí se controla con un tratamiento.

¿Tienen todos los pacientes bipolares la misma gravedad?

No. Cada paciente bipolar tiene una evolución distinta dependiendo de muchos factores (edad de inicio de la enfermedad, adherencia al tratamiento, apoyo familiar y social...).

¿Qué número de fases presentará el paciente en su evolución?

Es imposible responder a esta pregunta. El número de fases es tan variable que no se puede predecir la evolución que va a seguir un paciente concreto. De nuevo, depende de los factores citados antes (edad de inicio de la enfermedad, adherencia al tratamiento, apoyo familiar y social...).

¿Cuál puede ser la causa de la enfermedad? ¿Puede desencadenarse por una separación matrimonial, muerte de un familiar...?

Por sí solos esos acontecimientos vitales no desencadenan la enfermedad. Parecen influir más en la provocación de nuevas fases.

-¿A qué edad suele iniciarse un trastorno bipolar? ¿Es cierto que siempre se inicia en personas jóvenes?

Comienza generalmente en la segunda década de la vida, pero no siempre es así. Puede aparecer a cualquier otra edad y si el paciente tiene una edad avanzada habrá que descartar posibles causas (infecciones, fármacos o tóxicos, alteraciones hormonales...).

-¿Si un paciente tiene varias fases al año evolucionará siempre igual?

Cuando el enfermo tiene cuatro o más fases de la enfermedad en un año se le llama ciclador rápido. Por lo general tras unos episodios de evolución suelen disminuir el número de episodios y volver a la frecuencia con la que se presentaban antes de la aparición de la ciclación rápida.

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

Por lo general, se admite que las fases depresivas suelen presentarse en otoño-invierno y las maníacas en primavera-verano.

-¿El riesgo de suicidio se limita a la fase depresiva?

No. Casi una cuarta parte de los suicidios ocurren en una fase maniaca o mixta.

¿Los acontecimientos estresantes pueden generar un trastorno bipolar?

No exactamente. Es cierto que este tipo de acontecimientos pueden contribuir a que se desencadene una crisis o se produzca una recaída, pero sólo en personas genéticamente predisuestas a padecer la enfermedad.

¿Qué profesional lleva a cabo la psicoterapia del paciente bipolar?

El Psicólogo especialista en Psicología Clínica. La normativa vigente exige esa titulación para poder intervenir en pacientes dentro del sistema público de salud, titulación a la que se accede mediante el sistema de formación PIR, equivalente al MIR de medicina.

¿La psicoterapia puede ayudar a superar la enfermedad?

Si entendemos superar la enfermedad como su desaparición, la respuesta es no. La psicoterapia del trastorno bipolar se centra en conseguir que su sintomatología y las consecuencias asociadas a ella disminuyan, aumentando así la calidad de vida del paciente.

¿Qué papel tienen la psicoterapia y la educación en el tratamiento del trastorno bipolar?

La medicación es necesaria para el tratamiento de los episodios de enfermedad y la prevención de recaídas. La educación es crucial para ayudar a los pacientes y a sus familias a aprender a convivir con el trastorno bipolar y prevenir sus complicaciones. La psicoterapia ayuda a los pacientes a afrontar pensamientos, sentimientos y conductas desajustados.

¿Tiene alguna utilidad la psicoterapia dirigida a las familias?

La psicoterapia ofrece información y apoyo emocional a las familias, y mejora la relación con el paciente, su cumplimiento del tratamiento, la adaptación e incluso disminuye el número de recaídas.

¿Cómo se puede saber si una persona padece un trastorno bipolar?

Cuando nos encontramos ante un paciente, el modo más adecuado para reconocer, si se trata de un trastorno bipolar, es mediante la evaluación del paciente por parte de un especialista. Mediante la entrevista psiquiátrica, se evaluarán los síntomas, la historia previa, antecedentes médicos y psiquiátricos, y solamente a través del análisis de toda la información recogida de este modo, se podrá llegar a un diagnóstico adecuado.

¿Existen varios tipos de trastorno bipolar?

