

Trastorno Bipolar: guía para pacientes, familiares y allegados

Autores

Ana Igoa
Residente de Psiquiatría

Diego Martino
Médico Psiquiatra

Alejandro Bottini
Residente de Psiquiatría

Pablo Gagliesi
Médico Psiquiatra

Introducción

El objetivo de este texto es brindar información de una forma clara y sencilla, pero científicamente validada sobre una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en el mundo, llamada **trastorno bipolar**.

La información que se ofrece a lo largo de este material, puede resultar algo general. Sin embargo, la meta es complementar la información que el profesional brinda a las personas con trastorno bipolar, a sus familiares y allegados, para que puedan comprender mejor lo que le sucede a quien sufre de este trastorno.

Recuerde que este manual no sustituye el consejo de su psiquiatra.

Tal como ocurre con otras enfermedades crónicas, como la diabetes, el asma o la hipertensión arterial, varios estudios científicos realizados en los últimos años han demostrado que un mayor conocimiento sobre las características de ciertas enfermedades psiquiátricas y su tratamiento, disminuye la frecuencia de recaídas y mejora la calidad de vida del paciente y su familia.

¿Qué es el trastorno bipolar?

El trastorno bipolar, en el pasado llamado enfermedad maníaco-depresiva, es una enfermedad psiquiátrica que se caracteriza por oscilaciones anormalmente intensas del estado de ánimo.

Las personas afectadas experimentan los mismos cambios de humor que tiene cualquier persona, como por ejemplo alegría, tristeza o ira, sin embargo en ocasiones, éstas se acentúan hasta un punto demasiado extremo que puede llegar a requerir asistencia psiquiátrica.

A los períodos en que la persona presenta un estado de ánimo muy elevado o eufórico se los denominan **episodios maníacos** o, **hipomaníacos** si son de menor intensidad. Los períodos caracterizados por un estado de ánimo muy bajo o con decaimiento son denominados **episodios depresivos**.

En algunos casos se pueden presentar simultáneamente síntomas de manía y depresión, lo que se denomina **episodio mixto**.

Los distintos tipos de episodios pueden sucederse unos a otros o, lo que es más frecuente, alternar con **períodos de eutimia**. Denominamos **eutimia** al estado de ánimo normal, y nos referimos con esa palabra a los períodos de remisión de la enfermedad, es decir en los que los síntomas desaparecen prácticamente por completo aunque esto no significa que la persona se haya curado.

A continuación describiremos las manifestaciones más características de los episodios maníaco, hipomaníaco, depresivo y mixto.

¿Cuáles son los síntomas o manifestaciones de un episodio maníaco?

Durante este episodio el paciente con trastorno bipolar puede presentar algunos de los siguientes síntomas:

- **Euforia:** se caracteriza por una sensación de extrema felicidad y plenitud, que generalmente se acompaña de un optimismo exagerado, despreocupación por los problemas cotidianos, tendencia a los chistes y bromas que resultan poco pertinentes.
- **Irritabilidad:** se manifiesta por la tendencia al mal humor, a tener reacciones desproporcionadas ante hechos triviales o a iniciar peleas. Si bien la euforia es el síntoma característico de la manía, en algunos casos la irritabilidad puede ser el estado de ánimo predominante, principalmente cuando se contradice a la persona. También se observa con frecuencia la alternancia entre la euforia y la irritabilidad.
- **Grandiosidad:** implica una confianza excesiva en uno mismo y falta de autocrítica que puede llevar a dar opiniones o realizar algo de lo no se tiene ninguna experiencia, como por ejemplo escribir una novela o componer una sinfonía.
- **Disminución de la necesidad de dormir:** la persona siente que casi no necesita dormir y cuando se levanta tras haber dormido unas pocas horas se siente lleno de energía. En los casos más graves, puede pasar varios días sin dormir no sintiéndose cansado.
- **Verborragia o hablar más de lo habitual:** la persona puede hablar sin parar durante largos períodos de tiempo y resulta muy difícil interrumpirla. Esto puede acompañarse de un aumento del tono de la voz y de la velocidad del habla.
- **Sensación de que el pensamiento está acelerado:** la persona puede percibir que sus ideas se producen una tras otra a una velocidad mayor que la habitual, *“como si la cabeza fuera un motor que no para nunca”*. En algunos casos, la velocidad de los pensamientos es tal, que la persona pasa de un tema a otro sin conexión aparente, dando al observador la apariencia de que dice incoherencias.
- **Desconcentración y dificultad para prestar atención:** por lo que pueden tener dificultades para seguir una conversación, leer un libro o mirar una película. Muchas veces las dificultades para prestar atención se manifiestan como problemas de memoria.
- **Aumento de la actividad:** es característica la participación en múltiples actividades al mismo tiempo sin tener demasiado en cuenta los posibles riesgos y beneficios, como por ejemplo comenzar a realizar cursos o

actividades deportivas, trabajar más de lo habitual o incluirse en actividades políticas. En los casos más graves, esta hiperactividad es improductiva y puede manifestarse como una inquietud extrema.

- **Aumento de la sociabilidad:** las personas con este desorden se muestran más sociables de lo que habitualmente son, lo que las conduce por ejemplo, a llamar a los familiares a cualquier hora del día o a mantener diálogos con desconocidos. Es frecuente que esto se acompañe de un aumento de las fantasías y deseos sexuales.
- **Búsqueda excesiva de actividades placenteras:** muchas veces la expansividad, la grandiosidad y el optimismo exagerado conducen a una búsqueda desmedida de actividades placenteras, como por ejemplo realizar compras excesivas e inapropiadas o inversiones económicas poco razonables, conducir autos en forma imprudente o tener relaciones sexuales promiscuas con desconocidos. También es frecuente que durante estos períodos, las personas “cambien de look”, utilizando vestimentas extravagantes o provocativas.
- **Presencia de síntomas psicóticos:** No es infrecuente que las manifestaciones anteriores se acompañen en algún momento, de síntomas psicóticos, dentro de los que se incluyen los delirios y las alucinaciones. Se entiende por delirio a ideas falsas en las que el paciente cree ciegamente, que guían su conducta y que persisten a pesar de intentar explicarle lo equivocado de las mismas. Es el caso de creerse un enviado de Dios, creer que tiene poderes especiales o creer que alguien lo persigue, entre otras. Las alucinaciones consisten en escuchar, ver, oler o sentir cosas que en realidad no existen.

A continuación presentamos el relato de una paciente en el que cuenta cuáles fueron sus conductas durante un episodio maníaco.

“Fue muy rápido. Había perdido el trabajo y estaba inusualmente contenta. La plata que me dieron de indemnización me la gasté en una semana en ropa y en un proyecto que era imposible, un castillo de arena. Salía todas las noches a bailar y por la mañanas, sin dormir, me metía en ese negocio, hacía llamadas telefónicas a todo el mundo y hablaba sin parar.

En ese momento las ideas eran a mil por hora. El mal humor desapareció... todo era bienestar. Me sentía poderosa, llegué a pensar que yo era la encargada de salvar al mundo.

No podía parar de hacer cosas, aunque la mayoría de las veces eran totalmente inútiles.

Mis familiares y amigos se asustaron, dicen que estaba incontrolable y que me enojaba por cualquier cosa; yo en ese momento sentía que todos estaban en contra mía.”

Juliana, 35 años

¿Cuáles son los síntomas o manifestaciones de un episodio hipomaniaco?

La **hipomanía** comparte todas las manifestaciones de la **manía** aunque con menor intensidad y con la excepción de que, durante un episodio hipomaniaco, nunca se presentan síntomas psicóticos. Durante estos episodios, la persona experimenta un estado de ánimo elevado y un optimismo y una autoestima exagerados. Tiene también, menor necesidad de dormir, mayor energía que lo habitual, mayor interés por el sexo y múltiples ideas y proyectos.

La hipomanía puede hacer que la persona incremente su actividad, creatividad, capacidad de liderazgo y resulte, por lo tanto, una experiencia agradable. Sin embargo, el problema radica en que este estado no es estable en el tiempo y tiende a evolucionar hacia un episodio maniaco, mixto o depresivo.

