

Trastorno Bipolar

Guía para pacientes



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 **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 TB, y 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 La Psicoeducación?

La psicoeducación podría considerarse como un procedimiento más cercano a un entrenamiento práctico más que a un proceso pasivo de recepción de información específica.

Durante el programa psicoeducativo la información sobre la enfermedad se utiliza como un recurso que se suma a otras herramientas destinadas a generar cambios cognitivos y conductuales que aumenten la efectividad que tiene la persona afectada para enfrentar los problemas emergentes.

También se realizan estos programas psicoeducativos para familiares y allegados de las personas que sufren TB. Existe evidencia consistente que la adherencia al tratamiento aumenta cuando los pacientes y familiares asisten a dichos talleres.

¿Qué es el TB?

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 de TB en padres, abuelos, tíos, hermanos, 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**. Estos se caracterizan 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.

A continuación describiremos las manifestaciones más características de los episodios maníaco, hipomaníaco, depresivo y mixto. Después de cada descripción de la sintomatología dejamos un espacio en blanco para que cada uno de ustedes pueda describir como esa sintomatología se presenta en ustedes

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

Durante este episodio el paciente con TB puede presentar algunos de los siguientes síntomas: Describa en el espacio un ejemplo de los síntomas que usted o su familiar ha observado.

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 adecuado antes de comenzar un entrenamiento de alta exigencia. 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 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 al hablar. _____

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 tener relaciones sexuales con desconocidos sin protección adecuada , o aumentar llamativamente su actividad sexual. También es frecuente que durante estos períodos, las personas cambien su forma de vestir, utilizando vestimentas extravagantes o provocativas que anteriormente no eran habituales

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.

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.

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

¿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 va 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 sí mismo 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?

Un episodio mixto se caracteriza por tener síntomas de las dos series (manía/depresión) que deben estar presentes al mismo tiempo. Se observa en general, 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 se los considera 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:

- **TB 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.
- **TB Tipo II:** en este subtipo 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 TB tipo II. En general es percibido por los demás como una persona de “*carácter inestable*”, que oscila constantemente entre un estado y otro.

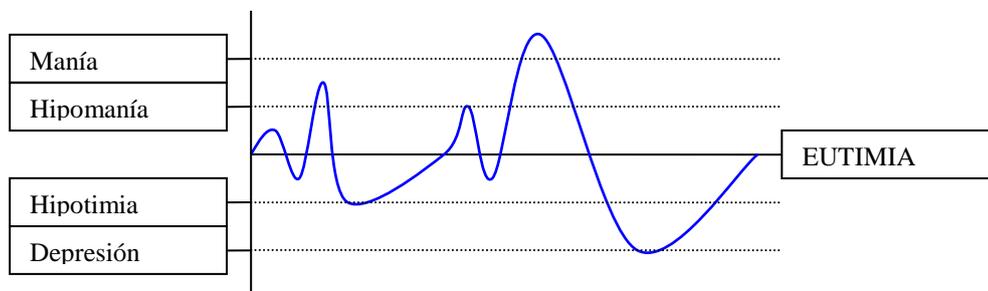
- **TB Tipo III:** se caracteriza por presentar un primer episodio hipomaniaco o maniaco inducido por sustancias y/o medicaciones. (antidepresivos, corticoides), sin haber presentado con anterioridad episodios de este tipo. Muchos de estos pacientes consultan por cuadros ansiosos.

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.

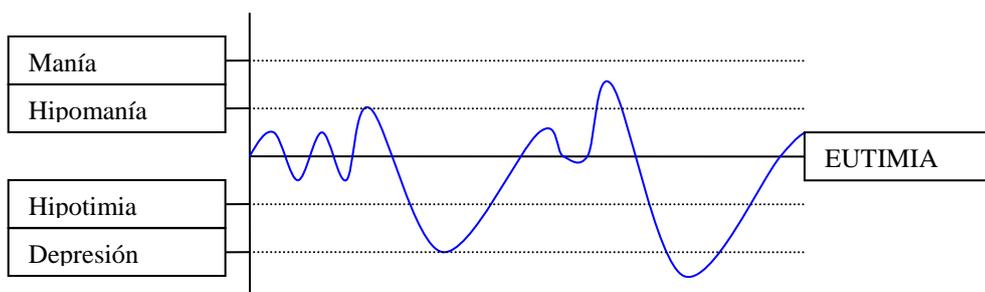
A veces suele ser muy útil que las personas con el trastorno, sus familiares y los allegados puedan realizar junto al psiquiatra un dibujo o diagrama del curso de la enfermedad, recuperando el pasado e intentando localizar en la historia de la persona las oscilaciones.

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 TB.

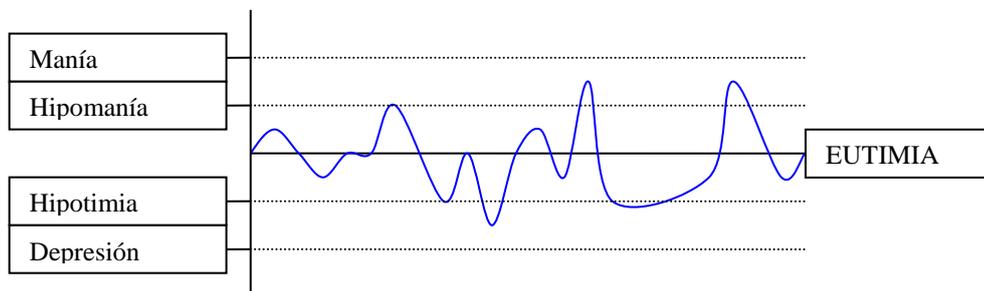
Esquema 1. Oscilaciones normales del estado de ánimo.