En la actualidad, se diferencian diferentes subtipos de trastorno bipolar. Éstos se caracterizan por una presentación de los síntomas característica para cada uno. Los más frecuentes son el tipo I, en el que el paciente padece uno o más episodios maníacos, acompañado de episodios depresivos, y el tipo II, que se caracteriza por episodios depresivos, acompañados de algún episodio hipomaníaco.

Si alguien padece una depresión, ¿quiere decir esto que tendrá un trastorno bipolar?

No. El criterio imprescindible para realizar este diagnóstico, es que aparezcan alteraciones del estado de ánimo, en el sentido de euforia, hiperactividad, etc. De no presentarse episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos, sólo podremos hablar de episodio depresivo, si se ha producido una sola vez o de trastorno depresivo recurrente, si se han repetido varios episodios depresivos.

Si un paciente presenta un episodio maníaco, ¿se trata de un paciente bipolar?

La mayoría de los psiquiatras aconsejan el diagnóstico de trastorno bipolar a partir del primer episodio maníaco, así como el inicio de tratamiento para evitar posibles recaídas en un futuro.

¿Existe alguna analítica o prueba que nos pueda dar el diagnóstico de trastorno bipolar?

No, el diagnóstico se basará en la entrevista clínica y en la valoración de los síntomas del paciente.

¿Qué pruebas deben realizarse en un paciente para el diagnóstico del trastorno bipolar?

No hay ninguna prueba que sea exclusiva para el diagnóstico de esta enfermedad. Únicamente aquellas que sean necesarias para diferenciarlo de otras enfermedades. Su aplicación se individualizará en función de las características del paciente y de los síntomas que presente.

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

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

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

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

¿Pueden tener ideas delirantes los enfermos con trastorno bipolar?

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

¿Pueden tener alucinaciones los enfermos bipolares?

Entre los síntomas que pueden presentar por alteración de la percepción podrían aparecer alucinaciones, sin embargo éstas no son frecuentes, y cuando aparecen tendremos que plantearnos un diagnóstico diferencial con el trastorno esquizoafectivo y la esquizofrenia.

¿Existen síntomas que indican una posible recaída?

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

tud, euforia, "estar mejor que nunca", alteraciones del sueño como insomnio, aumento de la energía habitual, necesidad de hacer más cosas de lo normal, alteración de la conducta, etc.

¿Son frecuentes los trastornos bipolares?

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

¿A qué edad suele iniciarse un trastorno bipolar?

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

¿Es cierto que siempre se inicia en personas jóvenes?

No, no siempre es así, sino que el trastorno bipolar puede presentarse a cualquier edad, aunque generalmente comienza en la segunda década de la vida. Sin embargo, cuando aparece en edades avanzadas debemos descartar que esté producido por una enfermedad orgánica o por una causa tóxico-infecciosa.

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

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

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

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

¿Es tan importante la herencia familiar?

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

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

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

¿Deben tener hijos las personas con trastorno bipolar?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo se diagnostica el Trastorno Bipolar?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Índice de autores *

Coordinación e Introducción	Lorenzo Livianos y Josep Ribes
Síntomas del Trastorno Bipolar	Anna Pomer Juste y Amelia de Sola
Diagnóstico del Trastorno Bipolar	Alejandro Povo Canut y Pilar Benavent Rodríguez
¿En qué se diferencia el Trastorno Bipolar de otras enfermedades psiquiátricas?	Josep Ribes Cuenca
Evolución del Trastorno Bipolar.....	Amparo Martínez Lario
¿Son frecuentes los Trastornos Bipolares?	Pilar Sierra Sanmiguel
La herencia del Trastorno Bipolar.....	José Manuel Garcia Valls
Acontecimientos Vitales.	Francisco Calvo
Tratamiento Farmacológico y Físico del Trastorno Bipolar.....	Luis Rojo Moreno
¿Qué es la Psicoterapia?.....	Paloma Álvarez Mas y Rafael Orellana
¿Qué son los psicoeducativos?	Marta Belenchón Lozano y Asunción Pino Pino
Psicoterapia psicoeducativa para familias.....	Josep Ribes Cuenca
Autoayuda.....	Josep Ribes Cuenca, Asunción Pino Pino, Marta Belenchon Lozano
Dónde obtener ayuda.....	Fernando Dualde Beltrán
Dónde obtener más información.	Fernando Dualde Beltrán