Es muy importante poder distinguir entre la hipomanía y la alegría. La **alegría** suele tener una justificación clara, dura poco tiempo y tiende a decrecer con el paso de los días. Por el contrario, la **hipomanía** puede aparecer sin ningún motivo aparente, puede durar varios días o semanas y suele evolucionar a un episodio maniaco, depresivo o mixto.

Además, en la hipomanía se presentan síntomas que no son propios de la alegría, como la irritabilidad, la disminución de la necesidad de dormir o la aceleración del habla.

Veamos el relato de Ariel, quien tuvo un episodio hipomaniaco.

“Al principio fue tremendo, tenía menos necesidad de dormir y mucha energía. En el trabajo mi jefe me felicitó porque había duplicado los objetivos y se me ocurrieron varias ideas para mejorar las ventas. Cuando volvía del trabajo, siempre buscaba alguna amiga con la que salir...nunca tuve tanto éxito con las mujeres...Mis viejos me decían que estaba muy acelerado, pasado de rosca...a mí no me importaba, me sentía bárbaro. Esto duró una semana, después estuve tres meses deprimido, perdí el trabajo y me recliné en casa. Ahí decidí consultar, bueno, en realidad me llevaron al médico, yo no creía que alguien pudiera ayudarme.”

Ariel, 26 años

¿Cuáles son los síntomas o manifestaciones de un episodio depresivo?

Los síntomas característicos del episodio depresivo son:

- **Estado de ánimo depresivo:** se caracteriza por un sentimiento de intensa tristeza o de vacío que se encuentra presente la mayor parte del día, casi todos los días. Este sentimiento frecuentemente se acompaña de mucha angustia y tendencia al llanto.
- **Incapacidad para experimentar placer:** hay una incapacidad de disfrutar actividades que antes resultaban placenteras. Salir con amigos, actividades recreativas o deportivas, lectura o salidas, e inclusive el sexo, dejan de causar el interés que antes tenían.
- **Alteraciones del sueño:** se manifiestan por un aumento o disminución en la cantidad de horas de sueño o por tener un sueño menos profundo, con la sensación de sentirse cansado aún después de levantarse.
- **Variaciones en el peso:** hay un aumento o una pérdida de peso sin hacer régimen, acompañado de cambios en el apetito.
- **Fatiga y falta de energía:** es característica la sensación de que cada movimiento requiere un gran esfuerzo y resulta agotador. Esto se acompaña de un cansancio físico extremo, inclusive para realizar las tareas habituales. Generalmente se manifiesta como la sensación de “estar apagado”.
- **Baja autoestima:** es la tendencia a ver todo gris y sin sentido, acompañado de ideas de inutilidad, de culpabilidad y de desesperanza respecto al futuro. La persona afectada tiene la sensación de ser un peso para los demás.
- **Falta de concentración:** cuesta más de lo habitual retener datos o participar en conversaciones, seguir un programa de televisión, leer un libro o tomar decisiones.
- **Pensamientos de muerte:** la vida parece carecer de sentido, lo cual junto a las ideas de culpa y desesperanza pueden conducir a pensar que desaparecer sería un alivio para la persona afectada y sus familiares.
- **Síntomas psicóticos:** al igual que en los episodios maníacos, estas manifestaciones pueden acompañarse de ideas delirantes y alucinaciones.

A continuación presentamos el relato de una paciente en la que cuenta los síntomas que padeció durante un episodio depresivo

“Cuando me deprimó dudo de mi capacidad para hacer cualquier cosa, aunque sean las más tontas. Aunque no duermo, me paso gran parte del día tirada en la cama. Parece como que la mente se volviera lenta y el cuerpo no responde, me cuesta mucho hacer cualquier cosa. Por momentos me siento la culpable de todas las cosas malas, pienso que debería estar haciendo algo o ayudando a los chicos, pero no puedo. Y me parece que nada tiene solución. Algunos dicen “es sólo temporal, ya lo vas a superar”, pero por supuesto no tienen ni idea de cómo se siente aunque ellos creen que la tienen. En esos momentos en que uno no puede sentir, moverse, pensar, cuidarse, la vida pierde sentido...es difícil entender que uno se puede recuperar”

¿Cuáles son los síntomas o manifestaciones de un episodio mixto?

En este cuadro se mezclan los síntomas de un **episodio maníaco con los de un episodio depresivo**. Por ejemplo, es frecuente que aparezca hiperactividad y aceleración del pensamiento simultáneamente con ideas negativas y pensamientos depresivos.

La irritabilidad y la ansiedad son también manifestaciones comunes en estos tipos de episodios.

Los episodios mixtos pueden aparecer en forma aislada o como una transición entre episodios depresivos y maníacos o viceversa. Estos episodios son particularmente difíciles de diagnosticar y los síntomas más característicos son:

- Mal humor e irritabilidad.
- Pensamiento acelerado.
- Inquietud.
- Hostilidad.
- Alteraciones del sueño.
- Cambios rápidos del humor (labilidad emocional).
- Comportamiento descontrolado.
- Ideas delirantes.
- Ideas negativas.
- Alucinaciones.

¿Hay diferentes tipos de trastorno bipolar?

Actualmente se describen **3 tipos de trastorno bipolar** en función de los tipos de episodios que alternen a lo largo del tiempo:

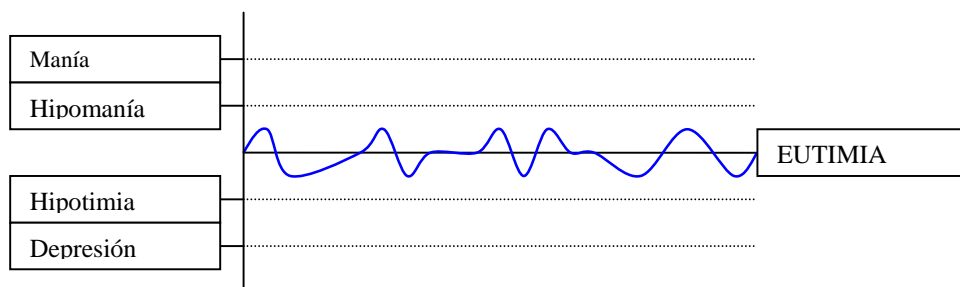
- **Tipo I:** este tipo es conocido como la forma clásica y se caracteriza por episodios maníacos intensos que a veces requieren internación. Frecuentemente aparecen delirios y alucinaciones y cuando el sujeto se recupera le parece increíble haber llegado a pensar esas cosas. Estas fases pueden ser seguidas inmediatamente o después de un tiempo, por episodios depresivos o mixtos.

- **Tipo II:** en esta tipo las fases de euforia no son tan intensas, sino que son episodios hipomaníacos que en general no requieren internación. Estos episodios alternan con episodios depresivos similares a los del tipo I.
- **Ciclotimia:** se caracteriza por la sucesión de episodios hipomaníacos y fases depresivas de poca intensidad, lo cual lo diferencia del trastorno bipolar tipo II. En general es percibido por los demás como una persona de “*carácter inestable*”, que oscila constantemente entre un estado y otro.

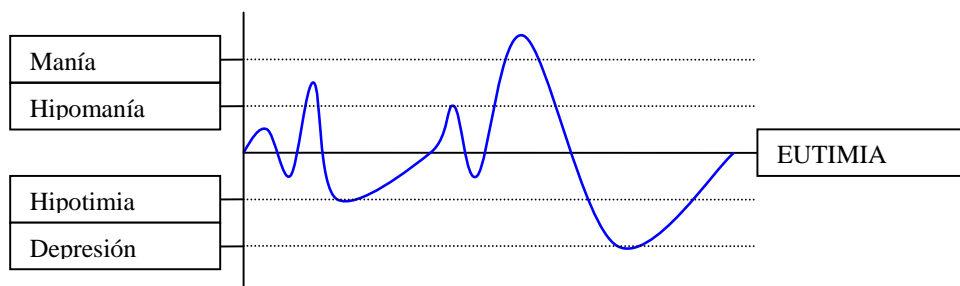
Sin embargo, muchas veces estos tres tipos no permiten abarcar todas las variedades de presentación del trastorno bipolar, por lo que algunos autores muy reconocidos en este tema postulan hasta ocho tipos diferentes.

