

# **Trastorno Bipolar**

## **Guía para pacientes, Familiares y allegados**



**FORO**

Autores:

**Dra. María Poulisis  
Lic. Lila Perinot  
Dr. Pablo Gagliesi**

## ***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 **TB**.

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 TB, 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, disminuyen la frecuencia de recaídas y mejora la calidad de vida del paciente y su familia

## ***¿Qué es el TB?***

Se caracteriza por oscilaciones del estado de ánimo debido a una alteración en los mecanismos biológicos que lo regulan, pudiendo presentar episodios de manía, depresión o mixtos, con gran desregulación emocional y compromiso de las actividades habituales

Las formas de presentación son muy diferentes. No todos los pacientes tienen episodios maníacos. La mayoría de los pacientes consultan por depresión

Existe un patrón familiar de presentación en muchos casos hay antecedentes en padres, abuelos, tíos, hermanos del TB, o depresiones no identificadas, alcoholismo o antecedentes de suicidio

Hay que tener en cuenta que un paciente bipolar tarda en promedio 8 años en recibir diagnóstico correcto. El 40 % de las personas que tienen este desorden no reciben tratamiento

Muchos pacientes presentan otros trastornos asociados como ser trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y alcohol, trastornos de personalidad.

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 deprimido son denominados **Episodios Depresivos**. Para considerar que una persona sufre depresión, y que no se trata simplemente que esté triste o preocupada por acontecimientos negativos debe presentar además de tristeza o irritabilidad otros síntomas como pérdida de interés por las tareas habituales placenteras, fatiga, sentimiento de culpa o inferioridad, ideas de muerte.

En algunos casos se pueden presentar simultáneamente síntomas de manía y depresión, lo que se denomina **episodio mixto**. Se caracteriza por ansiedad extrema, hiperactividad y aceleración del pensamiento con ideas negativas de contenido depresivo.

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 persistiendo la vulnerabilidad biológica a presentar un nuevo episodio.

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

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

**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, trabajar más de lo habitual o realizar deportes de riesgo o exceso de ejercicio sin monitoreo médico. En los casos más graves, esta hiperactividad es improductiva y puede manifestarse como una inquietud extrema.

**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 autocritica 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 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 un aumento de la actividad sexual poco habitual o tener relaciones sin protección con desconocidos. También es frecuente que durante estos períodos, las personas cambien su forma de vestir, 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.

## ***¿Cuáles son los síntomas o manifestaciones de un episodio hipomaníaco?***

La **hipomanía** se caracteriza por un período de humor elevado, expansivo e irritable que dura por lo menos cuatro días diferente del estado de ánimo habitual (en las nuevas consideraciones diagnósticas puede durar menos). Se acompaña de los síntomas de la manía sin alterar el funcionamiento social u ocupacional, como para ser hospitalizado o tener alteraciones del pensamiento (delirios o alucinaciones). El aumento de energía y actividad adopta muchas veces la forma de un impulso intenso para realizar una actividad concreta. La persona puede experimentar una gran confianza en sí misma

Esta actividad puede estar dirigida a alcanzar objetivos valiosos para el desarrollo personal

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

Los síntomas característicos 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 acompañado de un cansancio físico extremo, inclusive para realizar las tareas habituales.

**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.

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

Son episodios caracterizados por síntomas de las dos series (manía/depresión) que deben estar presentes al mismo tiempo. Se caracterizan en general por la presencia de ansiedad extrema, hiperactividad, y aceleración del pensamiento con ideas negativas de contenido depresivo. Puede estar acompañado de irritabilidad, hostilidad, mal humor e ideación delirante. La irritabilidad y el insomnio se los considera síntomas inespecíficos dado que pueden estar presentes en cualquiera de los episodios (manía/depresión/mixto), por este motivo no son los síntomas mas importantes a la hora de realizar el diagnóstico

