



INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA

Dra Marta Perez Gaspar

Guía para pacientes y/o familiares de pacientes con Trastorno Bipolar (TB)

Este documento trata de informarle de lo que es el TB, sus síntomas, los tratamientos más eficaces y la actitud que más ayuda a controlar esta enfermedad. Las personas con TB no deben sentirse “solos” porque al igual que ellas hay miles de personas en España con TB, se trata de una enfermedad bastante frecuente (1,3% de la población adulta), muy conocida para los profesionales de la Salud Mental y para la que existen tratamientos eficaces que le permitirán tener una mejor calidad de vida.

¿QUÉ ES EL TRASTORNO BIPOLAR?

La alegría, la tristeza y la ira son emociones normales y una parte esencial de la vida diaria. Los seres humanos tenemos altibajos de ánimo; en un mismo día incluso podemos sentirnos muy contentos por la mañana ante la idea de iniciar nuestras vacaciones y tremendamente hundidos por la tarde al enterarnos de que algún familiar padece una enfermedad grave. Estos altibajos son suaves y adaptativos a las circunstancias que los generaron y no interfieren excesivamente en nuestra calidad de vida. Las personas que sufren un Trastorno Bipolar tienen unos altibajos de ánimo muy intensos que les afectan excesivamente e influyen en sus pensamientos, comportamientos y funcionamiento en general.

El trastorno bipolar no es culpa de la persona que lo padece, ni es el resultado de una personalidad “débil” o inestable, es una enfermedad médica (como lo puede ser el asma o la diabetes) que tiene un componente genético y para la que hay medicamentos específicos.

¿QUÉ SIGNIFICA TENER UN TRASTORNO BIPOLAR?

Se considera que una persona padece un trastorno bipolar si a lo largo de su vida ha sufrido una alternancia entre períodos en los que su estado de ánimo ha sido francamente depresivo y otros (al menos uno) en los que era de euforia. Estos “altibajos anímicos” son un “trastorno” si la intensidad de los síntomas es alta y como consecuencia de ellos la persona ha tenido problemas en su trabajo, tiene dificultades para mantener a lo largo del tiempo las relaciones con otras personas, conductas problemáticas, o variaciones muy importantes en su forma de reaccionar ante la vida.

Los períodos en los que predomina claramente un estado de ánimo se llaman fases. Así, cuando lo que prima es la tristeza se habla de una fase depresiva y cuando lo hace la euforia o exaltación del ánimo se dice que la persona está en fase maníaca.

La alternancia de fases suele producirse con periodos intermedios de relativa normalidad del estado de ánimo, aunque no es infrecuente que el cambio de un estado a otro se produzca sin dar tiempo a esta normalización, en cuyo caso se habla de un “viraje” (p.ej., cuando de una temporada de ánimo exaltado y euforia se pasa en unos días a una fase depresiva).

Así, muchas personas describen gráficamente su problema de ánimo comparándolo con una montaña rusa y los científicos que estudian la enfermedad hacen gráficos en los que reflejan las “subidas” y “bajadas” del estado de ánimo como “picos” y “valles” que se alternan con “mesetas” de estabilidad.

¿CON QUE FRECUENCIA APARECE EL TRASTORNO BIPOLAR?

El Trastorno Bipolar afecta a más del 1 % de la población. Para quienes lo padecen y las personas de su entorno este trastorno puede ser perturbador, pero tiene que saber que no está solo en la enfermedad. De hecho, afectados y familiares en muchos países del mundo se han unido para constituir asociaciones que proporcionan un apoyo inestimable a todos aquellos que comparten sus mismas dificultades. La forma más sencilla de contactar con algunas de las asociaciones es a través de la red (internet).

¿Cómo SE REACCIONA AL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR?

Cuando se produce el diagnóstico de la enfermedad, una reacción frecuente es la de intentar explicarse su causa o incluso nombrar a alguien “responsable” de su aparición. No son infrecuentes los casos en que el enfermo se autoculpa al pensar que no ha sabido controlar sus emociones o que atribuye el problema a alguna faceta concreta de su educación. Sin embargo, y aunque es difícil distinguir la influencia que hayan podido tener causas biológicas o condicionantes psicológicos, en el trastorno bipolar se ha comprobado un importante componente orgánico (biológico).



Así, aunque la probabilidad de transmisión de padres a hijos de la enfermedad es baja, no es raro encontrar en la familia de las personas afectadas otros parientes con depresiones o con trastorno bipolar. A pesar de ser mucho más infrecuente, también se ha visto que el trastorno del ánimo de algunos pacientes estaba relacionado con otro problema médico (como una alteración del tiroides o alguna enfermedad neurológica).

¿CUÁNDO COMIENZA EL TRASTORNO BIPOLAR?

El trastorno bipolar comienza generalmente en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta; aunque puede aparecer a veces durante la niñez, o incluso a los 40 ó 50 años.

Puesto que la enfermedad tiene dos formas distintas de manifestarse que se alternan: la depresión y la manía, el paciente puede debutar primero con una depresión o inicialmente con un episodio de euforia y exaltación (manía). Muchas veces esta primera "crisis" de la enfermedad no se diagnostica como trastorno bipolar porque no se ha comprobado todavía la existencia de las dos fases que son imprescindibles para hablar de "bi-polaridad" (oscilación entre los dos polos del ánimo).

Cuando alguien con más de 50 años tiene por primera vez un episodio maniaco, es muy probable que la causa sea algún otro problema que imita el trastorno bipolar, como los efectos de algunas drogas, alcohol, algunos medicamentos, algunas enfermedades neurológicas...