A veces suele ser muy útil que las personas con el trastorno, sus familiares y los allegados puedan realizar junto al psiquiatra un dibujo o diagrama del curso de la enfermedad, recuperando el pasado e intentando localizar en la historia de la persona las oscilaciones.

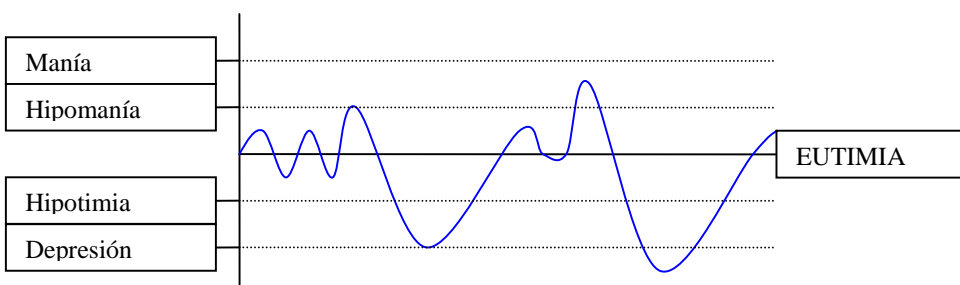
A continuación presentamos 4 esquemas. El primero corresponde a las oscilaciones normales del estado de ánimo, mientras que los otros corresponden a los diferentes tipos de trastorno bipolar.



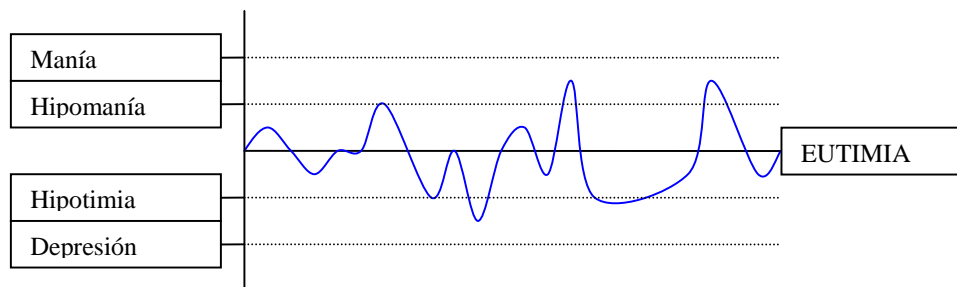
Esquema 1. Oscilaciones normales del estado de ánimo.



Esquema 2. Oscilaciones del estado de ánimo en el trastorno bipolar tipo I.



Esquema 3. Oscilaciones del estado de ánimo en el trastorno bipolar tipo II.



Esquema 4. Oscilaciones del estado de ánimo en la ciclotimia.

¿Cuál es la causa del trastorno bipolar?

El **trastorno bipolar** consiste en una **alteración de los mecanismos biológicos que regulan el estado de ánimo.**

El cerebro humano cuenta con una serie de mecanismos reguladores que evitan que el estado de ánimo alcance niveles extremadamente altos o extremadamente bajos que pudieran atentar contra la integridad del individuo.

Actualmente se sabe que algunos genes, que son segmentos de ADN que se encuentran en el interior de las células y que se transmiten de generación en generación como herencia, pueden producir que estos mecanismos reguladores del estado de ánimo pierdan precisión.

De esta manera, la presencia de estos genes aumentaría el riesgo de padecer trastorno bipolar. De hecho esto explica el **patrón familiar de presentación de la enfermedad**, es decir, que en la mayoría de los casos las personas con trastorno bipolar tienen antecedentes familiares - abuelos, padres, tíos, hermanos o hijos – de la enfermedad.

El hecho de que el padre o la madre tengan el trastorno, aumenta en más de 10 veces el riesgo de sus hijos a padecer la enfermedad. Una persona con estos antecedentes tiene entre un 15 y un 20% de posibilidades de presentar un trastorno bipolar, mientras que la población general, es decir sin antecedentes, tiene una posibilidad de un 2% aproximadamente.

La presencia de la enfermedad en los casos en que no hay antecedentes familiares, puede explicarse por distintos motivos:

- Puede ser que haya algún antecedente familiar, como un abuelo alcohólico o un tío fallecido por suicidio, que en realidad tenían un trastorno bipolar que no fue adecuadamente diagnosticado.
- Que los antecedentes sean remotos, por ejemplo una bisabuela y desconocidos por la persona afectada.
- Que se hayan producido mutaciones, es decir cambios espontáneos en los genes, que explican que enfermedades hereditarias aparezcan en personas sin antecedentes.

Además es importante recordar que los genes determinan una **predisposición hereditaria**, sobre la que actúan ciertos **factores ambientales** que pueden desencadenar los episodios. Entre los factores ambientales se pueden mencionar:

- el consumo de alcohol y drogas
- ciertos cambios hormonales
- algunos medicamentos
- factores meteorológicos como los cambios estacionales

Los **acontecimientos estresantes**, como las conflictos familiares y laborales o la pérdida de un ser querido, también pueden colaborar en la aparición de los primeros episodios del trastorno en personas que tienen la predisposición genética. No obstante, muchas veces, con la evolución de la enfermedad, la desregulación del estado de ánimo se vuelve independiente, es decir que pueden aparecer episodios que no guardan ninguna relación con situaciones estresantes.

En conclusión, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que **no existe una causa única**, sino que factores genéticos y ambientales actúan conjuntamente para que se manifieste el trastorno. Este modelo es válido para muchas otras enfermedades médicas como el infarto en donde existe una base genética que predispone a la persona a padecerlo pero el estrés, el sedentarismo y el tabaquismo, entre otros, son los factores que desencadenan la enfermedad.

¿Cuándo aparecen los primeros síntomas?

Clásicamente se consideró que el trastorno bipolar afectaba al 1% de la población general, aunque en la actualidad algunos de los psiquiatras más reconocidos en el tema consideran que esta cifra podría ascender al 5%. Esto significa que el número de personas que sufren este desorden en nuestro país podría ascender a 1.750.000.

En relación con el género es ligeramente más frecuente en mujeres que en hombres.

Generalmente la edad en que se desarrolla el **primer episodio maníaco, hipomaníaco, depresivo o mixto** es entre los 20 y 35 años. Sin embargo, muchas veces los síntomas comienzan a manifestarse en forma sutil en la adolescencia, etapa de por sí proclive a la inestabilidad emocional, y no son adecuadamente diagnosticados.

El **primer episodio** es más común que sea **maníaco en hombres y depresivo en mujeres**, aunque algunas personas pueden experimentar múltiples episodios depresivos antes de desarrollar el primer episodio maníaco, lo cual puede conducir a errores involuntarios de diagnósticos.

Veamos a continuación el relato de Raúl.

“Hace poco tiempo que he descubierto que lo que me pasa: tengo un trastorno bipolar.

Cuando era adolescente tuve muchos problemas en el colegio, especialmente un año en el que estuve particularmente rebelde. No había sido así en los cursos anteriores. Me desbandé, consumí drogas, según mis viejos estaba incontrolable. Después pasó. Empecé la facultad y todo bien. Pero recuerdo que perdí un año, así, lo perdí. Estaba tirado en la cama todo el día, me costaba salir de casa y después al año siguiente rendí dieciocho materias en catorce meses – no dormía nada, estaba demasiado bien - y todos creían que era un genio.

Me casé y me separé un par de veces.

Cada vez que me deprimía hacía tratamientos muy breves, tomaba algo y salía. Hasta mi primer episodio maníaco, que todos creyeron que me había vuelto loco o esquizofrénico. Estuve internado dos meses.

Recién en el último episodio depresivo un médico se dio cuenta. Hace tres años que estoy estable. Tengo una sensación extraña, como si por primera vez pudiera saber cómo me voy a despertar mañana”.

Raúl, 43 años.

¿Cómo se realiza el diagnóstico?

El diagnóstico debe ser realizado por un especialista en psiquiatría o en psicología. Usualmente es necesario realizar varias entrevistas, y, aunque no existen tests psicológicos para corroborarlo con exactitud, algunos profesionales los utilizan para conocer mejor al paciente.