## ***¿Hay diferentes tipos de TB?***

Actualmente se describen **3 tipos de TB** 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 la persona afectada 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 este tipo las fases de euforia no son tan intensas, se destaca la hiperactividad , disminución de la necesidad de dormir .Los episodios hipomaníacos en general no requieren internación. Estos episodios alternan con episodios depresivos similares a los del tipo I y en la mayoría de los casos los pacientes consultan en esta fase depresiva y no recuerdan o no le atribuyen importancia a estos episodios de hipomanía .
- **Ciclotimia:** se caracteriza por la sucesión de episodios hipomaníacos y fases depresivas de poca intensidad, lo cual lo diferencia del TB tipo II. En general es percibido por los demás como una persona de “*carácter inestable*”, que oscila constantemente entre un estado y otro.
- **TB Tipo III:** se caracteriza por presentar un primer episodio hipomaniaco o maníaco inducido por sustancias y/o medicaciones. (antidepresivos, corticoides) sin haber presentado con anterioridad episodios de este tipo. Muchos de estos pacientes consultan por cuadros ansiosos,

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

## ***¿Cuál es la causa del TB?***

El **TB** es una enfermedad biológica que presenta alteraciones en la estructura y la función de las principales redes de control emocional en el cerebro humano

Si bien la investigación ha avanzado y podemos observar cambios neuroanatómicos a nivel cerebral, estos hallazgos no son concluyentes para determinar una alteración anatómica específica como forma de diagnóstico.

La mayoría de los desórdenes mentales (considerados como enfermedades complejas) son causados por la combinación de una predisposición genética que interactúan con factores ambientales o de su entorno. La expresión (fenotipo) de esos genes está determinada por múltiples variables. Es probable que la interacción de muchos genes inespecíficos para un determinado desorden entre si y eventos estresantes del entorno y alteraciones bioquímicas deban producirse para que aparezca el TB. Podríamos pensar que existe una predisposición genética y una vulnerabilidad

biológica (alteración en los circuitos cerebrales que regulan la emoción y el estado de ánimo) y ante determinados factores ambientales estresantes puede desencadenarse la enfermedad

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

La proporción de trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, TB) entre los parientes de primer grado (hermanos, padres, hijos) de personas con TB se acerca al 10%

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 TB que no fue adecuadamente diagnosticado.
- Que los antecedentes sean remotos, por ejemplo una bisabuela y desconocidos por la persona afectada.

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
- abandono de tratamiento y recaídas
- algunos medicamentos
- episodios repetitivos sin tratamiento

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 vulnerabilidad biológica. No obstante, muchas veces, con la evolución de la enfermedad, la desestabilización 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.

## **¿Cuándo aparecen los primeros síntomas?**

Clásicamente se consideró que el TB 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 4%.

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 o infancia.

## **¿Cómo se realiza el diagnóstico?**

El diagnóstico debe ser realizado por un especialista en psiquiatría o en psicología. Usualmente es necesario realizar varias entrevistas.

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:

- la sintomatología del episodio agudo
- los antecedentes personales y familiares de la enfermedad
- Antecedentes del episodio actual
- Evolución 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 unipolar. La presencia de manía o

hipomanía es necesaria para hacer diagnóstico de TB y muchas veces las personas que consultan no recuerdan períodos de hipomanía y no resulta sencillo determinar estos episodios en la evaluación psiquiátrica.

De esta manera, es frecuente que las personas con TB sean correctamente diagnosticadas mucho tiempo después de su primera consulta psiquiátrica. El promedio de tiempo hasta que el paciente recibe el correcto diagnóstico es de 8 años. En general los pacientes consultan frente a la presencia de sintomatología depresiva, desestimando los síntomas hipomaniacos. En cambio las manías llegan a consultas a través de la emergencia psiquiátrica.