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE DIAGNOSTICAR Y TRATAR EL TRASTORNO BIPOLAR TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE?

Las personas con trastorno bipolar visitan de media a tres o cuatro médicos y pasan más de ocho años antes de ser diagnosticados y tratados correctamente.

Un diagnóstico y tratamiento tempranos pueden ayudar a evitar algunas complicaciones:

- Dificultades del tratamiento: hay evidencias que indican que cuantos más episodios de altibajos tenga una persona, más difícil será tratar los episodios posteriores, que pueden ocurrir con más frecuencia;
- Abuso de alcohol u otras sustancias
- Suicidio: el riesgo es más alto en los años iniciales de la enfermedad
- Problemas matrimoniales y de trabajo: el tratamiento mejora las perspectivas para un matrimonio estable y un trabajo productivo.
- Tratamiento incorrecto o parcial: una persona diagnosticada por error de depresión a secas en lugar de trastorno bipolar puede recibir antidepresivos sin medicamentos que protejan contra el viraje a fase maniaca.

Los antidepresivos pueden ocasionar episodios maniacos y hacer que la evolución de la enfermedad sea peor.

¿QUÉ CAUSA EL TRASTORNO BIPOLAR?

No hay una causa única del trastorno bipolar, las últimas investigaciones sugieren que es un trastorno multifactorial que está relacionado con la falta de estabilidad en la transmisión de impulso nervioso en el cerebro. Este problema bioquímico hace a las personas con trastorno bipolar más vulnerables a la tensión emocional y física. Ante circunstancias como un contratiempo de la vida, el consumo de drogas, la falta de sueño u otra estimulación excesiva, los mecanismos del cerebro no trabajan adecuadamente para restaurar el funcionamiento normal.

El trastorno bipolar tiende a repetirse en algunas familias en las que varios miembros padecen el mismo problema. Sin embargo, si usted tiene el trastorno bipolar y su cónyuge no lo tiene, sólo existe una probabilidad de un 1 a un 7 % de que su hijo lo desarrolle.

Esta teoría de la doble causa: vulnerabilidad innata (congénita) más un estímulo ambiental (estrés psicosocial), es similar a las teorías propuestas para muchas enfermedades médicas. En las enfermedades del corazón, por ejemplo, una persona podría heredar la tendencia a tener la tensión alta (vulnerabilidad biológica). Aún así, hará falta un esfuerzo físico importante o una tensión emocional (estímulo ambiental) para que la persona llegue a desarrollar una crisis hipertensiva con repercusión clínica. Del mismo modo que los pacientes que han tenido una crisis hipertensiva deben cuidar su estilo de vida y tomar medicación, el tratamiento para el trastorno bipolar se centra en tomar los medicamentos adecuados y cambiar el estilo de vida para reducir el riesgo de altibajos.



¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO BIPOLAR?

Durante el proceso del trastorno bipolar pueden ocurrir cuatro tipos diferentes de fases o episodios:

1. Manía (episodio maníaco): la manía frecuentemente comienza con un sentimiento agradable de mayor energía, creatividad y mejora de las habilidades sociales. Las claves son la exaltación y aceleración del pensamiento, la actividad e incluso el lenguaje que llevan a la aparición en un episodio maníaco de los siguientes síntomas que deben durar al menos una semana:

1. La persona se siente extraordinariamente eufórica con una sensación de bienestar que a veces se acompaña de irritabilidad
2. Tiene menos necesidad de dormir, pero no se siente cansado, tiene mucha energía
3. Habla tan rápidamente que otros no pueden seguir su conversación
4. Tiene pensamientos acelerados y sin control (igual que el lenguaje)
5. Se distrae tan fácilmente que salta de un tema a otro y de una actividad a otra continuamente
6. Tiene un sentimiento de plenitud que le llega a creer en ideas exageradas acerca de su poder, grandeza o importancia
7. Hace cosas temerarias sin pensar en las posibles consecuencias negativas, como gastar demasiado dinero, actividad sexual impropia, hacer inversiones en negocios desconocidos.

En casos muy severos, puede tener alucinaciones (oyendo o viendo cosas que no están ahí) o delirios (creyendo firmemente en cosas que no son verdaderas).

La persona que se encuentra en una fase de manía típicamente no entiende que tenga ningún problema e incluso culpa con cólera a cualquier persona que le señale lo inadecuado de su comportamiento. La causa es que muchas de las vivencias resultan muy agradables para el enfermo (algunas personas tienen la sensación de estar "mejor que nunca" o "en el mejor momento de sus vidas", especialmente si ha pasado ya por la terrible experiencia de la depresión, quiere disfrutarlas y no es capaz de valorar adecuadamente las desventajas o los riesgos que implican (con frecuencia se producen pérdidas económicas importantes, despidos laborales, rupturas de pareja...)).

2. Hipomanía (episodio hipomaniaco): la hipomanía es una forma más leve que la manía, con síntomas parecidos, pero menos graves, siendo el deterioro también menor. Durante los episodios hipomaniacos, la persona se siente mejor y es más productiva. Estas sensaciones hacen que las personas a veces abandonen la medicación para buscar este estado. Sin embargo, con demasiada frecuencia hay que pagar un precio muy alto por la hipomanía, ya que ésta suele acabar en manía o depresión.