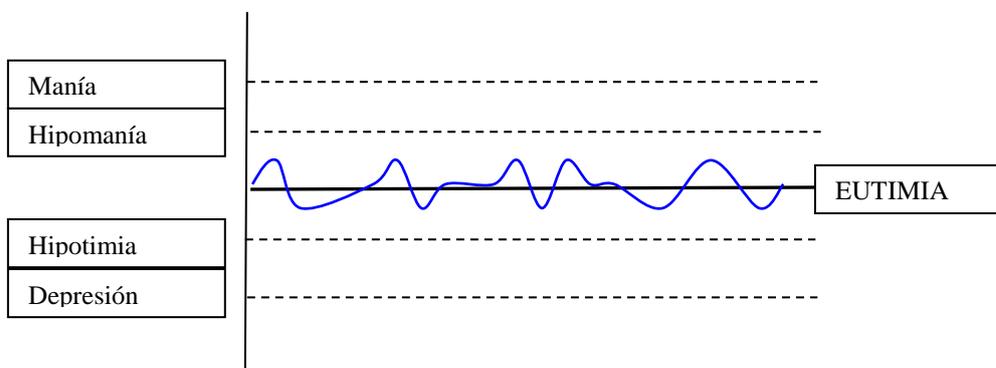
Esquema 2. Oscilaciones del estado de ánimo en el TB tipo I.



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



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



¿De qué hablamos cuando hablamos de Espectro Bipolar?

Muchas personas que consultan por depresión no refieren haber experimentado momentos de hiperactividad o de aceleramiento del pensamiento o conductas no habituales en su vida cotidiana como compras excesivas, manejo imprudente. Algunos autores determinaron criterios de Espectro Bipolar para ampliar los criterios de inclusión diagnóstico con el fin de evaluar correctamente a estos pacientes y que reciban el tratamiento farmacológico y psicoeducativo adecuado. La mayoría son pacientes que presentan depresiones a repetición, depresiones resistentes o periodos de hiperactividad de corta duración que pasan desapercibidos. Estos son ejemplos posibles de consulta de pacientes ambulatorios que pasan mucho tiempo sin ser correctamente evaluados y no reciben el tratamiento farmacológico adecuado. Estas personas son tratadas con antidepresivos, tratamientos validados para la depresión unipolar pero que en pacientes con vulnerabilidad biológica para la bipolaridad muchas veces producen viraje a la manía o

hipomanía en forma aguda o simplemente fracasa el tratamiento antidepresivo y el paciente empeora su cuadro.

Es importante determinar qué pacientes depresivos podrían haber presentado sintomatología hipomaniaca en su historia o tienen criterios orientadores como los antecedentes familiares de suicidio o de alcoholismo, depresión postparto o falta de respuesta al tratamiento antidepresivo. Esta información nos orienta a pensar en el posible diagnóstico de TB y que podría explicar la falta de respuesta a los tratamientos para depresión unipolar

Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry*. 2002

Criterios para Dx de Espectro Bipolar

A - Por lo menos un episodio depresivo mayor

B - Sin episodios hipo/maniacos espontáneos

C - Cualquiera de los siguientes más dos ítems del criterio D o los dos juntos más 1 ítem del criterio D:

1- **Historia familiar de 1er grado de TBP**

2- **Inducción de hipo/mania por ATD**

D - Si no hay ningún ítem del criterio C, seis de los nueve ítems siguientes:

1- **Personalidad hipertímica**

2- **Episodios depresivos recurrentes (>3)**

3- **Episodios depresivos breves (< 3 meses)**

4- **Síntomas depresivos atípicos (x DSM)**

5- **Episodios depresivos psicóticos**

6- **Inicio depresivo temprano (< 25 años)**

7- **Depresión posparto**

8- **Agotamiento de respuesta ATD**

9- **Falta de respuesta a 3 o más pruebas con ATD**

¿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 neuroanatomicos 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 de la enfermedad en abuelos, padres, tíos, o hermanos.

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, y desconocidos por la persona afectada por ejemplo una bisabuela.

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 los 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 mayor. La presencia de manía o hipomanía es necesaria para hacer diagnóstico de TB.