No existen por el momento estudios médicos complementarios, como análisis de laboratorio o estudios de imágenes cerebrales, que contribuyan con precisión al diagnóstico. De todos modos se suelen realizar para descartar otras enfermedades o incluso para evaluar el estado de salud integral de los pacientes.

El diagnóstico se fundamenta básicamente en:

- Las manifestaciones y síntomas clínicos que vimos al comienzo de este texto.
- la sintomatología al momento de la consulta
- los antecedentes personales y familiares de la enfermedad

Muchas veces, la presencia de los síntomas de un episodio mixto o de síntomas psicóticos puede llevar al diagnóstico equivocado de esquizofrenia.

En otros casos, la presencia de varios episodios depresivos antes de que se produzca el primer episodio maníaco o hipomaníaco, puede conducir al diagnóstico erróneo de trastorno depresivo mayor.

De esta manera, es frecuente que las personas con trastorno bipolar sean correctamente diagnosticadas mucho tiempo después de su primera consulta psiquiátrica. Afortunadamente, gracias a un mejor conocimiento de las manifestaciones y a la divulgación de la enfermedad, esta tendencia se ha ido revirtiendo en los últimos años.

¿Cómo es la evolución de la enfermedad?

El **patrón típico de evolución** se caracteriza por la aparición de episodios maníacos, hipomaníacos, mixtos o depresivos a lo largo de la vida.

La frecuencia de las recaídas, es decir la aparición de un nuevo episodio, es muy variable. En los casos más severos se pueden presentar más de cuatro episodios por año, lo que se denomina **ciclado rápido**. En algunas personas, las recaídas tienden a presentarse en la misma época del año, por ejemplo en primavera. Este **patrón estacional** pareciera estar relacionado con la duración y luminosidad del día.

Varios estudios han demostrado que en muchos casos, se pueden identificar **síntomas tempranos de recaída**, entre 2 a 4 semanas antes de que ésta se produzca. Éstos son síntomas aislados aparecen antes de que se desarrolle un episodio completo y, es de suma importancia que la persona afectada aprenda a reconocerlos, ya que su tratamiento oportuno puede evitar la progresión a un episodio completo. *Más adelante profundizaremos en estos síntomas tempranos.*

Entre los episodios, la mayoría de las personas se encuentran libres de síntomas, es decir, en **períodos de remisión o de eutimia**. Sin embargo, una tercera parte puede presentar **síntomas residuales**, que son manifestaciones

aisladas y de menor intensidad, como por ejemplo dificultades para dormir, cansancio al realizar actividades habituales o enojos frecuentes.

La mayoría de las personas con trastorno bipolar pueden llevar una vida saludable y productiva cuando realizan un tratamiento adecuado. Sin tratamiento, la evolución de la enfermedad es casi siempre muy negativa, con recaídas cada vez más frecuentes y severas lo cual lleva a graves consecuencias familiares, laborales y sociales. El tratamiento es determinante para evitar dichas consecuencias.

¿Cuáles son las consecuencias de la enfermedad?

Una complicación grave y no poco frecuente es el **abuso de alcohol y drogas**. Ya sea como consecuencia de la euforia y su incesante búsqueda de nuevas sensaciones o como automedicación para aliviar los síntomas de la depresión. El abuso de alcohol y drogas, puede ser el desencadenante del desorden en personas con predisposición a tener la enfermedad. Además, empeora el pronóstico de la enfermedad, ya que aumenta la frecuencia y gravedad de los episodios y favorece la aparición de síntomas psicóticos.

La falta de conocimiento de la enfermedad por parte de los familiares puede generar también serias dificultades. Por un lado ciertas características de la manía o hipomanía como irritabilidad, gastos excesivos, relaciones sexuales promiscuas, y de la depresión como desinterés, pesimismo, desgano, pueden ser interpretadas como conductas voluntarias y ocasionar desde rupturas de pareja hasta una mala relación entre padres e hijo. En el otro extremo la sobreprotección por parte de los familiares ante el temor a un nuevo episodio, puede llevar a limitar la autonomía y capacidad funcional de la persona afectada.

Las consecuencias del trastorno bipolar repercuten también en el ámbito laboral. Tanto las manifestaciones de la euforia -realizar gastos excesivos, embarcarse en proyectos sin medir las consecuencias- como los de la depresión -disminución de la productividad, ausentismo laboral- predisponen a la pérdida del trabajo y/o a tener complicaciones financieras si no son tratadas a tiempo. Se observa con frecuencia que los empleadores tienen escasa o ninguna información sobre esta enfermedad, esto los hace proclives a despedir el personal que lo sufre o a quitarle la protección del sistema de salud, desconociendo el hecho de que fuera de los episodios estas personas pueden ser valiosos colaboradores y eficaces trabajadores.

La consecuencia más grave es indudablemente el **suicidio**. Alrededor del 15% de las personas con trastorno bipolar fallecen por ello. Esto generalmente ocurre en el transcurso de un episodio depresivo, en que la persona tiene la sensación de que la vida no tiene sentido, se siente fracasada e inútil y piensa sinceramente que su desaparición será un alivio para ella y para los que la rodean. Es muy difícil que una persona en este estado pueda entender que lo que le pasa

es consecuencia de una enfermedad y que, con el tratamiento correcto, en unas pocas semanas dejará de desear la muerte.

Finalmente, existe a nivel social un prejuicio respecto a la peligrosidad e irreversibilidad de las enfermedades psiquiátricas. Llegará el día en que se pueda hablar con la misma naturalidad del trastorno bipolar que de otras enfermedades crónicas como la artrosis o la diabetes.

¿Cuál es el tratamiento del trastorno bipolar?

A continuación haremos referencia al tratamiento farmacológico, y luego a otros tratamientos complementarios para el trastorno bipolar, como la psicoterapia, la psicoeducación, etc.

Tratamiento farmacológico

Probablemente, el trastorno bipolar sea la enfermedad psiquiátrica que cuenta con mayores recursos para su tratamiento. El tratamiento farmacológico es **imprescindible para lograr un adecuado control de la enfermedad**. En la actualidad existen medicamentos eficaces para revertir cualquier tipo de episodio y para disminuir la frecuencia y/o intensidad de los nuevos episodios.

El tratamiento del trastorno bipolar puede dividirse en una:

Fase aguda: tiene por objetivo a revertir el episodio.

Fase de mantenimiento se realiza luego que ha remitido el episodio, y su objetivo es disminuir la frecuencia y/o intensidad de las recaídas.

El tratamiento apunta a que las personas afectadas puedan pasar la mayor parte del tiempo eutímicas y, de este modo, permitir que lleven una vida como la de cualquier otra persona.

En una alta proporción de casos puede ser necesaria la combinación de medicamentos para lograr un adecuado control de la enfermedad. Es frecuente también que, en distintos momentos a lo largo del curso de la misma se realicen cambios en el plan farmacológico.

Los medicamentos más utilizados para el tratamiento del trastorno bipolar pertenecen al grupo de los denominados **estabilizadores del ánimo**, dentro de los que se encuentran el **carbonato de litio**, el **ácido valproico** y la **carbamazepina**.

A continuación haremos una breve referencia a cada uno de ellos, estarán los nombres de las drogas y entre paréntesis las marcas comerciales.

Carbonato de litio

El carbonato de litio (Ceglution®, Lithium®) es el más tradicional de los estabilizadores del ánimo. Es útil para el tratamiento de los episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos y para prevenir recaídas.

La dosis necesaria de litio se regula mediante un análisis de sangre denominado **litemia**, que mide la concentración de litio en la sangre. Las litemias efectivas para el tratamiento de episodios agudos son de 0.8 a 1.2 miliequivalentes/litro, mientras que las efectivas para prevenir recaídas pueden ser algo más bajas, de 0.6 a 0.8 miliequivalentes/litro.

El litio es un mineral que se encuentra en muy bajas concentraciones en el cuerpo humano y que prácticamente no pueden detectarse mediante un análisis. Por tal motivo, en personas que no están medicadas con carbonato de litio, no tiene sentido realizar litemias.