3. Depresión (episodio depresivo mayor): los síntomas siguientes están presentes al menos durante dos semanas:

1. Se siente triste, decaído, melancólico o pierde interés por las cosas con las que disfruta habitualmente
2. Tiene problemas para dormir, generalmente se despierta demasiado temprano (más raramente duerme demasiado)
3. Pérdida de apetito (menos frecuentemente aumenta el apetito)
4. Problemas para concentrarse o tomar decisiones
5. Siente que todo va muy lento o se siente nervioso
6. Se siente inútil o culpable o tiene baja autoestima
7. Le falta energía, está como cansado durante todo el día
8. Puede, incluso, tener ganas de morir o quitarse la vida

4. Episodio mixto. Quizás los episodios más debilitantes sean los que incluyen síntomas de manía y depresión al mismo tiempo. Se siente irritable, como en la manía, a la par que triste.

CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR:

T. Bipolar TIPO I

Cuando la persona tiene episodios maníacos sólo o acompañados de episodios depresivos. Si el paciente ha tenido hasta ahora sólo un episodio maníaco tendrá un T.bipolar I.

T. Bipolar TIPO II

Si el paciente sólo ha tenido episodios hipomaniacos con o sin depresión, pero no maníacos tiene un tipo II. Este tipo de diagnóstico a veces es más difícil porque suelen ser pacientes con depresiones recurrentes y los episodios hipomaniacos pasan desapercibidos ya que los pacientes se sienten "muy bien" y no consideran que sean anormales. El médico tiene que preguntar específicamente por etapas en las que el paciente se siente con mucha energía, hiperactividad, autoestima alta, irritabilidad y poca necesidad de dormir etc.



CICLOTIMIA

Es un trastorno bipolar “suave”, tiene altibajos más leves pero igualmente mantenidos en el tiempo.

T. Bipolar de CICLACIÓN RÁPIDA

Tienen esta variante de la enfermedad aquellas personas con más de cuatro episodios al año, en cualquier combinación (hipomaniaco, maníaco, depresivo). Esta forma se ve en el 15% de las personas con trastorno bipolar.

¿CÓMO EVOLUCIONA LA ENFERMEDAD?

Varía bastante de unas personas a otras. Algunas tienen igual número de episodios maníacos y depresivos, otras no. La media es tener alrededor de cuatro episodios (entre maníacos y depresivos) durante los primeros diez años de la enfermedad. Los hombres suelen empezar con un episodio maníaco y las mujeres con uno depresivo. Las personas sin tratamiento tienen peor evolución, con más episodios y, en general, que revisten mayor gravedad. Las personas con un tratamiento y un seguimiento adecuado suelen tener una evolución bastante mejor. En algunas personas influye mucho la estación del año: manía en verano y depresión en invierno (patrón estacional). La duración de cada episodio es muy variable, días, semanas o meses. Las depresiones suelen durar más que las manías/hipomanías.

Algunas personas se recuperan totalmente después de cada episodio y otras continúan teniendo síntomas más leves durante un tiempo. Con un tratamiento eficaz y controlado por un psiquiatra la recuperación suele ser mejor.

¿QUÉ DEBE HACER LA PERSONA QUE SUFRE UN TRASTORNO BIPOLAR?

La persona que tiene un trastorno bipolar debe tomar la medicación correcta prescrita por su psiquiatra y controlada por éste. Nunca se debe dejar un tratamiento porque la persona se encuentre mejor, es necesario continuarlo y si existe alguna duda consultarla con el especialista.

Muchas de las recaídas más graves son el resultado de este error. Cualquier modificación de la dosis de sus fármacos debe ser consultada con el médico; las retiradas bruscas suponen para la persona un riesgo añadido de recaer mayor del que tendría dejada la enfermedad a su evolución natural.

Además de con la medicación, usted podrá mejorar el control de la enfermedad si lleva un estilo de vida sano, duerme 8 horas, cuida la regularidad en los horarios, evita el estrés, no toma alcohol ni otras drogas...

TRATAMIENTO

Sin duda lo ideal sería que existiese un tratamiento que “curase la enfermedad”; es decir, que eliminara la causa que lo produce y así quitar de golpe todos los síntomas que nos alteran la vida (como sucede, por ejemplo, cuando alguien sufre una infección y se trata con los antibióticos adecuados) . Si esto se consiguiese de forma rápida y sin apenas efectos secundarios, sería un “tratamiento perfecto”.

Lamentablemente, como hemos ido viendo, la causa del trastorno bipolar es sumamente compleja y hasta ahora no se ha encontrado la “pastilla mágica” que cure por completo y erradique el problema de raíz.

Esta enfermedad se acerca más al modelo de la hipertensión o la diabetes, que son enfermedades crónicas que no tienen un tratamiento curativo, con las que hay que aprender a convivir día a día, llevando una vida sana y un tratamiento regular. Como en esos casos cuando la enfermedad está bien controlada hay pocas complicaciones y apenas interfiere en la vida normal de las personas que la padecen, aunque obliga a seguir un tratamiento de por vida (a nadie se le ocurriría al notarse bien con la insulina, dejar de ponérsela todos los días “para ver si ya no la necesita” y lo mismo ocurre con la medicación que controla la tensión arterial).

Otro inconveniente de la medicación es el de que necesita un tiempo para comenzar a hacer efecto (en general entre una y dos semanas) y también constancia en las tomas.

Se puede afirmar con optimismo que el trastorno bipolar es una de las enfermedades para las que contamos con mayor arsenal terapéutico y una de las que está siendo más investigada en la actualidad. Un tratamiento adecuado permite reducir mucho las limitaciones e inconvenientes propias de la enfermedad.