En muchos casos la presentación de la enfermedad no es tan clara, o no hay antecedentes de hipomanía o manía, por lo cual se debe utilizar otros indicadores como ser la respuesta al tratamiento y los antecedentes familiares para llegar al diagnóstico adecuado. Son estos pacientes lo que no consultan por su sintomatología depresiva sino que consultan por otros cuadros como trastorno de ansiedad (trastorno de pánico o fobia social), alteraciones de la conducta alimentaria, o abuso de sustancias.

## **¿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**.

Varios estudios han demostrado que en muchos casos, se pueden identificar **síntomas prodrómicos de episodios**. Éstos son síntomas aislados que 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.

Entre los episodios, la mayoría de las personas se encuentran libres de síntomas. Sin embargo, algunos pacientes pueden presentar **síntomas residuales**, es decir síntomas de menor intensidad y que no conforman un episodio, como por ejemplo persistencia de tristeza, desregulación del enojo, apatía, falta de iniciativa para realizar actividades habituales.

**La mayoría de las personas con TB pueden llevar una vida saludable y productiva cuando realizan un tratamiento adecuado.**

Sin tratamiento, la evolución de la enfermedad es desfavorable con episodios cada vez más frecuentes y severos lo cual lleva a graves consecuencias familiares, laborales y sociales.

El tratamiento mejora la evolución de la enfermedad y ayuda a restablecer el nivel de funcionamiento habitual.

## **¿Cuáles son las posibles complicaciones 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, 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 y de la persona afectada puede generar también serias dificultades. Por un lado ciertas características de la manía o hipomanía como irritabilidad, gastos excesivos, aumento no habitual de la actividad sexual o tener relaciones sexuales con desconocidas sin protección pueden ser generar confusión, enojo y generar problemas interpersonales con la familia o la pareja. En la fase depresiva el desinterés, el pesimismo y la inactividad pueden ser observado como falta de voluntad y generar rupturas de pareja o problemas familiares importantes. En el otro extremo la sobreprotección por parte de la familia puede llevar a limitar la autonomía y capacidad funcional de la persona afectada.

Las consecuencias del TB repercuten también en el ámbito laboral. Tanto las manifestaciones de la euforia como realizar gastos excesivos, embarcarse en proyectos sin medir las consecuencias así como los de la depresión ,disminución de la productividad, ausentismo laboral pueden ocasionar 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, desconociendo el hecho de que fuera de los episodios estas personas pueden ser valiosos colaboradores y eficaces trabajadores.

El riesgo de suicidio en pacientes que presentan TB es mayor que el de la población general. Esto generalmente ocurre en el transcurso de un episodio

depresivo o mixto, en que la persona tiene la sensación de que la vida no tiene sentido, con altos niveles de desesperanza, se siente fracasada e inútil y piensa que su desaparición será un alivio para ella y para los que la rodean. El abuso de sustancia y alcohol son factores que aumentan el riesgo.

Las personas al no realizar tratamiento presenta más riesgo de sufrir las consecuencias antes mencionadas con mayor deterioro funcional.

## ***¿Cuál es el tratamiento del TB?***

El eje del tratamiento del TB es el **tratamiento farmacológico** sin el cual no es posible lograr la estabilidad anímica del paciente. Sin embargo los pacientes además deben realizar tratamiento psicológico y psicoeducación con el fin de conocer sobre la enfermedad y las conductas que pueden mejorar o empeorar el curso de la misma.

El tratamiento debe basarse en el manejo clínico general incluyendo el control del esquema farmacológico adecuado para cada situación clínica y para cada paciente y el enfoque psicoterapéutico que ayuda a través de la psicoterapia, la psicoeducación y el apoyo familiar a aumentar la adherencia a la medicación

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

### ***Tratamiento farmacológico***

El tratamiento farmacológico es **imprescindible para lograr un adecuado control de la enfermedad**. El objetivo del tratamiento es reducir la intensidad sintomática de los episodios, acortar la duración de los mismos y aumentar el intervalo de tiempo en el que la persona se encuentra eutílica (es decir libre de síntomas), con el fin de recuperar la funcionalidad psicosocial y así la calidad de vida. En la actualidad existen medicamentos eficaces para controlar cada tipo de episodio y para disminuir la frecuencia y/o intensidad de los nuevos episodios.