Es importante que las personas medicadas con esta sustancia tengan en cuenta las siguientes recomendaciones:

- **Indicaciones para realizar los análisis solicitados por el médico:**
 1. La litemia se obtiene a través de una extracción de sangre. Se debe poner atención al hecho que deberá realizarse a las 12 horas de la última toma del carbonato de litio, antes de la primera toma del día. Por ejemplo: Si la extracción es a las 8 horas de la mañana, la última toma del litio será a las 20 horas de la noche anterior. Si la persona tiene la indicación de una toma nocturna deberá adelantarla para que coincida con las 12 horas previstas, es decir que, si debía tomar la medicación antes de dormir cerca de las 23 horas, deberá adelantarla a las 20. Asimismo, si tiene indicación de una toma a la mañana, debe realizarla después del estudio.
 2. La litemia se obtiene, por lo menos, luego de 5 días y 12 horas de la primera toma o del momento que se ajustó la dosis. Eso significa que se debe esperar ese período de tiempo cada vez que se modifica la indicación.
 3. Una vez logrados los niveles deseados en sangre, es bueno monitorearlos periódicamente según la indicación de su médico. Se sugiere cada 2 a 3 meses durante los primeros 6 meses de tratamiento y luego cada 6 a 12 meses.
 4. Se debe tratar de que este estudio se realice siempre en el mismo laboratorio.

- **No reducir la cantidad de sal en las comidas.**

- **Consultar a su psiquiatra o, en su ausencia disminuir temporalmente la dosis de litio en los siguientes casos:**

- diarrea intensa
- vómitos frecuentes
- deshidratación
- fiebre elevada

- **No tomar los siguientes medicamentos sin antes consultar a su psiquiatra:**

- Diuréticos: son medicamentos utilizados para problemas circulatorios como la hipertensión arterial, edemas, y para la retención de líquidos.
- Antibióticos: medicamentos utilizados para el tratamiento de infecciones.
- Antiinflamatorios no esteroides: se utilizan para el tratamiento del dolor, fiebre e inflamaciones. Estos medicamentos son de venta libre y muy utilizados en la vida cotidiana. Algunos de los más conocidos son el Ibupirac® o el Diclofenac®. El único fármaco de este grupo que se puede utilizar sin problemas es la Aspirina

Ácido valproico y carbamazepina.

El **ácido valproico** (Valcote®, Logical®, Valnar®, Exibral®, Depakene®) y la **carbamazepina** (Tegretol®, Carbamat®, Conformal®, Actinerval®, Carbagramon®), se emplearon originalmente como anticonvulsivantes en el tratamiento de la epilepsia y más tarde se comenzaron a utilizar como estabilizadores del ánimo. En la actualidad, son muy usados para el tratamiento de los episodios mixtos o en pacientes con ciclado rápido.

En algunos casos, también puede resultar útil el dosaje en sangre de los niveles plasmáticos de estos medicamentos.

Anticonvulsivantes

Los nuevos anticonvulsivantes como la **oxcarbazepina** (Aurene®, Trileptal®, Atoxecar®), la **lamotrigina** (Lamictal®, Lagotran®, Lamirax®) y el **topiramato** (Topamac®, Topictal®) se encuentran en estudio como **estabilizadores del ánimo** y pueden ser utilizados o agregados a los planes de tratamiento. La prescripción de los mismos ha ido en aumento en los últimos años.

Antipsicóticos

Los **antipsicóticos atípicos** están siendo estudiados como posibles tratamientos para el trastorno bipolar.

Algunos ejemplos de antipsicóticos atípicos son:

- **Clozapina** (Lapenax®, Sequax®).
- **Olanzapina** (Ziprexa®, Midax®).
- **Risperidona** (Risperdal®, Risperin®, Dropicine®, Dozic®, Restelea®, Sequinan®).
- **Quetiapina** (Seroquel®).
- **Ziprasidona** (Zeldox®).

Algunas evidencias sugieren que la **clozapina** podría ser útil como estabilizador del ánimo en personas con mala respuesta a la medicación antes descrita.

Los **antipsicóticos atípicos** también pueden ser útiles para el tratamiento de un episodio maníaco agudo -esto está demostrado para la **olanzapina**- y, en algunos casos, para el tratamiento de episodios de cualquier tipo que cursen con síntomas psicóticos.

Antidepresivos

En ciertos **episodios depresivos** puede requerirse medicación antidepresiva. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las personas con trastorno bipolar corren el riesgo de virar hacia la manía o hipomanía - habitualmente a este viraje se lo denomina *switch* - o de desarrollar ciclado rápido durante el tratamiento con antidepresivos.

El riesgo de que esto ocurra disminuye si la persona se encuentra medicada **simultáneamente con un estabilizador del ánimo**.

Los antidepresivos postulados con menor riesgo de viraje o *switch* son:

- **Bupropion** (Odranal®, Wellbutrin®).
- **Venlafaxina** (Efexor®, Elafax®, Sesaren®).
- **Paroxetina** (Aropax®, Psicoasten®, Pamoxet®, Olane®).

Debido a los riesgos mencionados más arriba, es recomendable que el tratamiento con antidepresivos sea lo más breve posible y controlado estrictamente por un psiquiatra.

Benzodiazepinas

En algunos casos, el insomnio puede ser tratado con benzodiazepinas como el **clonazepam** (Rivotril®, Diocam®, Clonagin®, Edictum®, Neuryl®) o el **lorazepam** (Trapax®, Sidenar®, Emotival®, Aplacasse®) entre otros.

Debido a la tolerancia que generan las benzodiazepinas, es decir que cada vez se necesitan dosis mayores para lograr un mismo efecto, es importante que la prescripción sea durante el menor tiempo posible.

Efectos adversos a la medicación

Dependiendo del tipo de medicación, se pueden llegar a producir otros efectos además de los terapéuticos, que son entre otros:

- náuseas
- vómitos
- diarrea
- dolor y distensión abdominal
- cefalea
- temblor
- hipotiroidismo
- aumento de peso
- caída de cabello
- aumento de la necesidad de dormir

Para evitar algunos de estos problemas, antes y durante el tratamiento con algunos medicamentos, es necesario realizar análisis de laboratorio, como por ejemplo:

- Dosaje de hormonas tiroideas y funcionamiento renal en el caso del **litio**.
- Análisis de sangre y funcionamiento hepático en el caso del **ácido valproico** y la **carbamazepina**.

En algunos casos los efectos adversos son transitorios y en otros pueden requerir un cambio de dosis o de medicación.

Es importante comunicarle a su psiquiatra todos los efectos adversos que note a lo largo del tratamiento.
Recuerde, el objetivo de todo tratamiento es lograr un adecuado control de la enfermedad con la menor cantidad posible de efectos adversos.

Algunas consideraciones en relación con el embarazo

Algunos de los medicamentos antes mencionados se asocian a un riesgo leve a moderado de producir malformaciones fetales. Por tal motivo, es de suma importancia que si usted es mujer, se encuentra en edad reproductiva y está recibiendo la medicación mencionada, tome las precauciones necesarias para evitar un embarazo no deseado.

Si desea tener un hijo convérselo con su psiquiatra, ya que dependiendo de la situación, puede ser conveniente suspender la medicación durante parte del embarazo, cambiarla o continuar tomándola.

En caso de quedar embarazada sin haberlo programado consulte cuanto antes con su psiquiatra, para evaluar junto con él la conducta más conveniente.

Tres recomendaciones generales para el tratamiento farmacológico

Si usted está realizando el tratamiento farmacológico es importante que:

- Cumpla con la medicación y con la dosis indicada por su psiquiatra, y no realice ninguna modificación sin su autorización.
- Hable con su psiquiatra sobre cualquier duda que tenga respecto a la medicación.
- Informe a su psiquiatra sobre cualquier medicación prescrita por otro médico.

