

CLÍNICA DEL TRASTORNO BIPOLAR ■ CAUSAS DEL TRASTORNO BIPOLAR ■ DIAGNÒSTIC DEL TRASTORN BIPOLAR ■ EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR ■ GRUPOS PSICOEDUCATIVOS PARA EL TRASTORNO BIPOLAR ■ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES ■ TRASTORNO BIPOLAR: UNA EXPERIENCIA DE VIDA ■ ASOCIACIONISMO: LA FUERZA QUE DEFIENDE LOS DERECHOS

viure en **SALUT** **72** 9 / 2006

Trastorn bipolar

blanc...
negre...
disbauxa...
tristor...

el doble
vessant de
la ment



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

viure en SALUT

EDITA
Generalitat Valenciana.
Conselleria de Sanitat.
Direcció General de Salut Pública

DIRECCIÓ
Unitat d'Educació per a la Salut

REDACCIÓ
Javier Parra

ASSESSORAMENT LINGÜÍSTIC
Servei d'Assumptes Generals

MAQUETACIÓ
Javier Parra

FOTOGRAFIA
Javier Parra

DISSENY DE PORTADA
Javier Parra

COL·LABORADORS D'ESTE NÚMERO
Marta Belenchón. Alberto Domínguez.
Isabel Gómez. Joan-P. G. Moliner.
Olga Pellicer. Asunción Pino.
Josep Ribes. Luis Rojo.
Pilar Sierra.

IMPRESSIÓ I FOTOCOMPOSICIÓ

Nexo Gráfico

DISTRIBUCIÓ
Redyser

DIPÒSIT LEGAL
V-1063-1988

VIURE EN SALUT s'envia gratuïtament a tots els col·legis, ajuntaments i centres sanitaris de la Comunitat Valenciana. També es trameta a les associacions, entitats o persones que ens envien la butlleta de subscripció o que ens ho sol·liciten per carta o per telèfon.

Agrairíem que se'ns comunicara qualsevol anomalia observada en la recepció, per tal de corregir-la, i també els canvis de domicili.

La Conselleria de Sanitat, entitat editora de VIURE EN SALUT, no s'identifica necessàriament amb les opinions expressades pels redactors i col·laboradors de la publicació.

VIURE EN SALUT autoritza la reproducció dels seus textos, sempre que se'n cite la procedència. Alhora, demanem que ens feu arribar dos exemplars de la publicació on s'inclouen els seus continguts.

Us convidem a fer una revista cada vegada més vostra. No dubteu a donar-nos la vostra opinió sobre la revista, expressar el vostre acord o desacord amb els articles d'opinió que hi apareixen, aportar suggeriments, plantejar dubtes o peticions, etcètera. Esperem les vostres col·laboracions.

Adreceu-vos a:

Direcció General de Salut Pública
Unitat d'Educació per a la Salut
96 386 01 55
Misser Mascó, 31-33
46010 València



VS 71
Diabetis



VS 70
Tabaquisme passiu



VS 69
Salut ambiental



VS 68
Malalties rares



VS 67
Atencions pal·liatives



VS 66
Càncer



VS 65
Salut reproductiva



VS 64
Vacunacions



VS 63
Accidents de trànsit

BUTLLETA DE SUBSCRIPCIÓ GRATUÏTA

Cognoms i nom: _____

Domicili: _____

Localitat: _____ Telèfon: _____

Província: _____ C.P.: _____

Data de naixement: _____ Professió: _____

TRAMETRE A: Direcció General de Salut Pública
Unitat d'Educació per a la Salut
Misser Mascó, 31-33
46010-VALÈNCIA



Sumari **vs 72**

	últimes pàgines
2	Últims números publicats
3	editorial
4	informe
4	Clínica del trastorno bipolar ASUNCIÓN PINO.
6	Causas del trastorno bipolar ALBERTO DOMÍNGUEZ.
8	Diagnòstic del trastorn bipolar JOSEP RIBES.
10.....	Epidemiología del trastorno bipolar PILAR SIERRA.
11	Grupos psicoeducativos para el trastorno bipolar MARTA BELENCHÓN.
12	Tratamiento farmacológico de los trastornos bipolares LUIS ROJO.
14.....	Trastorno bipolar: una experiencia de vida OLGA PELLICER.
16.....	Asociacionismo: la fuerza que defiende los derechos ISABEL GÓMEZ. JOAN-P. G. MOLINER.
18.....	agenda
18.....	Cursos. Congressos. Seminaris
19	recursos
19	Materials temàtics

Els trastorns psiquiàtrics tenen el dubtós mèrit d'agrupar en el seu conjunt cinc de les deu causes més freqüents d'incapacitat en el món occidental. A més, estos trastorns psiquiàtrics suposen una important minva a diversos nivells. En primer lloc, estos trastorns afecten greument la qualitat de vida –tant la percebuda com l'objectiva-, i estan de nou entre els primers llocs. En segon lloc, pertorben la capacitat laboral de les persones afectades. D'altra banda, pitjor i molt més que altres malalties, degraden de forma considerable les activitats de les esferes familiar, social, de temps lliure, etcètera. Finalment, i per cenyir-nos només a alguns aspectes, l'inici freqüent en la primerenca joventut d'estos trastorns sol tindre unes conseqüències greus en el desenvolupament de la persona. Per això no és gens estrany que una mesura clàssica de les conseqüències de la malaltia com és la dels “anys viscuts lliures de malaltia” es veja considerablement reduïda.

Entre les malalties psiquiàtriques, el trastorn bipolar és la segona en l'escalafó, precedida tan sols per la depressió. Els estudis clàssics situen la seua freqüència al voltant d'un de cada cent habitants en la població general. Estudis més recents dupliquen, tripliquen i inclús quintupliquen eixa freqüència. Estes xifres adquirixen plena significació quan es consideren les conseqüències de la malaltia de què abans hem parlat.

El quadre típic de la malaltia és la d'un/a jove que abans de complir els vint anys inicia de forma brusca o bé un quadre depressiu o bé un quadre d'exaltació que denominem mania. El quadre depressiu sol ser el típic, però el de mania dóna lloc a no poques confusions amb altres malalties. S'inicia llavors per al pacient i la família un pelegrinatge per diversos especialistes en salut mental i tan sols al cap d'uns deu anys s'arriba a la identificació correcta. Entre tant, les conseqüències per al pacient i els acostats poden haver sigut greus. Sovint s'han alterat els plans vitals inicials i canvia, per culpa de la malaltia, el desenvolupament previst. En l'àmbit laboral hi ha canvis de treball, acomiadaments, desocupació o subocupació. En l'àmbit econòmic, en les fases d'eufòria, el pacient pot mamprendre el que considera negocis magnífics que es revelen una quimera que deixen al darrere, com un incendi, unes cendres de què res pot recuperar-se. En l'àmbit social es trenquen de forma brusca relacions càlides i cordials. En l'àmbit amorós es pot veure involucrada la persona en unes relacions que, recobrat el tretall, es revelen com inadequades.

Vistes estes conseqüències, no s'insistix mai prou en la primerenca identificació correcta del quadre, cosa que sovint és difícil. Esta correcta identificació del quadre té una major importància quan es pren en compte que esta malaltia té un tractament que permet la plena integració de la persona i, si no sempre la curació plena, una atenuació important dels símptomes i una reducció al mínim de les seues conseqüències. Per a això és necessària la col·laboració plena dels involucrats, que són: el propi pacient, els familiars i acostats i els integrants dels equips de salut mental (psiquiatres, psicòlegs i treballadors socials).

En este número de VIURE EN SALUT, un grup de professionals vinculats quasi tots a la Unitat de Referència de Trastorns Bipolars radicada a l'Hospital la Fe de València ens comenten els detalls de la malaltia. D'estos professionals, que en el seu treball diari s'enfronten amb la malaltia i les seues conseqüències, sentirem comentar les característiques de la malaltia, les causes, la distribució en la població i, el que és més important, els tractaments, tant els farmacològics com els psicològics.

Finalment, queda dir que este número monogràfic ha sigut possible gràcies a l'interés que han posat els directius de l'Associació Valenciana del Trastorn Bipolar. A ells, moltíssimes gràcies.

Clínica del trastorno bipolar

ASUNCIÓN PINO

El trastorno bipolar es una enfermedad en la que el paciente experimenta en ocasiones una profunda tristeza, apatía y falta de energía –episodio depresivo– y otras en las que se siente eufórico y lleno de vitalidad y exaltación –episodio maníaco–, sucediéndose ambas situaciones como si fueran caras de una misma moneda. Cada enfermo experimentará algunos de los síntomas y, además, la intensidad y gravedad de éstos serán distintas a las de otros enfermos que muestren la misma sintomatología.

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica que cursa en forma de episodios en los que el paciente puede presentar un estado de gran tristeza y apatía (**episodio depresivo**) o un estado de gran euforia (**episodio maníaco**), sería como “las caras opuestas de una misma moneda”. Además, es una enfermedad recurrente, es decir, los episodios pueden volver a aparecer y entre ellos existe un periodo de normalidad, llamado **eutimia**.

Episodio depresivo

Los síntomas del episodio depresivo son los siguientes:

Alteración del estado de ánimo. El estado de ánimo que caracteriza a la depresión es el de una gran tristeza, el llanto en ocasiones es su forma de expresión. El enfermo depresivo tiene miedo a todo, a la gente, al teléfono, a tomar cualquier decisión, se encuentra desvalido frente al mundo. Existen pacientes que llegan a tener miedo incluso a hablar porque creen que no pueden hacerlo correctamente; llegan, incluso, a la desesperación, creen que no hay solución, no existe para ellos el futuro, como si hubiesen extendido un “velo negro” ante sus ojos; se hace insoportable el amanecer, ante el cual el enfermo está impotente.

El enfermo depresivo se siente fuera de lugar, como si fuese un mueble en su propia casa; piensa que es una carga para los demás (sensación de inutilidad). La diferencia entre lo que cree que tiene que hacer y lo que realmente hace le produce grandes sentimientos de culpabilidad.

Otras veces el paciente se queja de la imposibilidad de sentir placer con las pequeñas cosas de la vida (anhedonia). Por lo que resulta ineficaz mandar a un depresivo a divertirse, cosa que no debe hacerse nunca.

Como consecuencia de este estado de ánimo, el paciente está pesimista y pierde la ilusión por su familia, su trabajo, etcétera. Pueden aparecer ideas de suicidio como consecuencia de los sentimientos de culpa, de inutilidad, baja autoestima, desesperanza ante el futuro y de culpabilidad.

Respecto a la vida sexual, las caricias para un depresivo no dicen nada; hay una disminución del deseo sexual.

Alteración de la percepción. Los defectos sensoriales, anteriores al episodio depresivo, parecen acen- tuarse. Así, si existía una disminución de la audición, ésta parece ser mayor; si existía miopía, ésta se intensifica. En ocasiones, lo que siente lo siente como molesto, de modo que le desagradan los ruidos, las luces, la televisión, la radio, etcétera.

Alteración de la memoria. El paciente se queja de falta de memoria, incluso llega a olvidar tareas que para él son cotidianas; sólo recuerda los aspectos tristes de su vida.

Alteración del pensamiento. Aparecen ideas extrañas que el mismo paciente no puede dominar, que son falsas pero que el paciente vive como verdaderas (ideas delirantes):

- **Ideas de ruina** (sin relación con el estado verdadero de su economía).
- **Ideas hipocondríacas** (está seguro de padecer una enfermedad grave e incurable).
- **Ideas de culpa** (el enfermo está convencido de que es culpable e indigno, se acusa de las faltas que cree haber cometido e insiste en merecer un castigo por ello; en estos casos el suicidio puede aparecer como la única solución).

En ocasiones, al enfermo le cuesta trabajo pensar, comenta “no me viene nada a la cabeza”; frecuentemente contesta con monosílabos (pensamiento enlentecido).

Alteración del movimiento. Existe una disminución del movimiento. El enfermo aparece quieto, lento, anda a pasos pequeños con escaso braceo.

Alteración del sueño. Dificultad para dormir (insomnio). En ocasiones existen pesadillas de contenido desagradable y angustioso.

Síntomas físicos. Malestar general. Síntomas digestivos; síntomas cardio-vasculares y síntomas respiratorios como sensación de falta de aire.

Episodio maníaco

El inicio del episodio maníaco puede ser brusco y relativamente rápido. En ocasiones es más lento, apareciendo los “síntomas señal o de alarma” como sentimientos de gran energía, inquietud, euforia, irritabilidad, alteraciones del sueño como insomnio (suele ser el más frecuente), alteraciones de la alimentación, alteraciones de conducta. Cada enfermo tiene sus síntomas señal, siendo muy importante saberlos reconocer para poner tratamiento de forma rápida.

Los síntomas del episodio maníaco son los siguientes:

El enfermo aparenta tener un contacto fácil, pero en ocasiones es difícil mantener una relación con él por su tendencia a la indiscreción y a invadir el terreno ajeno; se sienten superiores, con altos ideales, se sienten capaces de cualquier cosa, avasallan a los otros. El comportamiento social es extravagante: realizan negocios ruinosos, encargan coches, ropas o muebles por encima de sus posibilidades económicas. En cuanto a la vida sexual, pueden adquirir compromisos inadecuados o noviazgos absurdos.