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 TB pertenecen al grupo de los denominados **estabilizadores del ánimo**, dentro de los que se encuentran el **carbonato de litio, el ácido valproico, y la lamotrigina**. Un estabilizador del ánimo es una medicación que puede actuar en cada una de las fases de la enfermedad, tanto en etapa aguda como en prevención de recaídas en etapa de mantenimiento. Además se incluyen los antipsicóticos (olanzapina, quetiapina, ziprasidona) que tienen indicaciones también en etapa de manejo agudo de la manía como en prevención de recaídas y tratamiento de la depresión bipolar. Los antidepresivos pueden ser de elección en aquellos pacientes en tratamiento con estabilizadores y que presentan sintomatología depresiva resistente que persiste a pesar de recibir estabilizadores y antipsicóticos en tiempo y dosis adecuada

### ***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
- somnolencia

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

Antes y durante el tratamiento es necesario realizar análisis de laboratorio, especialmente cuando se reciben algunos medicamentos, como por ejemplo:

- Medición de niveles en sangre de hormonas tiroideas y laboratorio para evaluar el funcionamiento renal en el caso del tratamiento con **litio**.
- Análisis de sangre y funcionamiento hepático en el caso del **ácido valproico**.

. Es importante comunicarle a su psiquiatra todos los efectos adversos que note a lo largo del tratamiento. No suspenda la medicación hasta poder evaluar el riesgo y beneficio de la misma

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 de producir alteraciones del desarrollo fetal. 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 programado

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***

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 prescripta por otro médico.

### ***Tratamientos no Farmacológicos***

Si bien el tratamiento farmacológico es el tratamiento central del TB está demostrado en diferentes estudios el beneficio de que los pacientes reciban otros tipos de abordajes

Psicoterapia: la psicoterapia está indicada en aquellos pacientes que se encuentran estabilizados anímicamente y /o pacientes que se encuentran atravesando episodios depresivos. En las crisis maniacas el equipo trabajara en plan de crisis. En caso de pacientes en tratamiento se utilizaran las habilidades aprendidas en la psicoterapia junto con la medicación adecuada para controlar la crisis maniaca o hipomaniaca. En algunos casos se requiere

internación utilizado como último recurso según las consideraciones clínicas de cada paciente

El objetivo de la psicoterapia en los pacientes estables será la aceptación de la enfermedad, las dificultades en la adherencia a la medicación, la prevención de recaídas, la amplificación del uso de habilidades en el manejo de crisis y o conductas problemas así como el uso del registro del cambio de ánimo, sueño, actividad, medicación.

En la etapa de depresión bipolar el objetivo fundamental de la psicoterapia será la mejora de la sintomatología depresiva utilizando técnicas cognitivo conductuales (por ejemplo activación conductual y reformulación cognitiva)

Un tema importante a desarrollar en psicoterapia está relacionado con la construcción con el paciente un *registro del estado de ánimo y una historia clínica del paciente*: El registro nos permite tener una visión longitudinal de los episodios y la evolución de la enfermedad, pudiendo determinar factores desencadenantes y de vulnerabilidad posibilitando aprender cómo se presenta la enfermedad en cada caso. Además vamos a ayudar al paciente a construir su propia historia clínica con el objetivo de que el paciente deje asentado las medicaciones tomadas, motivos del cambio de medicación, efectos adversos, diferentes episodios, factores precipitantes de crisis, conductas de riesgo.