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 para llegar al diagnóstico de TB como ser la respuesta al tratamiento farmacológico o los antecedentes familiares junto al cuadro clínico del paciente. Son estos pacientes que no consultan por sintomatología depresiva exclusivamente sino que muchas veces lo hacen por cuadros de ansiedad tipo ataque de pánico o ansiedad social, o bien síntomas de alteración 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. *Más adelante profundizaremos en estos síntomas prodrómicos.*

Entre los episodios, la mayoría de las personas se encuentran libres de síntomas. Sin embargo, algunos pacientes pueden presentar **síntomas residuales**, que son síntomas subsindromáticos, 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 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 puede generar también serias dificultades. Por un lado ciertas características de la manía o hipomanía como irritabilidad, gastos excesivos, aumento de la actividad sexual o relaciones sexuales con personas desconocidas sin protección, conductas no habituales en la persona afectada, pueden ocasionar confusión y problemas interpersonales con familiares al ser interpretadas esas conductas como voluntarias. En la fase depresiva el desinterés, pesimismo, desgano, pueden

ser interpretadas como falta de voluntad 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 TB 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.

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 presentan más riesgo de sufrir las consecuencias antes mencionadas con mayor deterioro funcional.

¿Cuál es el tratamiento del Trastorno Bipolar?

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.

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 eutímica (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.

Consideramos como guías para el tratamiento del TB las más actualizadas en este tema: Canadian Network for Mood and anxiety Treatments (CANMAT) y de la International Society for Bipolar Disorder (ISDB)

El tratamiento del TB puede dividirse en:

Fase aguda: tiene por objetivo revertir el episodio. (3 a 8 semanas)

Fase de continuación: 8 semanas después de la remisión del episodio agudo (2 a 6 meses) .El objetivo principal es recuperar la funcionalidad y evitar recaídas

Fase de mantenimiento El paciente recupera la estabilidad de su estado de ánimo y su objetivo es disminuir la frecuencia y/o intensidad de las recaídas y lograr la recuperación funcional.

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.

En general en la fase aguda se intenta iniciar el tratamiento que va a continuarse en etapa de mantenimiento, basándonos en variables clínicas de cada paciente y según el tipo de episodio e historia clínica y farmacológica, si se pudiera obtener esa información.

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, la lamotrigina y la carbamazepina**.

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 la etapa de mantenimiento. Por eso en la actualidad se incluyen drogas utilizadas anteriormente para otro tipo de enfermedad psiquiátrica como los antipsicóticos (olanzapina, quetiapina) que tienen indicaciones tanto en etapa de manejo agudo de la manía como en prevención de recaídas y tratamiento de la depresión bipolar.

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 es el más tradicional de los estabilizadores del ánimo. Es útil para el tratamiento de los episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos, estados mixtos y para prevenir recaídas. Es el fármaco estabilizador del estado de ánimo con la más alta categoría de evidencia, con gran cantidad de trabajos de investigación que demuestran su eficacia

Si bien se desconoce su exacto mecanismos de acción, si existe evidencia científica validada sobre su acción biológica en el Sistema Nervioso Central y su eficacia en el tratamiento del TB.

La dosis necesaria de litio se regula mediante un análisis de sangre denominado **litemia**, que mide la concentración de litio. 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 control de la litemia y sus valores deben acompañarse de la respuesta clínica del paciente ya que algunos pacientes se estabilizan con litemias más bajas que otros.

Es importante remarcar que el litio es el único fármaco aprobado para el TB que ha demostrado disminuir la conducta suicida en este desorden

El carbonato de litio es un estabilizador del estado de ánimo que se utiliza tanto en el tratamiento de la Depresión Bipolar aguda, como en Manía aguda, o en Estados mixtos y en la prevención de nuevos episodios. Debido a su estrecho rango terapéutico debemos controlar los niveles en sangre del fármaco, con el objetivo de tener niveles en sangre terapéuticos es decir adecuados para la fase que presenta el paciente y para controlar no superar esos niveles y sufrir síntomas de intoxicación.

Las reacciones adversas del litio se pueden dividir según la severidad entre leves, moderadas y severas. Las primeras dependen de la concentración en sangre (sabor metálico, sed, náuseas, aceleración del tránsito intestinal,

aumento de la necesidad de orinar, edema en miembros inferiores) y pueden reducirse ajustando la dosis, y en general, desaparecen en poco tiempo. Las moderadas entre las que se encuentra el temblor que es un síntoma frecuente pero acompañado de otros síntomas como la visión borrosa o la diarrea intensa puede ser un indicador de intoxicación. Hablamos de intoxicación cuando los niveles en sangre son más altos que los niveles terapéuticos y el paciente presenta síntomas clínicos.

La deshidratación y algunos fármacos, pueden aumentar las concentraciones del litio y poner en riesgo de intoxicación al paciente así como los antecedentes de enfermedades neurológicas pueden predisponer a sufrir síntomas de neurotoxicidad. Debemos realizar una ajustada evaluación de cada paciente y sus antecedentes médicos así como una correcta evaluación cardiológica y de laboratorio, especialmente debe evaluarse la función renal y tiroidea. En el caso de presentar hipotiroidismo esta condición no es una contraindicación para el uso de litio y ninguna de las drogas aprobadas para el tratamiento del TB. Es importante monitorear la función renal, hepática y tiroidea durante todo el tratamiento.

El hipotiroidismo así como la anemia y otras condiciones médicas pueden ser causa o empeorar los síntomas depresivos.

El litio podría estar contraindicado en pacientes con insuficiencia renal, daño cerebral, enfermedad cardiológica severa y debe utilizarse con precaución en pacientes de edad avanzada.

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 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
- temblor intenso
- visión borrosa o doble
- alteración en la marcha (ataxia)

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. La mayoría de ellos aumentan los niveles de litio.