Estado de ánimo. Euforia patológica en la que él cree merecer todo y, por tanto, lo exige, por lo que cuando se le contradice se puede volver colérico. Todo les gusta, les encantan todos los escaparates, lo compran todo. Otras veces pasa de la risa al llanto en breves minutos (labilidad afectiva). El paciente suele mostrar una confianza excesiva en él mismo, cree ser el más simpático de todo el mundo y estar rodeado de muchísimos amigos.

Alteración de la percepción. Puede existir un aumento de las sensaciones sensoriales. El enfermo oye mejor que nunca, ve mejor y saborea los alimentos mejor. Mucho más raro es presentar alucinaciones auditivas, es decir, oye voces o ruidos que el resto de personas no pueden oír, con convencimiento de realidad.

Alteración de la memoria. Facilidad para el recuerdo de cosas alegres y positivas.

Alteración del pensamiento. Lo característico del pensamiento maníaco es la rapidez y aceleración del mismo y el cambiar de tema constantemente, pasa de un pensamiento a otro sin terminar el anterior (pensamiento saltígrado). Otra característica es la verborrea, es decir, hablan sin parar. El paciente maníaco puede tener, igual que el depresivo, ideas deliroides relacionadas con su gran autoestima en la mayoría de los casos. Los temas más frecuentes son:

- **tener capacidades especiales** (el paciente cree tener el don de poder curar a los demás, ser inventor de algo extraordinario o haber escrito un libro único);
- **identidad grandiosa** (se cree de sangre real, ser alguien importante);
- **de riqueza** (ser multimillonario), y
- **de tener una misión especial** que cumplir (el paciente cree tener la capacidad para resolver

Síntomas del episodio depresivo

- Tristeza patológica.
- Tendencia al llanto
- Miedos injustificados
- Desesperación
- Sensación de inutilidad
- Sentimientos de culpabilidad
- Imposibilidad de sentir placer
- Ideas de muerte
- Disminución del deseo sexual
- Falta de memoria
- Ideas delirantes: de ruina, hipocondríacas y de culpa
- Pensamiento enlentecido
- Disminución de los movimientos
- Insomnio y pesadillas
- Síntomas físicos: malestar general, síntomas digestivos, síntomas cardiovasculares y síntomas respiratorios

Síntomas del episodio maníaco

- Gran euforia
- Labilidad afectiva
- Confianza excesiva en sí mismos (gran autoestima)
- Aumento de las sensaciones sensoriales
- Pueden presentar un número reducido de pacientes alucinaciones auditivas
- Facilidad para el recuerdo de cosas agradables y positivas
- Pensamiento rápido, acelerado y con cambios constantes de tema
- Verborrea
- Hiperactividad, compras inadecuadas.
- Ideas delirantes: de capacidades especiales, de grandiosidad, de riqueza, de misión especial.
- Inquietud
- Aumento o disminución de la vida sexual
- Insomnio
- Aumento o disminución del hambre y la sed, con adelgazamiento
- Ausencia de conciencia de enfermedad

problemas mundiales como el paro, guerras, el hambre, etcétera. En ocasiones se creen elegidos para cumplir una misión especial que salvará al mundo).

Alteración del movimiento. Lo característico de la conducta del maníaco es la hiperactividad. Aunque es raro el paciente agresivo, puede darse. La psicomotricidad varía desde un grado de inquietud, donde no puede estar quieto, va y viene, ríe, canta, baila, etcétera, empezando muchas tareas que luego no acaba, hasta la agitación.

Alteración del sueño. Insomnio sin sensación de fatiga es uno de los síntomas que primero aparecen en una descompensación.

Síntomas físicos. El hambre y la sed pueden estar aumentados. Sin embargo, adelgazan debido a la gran hiperactividad. Otras veces creen estar tan ocupados que se olvidan hasta de comer.

El paciente no se siente enfermo y rechaza cualquier tipo de tratamiento (ausencia de conciencia de enfermedad). Ante la pregunta “¿cómo se siente?”, suelen contestar con frecuencia “como nunca”.

Asunción Pino Pino.
Psiquiatra.
Hospital Universitario La Fe.
Valencia.

Causas del trastorno bipolar

ALBERTO DOMÍNGUEZ

La evidencia científica recoge que el trastorno bipolar es una enfermedad del cerebro que afecta especialmente a las áreas responsables de modular diversas funciones como la agresividad, el hambre, el instinto sexual, el sueño y otras básicas para la supervivencia, entre las cuales se halla el tono vital. La disfunción de estas zonas cerebrales parece producirse por la acción combinada de factores genéticos y ambientales.

El trastorno bipolar es una enfermedad que se conoce desde tiempos inmemoriales. En la antigua Grecia, un autor llamado Arato ya describió la relación entre la depresión –denominada “melancolía”– y la manía, una palabra que procede del griego y que en la antigüedad servía para designar la agitación.

En la actualidad parece existir suficiente evidencia científica como para asegurar que el trastorno bipolar es una enfermedad del cerebro que afecta especialmente a las áreas cerebrales responsables de modular diversas funciones como la agresividad, el hambre, el instinto sexual, el sueño y otras funciones básicas para la supervivencia, entre las cuales se halla el tono vital. Estas áreas se encuentran distribuidas en distintas estructuras cerebrales, entre las que destaca el sistema límbico.

La disfunción de estas zonas cerebrales parece producirse por la acción combinada de factores constitucionales (genéticos) y de factores ambientales; el modo exacto en que genes y ambiente interactúan todavía es desconocido, pero parece comprobado que determinados factores ambientales (por ejemplo, el abuso de drogas) es capaz de provocar la enfermedad solamente en algunas personas con cargas genéticas muy definidas.

Factores genéticos

Actualmente, desde el punto de vista científico no hay ninguna duda de que la causa primaria del trastorno bipolar es de tipo genético.

A esta afirmación se ha llegado de una forma progresiva. Los primeros estudios mostraron de forma clara un agrupamiento familiar; sin embargo, por su mismo diseño metodológico, era imposible aclarar si este agrupamiento en determinadas familias se debía exclusivamente a factores genéticos o debido a factores educativos o de crianza.

Los estudios de gemelos, que analizan la concordancia en la enfermedad entre gemelos monozigotos (misma carga genética) y dizigotos (comparten 50% de los genes), mostraron de forma repetida tasas promedio de concordancia de 0,67 en monozigotos frente a tasas de concordancia 0,20 en dizigotos. Este tipo de estudios si bien minimiza la importancia del ambiente no la anula, pues el supuesto de que los gemelos idénticos crecen en ambientes idénticos no siempre es acertado.

Dado que la concordancia para los trastornos bipolares en los estudios de gemelos es inferior al

100% parece claro que los factores genéticos deben interaccionar con las influencias ambientales, que darán lugar al riesgo de padecer un trastorno. Es posible que los factores genéticos no actúen sólo provocando directamente la enfermedad, sino también de forma indirecta aumentando la probabilidad de que las personas se impliquen en situaciones ambientales que les provoquen estrés.

Sin embargo, estos resultados fueron corroborados por los estudios de adopción. Estos estudios analizan la incidencia del trastorno bipolar en los padres, tanto biológicos como adoptivos, de niños adoptados que padecen la enfermedad; minimizan la posible influencia de factores medioambientales al ser diferentes los padre biológicos (aquellos que aportan la carga genética) de los que realizan la crianza (padres adoptivos). Estos estudios han demostrado que la enfermedad es mucho más frecuente en los padres biológicos que en los adoptivos, lo cual demuestra que los factores genéticos son mucho más importantes que los educativos.

Los estudios de genética molecular mediante técnicas de linkage y estudios de asociación todavía no han aportado datos concluyentes. La herencia poligénica, la penetrancia incompleta y el probable efecto aditivo pueden explicar la complejidad de algunos hallazgos, así como relacionarse con diversas variable clínicas como la mejor respuesta a algunos tratamientos frente a otros. Los cromosomas 18q, 18p, 21q, Xq26 pueden ser algunas de las ubicaciones con más probabilidades de estar relacionadas con la génesis de estas enfermedades.

Aunque en los últimos años se ha avanzado espectacularmente en el conocimiento de código genético todavía se desconocen cuáles, en concreto, son los genes que se asocian con la aparición del trastorno bipolar. Parece descartado que pueda tratarse de un único gen y se postulan modelos de herencia poligénica, semejantes a los de muchas otras enfermedades médicas (diabetes, hipertensión, diversos cánceres). Parece que el modelo de herencia más probable se corresponda a un conjunto de genes diferentes, presentes en gran parte de la población, que combinados de ciertas maneras y bajo la influencia de determinados factores ambientales desencadenarían el trastorno.

Es posible que en los próximos años se produzcan descubrimientos significativos sobre la relación de los genes con el trastorno bipolar que permitirían desarrollar programas eficaces de prevención.

Los factores genéticos, si bien son el factor causal más significativo, no implican que los hijos de un afectado vayan a presentar necesariamente esta enfermedad. Actualmente se estima que la probabilidad de un afectado de transmitir la enfermedad a un hijo es del 15%. En ocasiones pueden heredarse formas incompletas de la enfermedad, menos graves; así, en las familias de enfermos con trastorno bipolar, son frecuentes la aparición de depresiones unipolares o de trastornos ciclotímicos.

Es posible que algunos pacientes no tengan antecedentes en la familia. Si entendemos que lo que se hereda es un mayor o menor riesgo, podremos comprender que la enfermedad puede saltarse generaciones. En otras ocasiones las muertes prematuras pueden ocultar la enfermedad, que aún no se había manifestado.

Factores ambientales

Definimos el estrés como una serie de cambios poco específicos que se producen en el organismo ante situaciones que la persona valora como complicadas o conflictivas. Estos cambios van desde dolores de cabeza e insomnio, hasta dificultades para concentrarse, agotamiento físico o disminución del rendimiento.

El estrés se produce cuando el cuerpo no está preparado para afrontar las demandas que exige una situación que puede ser puntual (exámenes, nacimiento de un hijo) o bien existe desde hace tiempo (situación familiar conflictiva, demasiadas horas de trabajo). Las situaciones de estrés sostenido pueden tener consecuencias negativas para la persona que sufre un trastorno bipolar, pues son más vulnerables a los cambios biológicos que comporta el estrés. Cuando nos referimos al estrés no sólo consideramos fuentes de estrés negativas, sino también acontecimientos positivos como casarse, un ascenso en el trabajo o cambiar de domicilio, que podrían conducir a una recaída. Por otro lado, tampoco hay ninguna relación directa entre el signo del acontecimiento (positivo o negativo) y el tipo de episodio; así pues, por ejemplo, la muerte de una persona a la que queremos podría comportar un “duelo maníaco” (estado en que puede manifestarse euforia, aumento de la actividad, aceleración del pensamiento, gastos excesivos...), en lugar de una depresión.

Las situaciones estresantes pueden actuar como factores desencadenantes de recaídas en los pacientes bipolares. Los factores estresantes precipitan un primer episodio en el 45%-75% de los casos y siguen siendo variables de peso en posteriores descompensaciones en el 13%-56% de los casos. Por lo tanto, el primero o los primeros episodios de la enfermedad se relacionan con más frecuencia con factores estresantes que las recaídas posteriores. Sin embargo, algunos pacientes son más proclives que otros a descompensarse ante situaciones generadoras de estrés.

Los factores ambientales pueden ser de tipo biológico, psicológico o social, si bien esta clasificación es artificial dado que las distintas situaciones estresantes convergen hacia determinados cambios bioquímicos a nivel de la neurotransmisión cerebral.

Los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, dopamina...) se encargan de diversas fun-

ciones a nivel cerebral, y especialmente en el sistema límbico, regulan el sueño, el hambre, el deseo y otras múltiples funciones básicas. Normalmente, el organismo produce más cantidad de estas sustancias en situaciones de estrés; posteriormente, el individuo es capaz de adaptarse y volver poco a poco a su nivel normal. En los pacientes con trastorno bipolar, estos mecanismos de adaptación al estrés pueden fracasar y generar importantes desequilibrios de neurotransmisores a nivel cerebral que desencadenarían a su vez reacciones hormonales complejas.

La influencia de los factores ambientales varía mucho en cada caso concreto, e incluso en una misma persona a lo largo de su vida. En ocasiones un paciente es capaz de enfrentarse a situaciones muy difíciles sin recaer, y en otras ocasiones pequeños contratiempos son capaces de generar una recaída.

Al parecer determinadas situaciones vitales pueden aumentar la capacidad de los factores ambientales de generar una recaída en un momento determinado. Entre ellas destacan las siguientes:

- El consumo de alcohol y drogas.
- Haber tenido una recaída recientemente.
- Los períodos de cambio estacional.
- Cambios de medicación significativos.
- Cambios en los hábitos de vida, especialmente la reducción del sueño.