**Psicoterapia Familiar:** En algunos casos la psicoterapia familiar es una estrategia útil para resolver problemas vinculares que puedan tener alguna relación con el trastorno. Es diferente a la psicoeducación que se realiza en talleres para familias. En la terapia familiar se trata individualmente la problemática que podría estar siendo generadora de conductas problema en el paciente

**Psicoeducación a Familiares:** La Psicoeducación a familiares permiten mejorar el curso de la enfermedad y prevenir efectos adversos que la carga puede generar en la salud mental de los familiares dado que se ha demostrado que aquellas familias que atribuyen al paciente la capacidad de controlar los síntomas experimentan una carga de estrés más importante que aquellas que entienden la enfermedad.

**Psicoeducación:** tiene como objetivo informar a las personas con TB 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. En general puede realizarse individualmente o grupalmente (las intervenciones grupales han demostrados importantes beneficios).

Uno de los objetivos más importantes de la psicoeducación está relacionado con la ACEPTACION de la enfermedad

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 prescripta por su médico o no realizara ejercicio físico.

Aprender a convivir con una enfermedad crónica implica reconocer y aceptar la enfermedad. 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 abandonar su tratamiento después de haber logrado la estabilización. 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*”.

ACEPTAR la idea de convivir con una enfermedad crónica implica un esfuerzo de adaptación importante ya que debemos modificar hábitos, conductas y estar atentos a una condición que debemos incorporar a nuestra vida cotidiana.

### ***Pautas para mantener la estabilidad anímica***

**Aprender a reconocer los síntomas prodrómicos:** se denomina síntomas prodrómicos a aquellos síntomas que aparecen antes del inicio de los episodios. Reconocer sus síntomas prodrómicos y tratarlos precozmente, puede evitar la progresión a un episodio completo y sus consecuencias.

En cuanto a su duración pueden durar varias semanas y pueden durar pocos días aumentando su intensidad rápidamente. 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 prodrómicos 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. La psicoeducación nos permite estar atentos a estas señales y poder actuar rápidamente antes que evolucione a una crisis.

Frecuentemente, los episodios de un mismo tipo -maníacos, hipomaníacos, depresivos o mixtos - comienzan con los mismos síntomas que los episodios previos que haya padecido el paciente, por lo cual es muy necesario que pueda utilizar su propia experiencia para reconocer tempranamente las recaídas. La psicoterapia y la psicoeducación apuntan a la identificación y registro de estos síntomas.

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 puede ser indicador del inicio de un cuadro maníaco o hipomaníaco. El insomnio es un síntoma frecuente en cualquier alteración del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. Sin embargo hay que diferenciarlo de la disminución de la necesidad de dormir característico del aumento de la actividad. Por el contrario, el desgano y la falta de energía puede ser el comienzo de un episodio depresivo.
- **Irritabilidad:** aparición de un cambio en la cantidad de las discusiones, aumento de la impaciencia o intolerancia pueden ser parte del inicio de cualquiera de los episodios.
- **Productividad verbal:** estar más locuaz, 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.
- **Mayor intensidad en las oscilaciones habituales del estado de ánimo:** deben llamar la atención principalmente cuando difieren de las oscilaciones habituales. Todas las personas podemos presentar cambios en nuestra ánimo o nuestra disposición a realizar actividades dentro de parámetros que son conocidos para cada persona. Los cambios de ánimo tanto hacia la depresión como hacia un estado de manía o hipomanía pueden ser conocidos por los pacientes pero desestimados en su gravedad. Es de gran importancia 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, duerme poco y aumenta su actividad habitual es probable que esté iniciando un episodio maníaco o hipomaníaco. En otro extremo una persona puede sentirse triste, emoción que puede sentir cualquier persona pero si esa persona deja de interesarse por sus tareas habituales, deja de comer o de interesarse en su

propio aseo o le cuesta empezar su día, abandona tareas de a poco incluso placenteras podemos estar ante el comienzo de un episodio depresivo. El tratamiento permite que estas oscilaciones sean menos marcadas pero pueden estar presentes a lo largo de la vida en algún momento aunque se cumpla el tratamiento. En esos casos la consulta rápida nos permite intervenir farmacológicamente reforzando el tratamiento y psicoterapéuticamente intensificando las consultas y repasando las habilidades aprendidas o utilizando herramientas nuevas m para sobrellevar estos momentos.