-Antibióticos: Los medicamentos utilizados para el tratamiento de infecciones en general son presentan interacciones con el litio a excepción del metronidazol

-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 Ibuprofeno o el Diclofenac. El único fármaco de este grupo que se puede utilizar sin problemas es la Aspirina. En caso de presentar síntomas de fiebre o algún cuadro infeccioso deberá consultar con su médico clínico aclarando que está recibiendo litio. El antifebril con mayor seguridad es la aspirina. En caso de requerir otros tratamientos deberá ajustarse la dosis de litio para disminuir la interacción con el medicamento prescrito o bien consultar posibles interacciones entre el litio y la droga que debe recibir.

Es importante que pueda consultarle a su psiquiatra la medicación que se le ha indicado

-Antihipertensivos: Inhibidores de la enzima convertidora a angiotensina, IECA, como el enalapril y otros de uso frecuente como los antagonistas de la angiotensina II (losartán). Se debe consultar siempre al psiquiatra si el cardiólogo o el clínico inician tratamiento para controlar la presión arterial así como informar toda la lista de medicamentos prescritos por médicos de cualquier especialidad

Si está recibiendo litio cualquier indicación de medicamentos, sean psicofármacos, prescritos por su médico de cabecera o de venta libre deben ser consultados a su psiquiatra antes del inicio del tratamiento.

Ácido valproico y carbamazepina.

El **ácido valproico** y la **carbamazepina**, 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, se utiliza el ácido valproico dejando a la carbamazepina en segunda línea. Se utiliza como estabilizador con indicación específica para el tratamiento de los episodios mixtos o en pacientes con ciclado rápido.

El ácido valproico se utiliza en el manejo de la manía aguda especialmente y es de elección en los estados mixtos. También se utiliza en el tratamiento de mantenimiento. Puede utilizarse solo o en combinación con el litio en el manejo de la depresión bipolar.

Existe una correlación entre sus niveles en sangre y su efecto clínico (50-125ug/l). La dosis diaria varía entre 750 y 1500mg al día

El divalproato de sodio es una droga bien tolerada, pudiendo ocasionar molestias gastrointestinales, leves temblores y aumento de peso que puede regularse con una dieta balanceada y actividad física regular

En raros casos puede producir reacciones dermatológicas como prurito y reacciones alérgicas.

Se debe evaluar al paciente previamente y realizar controles de laboratorio periódicos incluyendo especialmente la evaluación de la función hepática.

Se debe informar a las pacientes mujeres sobre la acción de todos los fármacos y la posibilidad de embarazo mientras reciben medicamentos pero especialmente en este caso.

La carbamazepina se utiliza en el manejo de la manía y en combinación con litio, o en pacientes que no pueden utilizar litio o ácido valproico por intolerancia a estos últimos. Se utiliza como segunda elección debido a efectos dermatológicos, hematológicos y su interacción con otras drogas. En algunos casos, también puede resultar útil la medición en sangre de los niveles plasmáticos de estos medicamentos.

Lamotrigina:

Se utiliza este fármaco en depresión bipolar, solo o en combinación con el litio y en tratamiento preventivo de recurrencias depresivas y en pacientes con ciclado rápido (más de cuatro episodios al año). Es un fármaco muy bien tolerado y debe realizarse el aumento de dosis en forma lenta para evitar reacciones de tipo alérgicas, muy raras pero evitables si llegamos a dosis terapéuticas en 8 semanas aproximadamente

Topiramato:

Es una droga aprobada para el tratamiento de la epilepsia, la migraña y el trastorno por atracón. No presenta evidencia robusta que sostenga su indicación en el tratamiento del Tb pero puede ser necesario en el tratamiento del TB asociado a trastornos alimentarios.

Los **Antipsicóticos atípicos** se utilizan actualmente en el tratamiento del TB.

Algunos ejemplos de antipsicóticos atípicos son:

- **Olanzapina.** Está indicada en el tratamiento de la manía aguda, de los episodios mixtos y en el tratamiento de la depresión bipolar combinada con fluoxetina. Las dosis en el tratamiento de la crisis aguda pueden llegar a 20 mg al día y se utilizan dosis menores superada esa etapa y en mantenimiento.
- **Quetiapina:** Está indicada en manía aguda (quetiapina, quetiapina de larga duración en monoterapia o en combinación con litio o valproato) En terapia de mantenimiento (quetiapina, quetiapina LP) en depresión bipolar se vio mayor eficacia en dosis de 300 mg al día de quetiapina LP La dosis inicial es de 10mg al día y debe ajustarse cada 24 hs hasta manejo de crisis en dosis máximas de 400 mg día hasta 800 en casos que no responden al cuarto día de tratamiento. El tratamiento de mantenimiento es de 150 mg a 300 mg /día
- **Risperidona:** Está indicada en el tratamiento del TB tipo 1 en adultos, niños y adolescentes (10 a 17 años) en el tratamiento a corto plazo de

episodios maníacos agudos o mixtos. En adultos puede utilizarse en combinación con litio o valproato en el tratamiento de manía aguda y episodios mixtos en tratamiento a corto plazo. Dosis de 1 a 6 mg/ día