Experiencias de maltrato físico o sexual en la infancia parecen asociarse a un mayor riesgo de trastorno bipolar y, especialmente, a que el trastorno se inicie de una forma más precoz.

Al igual que los factores psicosociales pueden influir negativamente, también pueden hacerlo positivamente. Unas buenas relaciones familiares, una situación económica favorable o una red de apoyo social adecuado (amigos, compañeros...) influyen de manera positiva en el curso del trastorno.

Las causas de las recaídas

Uno de los desencadenantes de recaídas mejor descrito es el cambio estacional. Existe un subgrupo de pacientes que tienen en común la tendencia a recaer siempre en la misma época. Esto se explica porque los factores meteorológicos influyen de manera muy importante en los mecanismos responsables de la regulación del estado de ánimo; como es bien conocido, muchas personas notan que en los días nublados su ánimo decae y que el sol hace que estén más alegres.

El patrón estacional más frecuente es aquél que implica una fase depresiva en primavera; una maníaca o hipomaníaca en verano, y una nueva depresión en otoño. Parece que uno de los factores meteorológicos más importantes es la luminosidad del día y su duración. Algunos de estos pacientes mejoran su depresión al viajar a países del trópico, mientras que a otros, estos viajes les han llegado a desencadenar una fase maníaca.

El parto de un hijo constituye en las mujeres una situación de alto riesgo de descompensación si padecen un trastorno bipolar. Esto se debe tanto a la situación, que es psicológicamente estresante, como, y sobre todo, a los cambios hormonales que implica dar a luz. El mayor riesgo se presenta en las dos primeras semanas tras el parto.

El consumo de drogas es uno de los factores que más frecuentemente se asocia a una recaída. Bien a través de un efecto directo a nivel cerebral, o por la desestructuración de los hábitos de vida a los que tan frecuentemente se asocia su consumo.

El insomnio puede ser tanto un síntoma inicial de descompensación (es decir, una consecuencia), como una causa. Por ejemplo, si por razones laborales un paciente bipolar se ve obligado a hacer un turno de noche durante unos días, esta reducción de horas de dormir puede por sí misma favorecer una recaída. A veces, las preocupaciones y los problemas descompensan más mediante su acción sobre el sueño (dificultades para conciliar el sueño, levantarse antes para resolverlos) que por sí mismos. Se ha comprobado que dormir poco favorece la manía, mientras que dormir mucho puede favorecer la depresión.

En general, cualquier circunstancia que implique un cambio evidente en la vida de un individuo pone en marcha los mecanismos de alerta del organismo y activa la respuesta neurofisiológica al estrés (los mecanismos que regulan el estado de ánimo), pudiendo facilitar la aparición de los síntomas en las personas genéticamente vulnerables.

Conclusiones

El trastorno bipolar parece provocado por la interacción de factores genéticos y ambientales. La herencia parece ser el factor de mayor peso, pero todavía se desconocen los genes involucrados; sin embargo, no explica la enfermedad por sí sola.

Es necesaria la interacción con factores ambientales estresantes. El peso de los factores ambientales parece ser mayor durante los primeros episodios; una vez iniciada la enfermedad la importancia de los factores ambientales parece minimizarse.

El insomnio, los cambios hormonales, el consumo de drogas y los cambios estacionales parecen ser los factores ambientales que más se asocian a recaídas.

Alberto Domínguez Carabantes.
Psiquiatra.

Bibliografía

- Goldberg, JF, Harrow, M; Grossman, LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am. J. Psychiatry*; 152: 379-384, 1995
- Hales, R; Yudofsky, SC. Tratado de Psiquiatría Clínica. Ed Masson. 2004
- Livianos, L; Rojo, L. El tipo clínico maniaco. Ed. IM&C. 1999
- Tsuang, MT; Farone, SV: The inheritance of mood disorders, in *Genetics and mental illness: Evolving Issues for Research and Society*. Edited by Hall LL. New York, Plenum, 1996

Diagnòstic del trastorn bipolar

JOSEP RIBES

El diagnòstic de trastorn bipolar es basa en uns determinats símptomes i criteris que estan definits per un consens d'experts reconeguts per les societats científiques psiquiàtriques. Malgrat que els criteris estan aparentment clars hi ha alguns problemes: cada persona presenta estos símptomes genèrics d'una forma peculiar. La valoració, per tant, ha de ser individual, biogràfica. Les malalties mentals presenten, sobretot, símptomes. En el trastorn bipolar, per exemple, la clau diagnòstica són les emocions: impossibles encara de mesurar directament i objectivament.

Com es diagnostica el trastorn bipolar? El diagnòstic és el procés que té per objecte la identificació d'una malaltia basant-se en els seus símptomes. El diagnòstic de les malalties psíquiques és clínic. Es basa exclusivament en els símptomes manifestats pel malalt. Es valoren mitjançant una entrevista psiquiàtrica en la qual es realitza una exploració psicopatològica avaluant la informació que aporta el pacient respecte al que li passa i com se sent i l'observació de la conducta i de les reaccions. Les dades que puguin aportar els familiars o observadors pròxims són molt útils. Amb la història psiquiàtrica es determinarà l'evolució de l'estat d'ànim del pacient al llarg de la seua vida, s'identifiquen episodis depressius i maníacs previs, la seua freqüència i gravetat, esdeveniments vitals relacionats, altres diagnòstics rebuts i tractaments administrats. La identificació d'antecedents familiars de trastorn bipolar o d'altres malalties mentals pot ser molt rellevant.

Criteris diagnòstics

Es diagnostica trastorn bipolar quan el pacient presenta uns determinats símptomes i criteris que estan definits per un consens d'experts reconeguts per les societats científiques psiquiàtriques. Els dos sistemes fonamentals actualment vigents són el de l'apartat de malalties mentals (F) desenvolupat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), en la desena edició (Classificació Internacional de les Malalties; CIM-10) i el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-IV TR -Text Revisat-) desenvolupat per l'Associació de Psiquiatria Americana (APA). Els dos sistemes de diagnòstic són aproximadament equivalents, però amb certes diferències. A Espanya, a nivell administratiu, s'utilitza la codificació CIM-10. Així doncs, un pacient pateix trastorn bipolar:

- Si al llarg de la seua vida ha patit un o més episodis maníacs –d'exaltació de l'humor– (la CIM-10 permet fer el diagnòstic d'episodi maníac aïllat; en canvi, el DSM-IV col·loca ja el primer episodi maníac dintre del trastorn bipolar).
- Si un pacient, en la seua vida, ha tingut un o més episodis maníacs o episodis mixtos, es diu que pateix un trastorn bipolar tipus I. Quan al llarg de la vida del pacient hi ha diversos episodis depressius majors acompanyats d'un d'hipomaníac, es parla de trastorn bipolar tipus II. La CIM-10 no distingeix ambdós tipus. La distinció sí que té, però, interès clínic, ja que els pacients que tenen el tipus I solen tindre els problemes associats amb les maníes intenses, mentre que els de tipus II solen tindre més problemes associats a les depressions.

- Un altre criteri diagnòstic és que els episodis de trastorn de l'humor no s'han de poder explicar per un efecte de drogues o medicaments o en el curs d'altres malalties com ara el trastorn esquizoafectiu o l'esquizofrènia.

Com hem vist, la clau del diagnòstic del trastorn bipolar són els episodis maníacs. Cite seguidament els criteris que defineixen un episodi maníac (DSM-IV TR):

- a) Un període diferenciat d'un estat d'ànim anormal i persistentment elevat, expansiu o irritable, que dura almenys una setmana (o qualsevol duració si és necessària l'hospitalització).
- b) Durant el període d'alteració de l'estat d'ànim han persistit tres o més dels següents símptomes:
 - autoestima exagerada o grandiositat;
 - disminució de la necessitat de dormir (per exemple, se sent descansat havent dormit tan sols tres hores);
 - més parlador de l'habitual o verborreic;
 - fuga d'idees o experiència subjectiva que el pensament està accelerat;
 - distraïbilitat (per exemple, l'atenció es desvia massa fàcilment cap a estímuls banals o irrellevants);
 - augment de l'activitat intencionada (ja siga socialment, en el treball o els estudis, o sexualment) o agitació psicomotora, i
 - implicació excessiva en activitats plaents que tenen un alt potencial per produir conseqüències greus (per exemple, engrescar-se en compres irrefrenables, indiscrecions sexuals o inversions econòmiques insensates).
- c) Els símptomes no aconsegueixen els criteris per a l'episodi mixt.
- d) L'alteració de l'estat d'ànim és suficientment greu com per a provocar un deteriorament laboral o de les activitats socials habituals o de les relacions amb els altres, o per a necessitar hospitalització amb la finalitat de prevenir danys a un mateix o als altres o hi ha símptomes psicòtics.
- e) Els símptomes no són deguts als efectes fisiològics directes d'una substància (p. ex., una droga, un medicament o altre tractament) ni a una malaltia mèdica (p. ex., hipertiroidisme).

La hipomania és un grau menor d'exaltació de l'humor, que no comporta tant de perill per al pacient i no requereix ingrés.

Dificultats diagnòstiques

Aparentment els criteris estan clars. Hi ha alguns problemes, però cada persona presenta aquests símptomes genèrics d'una forma peculiar, influïda

per la seua personalitat, la seua formació, el moment del cicle vital en què estiga, el sexe i les seues circumstàncies personals. La valoració, per tant, ha de ser individual, biogràfica, amb més necessitat que no altres especialitats, que disposen sovint de signes per al diagnòstic. La diferència entre signe i símptoma és molt important. Un signe és un senyal objectiu d'una malaltia. Els signes són mesurables i objectius; per exemple, la febre, l'anèmia, una línia de fractura, la icterícia... Els símptomes, en canvi, són manifestacions subjectives de les malalties. No es poden mesurar tan fàcilment i si no els comunica el pacient, no es poden valorar. Les malalties mentals presenten, sobretot, símptomes. En el trastorn bipolar, per exemple, la clau diagnòstica són les emocions: impossibles encara de mesurar directament i objectivament. El signe amb què treballa la psiquiatria és la conducta, i la conducta és tan complexa, que és interpretable i molt més variable que la majoria de signes. No tenim l'ajut que tenen altres especialitats per al diagnòstic, amb les proves diagnòstiques de laboratori, d'imatge, o d'anatomia patològica. Açò pot explicar que un pacient pugui patir canvis diagnòstics al llarg de la seua evolució, o les discrepàncies diagnòstiques de dos professionals qualificats, els dubtes diagnòstics...

Paper de les proves complementàries

Les proves complementàries són tècniques de diagnòstic que poden proporcionar al metge un ajut per a confirmar el diagnòstic. Inclouen les proves de laboratori, les tècniques de neuroimatge i neurofisiologia i la psicometria.

El paper d'aquestes tècniques al trastorn bipolar és escàs. Avui no disposem de cap marcador biològic específic d'aquesta malaltia que ens permeta, en identificar-lo, diagnosticar-la. Els resultats de les analítiques de sang, d'orina, l'electroencefalograma, la TAC, la RMN són normals. Al primer episodi de la malaltia és pràctica habitual sol·licitar aquestes proves per descartar que el quadre psiquiàtric estiga produït per causes "orgàniques", com tumors o malalties endocrines o d'altre tipus que poden produir quadres iguals a les manies del trastorn bipolar. Aquests quadres s'anomenen manies orgàniques o secundàries. Les proves complementàries estan especialment indicades quan el psiquiatre detecta símptomes poc habituals en la presentació de la malaltia. Les proves psicomètriques són les destinades a mesurar l'eficàcia i funcionament de l'activitat mental. En el cas del trastorn bipolar ens interessen les que valoren l'estat d'ànim. No se solen utilitzar en la clínica diària, es gasten més aviat en el marc de la investigació i permeten quantificar els símptomes per avaluar l'efecte d'un medicament o una intervenció terapèutica.

Un error freqüent que s'està estenent i té a veure amb les analítiques, és pensar que als pacients amb trastorn bipolar els falta liti a la sang, i per això se'ls mesura de tant en tant la litèmia (nivell de liti a la sang) i se'ls dona liti com a tractament. El nivell de liti a la sang d'una persona que no pren sals de liti com a tractament, és zero. No hi ha cap dèficit de liti al sèrum dels pacients de trastorn bipolar. El que passa és que el liti és, com s'indica més endavant, un dels tractaments més importants d'aquesta malaltia. Quan es prenen com a tractament sals de liti, sí que convé mesurar-ne els nivells per tal d'assegurar-nos que són adequats per a ser eficaços.

En què es diferencia el trastorn bipolar d'altres malalties psiquiàtriques?

• Episodi depressiu-Depressió. Trastorn depressiu recurrent.

Una persona que pateix diversos episodis depressius al llarg de la seua vida, pateix un trastorn depressiu recurrent. No hi ha diferència entre els episodis depressius d'aquesta malaltia i els del trastorn bipolar. La diferència entre les dues malalties és que en el trastorn bipolar hi ha episodis maníacs. Com s'ha comentat abans, el diagnòstic de trastorn bipolar es pot fer quan apareix el primer episodi maníac.