Existen tres tipos o grupos fundamentales de tratamientos farmacológicos: estabilizadores del humor, antipsicóticos y antidepresivos; cada uno de ellos con un papel diferente y en distintos momentos de la enfermedad.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS:

A continuación incluimos una breve descripción de los principales grupos de medicamentos, entre paréntesis y después del nombre del principio activo (o sustancia química responsable de los efectos terapéuticos) se incluyen algunos de los nombres comerciales con los que se vende esa sustancia en la farmacia:



1. Estabilizadores del humor.

Como principal representante de este grupo está el litio (Plenur) y otros fármacos usados inicialmente para la epilepsia, como la carbamacepina o el valproato, que han demostrado ser útiles en esta enfermedad.

Tienen la misión de "mejorar" los mecanismos de regulación del estado de ánimo. Su efecto se deja notar sobre toda la "montaña rusa" suavizando los "picos" (episodios maníacos) y "valles" (episodios depresivos) para tratar de que la gráfica del ánimo se parezca lo más posible a una "meseta". Como su misión es proteger o prevenir hay que tomarlos diariamente y a largo plazo, como los antihipertensivos o los fármacos que controlan el azúcar. Si se dejan de tomar, puede que no se note nada al principio (igual que tardan tiempo en comenzar a hacer efecto, tardan en dejar de hacerlo), pero aumentamos el riesgo de recaída.

2. Antidepresivos.

Los más utilizados de este grupo son los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina), por ej. paroxetina (Motiván, Seroxat, Frosinor), sertralina (Aremis, Besitran)...

Son necesarios para el tratamiento de algunas fases depresivas, pero siempre acompañados de un estabilizador del ánimo. Es decir no actúan sobre la tendencia a los altibajos en general, sino sobre la fase depresiva suavizando la profundidad del "bache" y facilitando que el paciente salga antes del mismo. Hay que tomarlos siempre bajo prescripción médica, puesto que la toma de un antidepresivo tiene para las personas con trastorno bipolar el riesgo de desencadenar un episodio maníaco (o viraje a una fase maníaca). Si tomamos un antidepresivo sin control es como si diéramos un rápido empujón desde la depresión, que acabe en la manía. Para evitar esto usamos la protección del estabilizador del ánimo. Además se deberán ajustar la dosis y la duración del tratamiento a las características de cada persona y vigilar estrechamente la respuesta al tratamiento; por eso es tan importante seguir el consejo médico. Igual que los anteriores, tardan un tiempo en comenzar a hacer efecto, y de forma inmediata solo se notan los efectos negativos, pueden producir molestias de estómago, dolor de cabeza..." que van desapareciendo en el plazo de una semana-diez días (que tarda en "acostumbrarse el cuerpo") dando paso a los efectos beneficiosos.

3. Antipsicóticos.

Estos fármacos fueron inicialmente ideados para tratar la esquizofrenia y otros trastornos de tipo psicótico (el más usado de los clásicos es el Haloperidol). Por este motivo, el prospecto del medicamento sólo habla de su utilidad en este otro tipo de enfermedades mentales, y a muchas personas con el trastorno bipolar les alarma que el médico les recete esta medicación. Sin embargo también han demostrado ser fármacos muy útiles para:

- 1) Controlar las subidas patológicas del ánimo (episodios maníacos)
- 2) Para las creencias fuera de la realidad que pueden aparecer en fases graves de depresión o de manía
- 3) Parece que pueden potenciar a los estabilizadores del ánimo.

Dentro de este grupo, los más usados en la actualidad son los "antipsicóticos atípicos", de más reciente aparición y con menos efectos secundarios, entre los que se encuentran olanzapina (Zyprexa), risperidona (Risperdal), quetiapina (seroquel) etc.

El tratamiento del trastorno bipolar no es algo estable, sino que puede variar según evolucionen las fases del trastorno. Por ello la mezcla de medicamentos es distinta según cada paciente y según la fase de enfermedad en la que esté. Es como una receta a la carta de cada paciente y de cada momento de su enfermedad. El objetivo final es conseguir la máxima reducción de síntomas con los mínimos efectos secundarios.

Por tanto, es muy importante que exista una relación de confianza entre médico y paciente en la que se establezca un diálogo continuo. Es labor del médico que tanto el paciente como sus familiares vayan conociendo mejor los síntomas de la enfermedad y aprendan a identificar los síntomas iniciales que anuncian una descompensación, así como los efectos indeseables de uno u otro medicamento; describir con detalle los síntomas, así como los posibles efectos secundarios de la medicación facilitará la decisión del médico. Para implicarse en el tratamiento es importante conocer correctamente los beneficios y riesgos de cada medicación así como los controles que hay que seguir, por lo que vamos a hablar a continuación de los fármacos más usados dentro de cada grupo.

1. Estabilizadores:

1. Litio (Plenur) comprimidos.

Es un elemento químico, una molécula muy simple que estudiamos en la tabla periódica, junto al sodio y al potasio. Está en nuestro organismo en cantidades ínfimas que normalmente no aparecen en los análisis. Y no es que falte en el trastorno bipolar, sino que se ha comprobado que sirve para reforzar los mecanismos de regulación del estado de ánimo.