- **Ziprasidona:** Está indicada en manía aguda y en terapia de mantenimiento La dosis inicial es de 40 mg dos veces al día con alimentos ,hasta dosis máxima para manía de 80 mg dos veces al día También puede utilizarse vía parenteral intramuscularmente en emergencias por cuadros de excitación psicomotriz
- **Aripiprazol:** Esta indicado en manía aguda y en tratamiento de mantenimiento en adultos y adolescentes mayores de 13 años Dosis inicial 15 mg al día hasta 30 mg día lejos de las comidas.
- **Asenapina:** Está indicada para la manía y los episodios mixtos en el TB tipo 1.Dosis de 5 a 10 mg dos veces al día vía sublingual.
- **Lurasidona:** Está indicado en depresión bipolar en el TB tipo 1 en monoterapia o asociado a litio o divalproato Es eficaz entre 37 y 148 mg día con las comidas

El uso de antipsicóticos atípicos en el TB se basa en su eficacia antimaniaca y el perfil de bajo efecto extrapiramidal (síntomas parkinsonianos: temblores y/o rigidez) y efectividad en el manejo de síntomas psicóticos que pueden presentarse en episodios maniacos. Se utilizan en el manejo de la manía solos o en combinación con estabilizantes del ánimo (divalproato o litio) dada su rapidez de acción. El divalproato comienza a actuar más rápido que el litio en manía aguda

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

Efectos adversos de los antipsicóticos atípicos:

Síntomas extrapiramidales o parkinsonismo: son poco frecuentes con los nuevos antipsicóticos utilizados en dosis adecuadas

Sedación: El efecto mayor se da con la olanzpina y la quetiapina y ziprazidona. Este efecto puede reducirse durante el día utilizando dosis nocturnas y medicación de larga duración en el caso de la quetiapina beneficiando el sueño y permitiendo disminuir las drogas sedantes o hipnóticas

Síndrome metabólico: Se define con una serie de criterios entre ellos el el aumento de la circunferencia de la cintura mayor de 94 cm en hombres y de 80 cm en mujeres más dos de los siguientes criterios.

- Triglicéridos mayor a 150 mg/ dl
- Colesterol HDL menor a 40 mg/ dl en mujeres y menor a 50 en hombres
- Presión arterial mayor a 130/85
- Glucosa en sangre en ayunas mayor a 100 mg/dl o diagnóstico de diabetes tipo 2

Se debe indicar una dieta sana y adecuada monitoreada por un especialista así como realizar ejercicios moderados si en el curso del tratamiento se presentaran algunos de estos criterios e interconsultar al médico de cabecera y a su psiquiatra para evaluar la posibilidad de corregir estos valores.

El ejercicio en forma pautada y controlada, y alimentarse con comidas naturales y caseras permite poder realizar cualquier tratamiento con psicofármacos sin riesgo de padecer cuadros metabólicos que puedan afectar la salud física.

Antidepresivos

En ciertos **episodios depresivos** puede requerirse medicación antidepresiva. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las personas con TB corren el riesgo de virar hacia la manía o hipomanía -habitualmente a este viraje se lo denomina *switch* y también de desarrollar ciclado rápido durante el tratamiento con antidepresivos. Deben utilizarse una vez que el paciente está con estabilizadores en dosis terapéuticas.

El riesgo de viraje a la manía o hipomanía disminuye si la persona se encuentra medicada **simultáneamente con un estabilizador del ánimo**. Es importante tener en cuenta que el 40 % de los pacientes que presentan un episodio depresivo habían recibido tratamiento con antidepresivos sin tener en cuenta el diagnóstico de depresión bipolar. Como mencionamos anteriormente, la evaluación de un paciente en fase depresiva debe incluir una exhaustiva búsqueda de información sobre antecedentes de episodios hipomaniacos, maniacos, la respuesta a antidepresivos en el pasado, y otros indicadores como antecedentes familiares de trastorno de estado de ánimo para orientar el diagnóstico y así el tratamiento adecuado de la depresión bipolar aguda.

Se debe optimizar la indicación de estabilizadores del ánimo antes de utilizar antidepresivos agregando otro estabilizador si el que se está utilizando no presenta una respuesta farmacológica eficaz. Ej.: un paciente puede estar utilizando litio en dosis adecuadas y presentar un cuadro depresivo, en ese caso podemos iniciar tratamiento con lamotrigina o un antipsicótico atípico como la quetiapina que presenta evidencia en el manejo de la depresión

aguda. Si la sintomatología no remite se indican antidepresivos aumentando los controles médicos para detectar posible viraje.

Se utilizan los inhibidores de recaptación de serotonina como el citalopram, escitalopram, sertralina y la paroxetina entre los que presentan menos riesgo de viraje. También se utiliza el bupropion.

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**, **alprazolam** o el **lorazepam** 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.

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 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 programado mientras recibe medicación.

Si desea tener un hijo convérsele 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. No debe suspenderse la medicación en forma abrupta. El litio puede seguir utilizándose y en el caso de los anticonvulsivos deben ser evaluados los

riesgos de recaída grave para cambiar a otras medicaciones como los antipsicóticos o poder continuar con la medicación habitual.