Otros tratamientos adicionales

Existen otros tratamientos que son complementarios al tratamiento farmacológico. Ellos son:

- *Psicoterapia*: muchas personas se benefician de un apoyo psicológico que les permite un mejor manejo de las situaciones estresantes y afrontamiento de las consecuencias de la enfermedad.
A veces los episodios son traumáticos o causan efectos de los que las personas luego sienten vergüenza o culpa, la posibilidad de hablar de estas cuestiones con un terapeuta suele ser una buena idea.
Ya que no todas las personas comprenden de qué se trata el trastorno bipolar, es importante el cómo, cuándo y dónde hablar de la enfermedad en diferentes círculos sociales, en el trabajo o con otros familiares más lejanos. A veces la función de la psicoterapia y del tratamiento psiquiátrico pueden ser ocupadas por un mismo profesional (un psiquiatra que también brinda el servicio de la terapia) o dividir la tarea en dos profesionales.
En algunos casos la psicoterapia familiar es una estrategia útil para resolver problemas vinculares que puedan tener alguna relación con el trastorno.
- *Psicoeducación*: tiene como objetivo informar a las personas con trastorno bipolar sobre la enfermedad y su tratamiento, así como enseñarles a reconocer signos de recaída que permitan un tratamiento precoz y eviten la progresión del episodio.
Es útil que también participen familiares y allegados de las personas afectadas. La información puede brindarse a través de clases, material de lectura, películas, entre otras modalidades. A veces estas actividades son grupales.
- *Tratamiento endocrinológico*: es frecuente que las personas con trastorno bipolar tengan un funcionamiento anormal de la glándula tiroidea. Los descensos o aumentos de hormonas tiroideas pueden producir cambios en el estado de ánimo y predisponer a desarrollar un patrón de ciclado rápido. Además, en algunas personas el tratamiento con litio puede provocar una disminución de los niveles de hormona tiroidea. En cualquiera de estos

casos es necesario realizar una consulta con un endocrinólogo para que evalúe la necesidad de un tratamiento.

También suele recomendarse una asistencia nutricional para manejar con el aumento de peso que pueden ocasionar los medicamentos.

- *Internación:* en algunos casos el paciente puede requerir internación, especialmente cuando esta en riesgo su vida. Esto puede suceder cuando la persona tiene ideas de suicidio durante un episodio depresivo, o presenta conductas de riesgo en un episodio maníaco. También puede indicarse la internación cuando existe el riesgo de que el paciente dañe a otras personas. Este tipo de riesgos son frecuentes cuando el paciente tiene síntomas psicóticos o cuando no cumple con el tratamiento, situaciones que dan lugar a las crisis severas. Dados los avances que se produjeron en el tratamiento de esta enfermedad, las internaciones no suelen prolongarse más allá de unas pocas semanas.

A continuación presentamos el relato de una paciente con trastorno bipolar que narra algunas de sus experiencias.

“Yo acepté la enfermedad. Me hago cargo de ella. Todos los días respeto la medicación que me prescribieron. Pero a veces dudo de mis emociones. O mejor dicho me dan miedo. Mi terapeuta me ayuda mucho con eso, a reconocerlas, a que me puedo poner triste y alegre sin que eso signifique que estoy teniendo un episodio.

Además, creo que no tengo mucha gente con la que discutir algunas cosas que me afectan y temo que nadie las comprenda. Por ejemplo conocí a alguien ahora y estamos saliendo, yo siento que tengo que hablar de mi enfermedad y no se cuándo o cómo. ¿Y si se asusta y me deja?

Creo que tengo mucho trabajo en la psicoterapia todavía. Quiero vivir mis dificultades responsablemente, no quiero hacerme la dormida, olvidarme de ir al psiquiatra, olvidarme la dosis o de pronto tener la fantasía que no pasa nada. En cada crisis pierdo algo, no vale la pena”.

Lidia, 31 años

¿Qué puede hacer el paciente con trastorno bipolar?

Resulta útil pensar qué sucedería si una persona con hipertensión arterial no respetara su dieta sin sal, no realizara controles periódicos de su presión arterial, no cumpliera con la medicación prescrita por su médico o no realizara ejercicio físico. Lamentablemente, es frecuente que en el trastorno bipolar, no resulten tan claro los efectos que produce el incumplimiento del tratamiento.

Si bien los familiares, allegados y miembros del equipo de salud (psiquiatra, psicólogo) deben constituir un equipo de trabajo junto con la persona
--

afectada, ésta debe ser, y de hecho lo es, la principal responsable del curso de su enfermedad.

Si usted es la persona afectada se estará preguntando qué puede hacer por su enfermedad, es por ello que a continuación señalamos una serie de recomendaciones a tener en cuenta para lograr un mejor control de la misma.

- **Reconozca y acepte su enfermedad:** reconocer y aceptar la enfermedad es aprender a convivir con ella. Este es uno de los pasos más importantes para evitar las consecuencias más graves de la misma y mejorar su calidad de vida.
La falta de información adecuada, puede llevarlo a confundir los estados de eutimia, en los que usted se encuentra libre de síntomas y desarrolla su vida como cualquiera ya que su enfermedad está “controlada”, con la curación. Mucha gente durante los períodos de eutimia piensa que ya pasó todo o cree que podrá controlar la enfermedad sin tratamiento y que sólo es una cuestión de voluntad. Esta confusión frecuentemente se asocia con abandono de la medicación, lo cual se acompaña de creencias del tipo “*ya estoy curado y no necesito los remedios*” o “*si ya estoy bien para qué voy a seguir tomando estas pastillas*”.
Es importante que esté atento, aunque sin obsesionarse, para reconocer cualquier síntoma que anuncie una recaída.
Recuerde que usted tiene derecho a conocer qué es lo que le pasa y acceder a los últimos avances científicos. Tenga en cuenta también que la información y el diálogo con otras personas que también padecen trastorno bipolar (por ejemplo en grupos de ayuda mutua) suele ser una experiencia muy enriquecedora.
- **Tome correctamente la medicación:** tomar los medicamentos en forma regular y las dosis indicadas por su psiquiatra es la mejor manera de prevenir las recaídas.
Por otra parte, puede confundir a su médico, quien ante la “mala respuesta” puede pensar en aumentar la dosis o cambiar de medicamento.
Recuerde que el abandono por propia iniciativa de la medicación lo predispone a una recaída a corto plazo y además, puede disminuir la probabilidad de que el medicamento abandonado resulte efectivo en un episodio posterior.
- **Aprenda a reconocer los síntomas tempranos de recaída:** reconocer sus **síntomas tempranos de recaída y tratarlos precozmente**, puede evitar la progresión a un episodio completo y sus consecuencias.
Frecuentemente, los episodios de un mismo tipo -maníacos, hipomaníacos, depresivos o mixtos - comienzan con los mismos síntomas que los episodios previos, por lo cual es muy importante que pueda utilizar su propia experiencia para reconocer tempranamente las recaídas.

Recuerde que los síntomas tempranos como la euforia, el decaimiento, la irritabilidad, extroversión o timidez pueden no tener una justificación o ser desproporcionados. En cuanto a su duración pueden durar varias semanas y tienden a aumentar de intensidad con el paso del tiempo.

Hay quienes confunden estos síntomas con ciertos rasgos de la personalidad, con una forma de ser. Sin embargo, a diferencia de los rasgos de la personalidad, los síntomas de la recaída no son estables y no perduran a lo largo del tiempo, sino que sólo se presentan cuando la persona está comenzando a padecer un nuevo episodio.

Usted debe desconfiar de los cambios abruptos en cualquiera de estas áreas:

- **Sueño:** muy frecuentemente la disminución de la necesidad de dormir es el síntoma más temprano del comienzo de un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto. En algunos casos, en la depresión puede ocurrir lo contrario, la persona se levanta más tarde y siente más sueño durante el día.
 - **Nivel de actividad:** su aumento brusco puede ser indicador del inicio de un cuadro maníaco o hipomaníaco. Por el contrario, el desgano y la falta de energía pueden presagiar el comienzo de un episodio depresivo.
 - **Irritabilidad:** la aparición de discusiones constantes, impaciencia excesiva o intolerancia pueden anunciar el inicio de una fase maníaca o mixta.
 - **Productividad verbal:** estar más charlatán, el hablar más rápido y/o con mayor volumen o cambiar constantemente de tema -esto último puede ser más reconocido por familiares que por el paciente- pueden indicar el comienzo de un episodio maníaco o hipomaníaco. En los episodios depresivos, la disminución del habla puede ser síntoma de su comienzo.
 - **Cambios en el estado de ánimo:** deben llamar la atención principalmente cuando no son causados por un motivo concreto o cuando son demasiado intensos o prolongados en relación a la causa que los provocó. Puede resultar importante estar atento a los cambios de carácter, por ejemplo, si una persona que suele ser tímida e introvertida empieza a mostrarse más bromista y extrovertido, es probable que esté iniciando un episodio maníaco o hipomaníaco. Por el contrario, si alguien que habitualmente tiene buen humor empieza a mostrarse más malhumorado o inhibido, puede estar comenzando un episodio depresivo.
- **Cuéntele al médico todos sus síntomas:** aunque parezca raro, algunas veces, datos aparentemente irrelevantes, como cambios en sus hábitos alimentarios, sexuales o en la forma de vestir, pueden resultar determinantes para que su psiquiatra sepa en qué momento de la

enfermedad usted se encuentra, y así poder pautar un tratamiento adecuado.