Es un tratamiento muy útil, pero delicado porque hay una diferencia relativamente pequeña entre la cantidad necesaria para conseguir el efecto terapéutico y la cantidad que puede resultar tóxica para el organismo. Es decir, se necesita controlar el nivel que alcanza el fármaco en la sangre para asegurarnos de que estamos dando suficiente dosis para conseguir los efectos beneficiosos que buscamos, pero no tanta como para desencadenar una intoxicación. Además de estar en relación con la dosis que tomemos (que debe ajustarse con el análisis de sangre) el nivel que el medicamento alcanza en nuestra sangre después de tomarnos la pastilla depende de otras variaciones corporales (ej. deshidratación), de la toma de otras medicaciones, de la sal que contenga nuestra dieta, de la edad... Por eso hay que seguir una serie de consejos:

- Tomarla todos los días de la forma que indica el médico.
- No interrumpirlo sin consultar.
- Realizar los análisis de control.
- No reducir la cantidad de sal en las comidas.
- Y siempre consultar en caso de que aparezcan síntomas de intoxicación: diarrea intensa, vómitos frecuentes, deshidratación, fiebre o ante nuevas circunstancias que puedan modificar los niveles del medicamento en sangre: embarazo, o la necesidad de tomar otros tratamientos: diuréticos (usados en la retención de líquidos, hipertensión, edemas...) analgésicos (¡ojo con tomarse algo para el dolor sin consultar al médico!), antiinflamatorios no esteroideos (como el ibuprofeno,... usados muchas veces para el dolor o la gripe).
- Tan importante como todo esto será también comunicar al médico las posibles molestias que pueden aparecer con el tratamiento: temblor, aumento de peso, diarrea, vómito, o ciertas reacciones cutáneas. Pueden ser paliadas, así que sería una pena renunciar a este preciado tratamiento por ese motivo, sin consultarlo antes.

2. Valproato (Depakine) o valpromida (depamide): Existe en comprimidos y en solución. Produce sobre todo molestias digestivas, aumento de peso, temblor y sedación. Al igual que el litio está indicado como estabilizador del ánimo y es especialmente eficaz como antimaniaco y en las fases mixtas. Hay que tener cuidado al tomar otros fármacos al mismo tiempo (interacciones), por ejemplo con la lamotrigina (se debe tomar la mitad de la dosis recomendada de este fármaco al combinarlo con valproato).

3. Carbamacepina (Tegretol) comprimidos. Con esta pastilla también hay que realizarse análisis periódicamente y consultar, como en el litio, ante la toma de otros fármacos. Las molestias más frecuentes que produce son digestivas, y nerviosas, en forma de mareos, vértigos y visión borrosa. Con su derivado de reciente aparición, oxcarbamacepina (Trileptal), se producen menores efectos secundarios y no es necesario controlar el nivel en sangre.

4. Antiepilépticos de aparición reciente: entre ellos destaca la lamotrigina. Este fármaco ha sido el primero que se ha demostrado eficaz en la depresión bipolar y para la prevención de episodios depresivos en el trastorno bipolar. Por ello supone uno de los pilares fundamentales del tratamiento actual.

2. Antidepresivos.

1. **Paroxetina** (Seroxat, Motiván, Frosinor)
2. **Sertralina** (Aremis, Besitran)

Como ya anticipamos, deben usarse bajo prescripción médica y en el trastorno bipolar conviene asociarlos a estabilizadores o antipsicóticos para evitar riesgos. Así, es muy importante estar atentos a signos de viraje hacia manía y comunicar cualquier cambio al médico. Los efectos adversos suelen iniciarse desde la primera toma, ser leves, e ir cediendo a lo largo de los días. Tardan unas dos semanas en comenzar a tener efecto y es necesario continuar con la toma de la medicación durante meses (siempre a criterio del médico), para evitar recaídas al suspenderlos. Las molestias son fundamentalmente digestivas: náuseas, estreñimiento, disminución del apetito... y nerviosas: astenia, somnolencia, mareos, cefalea, temblor, sudoración, retraso en la eyaculación...

3. Antipsicóticos .

1. **Olanzapina (Zyprexa):** los efectos más importantes que produce son la somnolencia y la posibilidad de aumento de peso.
2. **Risperidona (Risperdal):** en ocasiones produce rigidez o contracturas musculares que pueden solucionarse añadiendo algún medicamento que neutralice estos efectos adversos



OTROS TRATAMIENTOS menos frecuentes:

- **T.E.C. (Terapia Electro-Convulsiva).** También llamado "electrochoque". Consiste en aplicar sobre el cerebro un estímulo eléctrico que produzca una activación generalizada mediante los electrodos que se sitúan sobre la piel a ambos lados de la frente. Se trata de un tratamiento que se utiliza únicamente en episodios depresivos graves o con alto riesgo de suicidio. Si bien es cierto que, debido al uso indiscriminado y como medio de castigo que se hizo en los antiguos manicomios siglos atrás, existen muchos prejuicios y recelo con respecto a esta modalidad de tratamiento; en la actualidad sigue siendo la alternativa más rápida y eficaz en casos severos. Hoy en día el tratamiento se administra con una anestesia general de duración muy breve (de 5 a 10 minutos) de forma que el paciente no nota en absoluto la corriente y no sufre nada. Los efectos secundarios más importantes son pequeños fallos de memoria que se suelen recuperar en el plazo de unas horas.
- **Psicoeducación:** es enseñar a pacientes y familiares el conocimiento de la enfermedad, la detección de los síntomas y los medios para atajar rápidamente las crisis. Es esencial para un adecuado tratamiento.
- **Psicoterapia:** está indicada para aprender a aceptar la enfermedad y sus repercusiones. Muy útil cuando existe asociado un trastorno de personalidad.
- **Grupos de apoyo:** proveen un entorno para la aceptación mutua, la comprensión y el descubrimiento de uno mismo. Los participantes desarrollan un sentido del compañerismo dentro del grupo porque todos han vivido dificultades similares en relación con la enfermedad. Se pueden enseñar unos a otros estrategias útiles para hacer frente a los distintos tipos de problemas derivados de su trastorno (cómo detectar los primeros indicios de una descompensación, hábitos saludables para evitar recaídas, cómo detectar los síntomas de una intoxicación por litio...) que les permiten una mejor adaptación y una mayor conciencia de enfermedad.