• Trastorn orgànic de l'estat d'ànim; mania secundària.

Algunes malalties generals o malalties que afecten el cervell poden produir símptomes mot pareguts o iguals als del trastorn bipolar. Al quadre maníac produït per altres malalties, se l'anomena mania secundària. S'estima que suposen el 5% dels casos de mania. S'han descrit manies secundàries a malalties endocrines (malalties de la tiroide i de les glàndules suprarenals), neurològiques (infeccions, tumors, traumatismes cranials, accidents vasculars cerebrals). Com s'ha dit abans, la utilitat de les proves complementàries és descartar aquestes causes orgàniques com a responsables del trastorn.

• Trastorn de l'estat d'ànim induït per substàncies.

L'ús, abús o la supressió brusca d'alguns medicaments (corticoides) i drogues (alcohol, cocaïna, amfetamines, etcètera.) també poden produir símptomes semblants als que caracteritzen el trastorn bipolar. Els quadres depressius són els més freqüents, però també poden aparèixer quadres pareguts a la mania (maniformes).

• Esquizofrènia.

L'esquizofrènia és una malaltia que afecta el pensament i el trastorn bipolar afecta, en canvi, l'estat d'ànim. Ànim es refereix a "ànima o esperit"; i també "valor, esforç, energia". Les malalties de l'ànim afectarien, doncs, "l'energia" amb la qual ens vinculem al món: dèbil en la depressió, exagerada en la mania.

L'esquizofrènia és una malaltia que altera la forma de percebre i interpretar la realitat, de manera que el pacient pot escoltar o percebre sensacions que els altres no percebem (veus que escolta amb la seua oïda, o que capta a la seua ment (al·lucinacions) i creure com a certes coses que als altres ens semblen increïbles o impossibles (idees delirants). Es produeix a més en el caràcter del pacient un canvi progressiu, sovint permanent, que consisteix en un empobriment, amb una tendència a estar desmotivats, desinteressats, apàtics i abstrets que l'impedeix concentrar-se, rendir als estudis, el treball o les relacions socials. Aquest empobriment l'anomenem "defecte, deteriorament".

Al trastorn bipolar no existeix el deteriorament esquizofrènic, de manera que en els períodes de normalitat de la malaltia els pacients estan "com abans, com són ells". Hi ha indicis que en alguns casos de trastorn bipolar pot haver-hi un cert deteriorament, però no és de les dimensions del deteriorament esquizofrènic. Aquesta és la principal raó per la qual el trastorn bipolar té millor pronòstic que l'esquizofrènia.

En el trastorn bipolar no solen haver-hi al·lucinacions, o no són un dels principals símptomes.

Poden haver-hi idees delirants, però solen referir-se a temes relacionats amb l'estat d'ànim. Són idees falses de culpa, ruïna, o de patir una malaltia greu, en els episodis depressius greus. O són idees falses de grandiositat: creuen ser un personatge ric, famós, amb poders especials o amb vinculació directa o especial amb déu, en els episodis maníacs. Les idees delirants esquizofrèniques solen ser més estranyes.

Encara que en teoria les diferències entre esquizofrènia i trastorn bipolar estan clares, en la pràctica, de vegades, no és tan fàcil perquè sovint podem veure:

- Pacients amb esquizofrènia que presenten símptomes intensos relacionats amb l'ànim (depressius o maniformes –pareguts a la mania–).
- Pacients amb trastorn bipolar que presenten al·lucinacions o idees delirants no congruents amb l'estat d'ànim, més pròpies de l'esquizofrènia.
- Pacients en els quals existeixen, alternant-se o simultàniament, símptomes propis de l'esquizofrènia i símptomes propis del trastorn bipolar.

Per això, no és rar que hi haja pacients que foren diagnosticats en principi com esquizofrènics, i que posteriorment es canviara el diagnòstic pel de bipolar, i a l'inrevés. El canvi de diagnòstic d'esquizofrènia a trastorn bipolar és més freqüent que al contrari.

Cal tindre en compte, a més, que els símptomes de la malaltia poden ser més confusos als primers episodis, però van aclarint-se a mesura que passa el temps.

Considerant que hi ha persones que tenen símptomes tant d'esquizofrènia com de trastorn bipolar, hi ha un diagnòstic anomenat trastorn esquizoafectiu.

• Trastorn esquizoafectiu.

En aquest trastorn existeixen tant símptomes d'esquizofrènia com de trastorn bipolar. En algun moment de la malaltia el pacient ha presentat un episodi depressiu, maníac o mixt, simultàniament amb símptomes propis de l'esquizofrènia. A més hi ha hagut idees delirants o al·lucinacions durant almenys dues setmanes, sense símptomes afectius acusats. En general, sembla que els pacients amb trastorn esquizoafectiu tenen un pronòstic millor que l'esquizofrènia. Es considera que el trastorn esquizoafectiu està més vinculat als trastorns de l'humor o afectius que a l'esquizofrènia. Entre altres raons, per l'evidència de l'eficàcia del liti en el tractament d'alguns casos de trastorn esquizoafectiu.

• Trastorn límit de la personalitat.

El trastorn límit de la personalitat és un patró general de funcionament de la persona des que és adulta, caracteritzat per inestabilitat en les relacions personals, en la autoimatge i l'activitat i una notable impulsivitat que es dona en diversos contextos. La inestabilitat de l'humor i altres característiques es poden presentar també en el trastorn bipolar. Per això hi poden haver dubtes diagnòstics. El psiquiatre ha de discriminar entre els dos diagnòstics amb les dades de la història clínica del pacient.

.....
Josep Ribes Cuenca.
 Psiquiatre.

Metge adjunt del Servei de Psiquiatria. Hospital La Fe.
 Cofundador i vocal de la Junta Directiva de l'Associació
 Valenciana de Trastorn Bipolar.

Epidemiología del trastorno bipolar

PILAR SIERRA

Los estudios muestran que aproximadamente una de cada cien personas padece esta enfermedad. Además, de cada cien pacientes que sufre un trastorno del estado de ánimo, en veinte se trata de un trastorno bipolar. En los últimos años, gracias a un mayor conocimiento de esta enfermedad, tiende a diagnosticarse a una edad más temprana y el número de pacientes diagnosticados está aumentando.

Con qué frecuencia se presenta el trastorno bipolar? Los primeros estudios que analizaron la prevalencia o frecuencia estimada para el trastorno bipolar encontraron que oscilaba en torno a un 0,8%-1%, es decir, casi una persona de cada cien padece esta enfermedad. Trabajos posteriores han señalado cifras más elevadas. Se calcula que el trastorno bipolar constituye aproximadamente el 20% de todos los casos de trastornos del estado de ánimo, por lo tanto 20 de cada 100 personas que tienen alguna enfermedad que afecta a su estado anímico lo que padecen es un trastorno bipolar, y si hablamos del espectro bipolar, en el que también se engloban pacientes que padecen otras formas de presentación de la enfermedad, como trastorno bipolar tipo II (caracterizado por fases depresivas e hipomaníacas) y ciclotimia (fases depresivas leves e hipomaníacas), las cifras se extienden a un 3%-6,5% de la población.

A lo largo de los últimos años se ha producido un notable incremento en las cifras de aparición

del trastorno bipolar. A ello han contribuido factores como el cambio en los criterios de clasificación, que han hecho que pacientes que previamente eran clasificados como esquizofrénicos ahora sean diagnosticados como bipolares.

A continuación señalaremos algunas características que pueden influir en la frecuencia con la que se presenta el trastorno bipolar.

Sexo

Existen pocas diferencias en función del sexo del paciente. En el caso del trastorno bipolar tipo I (caracterizado por la sucesión de fases depresivas y maníacas francas), la frecuencia es prácticamente la misma; el de tipo II (caracterizado por la sucesión de fases depresivas e hipomaníacas) es algo más frecuente entre las mujeres. Sí que existen algunas variaciones en la forma en la que la enfermedad se manifiesta. Por ejemplo, las mujeres forman parte del grupo de pacientes bipolares denominados “cicladores rápidos” con más frecuencia que los hombres. Estos pacientes se caracterizan por padecer al menos cuatro episodios de depresión y/o manía al año.

Raza

No constituye un factor de riesgo demostrable. Aunque algunos estudios antiguos señalaban una menor frecuencia en la raza negra, es probable que esto se deba a que anteriormente se tendía a diagnosticar a estos pacientes como esquizofrénicos con más frecuencia. La única diferencia en la raza china es que el porcentaje de cicladores rápidos es mayor.

Estado civil

Tradicionalmente se ha considerado que los trastornos bipolares aparecen con más frecuencia entre personas solteras y divorciadas que entre casados. Esto puede deberse a dos factores, bien a que debido a la enfermedad el estado civil cambie y ocasione un mayor número de divorcios o más dificultades para encontrar pareja, o bien a que se inicie a una edad muy temprana y el paciente permanezca con más frecuencia soltero.

Edad de aparición

Por lo general, se considera que existen dos intervalos de edad con mayor riesgo para que se inicie un trastorno bipolar. Esto no quiere decir que la enfermedad no pueda comenzar antes o después, pero la frecuencia disminuye considerablemente. Estos periodos son: el intervalo de los 15 a los 19 años y el de los 20 a los 24. Aunque cada caso es diferente y no conviene generalizar, en aquellos pacientes en los que la enfermedad se inicia a una edad más temprana, el pronóstico tiende a ser peor, con mayor frecuencia de síntomas psicóticos durante las fases, y de trastorno de pánico, alcoholismo y otras adicciones, comportamientos disociales, y más intentos de suicidio. Además,

cuando el trastorno bipolar aparece muy pronto puede ocasionar un **diagnóstico erróneo** inicial, ya que los pacientes con un cuadro maníaco de aparición en la adolescencia son diagnosticados con más frecuencia como esquizofrénicos o esquizoafectivos. Se considera que en el sexo masculino y, también, cuando existe consumo de tóxicos, la edad de presentación tiende a ser más temprana.

En cuanto al trastorno bipolar de aparición en la infancia, los estudios señalan que está infradiagnosticado, es decir que la frecuencia con la que los niños pueden padecer un trastorno bipolar es mayor de lo considerado hasta ahora. Sin embargo, queda mucho por investigar para determinar su frecuencia de aparición, y, en muchos casos, el diagnóstico sólo se podrá confirmar en función de la evolución en el futuro.

Por otra parte, sólo aproximadamente un 25% de los casos de trastorno bipolar se inicia después de los 50 años, y un 10% será en la vejez. En estos casos se debe descartar en primer lugar que exista una enfermedad orgánica o fármacos, entre otras causas posibles, que afectan al cerebro y que producen estos cambios en la conducta.

¿Pero cuánto tiempo puede transcurrir desde que se inicia un trastorno bipolar hasta que es diagnosticado? Hay ocasiones en las que pueden pasar muchos años desde que se inicia hasta que el paciente recibe este diagnóstico, hasta ocho o más años. Esta demora es más larga en los casos de aparición en la infancia y adolescencia. Además, se tiende a solicitar valoración psiquiátrica con más frecuencia por depresión que por manía, dado que suele existir una falta de conciencia de enfermedad en relación con los sentimientos de euforia y bienestar patológico de las fases maníacas. Ello hace que se retrase el diagnóstico si la primera fase de la enfermedad es hipomaníaca. Sin embargo, parece que el retraso en la búsqueda de atención médica ha disminuido en los últimos años, esto puede deberse a un mayor conocimiento de las enfermedades mentales en la sociedad actual.

Existen otra serie de factores de riesgo que no son los causantes directos de la enfermedad. Es decir, el trastorno bipolar aparecería de igual modo en función de la carga genética, pero estos factores contribuyen ocasionando su aparición en un determinado momento. Entre ellos están: el riesgo obstétrico, la fecha de nacimiento, la pérdida parental y el hecho de vivir en una zona rural o urbana, aunque los estudios son escasos y los datos contradictorios.

Pilar Sierra San Miguel.

Psiquiatra. Unidad de Bipolares.
Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Grupos psicoeducativos para el trastorno bipolar

MARTA BELENCHÓN

Los programas psicoeducativos intentan ayudar al paciente y a su familia a comprender y afrontar las consecuencias de este trastorno, al mismo tiempo que buscan la colaboración activa junto con el terapeuta en el tratamiento. Para ello aportan un sistema teórico y práctico que permite dotar al paciente de recursos necesarios con los que manejarse con un mayor control y éxito ante el trastorno.

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

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

Una de las causas que influye más negativamente en la evolución de la enfermedad es la baja cumplimentación del tratamiento farmacológico. Los pacientes que siguen un programa psicoeducativo no sólo mejoran en sus conocimientos sobre el trastorno bipolar, sino que además desarrollan actitudes más positivas hacia el tratamiento y hacia la enfermedad, cumpliendo mejor el régimen terapéutico, lo que se traduce en una prevención de las posibles recaídas y, por tanto, en una mejora en la calidad de vida.