Aquellos pacientes con pocos episodios previos, sin otras condiciones psiquiátricas asociadas (Trastorno Límite de la Personalidad, Abuso de sustancias, alcohol), que presentan un entorno favorable, han estado estables por largo tiempo y tienen un buen nivel de funcionamiento pueden conversar con su psiquiatra la posibilidad de discontinuar la medicación para buscar un embarazo.

Se recomienda realizar una consulta con su ginecólogo y que junto con su psiquiatra evalúen su estado clínico, las probabilidades de embarazo y la estabilidad anímica, antes de suspender la medicación sin supervisión médica.

En muchos casos puede decidirse continuar y se debe informar los riesgos para cada medicación en cada etapa del embarazo, incluyendo posteriormente un seguimiento intenso en el postparto, etapa de gran vulnerabilidad para las recaídas en pacientes con desorden bipolar.

Tres recomendaciones generales para el tratamiento farmacológico

- 1) Cumpla con la medicación y con la dosis indicada por su psiquiatra, y no realice ninguna modificación sin su autorización.
- 2) Hable con su psiquiatra sobre cualquier duda que tenga respecto a la medicación.
- 3) Informe a su psiquiatra sobre cualquier medicación prescrita 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 maníacas el equipo trabajará el plan de crisis. En caso de pacientes en tratamiento se utilizarán las habilidades aprendidas en la psicoterapia junto con la medicación adecuada para controlar la crisis maníaca 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 o conductas problema 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).

Temas a Trabajar en la psicoterapia

- *Adherencia al tratamiento*: La OMS la ha definido como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescripto; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. Sabemos por muchos estudios que una mala adherencia implica una evolución desfavorable de la enfermedad. Sin embargo entendemos que tomar una medicación de forma regular, a pesar de muchas veces estar estable y sentirse bien, es algo difícil de aceptar y de sostener en el tiempo. Sería razonable pensar que si uno se siente bien y no ha tenido durante mucho tiempo sintomatología intente probar no tomar medicación. Es por esto que la adherencia al tratamiento es un tema central durante todo el tratamiento psicoterapéutico.

- *Causas vs. Desencadenante*: El trastorno bipolar es una enfermedad de causa biológica de origen genético. Es muy importante diferenciar la causa de los desencadenantes. Desencadenantes son aquellos eventos que aparecen asociados al inicio de un episodio. Hay que tener en cuenta que puede haber episodio sin desencadenante.

- *Construir con el paciente un registro del estado de ánimo*: Este nos permite tener una visión longitudinal de los episodios y la evolución de la enfermedad, nos permite ubicar factores desencadenantes y posibilita aprender cómo se presenta la enfermedad en cada paciente.

- *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*: 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. Es útil que también participen familiares y allegados de las personas afectadas. 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.

- ***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 demostrado 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 prescrita 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.

A continuación vamos a describir la habilidad de la aceptación radical comprendida en la caja de herramientas que se utiliza en el tratamiento de pacientes con TB.

ACEPTACIÓN RADICAL

HABILIDADES DE ACEPTACIÓN DE LA REALIDAD

Cuando la vida te reparte cartas que no querés:

Aceptación radical

Entrar y participar en la realidad y experimentar totalmente lo que es, tal cual es

(por ejemplo estar presente en este taller es un modo de entrar en la realidad de lo que implica el TB)

Dirigir la mente

Aceptar la realidad tal cual es, a veces requiere un acto de elección
(Por ej: elegir realizar adecuadamente el tratamiento farmacológico, elegir cumplir las indicaciones)

Disposición abierta y flexible

Estar listo para hacer lo que es necesario en cada situación
(Por ej: estar atento a modificar algunas pautas de hábitos cuando empiezan a aparecer síntomas que nos alertan de una recaída)

Conciencia de los pensamientos actuales

Dá un paso atrás y observá cómo los pensamientos entran y salen
(por ej: observa los pensamientos que relacionados al abandono del tratamiento que van a aparecer muchas veces en tu mente)

Media sonrisa

Intentá adoptar una expresión facial serena

FICHA DE ACEPTACIÓN RADICAL 3

ACEPTACIÓN RADICAL

Cuando no podés evitar eventos dolorosos, emociones o circunstancias de la vida

ACEPTACIÓN

- Liberarse del sufrimiento requiere ACEPTACIÓN.
- El dolor crea sufrimiento cuando te niegas a ACEPTAR el dolor.
- ACEPTACIÓN es:
 - Reconocer lo que es
 - Verdad total – *Permitir que la verdad sea la verdad*
 - Dejar de pelearse con la realidad

ACEPTACIÓN RADICAL

Es ACEPTAR *lo que es* desde el fondo de nuestro ser.

Es la experiencia totalmente abierta de lo que es, tal cual es, mediante entrar y participar en la realidad, tal cual es en este mismo momento.

ACEPTACIÓN RADICAL NO ES:

Aprobación (estar de acuerdo)

Pasividad

Lástima

Amor

Contrario al cambio

Resignación

FICHA DE ACEPTACIÓN RADICAL

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ACEPTACIÓN RADICAL

¿PORQUÉ ACEPTAR LA REALIDAD?