- **No consuma tóxicos:** como se mencionó anteriormente, el consumo de drogas y alcohol empeoran el pronóstico de la enfermedad. En algunas personas el consumo de ciertas sustancias como cocaína o LSD (“ácido”), aunque sea en una única ocasión, es suficiente como para desencadenar una recaída.

Si usted no puede dejar de consumir es conveniente que realice una consulta o vaya a los grupos de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos. En el caso de los familiares y amigos es de mucha ayuda participar de los grupos de familiares de AA y NA (Alanón). Estos grupos son gratuitos y han demostrado ser el tratamiento más eficaz.

- **Lleve hábitos de vida regulares:** la regularidad y el orden en sus hábitos de sueño, de alimentación y de actividades es fundamental para disminuir el riesgo de recaídas.

No se debe confundir regularidad con rutina y aburrimiento. La regularidad se refiere a mantener cierta constancia en sus hábitos de vida entre los que se incluye:

- No someterse a dietas rigurosas, que producen cambios hormonales y metabólicos que pueden predisponer a nuevos episodios. Tenga en cuenta además que gran parte de los medicamentos utilizados para adelgazar, contienen sustancias (por ejemplo las anfetaminas) que pueden provocar una recaída.
- Dormir 8-9 horas por día. Dormir menos de 7 horas por día aumenta el riesgo de manía o hipomanía, mientras que dormir más de 10 horas aumenta las posibilidades de presentar un episodio depresivo.
- Reservar un tiempo diario para realizar actividades de esparcimiento que ayuden a disminuir el estrés, como ejercicio físico, pasatiempos, salidas.

- **Aprenda a escuchar a sus familiares y allegados:** puede resultar útil buscar entre sus familiares y allegados alguna persona de confianza que pueda actuar como punto de referencia. Confíe en esa persona; muchas veces, los que lo rodean, pueden detectar el comienzo de un nuevo episodio más claramente que usted. Comentarios del tipo “*últimamente te veo un poco extraño*” o “*estás mal de carácter*”, le pueden servir para tomar conciencia de que quizás, esté iniciando una recaída. Hay un dicho popular que dice que “*cuatro ojos ven más que dos*”.

En ese caso es mejor actuar que ponerse a discutir: visite a su psiquiatra cuanto antes. Si la gente que lo rodea estaba equivocada, usted sólo habrá perdido el tiempo de la visita y se habrá ahorrado mucho tiempo en discusiones. Si por el contrario, tenían razón, estos comentarios le habrán permitido detectar y tratar precozmente un episodio y usted le habrá ganado mucho tiempo a la enfermedad.

Es de buena práctica que su psiquiatra tenga entrevistas periódicas con sus

familiares o allegados, esto permite que ellos se informen sobre el trastorno, actúen con mayor eficacia en los momentos difíciles y sean parte del equipo de tratamiento.

Recordemos los cinco consejos básicos:

- Siga los consejos de su psiquiatra.
- Tome correctamente la medicación.
- No consuma alcohol o drogas.
- Aprenda a identificar los síntomas tempranos de *recaída*.
- Intente llevar hábitos de vida regulares.

¿Qué pueden hacer los familiares y/o allegados?

La intervención en el tratamiento de algún familiar y/o allegado a la persona afectada es de suma utilidad para lograr un mejor control de la enfermedad.

Si usted es familiar o allegado se estará preguntando cómo puede colaborar en el tratamiento. Tenga en cuenta que su participación involucra varios aspectos:

- **Ayude a la persona afectada a reconocer los síntomas:** como ya se ha mencionado, es frecuente que sea algún familiar o allegado el primero en reconocer algún síntoma temprano de recaída.
- **Sea una fuente de información:** tenga en cuenta que puede ser una invaluable fuente de información para los profesionales ya que, mientras estos evalúan al paciente esporádicamente, usted convive con él. Un requisito imprescindible para optimizar este aporte, es que conozcan las características de la enfermedad y su tratamiento. Infórmese con detalle, solicite bibliografía y datos. Usted tiene la obligación y el derecho a conocer sobre el trastorno bipolar. Si usted considera necesario entrevistarse con el médico tratante, no dude en hacerlo, charlando previamente esto con su familiar o allegado afectado.
- **Evite la sobreprotección:** Es importante no sobreproteger a la persona afectada. Tenga en cuenta que una persona que padece un trastorno bipolar pasa la mayor parte del tiempo como si no tuviese ninguna enfermedad y por lo tanto, no hay motivo para limitar su autonomía y responsabilidad cuando se encuentra estable.
- **Evite la crítica:** muchas veces los familiares y allegados tienden a ser muy críticos con las personas con este trastorno porque consideran que algunos síntomas son "*a propósito*", o porque no creen que estén haciendo lo suficiente en la recuperación.

- **Observe la conducta de la persona afectada:** En algunos casos, durante un episodio agudo maníaco, hipomaniaco, depresivo o mixto, puede ser necesario que acompañen al paciente la mayor parte del tiempo para prevenir conductas de riesgo.
Es conveniente que sea planificado junto a los profesionales que intervienen en el tratamiento y recordar que a veces más que un acto de control es un acto de cuidado.
- **Supervise la toma de la medicación:** es frecuente que durante los episodios agudos sea necesario que se hagan cargo de la administración de la medicación al paciente. En general, esto no suele ser necesario durante los períodos de estabilidad y por ello es importante reconocer la diferencia para evitar ser intrusivos.
- **Acepte la indicación de internación:** muchas veces, la internación se realiza contra la voluntad de la persona afectada, lo cual representa una dura experiencia para el paciente, la familia y sus allegados. Es importante que tengan en claro que no se está actuando en contra del familiar afectado sino contra de la enfermedad, y para proteger su integridad y evitar complicaciones mayores.
La mayoría de los pacientes internados involuntariamente, una vez recuperados, agradecen que se haya intervenido a tiempo.

¿Cómo actuar en caso de una recaída?

En caso de producirse una recaída es fundamental **consultar inmediatamente** con el psiquiatra tratante. Si la persona afectada no estuviera realizando tratamiento, puede realizar la consulta en cualquier servicio de psicopatología de los hospitales municipales o provinciales -ver en datos útiles- o, en caso de tener cobertura médica, con algún psiquiatra de la obra social o prepaga.

Otra medidas útiles son:

- **Ante el inicio de un episodio de euforia:**
 - Aumente el número de horas de sueño a un mínimo de diez.
 - Disminuya el número de actividades.
 - Limite las horas de actividad diarias, por ejemplo no más de 6.
 - Evite el consumo de estimulantes como el café, el tabaco y las bebidas cola.
 - Ante el impulso de realizar gastos importantes o emprender nuevas actividades pida una opinión a alguien de confianza.
 - Evite estar solo.

-No se permita “subir”, la euforia de hoy es la depresión de mañana.

- **Ante el inicio de un episodio depresivo:**

-No duerma más de nueve horas.

-Intente aumentar el número de actividades, propóngase objetivos realistas.

-No tome decisiones importantes, pida su opinión a alguien de confianza.

-Evite estar solo.

-Relativice las ideas de culpa y desesperanza, son síntomas de la propia depresión que no responden a la realidad.

-Nada dura eternamente: usted no estará deprimido toda la vida.

¿Se puede tener esperanzas?

Como ya se ha mencionado, el trastorno bipolar suele tener buen pronóstico en caso que sea tratado apropiadamente. ¡Siempre se debe tener esperanza!