Al igual que sucede en otras enfermedades crónicas, va a ser fundamental dotar al paciente de recursos con los que poder manejarse, pudiendo ser parte activa del tratamiento aumentando su sentido de autoeficacia.

Así pues, podríamos decir que a través de dicha información se trataría de aumentar la comprensión sobre la enfermedad, de mejorar la adherencia a las medidas farmacológicas e incidir en aquellos factores psicosociales que pueden mejorar el curso del trastorno, para de esta manera ayudar a la prevención de recaídas o, en su defecto, hacer que si se producen sean menos intensas y de menor duración, con el consiguiente beneficio a todos los niveles (psicológico, laboral, social, familiar y sanitario).

La metodología de los psicoeducativos se basa en proporcionar una información útil y comprensible para los pacientes sobre los síntomas característicos de la enfermedad, la evolución de la misma, los factores psicosociales que pueden empeorar o mejorar el curso (donde incidimos especialmente en concienciar sobre la importancia de unos hábitos regulares, como, entre otros, es el mantenimiento de un ciclo de sueño-vigilia adecuado, la evitación del consumo de tóxicos, el mantenimiento de horarios de vida regulares y, especialmente, un cumplimiento adecuado del tratamiento farmacológico), las teorías explicativas, las pruebas que son útiles para el diagnóstico, así como los tratamientos que están a nuestro alcance.

Los pacientes aprenden a discriminar su sintomatología y a controlar sus propios impulsos respecto a temas económicos, laborales o familiares. El paciente informado puede reconocer el inicio de una fase y delegar en familiares o personas de confianza decisiones económicas o afectivas importantes para su vida.

En los psicoeducativos, a pesar de tener un formato grupal, intentamos adaptarnos a las demandas de información de cada persona en función de sus procesos psicológicos de adaptación.

En cuanto al proceso de adaptación emocional, los terapeutas facilitan la comunicación y la expresión de sentimientos. Los miembros del grupo se convierten en un apoyo entre ellos mismos, intercambiando experiencias de afrontamiento positivas y tomando conciencia de que “no están solos con su trastorno y sus problemas”.

Los terapeutas deben crear un marco, donde se refuercen las estrategias de afrontamiento activas que conducirán a un aumento de la autoeficacia.

A lo largo del desarrollo del programa psicoeducativo va a ser fundamental comparar el trastorno bipolar con otras enfermedades crónicas orgánicas (diabetes, hipertensión arterial, etcétera), estableciendo paralelismos entre ambas, para descargarla de connotaciones peyorativas. Hoy por hoy, los trastornos mentales todavía están llenos de prejuicios. Los pacientes que acuden a los psicoeducativos aprenden a superar dichos prejuicios, situando la enfermedad en su justa medida, sin negarla pero también sin sobrevalorarla, pueden hablar de ella con naturalidad y descargarla de mitos infundados.

Ya que uno de los objetivos fundamentales es la mejora de la adherencia farmacológica, durante las sesiones, el terapeuta junto con el resto del grupo puede ayudar al paciente a entender por qué es importante ser consistente con la toma de medicación y los riesgos que conlleva el no cumplimiento del tratamiento farmacológico, de tal manera que el paciente deje de ser un paciente “pasivo” y aumente su responsabilidad en el manejo de su enfermedad, al mismo tiempo que disminuyen sus sentimientos de impotencia y culpabilidad.

En los psicoeducativos se analizan detalladamente las ideas erróneas sobre la terapia farmacológica, así como aquellos factores (muchos de ellos psicosociales) que podrían interferir con el tratamiento. Analizados estos factores, el terapeuta ayuda y colabora junto con el paciente para solucionarlos. Aunque muchos pacientes señalan los efectos secundarios como motivo del abandono o mal cumplimiento del tratamiento farmacológico, lo cierto es que aparece frecuentemente una falta de conciencia de enfermedad y de la necesidad de tratamiento, que es sustituida por una fantasía de autocontrol que no ayuda a un afrontamiento eficaz ni al manejo de las recaídas.

En definitiva, mejorar la conciencia de enfermedad, ayudar a la adherencia al tratamiento y contribuir a la prevención de recaídas son los objetivos fundamentales de los programas psicoeducativos. Dichos objetivos contribuirán a un funcionamiento interpersonal más adecuado, a un mayor índice de bienestar y, por tanto, a una mejora en la calidad de vida.

Marta Belenchón Lozano.
Psicóloga clínica.
Servicio de Psiquiatría.
Hospital Universitario La Fe.
Valencia.

Tratamiento farmacológico de los trastornos bipolares

LUIS ROJO

El descubrimiento de medicamentos eficaces para el tratamiento de los trastornos mentales fue tan trascendente en la enfermedad mental, como lo fue la utilización de la insulina en la diabetes. Aunque aún quede mucho camino por recorrer, hoy por hoy la utilización de fármacos es un elemento crucial e indispensable en el tratamiento de los trastornos bipolares. Los principales psicofármacos empleados para su tratamiento son los antipsicóticos típicos y atípicos, el litio y los anticonvulsivantes.

La década de los años 50 constituyó uno de los periodos más cruciales en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos con la aparición de los psicofármacos. Se describen las propiedades antidepresivas, antipsicóticas y estabilizadoras del humor de fármacos como la Imipramina, la clorpromacina y el carbonato de litio. Su utilización permitió un cambio radical en la evolución, pronóstico y tratamiento de los trastornos mentales más graves. Su repercusión más evidente fue la salida de los hospitales psiquiátricos de multitud de enfermos, hasta entonces condenados de por vida a vivir en ellos. Nada ha sido igual desde entonces. El descubrimiento de medicamentos eficaces sobre los trastornos mentales fue tan trascendente en la enfermedad mental, como la utilización de la insulina en la diabetes. Aunque aún quede mucho camino por recorrer, hoy por hoy la utilización de fármacos en los trastornos bipolares es un elemento crucial e indispensable en su tratamiento.

Antipsicóticos

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

La manía aguda moderada o severa es usualmente controlada por los antipsicóticos. Hay numerosos estudios que demuestran la eficacia de fármacos como la clorpromacina (Largactil®) y especialmente del haloperidol. Ambos se pueden administrar por vía oral o mediante inyecciones, esto último en pacientes muy agitados, para resolver la situación de crisis, o mientras no se puedan utilizar los comprimidos. Se puede aceptar mejor un fármaco menos sedativo como es el pimozide (Orap®) que no tiene importantes efectos secundarios y para el que también se ha demostrado un efecto antimaníaco.

Uno de los principales problemas que plantea el tratamiento de los pacientes bipolares maníacos es su negativa a seguir el tratamiento. En estos casos existe la posibilidad de utilizar fármacos, que se administran inyectados, cuyo efecto dura desde varios días a un par de semanas; se les denomina antipsicóticos depot. Su uso garantiza que durante ese tiempo el paciente va a estar bajo el efecto de un tratamiento farmacológico activo.

El bajo o nulo cumplimiento de los tratamientos con estabilizadores del humor por los pacientes maníacos es la razón por la que utilizan con bastante frecuencia los servicios sanitarios y por la que muchos de los mismos (del 66% al 95%) es dado de alta con tratamiento antipsicótico.

Los antipsicóticos convencionales parecen mostrarse más eficaces que el litio en las fases iniciales del tratamiento o cuando la sintomatología es muy severa. Sin embargo estos medicamentos tienen efectos adversos tanto a corto como en el mantenimiento del tratamiento a largo plazo. Estos últimos pueden ser importantes hasta el punto que se ha aconsejado limitar su utilización en la manía aguda y utilizar otras alternativas como son la utilización de antipsicóticos atípicos, de un estabilizador del humor (Litio, Carbamacepina, Valproato) o de benzodiacepinas. Mientras que hasta hace poco el único antipsicótico atípico del que se disponían de estudios controlados sobre su eficacia como antimaníaco era la Clozapina, actualmente contamos con estudios que avalan la utilidad de la Risperidona (Risperdal®) y la Olanzapina (Zyprexa®).

Estos antipsicóticos atípicos constituyen una alternativa cada vez más sólida a los antipsicóticos convencionales. Además de haberse demostrado que son tan eficaces como los antipsicóticos convencionales, su principal ventaja procede de su mejor tolerancia, es decir, su menor riesgo de inducir los efectos adversos, tanto a corto como a largo plazo, propios de los antipsicóticos clásicos. Hay que decir que siempre hay casos de mala tolerancia individual, pero en general no producen tantos efectos extrapiramidales, siempre que se les utilice a dosis adecuadas. El riesgo de discinesia tardía es también menor. Con algunos de estos antipsicóticos atípicos empieza a haber estudios que demuestran su posible utilidad como estabilizadores del humor en pacientes bipolares.

El antipsicótico atípico más antiguo es la Clozapina (Leponex®). En la última década han sido comercializados la Risperidona (Risperdal®), la Olanzapina (Zyprexa®), la Quetiapina (Seroquel®) y recientemente la Ziprasidona (Zeldox®). Si dejamos a un lado la Clozapina, con Risperidona, Olanzapina, Quetiapina y Ziprasidona hay estudios que describen su eficacia antimaníaca.

Litio

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

Se administra por vía oral. Su dosis se debe establecer mediante determinaciones de su concentración en sangre (litemia). Las litemias eficaces se sitúan entre 0,8 y 1,2 mEq/l. Por encima de 1,5 mEq/l tiene efectos tóxicos.

Se debe controlar de modo periódico la función tiroidea y renal de los pacientes en tratamiento con Litio. El tratamiento con litio debe durar, como mínimo de dos a cinco años. La retirada debe hacerse de modo muy gradual. Está contraindicado en el embarazo, si hay fallo cardíaco. No se debe seguir una dieta sin sal. La utilización de diuréticos se debe hacer bajo control médico.

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

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

La falta de cumplimiento con el tratamiento con litio, que puede obedecer a razones muy variadas, es una de las principales razones que reducen su eficiencia.

Cuando iniciar y cuando y cómo finalizar el tratamiento con Litio.

La Organización Mundial de la Salud recomienda iniciar el tratamiento profiláctico tras el segundo episodio de un trastorno bipolar. Cuando finalizarla y el modo de hacerlo constituyen un aspecto controvertido.

Se ha descrito que la suspensión del tratamiento con litio puede facilitar que se produzca una recaída de tipo maniaco.

Se ha propuesto una duración mínima de dos a cinco años de tratamiento aunque debe reconocerse que, incluso en los pacientes bipolares tratados positivamente con litio durante años y claramente cumplidores con el tratamiento, la supresión del tratamiento tiene grandes posibilidades de precipitar una recurrencia maniaca. En caso de hacerse la retirada, si es rápida (en menos de dos semanas), el riesgo de recaída es mucho mayor que cuando se hace con mucha mayor lentitud.

Dosificación. Se suelen ajustar las dosis a 0,8-1,2 mEq/l., 12 horas tras la última toma de medicación. Hay en general pocos estudios sobre esta cuestión. Por encima de 1,5 mEq/l empiezan a aparecer los efectos tóxicos de esta sustancia: somnolencia, desgana, intranquilidad, alteraciones en los reflejos, movimientos musculares, alteraciones en el habla y en la marcha. En la intoxicación grave se puede llegar al coma. El mejor modo de evitar que esto suceda es cumplir adecuadamente con los consejos del especialista, la consulta médica y los controles de la litemia.

Contraindicaciones. El litio está contraindicado en casos de fallo cardíaco, ECG (electrocardiograma) gravemente alterado y embarazo por el riesgo de malformaciones congénitas, principalmente las cardiovasculares. Tampoco se puede seguir una dieta sin sal.

Anticonvulsivantes

En la actualidad existen datos suficientes sobre la eficacia de algunos anticonvulsivantes (fármacos que se utilizan habitualmente en el tratamiento de la epilepsia como la carbamacepina o el valproato sódico) como antimaníacos y como estabilizadores del humor en el trastorno bipolar. Los dos aspectos por los que estos fármacos despiertan interés son: su eficacia en formas que no responden al tratamiento con litio y que tienen un perfil de efectos colaterales diferente al menos, al que presenta el litio. Nuevos eutimizantes se están introduciendo como ayuda en el tratamiento de los trastornos bipolares, especialmente cuando no responden a los tratamientos habituales.

Carbamacepina (CBZ) (Tegretol®) tiene un uso cada vez más difundido en el tratamiento de los trastornos bipolares. Hoy en día está fuera de toda duda su eficacia en el tratamiento de la manía aguda y como tratamiento profiláctico de las recurrencias de los trastornos bipolares. Incluso en algunos tipos de manía, la CBZ es considerada como fármaco de primera elección.

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

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

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

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

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

En los últimos años se ha producido un interés creciente por la utilidad de este fármaco en los trastornos afectivos. En ello sin duda influye el haber sido considerado por importantes instituciones y autores como un estabilizador del humor de primera línea en pacientes de todas las edades. También el ser, desde 1996, el único fár-

maco, junto al litio, aprobado por la FDA (Agencia Americana que regula la autorización e indicaciones de los medicamentos) para el tratamiento de la manía.