- **Cuéntele a los profesionales del equipo tratante 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 o psicólogo sepa en qué momento de la enfermedad usted se encuentra, y así poder pautar un tratamiento adecuado. También es importante comentarle cualquier molestia que aparezca a partir de los tratamientos implementados para que el psiquiatra pueda evaluar los efectos adversos de la medicación.
- **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 marihuana, 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 por ejemplo:

- ✓ Reservar un tiempo diario para realizar actividades de esparcimiento que ayuden a disminuir el estrés, como ejercicio físico, pasatiempos, salidas.
  - ✓ 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
  - ✓ 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.
- **Acepte comentarios y observaciones de 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 prodrómicos.
- 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 TB.

Si usted considera necesario entrevistarse con el médico tratante, no dude en hacerlo, habiendo en todos los casos conversados previamente esto con su familiar o allegado afectado.

• **Valide la conducta, emoción, o pensamiento de la persona afectada:** la validación es la búsqueda y la confirmación de que una emoción, una conducta o un pensamiento del otro es relevante, justificable, efectivo para el otro. Al validar comunicamos que la experiencia interna del otro es importante para uno. El primer paso para validar es tener la intención de entender la perspectiva del otro a través de la aceptación y la empatía. El segundo paso es poder describir

aquello que uno entiende y no decir cosas generales como “te entiende” sin describir concretamente qué es lo que uno está entendiendo. Validar **NO es dar la razón al otro**. Simplemente es trasmítirle al otro que su emoción o pensamiento o accionar nos importa. Tenga en cuenta que la validación fomenta la comunicación, construye confianza, genera autoestima, disminuye la sensación de aislamiento, alienta a que el otro experimente y acepto sus sentimientos, baja la activación emocional del otro.

- **Observe la conducta de la persona afectada:** En algunos casos, durante un episodio agudo maníaco, hipomaníaco, 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. En general, esto no suele ser necesario durante los períodos de estabilidad y por ello es importante reconocer la diferencia para evitar ser intrusivos o promover la pasividad de la persona afectada dificultando recuperar su autonomía y su capacidad funcional.
- **Asista a talleres de psicoeducación para familiares:** es importante conocer y aceptar la enfermedad que padece su familiar a fin de poder acompañarlo durante la evolución de la misma evitando las críticas y la sobreprotección.

## **¿Qué esperar del tratamiento?**

Como ya se ha mencionado, el TB puede tener una evolución favorable en la mayoría de los casos teniendo en cuenta la importancia del cumplimiento de las pautas de tratamiento. Sabemos que esta es la parte más difícil, especialmente cuando la persona que está bajo tratamiento se siente estable y recuperada. El equipo tratante así como la familia debemos ayudar para apoyar, supervisar y acompañar en esta tarea.

Si bien el TB es una patología que requiere un tratamiento a lo largo de la vida, no todos los pacientes evolucionan de la misma manera. Los tratamientos apuntan a recuperar la funcionalidad del paciente en su vida laboral y social. A pesar de que la medicación es el eje del tratamiento para lograr la estabilidad del estado de ánimo, se debe trabajar terapéuticamente

sobre los síntomas residuales afectivos, los desórdenes conductuales y las complicaciones de la enfermedad (abuso de sustancias, alcoholismo)

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.