Si bien todavía no es curable en sentido estricto es posible mantenerlo completamente controlado en un alto porcentaje de los casos. En otros, el tratamiento lo suaviza considerablemente, aunque con alguna recaída de vez en cuando. Son muy pocos los casos en que, a pesar de un tratamiento adecuado, las personas afectadas se ven incapacitadas de trabajar y de llevar una vida normal.

Se ha demostrado que es muy saludable trabajar en la difusión de los conocimientos sobre el trastorno, luchar para que se evite la estigmatización social de las personas que lo tienen y por la igualdad en los derechos, favorecer la investigación sobre su tratamiento y demandar asistencia y protección a los sistemas de seguridad social.

Es esperable que los progresos de la investigación científica aporten nuevos conocimientos que permitan, tal como ha ocurrido durante los últimos años, que el tratamiento sea cada vez más efectivo.

Muchas veces en la vida las dificultades nos ayudan a crecer, a transformarnos y a comportarnos más solidariamente con otros. Otras nos hacen valorarla con mayor intensidad y nos hacen fuertes frente a las adversidades. Usted tiene ahora esa oportunidad.

Recuerde:

- Cuanto mas sepan sobre el trastorno bipolar usted, su familia y sus

- allegados, mejor será el pronóstico.
- Usted tiene el derecho y la obligación con usted mismo de saber y responsabilizarse del tratamiento.

Algunas sugerencias

Trate de llevar un registro propio de su enfermedad y una historia clínica casera con:

- fechas en que ocurrieron los episodios y su duración
- medicaciones tomó y los resultados que obtuvo con ellas
- copias de sus litemias o estudios de ácido valproico o carbamazepina en sangre

Tener estos datos a mano le permitirá ahorrar tiempo y esfuerzo frente a algunas situaciones que pueden generar tensión o algunos inconvenientes como por ejemplo el cambio de médico, las vacaciones, las urgencias, los cambios de prestadores de medicina.

Al final del presente material le proponemos un modelo de ficha para que tenga disponible en caso que usted y su familia necesiten consultar algunos datos sobre su enfermedad. Le aconsejamos conservarla en un lugar visible o realice copias.

Material de consulta sugerido

A continuación le brindamos una lista de materiales (libros, películas, páginas de Internet) en los que podrá buscar más información sobre el trastorno bipolar.

- Jamison K. **Una mente inquieta**. Tusquets Editores. 1996.

En este libro la doctora Kay Jamison, una conocida psicóloga y profesora de psiquiatría estadounidense, relata su propia experiencia como paciente con trastorno bipolar.

-Retamal P. **Enfermedad Bipolar: Guía para el paciente y la familia**. Editorial Mediterráneo Ltda. 2001.

Este libro, brinda información clara sobre los aspectos más relevantes de la enfermedad y su tratamiento.

-Figgin M. **Mr. Jones** (película) Formato: VHS. Actores: Richard Gere y Lena Olin.

En esta película se pueden observar algunas características de los pacientes con trastorno bipolar, ya que su protagonista sufre esta enfermedad.

[-www.fubipa.org.ar](http://www.fubipa.org.ar)

Esta es la página de Internet de la Fundación de Bipolares de Argentina, en la que se puede obtener información sobre las actividades que desarrollan en la misma.

- www.nimh.nih.gov

Esta es la página de Internet del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, en la que se puede encontrar información sobre el trastorno bipolar. Si bien la mayoría de la información está en inglés, hay también una excelente sección en castellano.

Bibliografía utilizada para realizar esta guía

-Asociación de Psiquiatría Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson, 1995.

-Colom F, Vieta E, Martínez-Aran A, Reinares M. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch. Gen. Psychiatry. 2003; 60: 402-408.

-Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. BMJ. 1999, 318: 149-153.

-, Kusumakar V, Haslam D, Parikh S, et al. The foundations of effective management of bipolar disorder. Can. J. Psychiatry. 1997, 42 Suppl 2: 69s-73s.

-Milkowitz D, George E, Richards J, Somineau T, Suddath R. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. Arc. Gen. Psychiatry. 2003, 60 (9): 904-912.

-Parikh S, Kusumakar V, Haslam D, et al. Psychosocial interventions as an adjunct to pharmacotherapy in bipolar disorder. Can. J. Psychiatry. 1997, 42 Suppl 2:74s-78s.

-Ramirez Basco M, Rush J. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. Guilford Press, New York, 1996.

-Rothbaum B, Astin M. Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder. J. Clin. Psychiatry. 2000, 61 Suppl 9:68-75

-Schumann C, Lenz G, Berghofer A, Muller-Oerlinghausen B. Non-adherence with long-term prophylaxis: a 6-year naturalistic follow-up study of affectively ill patients. *Psychiatry Res.* 1999, 89 (3): 247-257.

-Vieta E. Trastornos bipolares. Avances clínicos y terapéuticos. Editorial Panamericana, 2001.

-Vieta E. Novedades en el tratamiento del trastorno bipolar. Editorial Panamericana, 2003.

Ficha

Datos de mi médico tratante:

Apellido y nombre:

Teléfonos:

Datos de mi obra social o prepaga:

Teléfonos:

Teléfono de emergencia:

Laboratorio de exámenes médicos:

Nombre:

Dirección:

Teléfonos:

Fecha de inicio del trastorno bipolar: / /

Fecha del último episodio: / /
(aclarar si fue maniaco, hipomaniaco, depresivo o mixto)

Datos de los exámenes de laboratorio:

1. fecha: / / . Resultado
2. fecha: / / . Resultado
3. fecha: / / . Resultado
4. fecha: / / . Resultado
5. fecha: / / . Resultado
6. fecha: / / . Resultado
7. fecha / / . Resultado

Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

-Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Warnes 2630; 4521-0090 o 0273. Guardia: 4521-5555.

-Hospital Dr. Braulio A. Moyano.

Brandsen 2570; 4301-3655 o 3659. Guardia: 4301-4522.

-Hospital Municipal José T. Borda.

Dr. R. Carrillo 375; 4306-9208. Guardia: 4305-6666.

-Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García.

Dr. R. Carrillo 315; 4305-6108. Guardia: 4304-6666.

-Hospital General de Agudos Parmenio Piñero.

Varela 1301; Psicopatología: 4631-1352. Guardia: 4631-5555.

-Hospital General de Agudos Dr. T. Alvarez.

Aranguren 2701; 4611-6409 o 6666.

-Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú.

C. de Malvinas 3002; 4521-1051 o 1236. Guardia: 4521-6666.

-Hospital de Agudos Ramos Mejía.

J. J. de Urquiza 609; 4127-0200 o 0300. Guardia: 4127-0400.

Hospitales de la provincia de Buenos Aires:

Zona Sur:

-Hospital Interzonal José Estevez.

Garibaldi 1661, Temperley; 4298-0091 o 0093.

-Hospital Interzonal General de Agudos Evita.

Río de Janeiro 1910, Lanús; 4241-4051 o 4059.

Zona Oeste:

-Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Av. Marconi y Pte. Illia, Haedo; 4469-9300 o 4658-8333.

-Hospital Interzonal Gral de Agudos Cirujano Mayor D. Paroissien.

J. M. de Rosas 5975, Isidro Casanova; 4669-3340 o 3390.

Zona Norte:

-Hospital Municipal Bernardo A. Houssay.

H. Irigoyen 1757, V. Lopez; 4796-7200. Emergencias: 4791-7777.

-Hospital Thompson, Avellaneda 33, San Martín; 4754-4635. Guardia: 4754-0346.

-Centro de Salud Mental Dr. Pichón Riviere. Dr. Carrillo 2550, San Martín; 4754-0375.

Otros datos útiles:

-Alcohólicos Anónimos (AA), 4931-6666.

-ALANON- Ayuda al Familiar del Alcohólico, 4326-3389.

-Narcóticos Anónimos (NA), 4342-5464 o 4345-7445.

-Centro de Atención al Suicida, 4962-0303 o 0660.

-FUBIPA- Fundación de Bipolares de Argentina, 4308-2012.

-SAME- Servicio de Asistencia Médica de Emergencias (en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). En caso de emergencia médica marque 107.

Datos de su ciudad:

AA:

NA:

Datos sobre el sistema de salud de su ciudad o región:

Nombre:

Dirección:

Teléfonos:

Esquema farmacológico actual:

Nombre	Dosis diaria