Su empleo como monoterapia para la manía aguda ha tenido un crecimiento llamativo, al menos en EE UU, en los últimos años. De no ser apenas utilizado ha llegado a serlo en el 25% de estos casos. Hay que reconocer que no tiene en su haber el peso de las investigaciones que apoyan al litio. A su favor cuenta, por el contrario, su favorable perfil de efectos colaterales, las escasas interacciones que tiene con otros fármacos y, en el caso de la manía aguda, la rapidez de su acción (en la primera semana de tratamiento a dosis suficientes) que lo hace competitivo con los antipsicóticos y economiza los costes del tratamiento con litio.

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

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

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

Nuevos anticonvulsivantes

La eficacia antimaníaca y profiláctica de anticonvulsivantes como la CBZ o el Valproato permiten plantear si nuevos anticonvulsivantes —como la Lamotrigina (Lamictal®) la Gabapentina (Neurontin®) o el Topiramato (Topamax®)— reproducen estos efectos o pueden ser útiles en el tratamiento de las formas refractarias de los trastornos bipolares. La Lamotrigina ha demostrado capacidad antidepresiva en los episodios depresivos de pacientes bipolares. Como efectos colaterales hay que citar el exantema cutáneo (3 por cada 1.000 adultos y 1% en niños) y, muy raramente aunque de gravedad, el síndrome de Stevens-Johnson.

La **Gabapentina** es un anticonvulsivante con un perfil de efectos colaterales excelente, se elimina por vía renal sin metabolizar lo que implica la ausencia de interacciones por metabolismo hepático compartido. Por sus características constituye un fármaco prometedor con el que es deseable se desarrollen estudios controlados con pacientes bipolares refractarios.

.....
Luis Rojo Moreno.

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Valencia.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Fe.
Valencia.

Trastorno bipolar: una experiencia de vida

OLGA PELLICER

Carlos, diagnosticado de trastorno bipolar a los 19 años, tiene actualmente 33. Durante los 14 años que ha convivido con la enfermedad ha estado ingresado 14 veces en unidades hospitalarias de psiquiatría. La enfermedad ha hecho que su vida universitaria, laboral y familiar se viera muy alterada.

Llamé al timbre de la puerta de cristal de la unidad de psiquiatría, la enfermera me abrió desde el control, le pregunté por mi amigo Carlos, en la 16, me indicó.

—¿Es usted familiar o amiga?

—Amiga —respondí.

Desde fuera ya se advertía que cruzar aquella puerta era como traspasar el umbral, los límites de un mundo aparentemente ordenado y racional, para adentrarse en un espacio en el que cada uno de sus provisionales, cambiantes y a menudo reincidentes habitantes, poseen su propia cosmovisión regida por las leyes particulares que emanan de la soberanía de sus sentidos, con frecuencia distorsionados por la enfermedad mental.

Eran las seis de la tarde, una hora de poca actividad en la sala. Algunos pacientes deambulaban por el pasillo con la mirada perdida, la marcha lenta y la cara inexpresiva, revelando los efectos de la medicación. Un paciente dormía en la salita, en una cama hecha con dos sillas, improvisada para la ocasión; mientras otros apuntaban con su mirada hacia un televisor donde alguien hablaba para una audiencia ajena a ese “otro” mundo y a los acontecimientos que ocurrían al otro lado de la puerta de cristal.

Al llegar frente a la puerta de la habitación número 16 observé por la mirilla y vi a dos mujeres sentadas hablando. La paciente estaba de espaldas, tenía el pelo largo y rizado, recogido en una coleta; la otra era una mujer joven de mirada serena y dulce, algo que allí especialmente reconfortaba ver. He debido equivocarme, pensé. Debo de haber confundido el número de habitación. La mujer joven se percató de mi presencia y haciéndome una seña me indicó que pasaré. En ese momento la otra mujer se dio la vuelta y asombrada comprobé que era mi amigo Carlos. Hacía un año que no lo había visto.

Ahora lucía una bonita melena de pelo dorado, rizado y largo.

Me esbozó una sonrisa y le di un abrazo. Somos viejos amigos y hemos vivido ya demasiadas veces la misma escena en el mismo escenario. Catorce veces con ésta.

—¡Ya está bien, Carlos! —le dije.

—Te presento a Ana, mi novia —contestó.

Ana es menuda y morena, de mirada limpia y sonrisa sincera. Sus ojos delataban que ella le quería. Debía de hacerlo —pensé yo— para no naufragar en el oleaje de esa vida tormentosa a la que había arrimado la suya.

Él se asía a ella con firmeza y sorprendente calma. Ella era su apoyo, su baluarte máspreciado en esos momentos. No querría perderla por nada del mundo, pero el agotamiento, la resignación y una enmascarada indiferencia hubieran hecho que él aflojara su mano con gracia y coraje si ella hubiese hecho el más mínimo ademán de abandonarlo.

Carlos tiene 33 años. Le diagnosticaron trastorno bipolar con 19. Ha pasado ya 14 años en la montaña rusa. Recuerdo de nuevo que es su décimo cuarto ingreso. No es uno por año, la enfermedad no es tan ordenada, pero se ha cobrado fielmente todos sus aniversarios.

Con el objetivo de escribir este artículo —lo confieso— y con la intención secreta que surge del pensamiento mágico que todos llevamos dentro, deseé que la entrevista a modo de ritual catártico cerrase el círculo de esos 14 años y 14 ingresos a la simbólica edad de 33. Con entusiasmo pero sin mucha fe le pedí que me contará desde el inicio su historia.

—Todo comenzó una noche de verano. Tras unos días de un sin parar de aquí para allá, mientras charlaba con mi hermano en su habitación acerca de los misterios del mundo y de los secretos del universo —temas que en los últimos tiempos me interesaban de manera especial—, sucedió algo extraordinario, tuve una revelación: reconocí y sentí con claridad la existencia de la cuarta dimensión, el tiempo, a través de la cual podíamos movernos, yo mismo era capaz de hacerlo. Poco a poco ese entusiasmo se fue apoderando de mí hasta que la euforia se hizo incontenible. Mi familia, asustada, al no poder calmarme, avisaron a una unidad del SAMU, que al rato se presentó en mi casa, inaugurando y bautizando mi primer episodio maniaco.

Yo era estudiante de psicología, así que mejor o peor sabía que significaba aquello.

Ese fue mi primer ingreso. Pase 12 días hospitalizado en la unidad de psiquiatría embebido, por vez primera, en antipsicóticos y litio.

Carlos hace una pausa, le cuesta continuar. Esta es la tercera semana que lleva ingresado y, aunque ya le están disminuyendo la medicación, todavía le resulta difícil concentrarse y hablar. Sus pensamientos se suceden lentos, como si uno no pudiera salir a escena hasta que el otro la hubiera abandonado por completo. Articular en palabras esos pensamientos es todavía más costoso. De manera sincopada y con largas pausas vamos adentrándonos en su autobiografía. Carlos continua con su relato.

—Al salir del hospital, tras estar unos días en casa sumido en una profunda depresión en los que no podía más que estar tirado en mi cama y con un estado psíquico que no era capaz de soportar, mi familia, asustados por mi ideación suicida, me ingresaron de nuevo en el hospital. Es allí donde me corté las venas.

—¿Cómo lo hiciste? —le pregunté.

—Muy sencillo. Le pedí una maquinilla de afeitar a la enfermera, me la dio y lo hice. Esa vez estuve un mes en el hospital.

—¿Querías realmente acabar con tu vida?

—No lo sé, sólo sé que no podía soportar por más tiempo aquella situación. En esos momentos no veía otra salida para escapar de ese infierno... Quizás, como me dijeron, había sido un intento desesperado para pedir auxilio, una estratagema inútil para reclamar la ayuda de Dios, de la enfermera de guardia, de mi madre... No lo sé... Luego me arrepentí por el sufrimiento y la preocupación que había causado en mi familia. Ciertamente es que lo lamenté también por las normas de aislamiento y estrecha vigilancia a las que me sometieron.

—¿Cómo transcurrían los días en el hospital?

—El ritmo de mi vida lo marcaba la medicación. Tres colores y sus combinaciones teñían mi existencia: el del litio, el de los antidepresivos y el de los neurolépticos; más tarde hubo que añadir un cuarto, el de los antiepilépticos. La sucesión del gota a gota presagiaba el cambio de ritmo. Cuando mi vida sonaba a nocturno, el Prozac me abocó a la rapsodia.

—Debuté con una taquiarritmia de depresiones y euforias, hilaridades y angustias, descubrimientos y conversiones, recompensas y castigos. Tenía 19 años, estaba empezando a descubrir la vida.

—¿Y qué pasó después?

—Tras una serie de ingresos repetidos vino un período de relativa calma, entonces continué mis estudios de psicología. Fue allí donde nos conocimos. Cursé dos años en uno para recuperar el tiempo que me había retrasado. Luego pedí una beca para estudiar un año en Inglaterra, me la concedieron y con los cambios y las emociones llegó un nuevo episodio de euforia que me llevó de cabeza a un hospital en Londres.

—Me lo pasó genial —me dice, mientras me mira y sonrío como con añoranza de tiempos mejores.

Al hilo de la conversación le pido que me describa cómo es y cómo se siente durante una fase de euforia.

—Siento en mi cabeza una continua lluvia de ideas que me impulsa a hacer cosas sin parar y a no dejar de hablar; siento amor por todas las cosas, por todos los seres, pasión y excitación por la vida, por cada pequeña o gran cosa que ésta me ofrece; la vida esta llena de magia, revelaciones y descubrimientos. Me siento “conectado”, inundado por la energía del universo. Olvido dormir, comer o descansar, no lo necesito. Cada cosa que hago me resulta extremadamente gratificante. Desaparece el miedo y el sentido de la precaución. Es la exaltación de la vida en estado puro.

—¿Y cómo es el otro lado de la moneda?

—Es la nada. Cuatro paredes y mi cama.

—Me pregunto si eres consciente de cuándo vas a entrar en una nueva crisis.

—Ahora sí. Pero aunque se es consciente, tienes la falsa creencia de que se va a poder controlar, pero casi nunca es así. Las facturas de mi móvil son un buen indicador externo de mis crisis...

—¿Y la medicación?

—En cierta medida me he reconciliado con ella y hemos aprendido a convivir. Soy consciente de que cada alejamiento o abandono de la pauta terapéutica ha traído consigo sus consecuencias, nuevas subidas y bajadas. Ya no quiero volver a hacerlo.

Las hospitalizaciones se han sucedido con más o menos frecuencia. Al principio, en los períodos de calma, Carlos intentó continuar sus estudios de psicología, pero los efectos de la medicación y los estragos de la enfermedad, a pesar de que siempre demostró una capacidad sobresaliente para el estudio, le hicieron desistir.

Si hablamos de psicología dice haber renunciado sin pena, al menos a su vertiente académica. No está conforme con los modelos tradicionales al uso, ya que a él ni le sirven ni le convencen.

Carlos, con frecuencia, no comulga con lo establecido, y suele moverse de forma escurridiza entre los límites de lo que objetivamente parece real y la frontera de lo esotérico u oculto. Éste es con mucho el punto más complicado.

Durante largas temporadas ha podido trabajar, fundamentalmente cuidando y acompañando a personas mayores, y ha sido excelente en su trabajo. Es cariñoso, solícito y se preocupa sinceramente por el bienestar de las personas a las que acompaña.

A pesar de eso, de que pone el alma en su trabajo, en más de una ocasión se ha sentido prejuzgado por su enfermedad e injustamente tratado. Lo entiende, sabe que es fruto del desconocimiento y del amarillismo que de vez en cuando se ceba en “ellos”.

Incluso, algunos pretendidos amigos han dejado de serlo cuando se han avecinado temporales.

Carlos sabe que al margen de eso cuenta siempre con el apoyo incondicional de su familia, de sus amigos, de Ana. Aunque la relación con sus seres queridos no siempre es fácil, en especial con su madre.

Esta semana, Amparo, su madre, no vendrá a visitarlo, se ha quedado en casa por “prescripción médica”. Carlos no quiere verla. Ella se traga el dolor y se muerde las ganas, y rota en 14 pedazos me dice: “Mi hijo es el mejor del mundo”.

A Amparo le ha tocado el duro papel de ser la madre, de sufrir en su alma cada arañazo, cada zarpazo que la vida le ha ido dando a su hijo. Como todas, claro, con esta enfermedad, con otra o con ninguna, ser madre lleva innato el sufrimiento. “Pero cada una se sabe lo suyo”, me ha comentado a veces con un profundo suspiro.

Lo peor de todo es no poder hacer nada. Muchas veces de manera injusta se ha sentido culpable de la situación, de lo que pudo hacer o de lo que no hizo para que su hijo desarrollase la enfermedad. Ella le conoce mejor que nadie, sabe cuando Carlos está jugando con fuego, cuando sufre, cuando se aproxima cada nuevo episodio, pero también sabe que cada consejo o recomendación que salga de su boca la alejará más de su hijo, provocando el efecto contrario al deseado.