**Recuerde:**

Cuanto más sepan sobre el TB 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

### *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 TB.

- 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 TB.*

-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.*

-Miklowitz D. **El TB. Una guía práctica para familias y pacientes**. Ed.Paidos Iberica, 2004

Colom, F. y Vieta, E. **Manual de Psicoeducacion para trastorno Bipolar**. Editore: Barcelona: Ars Medica 2004

#### *Películas*

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

- Russell, D. **El lado luminoso de la vida** 2012

#### *Sitios de Internet*

[-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](http://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 TB. Si bien la mayoría de la información está en inglés, hay también una excelente sección en castellano.*

## **Cómo llenar la Hoja de Registro para Personas con TB**

Pablo Gagliesi

Los registros suelen ser tediosos, aburridos y rutinarios. No hay duda de eso. Y si además le sumamos que nos recuerdan que tenemos un problema cotidianamente y la propia inestabilidad de la bipolaridad...

Pero son extremadamente útiles y una poderosa herramienta. Son una forma de tener nuestra propia historia del problema, sin entregarles todo el control a familiares o médicos. Además nos ayuda a responsabilizarnos de lo que nos pasa y vuelve asequible y comunicable la información sobre las variaciones del estado del ánimo a los profesionales.

Está demostrado que los registros de los problemas (tener en cuenta la frecuencia, número de una conducta que se ha vuelto algo de lo que queremos deshacernos) es la estrategia más útil para resolverlos. Los tratamientos más exitosos son aquellos que incluyen una forma de prestarles atención por escrito.

Por otra parte nos permite graficar las oscilaciones y de ese modo observar si la medicación o el tratamiento es el adecuado.

Si queremos o debemos hacer interconsultas, se vuelven indispensable para que no tengamos que empezar a contar la historia clínica de cero o hacer que los profesionales se comuniquen o aliviarnos de ir con un familiar o allegado a las entrevistas y admisiones.

El registro es una memoria, una autobiografía que nos ayuda a apoderarnos de nuestra historia.

El Registro es diario. Es importante que los escribas todos los días. No te desanimes si salteaste alguno y retomá nuevamente a partir del día que dejaste. Las aspiraciones de perfección suelen atentar contra la tarea.

Tiene una escala en una columna al costado donde 0 es igual a Eutimia (estado de ánimo estimado como normal) y hacia arriba los números crecientes 1, 2, 3 que implican estados de ánimos de aceleración hasta la exaltación o manía. Hacia abajo, en forma decreciente -1, -2, -3 de la depresión leve a la grave.

En esos 7 casilleros (3, 2, 1, 0, -1, -2, -3) sólo tenés que hacer una cruz en el estado del ánimo que mejor represente el día al que nos referimos.

Después de un mes (una página) ponés unir los puntos y observar el gráfico.

Para saber más sobre las diferencias entre depresión y manía debés leer el “Manual de Psicoeducación para el TB”.

En la fila de *Ansiedad*, valorá de 0 a 5, teniendo en cuenta que 0 es el mínimo y 5 el máximo. Definimos ansiedad como el estado de inquietud, aprehensión y malestar que puede ir acompañado de sensaciones físicas tales como taquicardia, palpitaciones, falta de aire, contracturas, entre otras.

En la fila *Irritabilidad* tenés que anotar la irritabilidad percibida por vos mism@ o la que te comuniquen los otr@s.

En la fila *Horas de sueño* escribí el total de horas de sueño. Si estás durmiendo siestas, hacé una barra diagonal y poné dos números, correspondientes a las horas que dormís de día y de noche (Cantidad de horas dormidas de día/Cantidad de horas dormidas de noche).

En la fila que esta consignado la actividad , puntuá con una cruz lo que corresponde a tu nivel de actividad de ese día , observando si has dejado de hacer cosas habituales y pasaste más tiempo en la cama por ejemplo o si has realizado más actividades de lo habitual para tu vida de todos los días .

Las filas inferiores usalas para el registro de otros problemas. Por ejemplo, si tenés problemas con la toma de medicación, podés anotar “S” si la tomaste o “N” en caso de que no la hayas tomado. O si el problema es tu asistencia a entrevistas del tratamiento podés hacer algo similar.

Algunas personas suelen registrar la frecuencia y número de diversos otros problemas como consumo de sustancias, alcohol, cantidad de cigarrillos u otras.

Suerte!