1. Rechazar y negar la realidad no cambia la realidad
2. Cambiar la realidad requiere aceptar los hechos reales
3. El dolor es una parte de la realidad de la vida que no siempre puede ser evitado
4. Rechazar la realidad agrega sufrimiento: por ejemplo, dispara enojo, frustración, tensión, incluso dolor físico

FORMAS DE PRACTICAR ACEPTACIÓN DE LA REALIDAD

1. Decí en voz alta lo que tenés que aceptar, decilo una y otra y otra vez... en tono de voz que comunique aceptación y creencia
2. Permití que los pensamientos que estás tratando de aceptar entren a tu mente mientras prestás atención a tus sensaciones físicas
3. Imaginate (en el ojo de tu mente) creyendo lo que vos no querés aceptar
4. Escribí detalladamente lo que necesitas aceptar, sin exagerar ni minimizar, ajustándote a los hechos y sin juzgar
5. Relajá tu cara y tu cuerpo y hacé una media sonrisa mientras te imaginás aceptando lo que necesitás aceptar
6. Imaginate todas las cosas que harías si los hechos que estás tratando a aceptar son ciertos. Ensayá en tu mente esas cosas que harías si realmente aceptarás la realidad como es
7. Actuá como si ya hubieras aceptado lo que estás tratando de aceptar
8. Permití que tu mente esté abierta a todas las consecuencias del hecho que esta realidad es tal cual es
9. Permitite experimentar desilusión, tristeza o duelo

FICHA DE ACEPTACIÓN RADICAL

CAMBIAR LA MENTE

Aceptar la realidad tal cual es a veces requiere un acto de ELECCIÓN

Hacé una lista de los PROS Y CONTRAS de aceptar versus rechazar la realidad para ayudarte a decidir

El COMPROMISO a aceptar no es igual a la aceptación.
Es el primer paso

Cambiar la mente a la aceptación debe hacerse UNA Y OTRA VEZ

A veces, tendrás que hacer el compromiso muchas veces en el espacio de unos pocos minutos.



Cambiar la mente es como llegar a una **bifurcación en el camino**.

Tenés que DIRIGIR LA MENTE HACÍA EL CAMINO DE LA ACEPTACIÓN y alejarte del camino de rechazar la realidad

SOLTAR la desilusión de “¿Cómo puedo estar aquí de nuevo?”

SOLTAR la vergüenza y la culpa por caer nuevamente en el olvido y la negación o el rechazo a aceptar OTRA VEZ.

Cuando por fin llegues a la aceptación de algo, pueden pasar 10 minutos y tenés que cambiar la mente a la aceptación OTRA VEZ.

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 nuestro ánimo o nuestra disposición a realizar actividades dentro de parámetros que son habituales 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 ocuparse de 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 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 (AA) o Narcóticos Anónimos (NA). En el caso de los familiares y amigos, es de mucha ayuda participar de los grupos de familiares de AA y NA (ALANON). 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: LLAME a su psiquiatra y acuerde una entrevista la brevedad. 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.

¿Cómo actuar frente al inicio de un episodio?

En caso de producirse un nuevo episodio 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. Duerma!!!!
- Disminuya el número de actividades. No realice actividad física.
- 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 y espere 48hs.
- 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 y que le hayan generado placer (paute estas actividades durante los periodos de eutimia).
- Aumente la actividad física. Si no puede realizar actividad física, intente salir a caminar pocos minutos varias veces por día.
- No tome decisiones importantes, pida 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.

¿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. El Dr. Vieta explica este concepto de la siguiente manera: *“el funcionamiento psicosocial es un constructo complejo constituido por la evaluación de diferentes dominios conductuales como son: la capacidad para estudiar y/o trabajar, la capacidad para mantener relaciones interpersonales/conyugales, la capacidad para vivir de forma independiente y la capacidad para el ocio/tiempo libre¹”*. A pesar de que la medicación es el eje del tratamiento para lograr la estabilidad del estado de ánimo, se debe

¹ Vieta E.; Grande, I. “Depresión bipolar, Las 100 Preguntas más relevantes” ED. J&C Ediciones Medicas. 2013

trabajar terapéuticamente sobre los síntomas residuales afectivos, los desórdenes conductuales y las complicaciones de la enfermedad (abuso de sustancias, alcoholismo) para lograr dicha recuperación funcional.

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 Psicoeducación para trastorno Bipolar**. Editore: Barcelona: Ars Médica 2004;

Películas

-Figgín 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

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.

- 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.

MDQ (Mood Disorder Questionnaire)

En diferentes momentos de la vida se experimentan cambios o fluctuaciones de la energía, actividad y estado de ánimo (altibajos). El objetivo de este cuestionario es evaluar las características de los periodos de estado de ánimo elevado