Carlos ya no vive con ella. Ha decidido que necesita independizarse, enfrentarse a la vida por sí mismo. Piensa que el cercado con el que su madre había pretendido protegerlo le hace daño. No quiere vivir como un “enfermo”.

Mi trato con Carlos es de amiga, nunca de terapeuta. Aunque desde mi parcialidad e implicación trate en la medida de lo posible de conciliar esta situación que —lo reconozco— es bastante complicada.

Se ha hecho tarde y Ana tiene que irse a trabajar. Soy consciente de que hoy les he privado de su ratito de complicidad, pero antes de marcharme, y para cerrar mi visita y la entrevista con un toque de optimismo, me gustaría que como otras veces —aunque en circunstancias distintas— Carlos me hablase de aquello que a pesar de todo, y por todo, ha aprendido de la enfermedad.

En esta tarde lluviosa y gris de primavera se lo pregunto de nuevo:

—¿Qué crees que has aprendido de tu experiencia con la enfermedad, Carlos?

Su mirada se pierde a través del cristal, mientras las gotas de agua se deslizan borrando cada uno de sus últimos pensamientos. Le repito varias veces la pregunta. Creo que está cansado o quizás no quiere contestar. Le insisto, pero me resigno a marcharme sin escuchar de su boca unas palabras de aliento... Carlos vuelve la mirada hacia mí y con gesto triste e ingenuo me dice:

—No me acuerdo... Dímelo tú.

.....
Olga Pellicer Porcar.
Psicóloga.
Departamento de Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández.

Asociacionismo: la fuerza que defiende los derechos

M^a ISABEL GÓMEZ. JOAN-P. G. MOLINER

Al desamparo que se produce cuando una persona desarrolla esta enfermedad se añade el desconocimiento de lo que le ocurre, la falta de información adecuada y la necesidad de encontrar una solución. Esto hace que las repercusiones en el estado de ánimo de los que rodean al enfermo sean patentes. En este sentido, el compartir conocimientos y experiencias con otras personas que hayan pasado por lo mismo puede ser inestimable. La unión en asociaciones de todas las personas que de una u otra forma se ven afectadas por el trastorno bipolar puede lograr que la situación de soledad y aislamiento se resuelva.

Recientemente se ha producido una modificación radical en la relación entre el usuario y el sistema sanitario, o bien, entre médico y paciente. En el actual contexto sociológico, la relación asistencial ha pasado del modelo “paternalista”, donde el sistema sanitario o el médico decide por el paciente, siendo éste un mero receptor de las atenciones del propio sistema, al modelo “autonomista”, donde el paciente decide por sí mismo, pero teniendo en cuenta las opiniones de los profesionales de la salud. Todo esto está suponiendo un cambio esencial en la organización sanitaria por la importancia que han adquirido los afectados como usuarios del sector sanitario, pues la desconexión con su realidad tiene un valorado precio político. De hecho, han visto la luz nuevas leyes como la de Autonomía del Paciente y la de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, siendo esta última donde se asientan las bases normativas de la representación de los pacientes. Por lo que se va haciendo realidad, cada vez más, la participación del paciente en el sistema sanitario a través de unas vías concretas que, debidamente vehiculizadas en su dimensión colectiva, suponen el movimiento asociativo.

Según parámetros europeos, este movimiento de carácter participativo y reivindicativo surge para la defensa de los derechos de ciertas minorías. En nuestro caso –una de las más numerosas, marginadas y silentes– la constituyen los enfermos mentales crónicos. Las muchas necesidades de las

familias afectadas, más el impulso reformador de ciertos profesionales de la salud mental, han originado la actividad asociativa de pacientes y familiares. A su vez, estas asociaciones vienen siendo buenos indicadores de la evolución de las reformas y su adecuación a las necesidades del colectivo de asociados. Son un referente decisivo para la promoción del desarrollo en extensión y calidad de los servicios de la salud mental, así como para superar la barrera de la estigmatización y marginación a pacientes y familiares, y también para la construcción de una identidad colectiva que está contribuyendo decisivamente a configurar una nueva cultura en torno a la salud mental. Tal avance estará asegurado si se establece un liderazgo compartido entre pacientes, familiares y profesionales.

Familias afectadas

Es evidente que los principales afectados son los que más a fondo conocen sus propias dificultades.

Consideramos afectados tanto a enfermos como a sus familiares, pues todos ellos sufren las consecuencias de la enfermedad. La familia es el pilar fundamental para la estabilidad del paciente. Las personas con diagnóstico de trastorno bipolar conviven y permanecen, con mayor frecuencia, en la familia de origen o bien mantienen una cierta conexión más o menos próxima; por lo general suelen mantener un vínculo de dependencia. La situación ha mejorado gracias a la confluencia de diferentes factores, como el desarrollo de nuevas formas más eficaces de tratamiento farmacológico, psiquiátrico, psicoeducativo y de intervención psicosocial; aunque todavía queda mucho por hacer, los servicios son escasos y están desbordados ante la gran demanda existente. La reforma psiquiátrica no se ha desarrollado plenamente por falta de recursos y gran parte de usuarios se encuentran solos en sus domicilios, sin apoyos, o excepcionalmente con sus propios familiares, quienes se encargan de cubrir dichas carencias y necesidades. De esta realidad surge el movimiento asociativo como marco adecuado para la gestión directa de recursos y realización de actividades de apoyo, precisamente donde la compleja maquinaria administrativa encuentra dificultades.

Por lo general, la familia ayuda a satisfacer las necesidades económicas del enfermo, empleo adecuado del tiempo, alojamiento y manutención, participación sociolaboral, etcétera; principalmente en los casos de mayor cronicidad y los/as cabezas de familia. Mayoritariamente, el familiar cuidador de quien padece este trastorno mental crónico suele ser mujer, con largos años

de atención al familiar enfermo, sin apoyos, sin ayudas y sin respiros. Ocho de cada diez enfermos mentales, de entre 16 a 50 años, viven junto a sus padres, cuya edad oscila entre los 65 y 75 años. Además, son personas limitadas en los diferentes aspectos de su calidad de vida, fundamentalmente en lo referente a su propia salud y a sus vínculos sociales. Por esta razón, es muy normal que los familiares valoren considerablemente una asociación que se preocupe realmente tanto por la propia problemática como por la del familiar enfermo, pues les sirve de gran apoyo, orienta e informa, moviliza recursos, actúa ante las diferentes administraciones e interviene en la desestigmatización social e integración sociolaboral. Puesto que la familia es la principal fuente de prestaciones de servicios y el hogar el principal espacio de atención y cuidado, es preciso conseguir servicios de respiro que favorezcan el descanso para poder volver de nuevo a asumir la mantenida carga asistencial, intensa y estresante de las tareas del familiar cuidador. El apoyo y la asistencia domiciliaria para pacientes y familiares facilitará la intervención precoz y el mantenimiento de cuidados y tratamientos.

El contacto con la “realidad bipolar”, desde el planteamiento de estos enfoques mencionados y teniendo en cuenta la especificidad de esta enfermedad mental, así como la realidad social actual, nos proporciona una perspectiva diferente de la habitual, colocándonos ante el reto de ir más allá de recoger las necesidades y expectativas del colectivo representado. Debemos contribuir a la consecución de una sanidad a la medida de nuestros usuarios, haciendo llegar al sistema sanitario nuestros propios puntos de vista. Para esta contribución con la sanidad pública, desde el movimiento asociativo es imprescindible cumplir con unos requisitos de profesionalización, que garanticen la eficacia y calidad de las actividades que se desarrollen.

Especificidad

Es muy conveniente que todo el colectivo de pacientes y familiares afectados por el trastorno bipolar nos unamos formando una “asociación específica” sobre esta patología.

Esta es una enfermedad de características muy concretas que proporciona a la persona que la padece unos ritmos o episodios muy especiales que la diferencian de cualquier otra enfermedad mental, por lo que requiere recursos de apoyo y rehabilitación muy específicos. Este trastorno del humor o del estado de ánimo del paciente, provoca gran sufrimiento en una enorme cantidad de personas, aunque por suerte dispone de un tratamiento específico, a corto, medio y largo plazo, que puede mejorar decisivamente la calidad de vida de los enfermos aquejados de esta dolencia. El trastorno bipolar es probablemente la enfermedad mental más beneficiada por un tratamiento psiquiátrico correcto. Además, complementario al farmacológico, existe el tratamiento psicoeducativo. Este último puede ayudar a reducir el número de crisis o recaídas, prolongando los periodos entre éstas. Al mismo tiempo procura un mayor conocimiento y comprensión de la enfermedad a los familiares, lo que a su vez mejora el pronóstico del paciente. Es evidente que el apoyo psicoeducativo al paciente y a su familia es un complemento muy eficaz del tratamiento profiláctico. Por consiguiente, todos los afectados por la enfermedad bipolar necesitamos

urgentemente una “asociación específica” con unas particularidades bien diferenciadas de las que demandan otras enfermedades mentales. Pero debe quedar bien claro que la especificidad no supone segregación ni competencia con otros graves problemas de salud mental, sino ampliación y refuerzo de demandas. Resulta indispensable e imperioso acercar el conocimiento del trastorno bipolar y de toda la problemática que conlleva a nivel personal, familiar, social, laboral, económico, etcétera, a la opinión pública y a las diversas administraciones, con objeto de sensibilizarles para recabar su atención e indispensable ayuda.

Nuestra asociación

Está constituida por enfermos, familiares, amigos, allegados, colaboradores y profesionales de la salud, integrando un equipo humano sensible a las dificultades y padecimientos que depara esta enfermedad que nos une.

La Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar (AVTB) dimana de la perseverancia de pacientes y familiares, quienes venían manteniendo encuentros periódicos en las terapias grupales, dirigidas por especialistas de la Unidad de Referencia de Trastornos Bipolares del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario La Fe de Valencia. Desde este marco y ante dicho contexto, impulsados y motivados por los profesionales de la salud mental, comprendimos la necesidad de constituirnos legalmente para defender nuestros derechos e intentar cubrir las necesidades de todos cuantos estamos afectados por esta patología. Y al tiempo ir ganándole terreno a la enfermedad, luchando por una existencia digna, con mejor salud y mayor calidad de vida para todos. Conscientes de la trascendencia de obtener buena orientación e información, correcto conocimiento con seriedad y rigor científico y un adecuado apoyo para el favorable curso de la enfermedad, hemos decidido aunar nuestros esfuerzos en este proyecto humano de importante intervención social. Así, estamos creando, paso a paso, un sólido anclaje en defensa de nuestros objetivos comunes dentro del ámbito autonómico, esto es, Alicante, Castellón y Valencia.

“Ayúdanos a ayudarte”.

La colaboración con la AVTB establece una forma de autoayuda. Debemos estar acordes con nuestro tiempo, en el que el movimiento asociativo, como hemos descrito anteriormente, adquiere cada día mayor expansión e importancia, siendo conscientes de que una organización de pacientes y familiares como la nuestra juega un papel fundamental en la recogida de necesidades y expectativas de los grupos a los que representa y que para conseguir una sanidad a medida de sus usuarios es imprescindible nuestra opinión, nuestro punto de vista. Lo que nos implica a todos los afectados en una respuesta responsable para poder gestionar con calidad, planificación, control, compromiso y profesionalidad nuestra asociación, lo que nos llevará a conseguir cuantos objetivos nos hayamos propuesto.

Iniciativas, intervenciones y proyectos.

Entre los objetivos principales de la AVTB, reflejados en los estatutos oficiales, están, entre otras funciones, la labor informativa y orientativa a quienes la requieran. Para ello se editan desde el gabinete de prensa, para su difusión gratuita, hojas divulgativas, circulares informativas, folletos, el boletín *Ciclos* y también se ha publicado la

Guía orientativa del trastorno bipolar y el libro *Trastorno bipolar: información y consejos útiles para pacientes y familiares*. Disponemos del dominio web <http://www.avtbipolar.org>, con el apartado “Crono noticias” y diferentes textos de interés, en formato PDF, revisados por especialistas. El Ciclo de Conferencias Monográficas sobre el trastorno bipolar ofrece cada último martes de mes un contenido distinto con diferentes ponentes expertos en el tema desarrollado. Dentro del área dedicada al estudio e investigación sobre esta patología, el Espai d'Estudis Específics ha efectuado el Programa de Concienciación de Adherencia al Tratamiento mediante una encuesta a pacientes y familiares, y una posterior conferencia sobre dichos resultados. Se está colaborando en el Estudio sobre la Terapia Cognitivo-Conductual. Está elaborado el proyecto piloto denominado Aula Valenciana d'Estiu para hacerlo extensivo a toda la Comunidad; habiendo colaborado anteriormente en el curso para profesionales Actualización en Trastorno Bipolar, de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES). Colaboración en los programas psicoeducativos para pacientes y familiares. En 2004 se desarrollaron las I Jornadas de la Comunidad Valenciana sobre el Trastorno Bipolar, declaradas de interés científico-sanitario, con más de 600 asistentes desde 14 provincias; el 15 y 16 de noviembre de 2006 están previstas las II Jornadas, denominadas “Alacant 2006”, con continuidad en Castellón para 2008. En septiembre dará comienzo el programa específico de deshabituación tabáquica para enfermos de trastorno bipolar, innovador y pionero por sus características. En el área de los C.O.A.A., se viene desarrollando el Club de Ocio, con diversas actividades lúdicas, culturales, deportivas, de ocio, etcétera; las terapias grupales para pacientes y familiares en los Lloc de Trobada, como grupos de apoyo mutuo y autoayuda; “takes” espacio de arteterapia; club de lectura pionero de este género en las bibliotecas municipales; Notes, intervención terapéutica musical específica para este colectivo. Convivencias psicoterapéuticas guiadas. Elaboración de programas de mediación, respiro y descarga familiar, a nivel sociosanitario, como seguimiento del tratamiento farmacológico para el mantenimiento de la estabilidad y evitación de crisis e ingresos; tutorización en la inserción e integración sociolaboral. Orientación en aspectos jurídico-legales relacionados con la enfermedad bipolar.