EL PAPEL DEL PACIENTE EN LA PREVENCIÓN Y AFRONTAMIENTO DE RECAÍDAS

Que a uno le diagnostiquen una "enfermedad crónica" es un golpe difícil de aceptar; ya sea "tener azúcar", colesterol.... o un trastorno bipolar, supone un gran esfuerzo de concienciación y adaptación. A todos nos cuesta seguir una dieta durante mucho tiempo, renunciar a tomarnos unas copas o tener que tomar una pastilla diariamente.

Esto empeora si la causa por la que debemos hacer estos sacrificios no es bajar el colesterol, sino una enfermedad "mental".

Pero como todas las enfermedades citadas, el trastorno bipolar es una carrera de fondo, en la que el esfuerzo paso a paso se ve recompensado a la larga. Aquí, los participantes juegan un papel primordial a la hora de conseguir el triunfo y las claves indiscutibles del éxito son:

1. El Cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Más de un tercio de los pacientes han dejado el tratamiento dos o más veces sin consultar con su médico. Teniendo en cuenta que el abandono de la medicación es, según muchos estudios, la causa más frecuente de recaída y todos los médicos insisten hasta la saciedad en este punto; parecería por la frecuencia de los abandonos que uno tiene que recaer y pasarlo mal, para descubrirlo por uno mismo. Generalmente transcurridos unos años de tratamiento muchas personas aprenden de esta experiencia y disminuye el número de recaídas por esta causa. Se aprende así que la medicación es imprescindible para evitar que la situación se deteriore tanto como para tener que acabar en el hospital, después de haber ocasionado situaciones conflictivas, algunas irreparables.

Y no sólo es dejar la medicación el problema, hay muchas formas de tomarse "mal" el tratamiento. Muchos pacientes utilizan distintos razonamientos para no seguirlas indicaciones: "tomarse sólo el antidepresivo, porque se encuentran muy bien durante la manía, pero no en la depresión"; "tomarse sólo el litio porque es un fármaco natural"; "tomar más para mejorar más rápido"...y así hasta un sinfín de excusas, que no suelen resultar más que en un autoengaño.

2. Hábitos de vida saludables fomentados en Terapia.

La base de la enfermedad es, la inestabilidad del estado de ánimo. Así, si hay estímulos que a todos nos alteran el ánimo, como la falta importante de sueño o algunos tóxicos, éstos pueden desencadenar crisis afectivas importantes en personas cuyo ánimo es más vulnerable o sensible de lo normal.

Por eso se recomienda especialmente y de forma general: **REGULARIDAD**, en todos los aspectos, pero sobre todo, en los hábitos de sueño. Dormir menos de siete horas supone un riesgo de sufrir una fase maniaca o hipomaníaca. Y dormir más de diez aumenta las posibilidades de desencadenar un episodio depresivo. Duerma, por tanto, de 6 a 8 horas al día, evitando excepciones.



Evite situaciones de estrés.

Procúrese un espacio para sí mismo, rebaje la tensión mediante ejercicio físico moderado o actividades gratificantes y aprenda a relativizar los problemas.

No se someta a dietas excesivas.

Aumentan la irritabilidad y la ansiedad y provocan cambios metabólicos y hormonales que pueden desestabilizar el ánimo. Evite utilizar "pastillas adelgazantes" suelen contener derivados anfetamínicos que pueden provocar un viraje maniaco.

Mantenga un patrón regular de actividad.

No se exija demasiado a sí mismo. Intente reducir la tensión en el trabajo.

Para una buena productividad a largo plazo, lo mejor es evitar las recaídas y para ello hay que mantener día a día una actividad constante evitando periodos de sobre-exigencia en los que se produzca un estrés importante.

Evite el consumo de excitantes.

Como el café, sobre todo por la tarde-noche. Cuanto menos alteremos el patrón de sueño, mejor.

3. Evitar consumo Tóxicos

El consumo, aunque sea una vez, de determinadas sustancias como la cocaína, anfetaminas, o drogas de diseño, además de las consecuencias generales que tendría para cualquier persona, puede resultar suficiente para causar la descompensación, complicar el curso de la enfermedad o desencadenar la aparición de síntomas psicóticos.

El alcohol o el cannabis (hachís o marihuana) también pueden contribuir a las descompensaciones.

No es extraño que las personas con este problema utilicen, a veces sin ser plenamente conscientes de ello, el alcohol y otras sustancias como una especie de "medicación" que en el momento les ayuda a calmar síntomas ansiosos o depresivos. Sin embargo, diversos estudios demuestran que cuando al trastorno bipolar se añade el consumo de estas sustancias el pronóstico empeora radicalmente.

4. Autoobservación y reconocimiento de síntomas fomentados en la consulta con el especialista

Es una de las herramientas más eficaces para prevenir recaídas.

Se ha visto que la mayoría de los pacientes recaen siguiendo "su propio patrón". Esto quiere decir que la secuencia en la que aparecen las alteraciones del pensamiento, el ritmo de sueño o el comportamiento cuando se produce una descompensación varía bastante de unos enfermos a otros pero es muy estable para un mismo paciente. Por eso es tan importante conocerse a uno mismo, observar o recordar cuáles fueron los primeros cambios que se produjeron antes de recaer. Fíjese, por ejemplo, en cuántas horas duerme; la disminución de las horas de sueño con la sensación de que "sobra energía y no necesita dormir" suele ser un síntoma típico que avisa de la aparición de una fase maniaca. Esté atento también a encontrarse más irritable, tolerar peor a sus compañeros y familiares. Ojo a tener muchas ganas de hablar y estar más bromista.

Puede ser útil registrar estas sensaciones en una especie de diario o agenda y puntuar su intensidad de uno a diez.