1. ¿Le sucedió alguna vez que por un cierto período de tiempo usted comenzó a sentirse o actuar diferente de cómo era, y...	SÍ	NO
...se sintió bien o con el ánimo tan elevado, o tan “hiperactivo”, que algunos pensaron que usted no era la misma persona de siempre; o estuvo tan animado o “hiperactivo”, que se metió en problemas o en dificultades ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... estaba tan irritable, que le gritaba a la gente; o iniciaba peleas o discusiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... se sentía mucho más seguro de sí mismo que otras veces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dormía mucho menos que de costumbre, pero notaba que no sentía falta de sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hablaba mucho más, o mucho más rápido que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... le pasaban las ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía pensar lentamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... se distraía muy fácilmente por las cosas que sucedían a su alrededor, al punto de que necesitaba hacer un gran esfuerzo en concentrarse o en continuar lo que estaba haciendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tenía más energía que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... estaba mucho más activo o hacía muchas más cosas que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... era socialmente mucho más activo y comunicativo, al punto de que –por ejemplo– telefoneaba a amistades en medio de la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... se interesaba en el sexo más que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hacía cosas que no eran comunes en usted, o que la gente podía haber considerado excesivas, tontas o arriesgadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... el gastar dinero le causó problemas a usted o su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si usted marcó sí más de una vez, ¿ocurrieron varias de esas situaciones todas juntas en un mismo período de tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cuántas dificultades le causaron cualquiera de las situaciones mencionadas (por ejemplo, no poder trabajar, problemas familiares, de dinero o legales; enfascarse en discusiones o peleas)? Por favor marque sólo una de las siguientes respuestas. <input type="checkbox"/> Ningún problema <input type="checkbox"/> Problema menor <input type="checkbox"/> Problema moderado <input type="checkbox"/> Problema serio		
4. ¿Alguno de sus familiares directos (es decir, hijos, hermanos, padres, abuelos, tíos) padeció alguna vez de un trastorno maniaco-depresivo o bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le ha dicho alguna vez un profesional médico que usted padece de un trastorno maniaco-depresivo o bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Este Cuestionario ha sido diseñado exclusivamente como medio de evaluación y no deberá utilizarse como instrumento de diagnóstico.

*Reprinted with permission from Dr. Robert M. A. Hirschfeld.
Validado en Chile por Vóhringer-Cabrera 2007*

BSDS (Bipolar Spectrum Diagnostic Scale)

Esta escala nos permite detectar presentaciones “soft” de espectro bipolar no solo los casos graves.

Instrucciones: por favor leer todo el párrafo atentamente antes de marcar los espacios en blanco (____)

1. De vez en cuando, algunos individuos notan que su humor y/o su nivel de energía cambian drásticamente_____.
2. También notan que a veces su energía es muy baja y otras es muy alta_____.
3. Durante su fase “baja” estos individuos sienten a menudo falta de energía, necesidad de quedarse en cama o de dormir de más, y poca o ninguna motivación para realizar las cosas que tienen que hacer_____.
4. A menudo suben de peso durante estos períodos_____.
5. Durante esta fase se sienten “bajoneados,” tristes todo el tiempo o deprimidos_____.
6. A veces durante estas etapas se sienten desesperanzados y hasta con pensamientos suicidas_____.
7. Tienen dificultades laborales y sociales_____.
8. Habitualmente estas etapas duran semanas, aunque a veces pueden durar sólo unos pocos días_____.
9. Los individuos con estas características pueden experimentar un período de estado de ánimo “normal” entre los cambios de humor, durante estas fases su nivel de energía y su humor no son adecuados y sus capacidades no se ven alteradas_____.
10. Luego pueden sentir un marcado cambio en la manera en que se sienten_____.
11. Su energía aumenta por encima de lo que es habitual para ellos, y con frecuencia realizan más actividades de las que harían normalmente_____.
12. A veces, durante estos períodos en “alta” los individuos sienten que tienen demasiada energía y hasta se sienten “excelentemente bien”_____.
13. Algunos individuos en estas etapas también pueden sentirse irritables, intolerantes o más agresivos_____.
14. Algunos realizan muchas actividades al mismo tiempo durante estas fases_____.
15. Durante estos períodos también algunos individuos pueden meterse en problemas por gastar más dinero_____.
16. También pueden estar más conversadores, más extrovertidos o tener más interés en la actividad sexual_____.
17. A veces durante esta fase su comportamiento puede ser extraño o incluso molesto para las demás personas_____.

18. A veces se meten en problemas con sus compañeros de trabajo o hasta con la policía en estos períodos_____.
19. A menudo aumentan su consumo de alcohol o de drogas no recetadas por un médico durante estos períodos_____.

Ahora que ha leído este párrafo, por favor marque alguna de las siguientes cuatro opciones:

- (A) Esta historia me describe muy bien o casi perfectamente.
(B) Esta historia me describe bastante bien.
(C) Esta historia me describe hasta cierto punto pero no en todos los aspectos.
(D) Esta historia no me describe en lo absoluto.

En este momento relea la historia y marque con una cruz al final de cada oración que lo describa perfectamente

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 TB: //

Fecha del último episodio: //

(aclarar si fue maníaco, hipomaníaco, 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 Emergências 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.**

Si Ud no vive en CABA, deberá averiguar los teléfonos de AA, NA, en su ciudad.

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 observa los estados de ánimos de aceleración y la hiperactividad con o sin aceleración del pensamiento. Hacia abajo, en forma decreciente -1, -2, -3 de la depresión leve (implica que no altera tu nivel de funcionamiento a pesar de estar triste y/o desganado) a la grave (donde se observa un compromiso severo de tu funcionalidad como por ejemplo dejar de comer).

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).

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!