De lo expuesto se deduce que para alcanzar estas metas y otros objetivos es imprescindible la comprensión, el apoyo y la mutua ayuda entre todos los que compartimos y padecemos esta enfermedad, unos como enfermos y otros como familiares, con la asistencia y el respaldo de los profesionales de la salud mental y la implicación de las administraciones públicas.

M^{ra}. Isabel Gómez Bustos.
Joan-P. G. Moliner.

Gabinete de prensa de la AVTB.

Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar (Alicante, Castellón, Valencia); Apartado 9023; 46080 Valencia.

AVTBipolar@avtbipolar.org

<http://www.avtbipolar.org>

Teléfono directo, lunes y miércoles de 19 a 20 horas:
626 731 598.

Contestador automático 24 h / 365 días al año:
963 841 211

cursos congressos seminaris conferències

CURSOS DE L'ESCOLA VALENCIANA D'ESTUDIS PER A LA SALUT (EVES)

Informació:

Secretaria de l'EYES

C/Juan de Garay 21, 46017-VALÈNCIA

Tel. 963 86 93 69 Fax: 963 86 93 70

<http://www.san.gva.es/val/prof/home-prof.html>

► DIPLOMA DE METODOLOGIA D'INVESTIGACIÓ CIÈNCIES DE LA SALUT

Duració:

400 hores.

Dates:

d'octubre de 2006 a març de 2007.

Horari:

dijous, de 16.00h. a 20.00h, i divendres, de 9.00h. a 13.30h. i de 15.00h. a 19.00h.

Matrícula:

1.645,73 euros.

Preinscripció:

Fins el 21 d'agost de 2006.

Places:

20 alumnes.

Lloc:

EYES.

► DIPLOMA D'EXPERT EN MEDICINA D'URGÈNCIES

Duració:

200 hores.

Dates:

octubre i desembre de 2006.

Horari:

de dilluns a dijous, de 16.30h. a 20.30h.

Matrícula:

445,73 euros.

Places:

40 alumnes.

Lloc:

EYES.

► INTERVENCIÓ EN PREVENCIÓ I TRACTAMENT DE LES DROGODEPENDÈNCIES. SISTEMES D'AVUACIÓ

Duració:

40 hores.

Dates:

segona quinzena de novembre de 2006.

Horari:

dilluns a divendres, de 16.00h. a 20.00h.

Matrícula:

205,73 euros.

Places:

20 alumnes.

Lloc:

EYES.

► PLA ONCOLÒGIC. CÀNCER HEREDITARI

Duració:

20 hores.

Dates:

13,15,17,20,22 de novembre de 2006.

Horari:

Vesprades, de 16.00h. a 20.00h.

Matrícula:

125,73 euros.

Places:

25 alumnes.

Lloc:

Hospital d'Elx.

► RISC QUÍMIC EN ELS PROFESSIONALS SANITARIS: IDENTIFICACIÓ, AVALUACIÓ I PREVENCIÓ

Duració:

40 hores.

Dates:

del 6 al 20 de novembre de 2006.

Horari:

de dilluns a divendres, de 16.00h. a 20.00h.

Matrícula:

205,73 euros.

Places:

20 alumnes.

Lloc:

EYES.

► CURS DE VALORACIÓ DEL DANY CORPORAL

Duració:

32 hores.

Dates:

del 11 al 22 de desembre de 2006.

Horari:

de dilluns a divendres, de 16.00h. a 20.00h.

Matrícula:

173,73 euros.

Places:

20 alumnes.

Lloc:

EYES.

► ANÀLISI ESTADÍSTICA AMB ORDINADOR: PROGRAMA SPSS/PC

Duració:

40 hores.

Dates:

de l'11 al 21 de desembre de 2006.

Horari:

de 16.00h. a 20.30h.

Matrícula:

205,73 euros.

Places:

20 alumnes.

Lloc:

EYES.

► CURS D'ASPECTES SANITARIS DE LA RESPONSABILITAT PATRIMONIAL PER A METGES I PERSONAL D'INFERMERIA D'INSTITUCIONS SANITÀRIES

Duració:

40 hores.

Dates:

del 20 al 23 i del 27 al 30 de novembre de 2006.

Horari:

de 16.00h. a 21.00h.

Matrícula:

205,73 euros.

Places:

20 alumnes.

Lloc:

EYES.

CURSOS DE POSTGRAU I D'ESPECIALITZACIÓ DE LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Informació i preinscripcions:

Fundació Universitat-Empresa. ADEIT

Plaça Verge de la Pau, 3

46001-VALÈNCIA

Tel. 96 398 39 26

Fax: 963 51 28 18

www.adeit.uv.es

formacion.adeit@uv.es

► DIPLOMA D'ESPECIALISTA EN ERGONOMIA I PSICOBIOLOGIA APLICADA. 9a EDICIÓ

Organitza:

Departament de Medicina Preventiva, Salut Pública, Bromatologia, Toxicologia i Medicina Legal. Universitat. Internacional Menéndez Pelayo.

Direcció:

María Manuela Morales Suarez-Varela.

Dirigit a:

Llicenciats, diplomats, enginyers tècnics o superiors. Professionals.

Duració:

22/11/06 a 31/07/07.

Dimarts, dijous, de 16.30 h. a 20.30 h.

Matrícula:

1.200,00 euros.

Preinscripció:

Fins el 30 d'octubre de 2006.

UNIVERSITAT INTERNACIONAL MENÉNDEZ PELAYO

Palau de Pineda.

Plaça del Carme, 4

46003 València

Tel: 96 386 98 00 / 02 / 04

Fax: 96 386 98 23

www.uimp.es

secretaria_valencia@uimp.es

► PAPER DE L'ENDOTELINA EN EL CÀNCER I EN ALTRES PROCESSOS PATOLÒGICS

Directors:

Vicente M. Villar Amigó.

Dpt. Fisiologia, Farmacologia i Toxicologia. Universitat Cardenal Herrera-CEU.

Anil Gulati.

Dept. of Biopharmaceutical Sciences. University of Illinois at the Medical Center. Chicago.

Secretari:

Carlos Guillén Barona.

Institut Valencià d'Oncologia.

Data:

Del 2 al 6 d'octubre de 2006.

► SIMPOSI SOBRE ACTUALITZACIÓ EN MALALTIES RARES EN LA INFÀNCIA

Director:

Fernando Mulas Delgado.

Cap del Servei de Neuropediatria de l'hospital universitari la Fe.

Secretària:

Josefa Balaguer.

Presidenta de FEAPS de la Comunitat Valenciana.

Data:

Del 26 al 27 d'octubre de 2006.

► IV JORNADES DE TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA. ANORÈXIA I BULÍMIA NERVIOSES

Director:

Luis Rojo Moreno.

Responsable de la Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària. Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari La Fe.

Secretària:

Gloria Cava Lázaro.

Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària. Servei de Psiquiatria de l'hospital universitari la Fe.

Data:

Del 13 al 17 d'novembre de 2006.

II JORNADES DE LA COMUNITAT VALENCIANA SOBRE TRASTORN BIPOLAR. ALACANT 2006

Lloc:

Palau de Congressos d'Alacant

Dates:

15 i 16 de novembre de 2006.

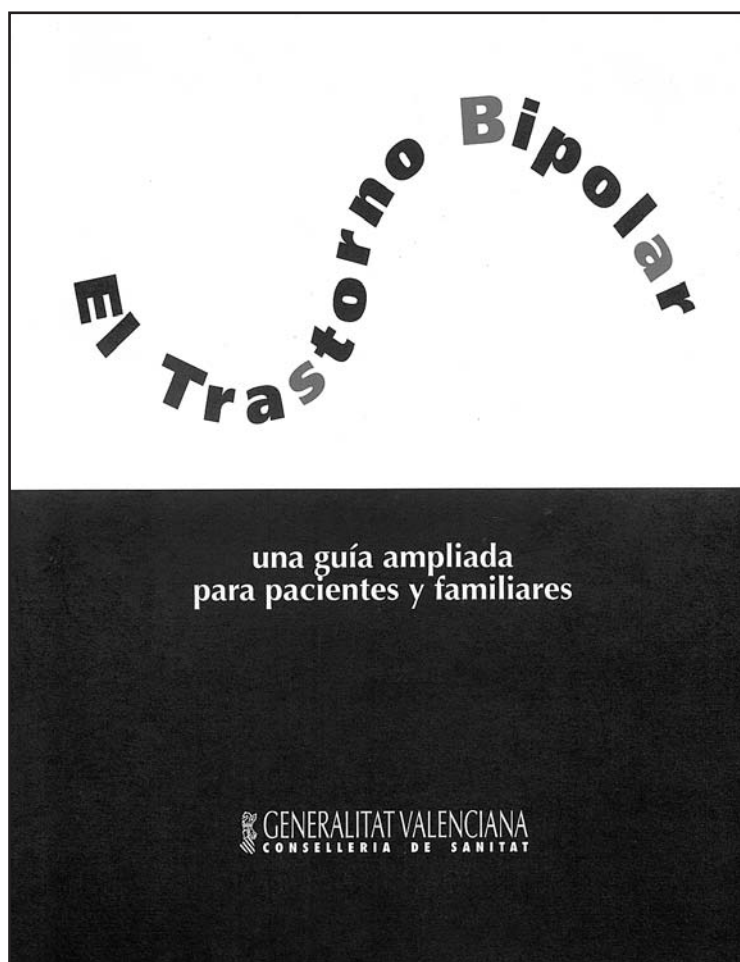
Adreçat a:

Afectats per la malaltia bipolar, familiars, professionals i especialistes relacionats amb esta patologia i totes les persones interessades.

Informació:

Associació Valenciana de Trastorn Bipolar.

www.avtbipolar.org/jornadas.htm



El trastorno bipolar. Una guía ampliada para pacientes y familiares

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.

ISBN: 84-482-4107-X

Edició en castellà

El trastorn bipolar és una de les malalties psiquiàtriques que més es beneficia d'un adequat diagnòstic, tractament i implicació del pacient i la seua família. En este sentit, esta guia, elaborada pels membres de la Unitat de Trastorn Bipolar de l'Hospital Universitari la Fe, pretén ser una ferramenta que se situe en un nivell intermedi entre la informació bàsica i la informació professional o

acadèmica i que incloga uns continguts més assequibles que els que es troben en els llibres i manuals professionals i més fiables que els que podem trobar en Internet.

Esta publicació està estructurada en capítols que se centren en aspectes particulars del trastorn bipolar. Cada capítol, al seu torn, s'estructura en dos nivells d'informació. D'una banda, al principi

del capítol s'oferix un breu resum que recull la informació essencial; a continuació, es desenvolupa el text complet del capítol. D'esta manera, el lector pot dirigir fàcilment la lectura cap als aspectes del trastorn bipolar que més li interessin.

Les últimes pàgines del llibre estan dedicades a respondre les qüestions que més sovint plantegen pacients i familiars al metge.

Recursos de interés en Internet

La qualitat dels distints llocs que ens trobem en navegar per Internet és dispar i, per tant, la fiabilitat de la informació que hi podem trobar no sempre està avalada pel consens de la comunitat científica. Per això, és preferible recórrer a llocs d'institucions i organismes oficials, o bé als d'associacions de solvència reconeguda. A continuació oferim una breu llista de les pàgines d'Internet que oferixen un nivell acceptable d'informació.

Pàgines en espanyol:

- <http://www.AVTBipolar.org>
(Associació Valenciana de Trastorn Bipolar)
- <http://www.psiquiatralafe.com>
- <http://www.bipolarweb.com>
- <http://www.mundobipolar.com>
- <http://www.abdv.org>
(Associació de Depresius y Bipolars del Vallés)

Pàginas en anglés:

- <http://www.dbsalliance.org>
- <http://www.bipolarplanet.com>
- <http://www.bpkids.org>
- <http://www.bipolardepressioninfo.com>
- <http://www.bpsa.org>
- <http://www.bipolarhome.org>
- <http://www.bipolarbrain.com>
- <http://www.bipolargenes.org>
- <http://www.mhsource.com/bipolar>
- <http://www.pendulum.org>