5. Escuche a las personas de confianza

A veces las cosas se ven más claras desde fuera que desde dentro; especialmente en el caso de los síntomas de euforia, tan difíciles de identificar para la persona que los sufre, pero no los "sufre". Por eso es importante aprender a escuchar los comentarios de los que nos rodean. A veces no es fácil; creemos que están excesivamente sensibilizados o que tienden a protegernos demasiado, nos suena todo a crítica o nos sentimos realmente bien y no pensamos que eso sea parte de una enfermedad.

6. Consulte a su médico y/o psicólogo.

Así como otros especialistas disponen de analíticas y pruebas de imagen para averiguar el estado de sus pacientes; el psiquiatra y psicólogo tienen únicamente para elaborar un diagnóstico la información que le proporciona el propio paciente. Por eso es fundamental tener un diálogo claro y sincero con el especialista. Por ejemplo, confesar que no se ha seguido correctamente el tratamiento o que se han hecho "excesos" en la vida diaria puede evitar que su psiquiatra cambie el tratamiento por pensar que no está siendo eficaz y descarte un medicamento que podía irle bien.

Describir con detalle las variaciones que se producen entre una y otra visita. Aunque parezcan "tonterías" como el aumento del deseo sexual, o el gusto por los tonos vivos de la ropa, pueden ofrecer información valiosa a la hora de regular la medicación.

Hablar claramente de los efectos molestos de la medicación antes de dejar de tomar por iniciativa propia la medicación y, si hace falta, insistir.



¿QUÉ HACER ANTE UNA RECAÍDA?:

• Ante el inicio de una fase de euforia:

1. Aumente el número de horas de sueño hasta 10.
2. Limite el número de actividades: cancele compromisos y situaciones estresantes. Dedique un máximo de 6 horas al día a estar activo. Acuda al médico si necesita baja laboral.
3. No intente vencer la euforia "por agotamiento". En su estado no se cansará, sino que empeorará cada vez más la situación hasta hacerse incontrolable.
4. No se deje engañar por la sensación de felicidad y omnipotencia; recuerde que puede tener consecuencias muy negativas y ser el paso previo a la depresión
5. Evite los estimulantes: café, té, bebidas energéticas, el deporte excesivo, el alcohol y las drogas (excitantes o relajantes).
6. Posponga decisiones económicas y consulte con personas de confianza. No se deje llevar por el impulso (puede arrepentirse cuando no tenga solución).
7. Comente sus "grandes ideas y planes geniales" con otras personas (que le parezcan sensatas y conozcan su enfermedad) y tome en cuenta su opinión.

8. CONSULTE CON SU PSIQUIATRA

• Ante el inicio de una depresión:

1. Duerma máximo nueve horas.
2. No se automedique!
3. No tome decisiones importantes, su capacidad de juicio está sesgada por su estado de ánimo.
4. Intente aumentar el número de actividades y hacer ejercicio físico ligero, aunque no le apetezca.
5. No se sienta culpable por estar así. Usted no controla los síntomas de su depresión, no quiere estar así, sea comprensivo y paciente consigo mismo.
6. En la medida que sea capaz, cuestione sus pensamientos negativos y no les dé excesivo valor: son parte de la enfermedad, no corresponden a la realidad.

7. CONSULTE CON SU PSIQUIATRA Y/O PSICÓLOGO

TENER UN FAMILIAR CON TRASTORNO BIPOLAR.

Que diagnostiquen cualquier enfermedad crónica a uno de nuestros familiares supone un gran impacto. Sin embargo el papel de la familia es fundamental para la evolución favorable de este trastorno. Es necesario que la familia esté bien informada y acuda en muchas ocasiones junto con el paciente a las visitas con el especialista. Muchas veces la observación de un familiar puede acelerar el proceso de diagnóstico de una fase de la enfermedad y evitar una recaída. A veces no es fácil para los familiares entender algunos síntomas de la enfermedad: cambios en la sexualidad, el aumento de la irritabilidad, los gastos económicos excesivos o la prepotencia ante amigos o compañeros de trabajo (típicos de una fase de manía), por ello el médico o psicólogo deben trabajar también con los familiares para darles a conocer la enfermedad y ayudarles a aceptar la (psicoeducación).

Es necesario conocer bien la enfermedad para comprender a la persona y evitar culparla por conductas que son parte de un problema médico y que el paciente a veces no puede controlar. En definitiva, los familiares pueden llegar a ser un factor de estabilización para el paciente bipolar y para ello se requiere mucha paciencia y un delicado equilibrio entre preservar su autonomía, fomentar su responsabilidad y servir de apoyo a al paciente.

La situación se complica aún más cuando la persona que padece el trastorno bipolar aún no ha podido asumir que tiene una enfermedad y se niega aceptar el tratamiento (ocurre con más frecuencia si predominan los episodios maníacos). En este caso los familiares tienen el difícil papel de juzgar el riesgo de la situación e intentar convencer al paciente de la necesidad de acudir a urgencias o solicitar un traslado forzoso al hospital (una situación que se hace muy penosa para el enfermo y su familia pero que en muchas ocasiones es imprescindible para evitar males mayores). No hay que olvidar, sin embargo, que en general las personas con esta particular sensibilidad del ánimo son gente imaginativa, creativa, generosa y sensible, con una capacidad de afecto que tiene un tinte especial y que, bien tratados, pueden pasar incluso varios años sin experimentar ninguna crisis que limite en ningún aspecto su capacidad para llevar una vida normal.

Puede ser útil en estas fases de remisión de la enfermedad realizar con el paciente planes y acuerdos que eviten problemas en futuros episodios de la enfermedad, como controlar conjuntamente las cuentas bancarias, las tarjetas de crédito o los vehículos y concretar cómo se va a actuar ante el inicio de los síntomas.

En resumen en este trastorno es especialmente importante el papel de la familia y de la gente cercana. Informarse de la enfermedad, ponerse en contacto con el médico que lleva el caso para colaborar en el plan de tratamiento e informar de la evolución y potenciar los hábitos de vida saludables son partes cruciales del apoyo de familiares y amigos. Además de esto es primordial:



1. Aprender a detectar síntomas de recaída:

A veces son las personas de alrededor las que se dan cuenta de pequeños cambios que avisan de una recaída. Detectarlos es muy importante para tomar las medidas necesarias y que no evolucione hacia algo mucho más grave. Será útil estar atentos a cambios en el estado de ánimo sin motivos concretos o cambios en el carácter: la persona tímida que está muy extravertida o alguien risueño y bromista que se encuentra progresivamente más apagado...; pero también aprender a distinguir entre un día bueno y la hipomanía o un día malo y la depresión.

Así, son signos de que una fase maníaca se acerca: la disminución de la necesidad de dormir, con aumento del nivel de actividad (Ej. Encontrarse al paciente realizando tareas a altas horas o muy temprano, cuando debería estar durmiendo); el aumento de la irritabilidad, expresada con malas contestaciones o poca tolerancia a situaciones más o menos intrascendentes (que hay que entender como parte de la enfermedad y no como algo personal); un habla excesiva, rápida y en tono alto, con dificultades para escuchar; la aparición de nuevos intereses, proyectos, ideas... de manera repentina, etc.

Y avisan del comienzo de una depresión: la pérdida de interés por las cosas que antes más le gustaban (p.ej. un aficionado al fútbol que no ve los últimos partidos pudiendo hacerlo; la desgana o la sensación de cansancio; la pérdida de apetito...)

2. Qué hacer ante las ideas de suicidio

Las ideas de muerte son parte de la sintomatología depresiva.

Uno se ve sin ganas de nada, sin ilusión y sin fuerzas para lo que debe hacer. Tiene sentimientos de minusvalía, de que es un estorbo o incluso de que tiene la culpa de la infelicidad de quienes le rodean. No ve luz tras el túnel y cree que eso nunca va a mejorar. De ahí las ideas de muerte.

Aunque la mayor parte de las personas que sufren un trastorno bipolar nunca llegan a hacer un intento de suicidio (incluso cuando hayan podido desear morir); es necesario poner todo el esfuerzo en prevenirlos.

Ante cualquier sospecha, por tanto, es necesario ponerse en contacto con el psiquiatra. Nos tienen que llamar la atención tanto las amenazas que haga el paciente, como las manifestaciones de intensa desesperanza, maniobras para "arreglar sus asuntos" (el testamento, el contrato de un seguro de vida...). Ante estas circunstancias, hay que evitar dejar al paciente solo, ponerse en contacto con su psiquiatra o servicio de urgencias, y poner fuera de su alcance la medicación u otros métodos lesivos.

3. Qué hacer ante la posibilidad de un ingreso involuntario.

Puede llegar a un extremo, tanto en las fases maniacas como en las depresivas, en que la contención familiar no sea suficiente: planes de suicidio, gastos incontrolados, conductas muy alteradas o ideas fuera de la realidad... Estas situaciones, por tanto, pueden requerir en un momento determinado un ingreso hospitalario.

Es posible, sin embargo, que el paciente no lo acepte: se siente tan "bien", tan eufórico, que no se nota enfermo (fase maníaca) o, por el contrario, está convencido de que no va servir de nada y lo considera una falsa esperanza de su familia (fase depresiva). Cualquiera de las dos valoraciones es errónea y puede acarrear riesgos importantes para el paciente (de suicidio, de conductas temerarias...) y los demás (de que arruine a la familia, de que se pelee con alguien como resultado de la irritabilidad...). En este momento se debe tener en cuenta que no tiene capacidad de decidir por sí mismo y solicitar al juez una autorización para actuar en contra de su voluntad y trasladarlo a un hospital.

La familia cuando toma esta decisión atraviesa un momento duro, a veces hasta con amenazas e insultos, pero debe tener claro que está luchando contra la enfermedad y no contra el paciente; quien, una vez que mejore y sea capaz de valorar su estado en el momento del ingreso puede incluso agradecer que se tomase esa medida.

4. Manejar el abandono de medicación y el abuso de drogas.

Una vez que sabemos que tomar la medicación es lo más importante para evitar las recaídas y que conocemos los efectos negativos de las drogas para los familiares puede ser muy difícil no caer en la observación constante, detectivesca y obsesiva, de manera que los interrogatorios y las críticas sean algo constante. Es mejor no adoptar este papel, porque no se hace sino generar más tensión y rechazo por parte del paciente a la medicación y en general a la idea de que está enfermo y debe cuidarse. De nuevo se trata de encontrar el justo punto medio entre sobreproteger y desentenderse, dejando toda la responsabilidad al paciente. Una actitud de respeto y de sutil ayuda es la ideal.

Es conveniente a su vez conocer la medicación y establecer un diálogo constructivo sobre ella. Ante las quejas con respecto a efectos secundarios desagradables no minimizar la molestia que puedan suponer para el paciente y animarle a que acuda al médico antes de abandonar la medicación.

Si se niega a tomar las pastillas, puede ser conveniente recordarle que así el riesgo de recaída es alto y puede terminar en un ingreso y estar atentos a posibles recaídas. También puede ser útil comentar esta incidencia con el psiquiatra.