

Francesc Colom   Eduard Vieta

DE LA  
**EUFORIA**  
A LA  
**TRISTEZA**

El **TRASTORNO BIPOLAR**: cómo conocerlo  
y tratarlo para mejorar la vida



Francesc Colom y Eduard Vieta

# De la euforia a la tristeza

El trastorno bipolar: cómo conocerlo  
y tratarlo para mejorar la vida

Primera edición: noviembre de 2008

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© Francesc Colom Victoriano, 2008

© Eduard Viera Pascual, 2008

© La Esfera de los Libros, S.L., 2008

Avenida de Alfonso XIII, 1, bajos

28002 Madrid

Tel.: 91 296 02 00 • Fax: 91 296 02 06

[www.esferalibros.com](http://www.esferalibros.com)

ISBN: 978-84-9734-784-6

Depósito legal: M-46.635-2008

Fotocomposición: J. A. Diseño Editorial, S. L.

Fotomecánica: Unidad Editorial

Imposición y filmación: Preimpresión 2000

Impresión: Anzos

Encuadernación: De Diego

Impreso en España-*Printed in Spain*

# Índice

<i>Agradecimientos</i> . . . . .	13
<i>Introducción. ¿Para qué sirve este libro?</i> . . . . .	15
CAPÍTULO I. ¿QUÉ ES EL TRASTORNO BIPOLAR? . . . . .	19
CAPÍTULO II. EL CEREBRO, ÓRGANO DE LAS EMOCIONES . . . . .	25
CAPÍTULO III. ENFERMEDAD Y CARÁCTER: ¿SOMOS TODOS UN POQUITO BIPOLARES? . . . . .	35
CAPÍTULO IV. UNA ENFERMEDAD TAN VIEJA COMO EL HOMBRE . . . . .	41
CAPÍTULO V. UNA ENFERMEDAD GENIAL . . . . .	53
CAPÍTULO VI. ALTIBAJOS: DEPRESIÓN Y MANÍA . . . . .	61
La depresión . . . . .	61
<i>Síntomas de la depresión bipolar</i> . . . . .	61

¿Cómo sé si estoy deprimido? .....	78
<i>Habla la depresión</i> .....	82
La manía .....	89
<i>Síntomas de la hipomanía y la manía</i> .....	89
¿Qué consecuencias tiene la manía? .....	108
¿Cómo sé si estoy hipomaniaco? .....	133
<i>Habla la euforia</i> .....	140
Las fases mixtas: deprimido y maniaco a la vez .....	148
 CAPÍTULO VII. TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR .....	153
Trastorno bipolar tipo I .....	153
Trastorno bipolar tipo II .....	166
Ciclotimia .....	172
Trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar .....	175
Trastorno bipolar debido a otra enfermedad ...	180
 CAPÍTULO VIII. CAUSAS Y DESENCADENANTES	
DEL TRASTORNO BIPOLAR .....	183
Causas .....	183
<i>Neuroimagen</i> .....	184
<i>Genética</i> .....	187
<i>Estudios neuroquímicos</i> .....	189
Desencadenantes del trastorno .....	190
 CAPÍTULO IX. COMPLICACIONES DEL TRASTORNO	
BIPOLAR .....	199
Problemas sociales y laborales .....	199
La ciclación rápida .....	201
El suicidio .....	202

CAPÍTULO X. EL CONSUMO DE TÓXICOS .....	215
El alcohol .....	216
El café .....	218
El tabaco .....	220
El cannabis .....	222
La cocaína .....	223
CAPÍTULO XI. CÓMO MANEJAR SUS HÁBITOS PARA	
PERMANECER ESTABLE .....	227
El sueño .....	227
El ejercicio físico .....	230
La alimentación .....	232
El trabajo .....	234
Los estudios .....	236
La pareja (o su búsqueda) .....	237
Amigos, amigas y fiesta .....	239
CAPÍTULO XII. CÓMO DETECTAR LOS EPISODIOS A TIEMPO ..	243
Identificar la euforia a tiempo .....	247
Identificar la depresión a tiempo .....	250
Actuar a tiempo .....	252
Medidas excepcionales para la manía y la hipomanía .....	254
CAPÍTULO XIII. ¿SE HEREDA LA ENFERMEDAD? .....	257
CAPÍTULO XIV. EMBARAZO Y TRASTORNO BIPOLAR ...	267
CAPÍTULO XV. CÓMO CONVIVIR CON UNA PERSONA BIPOLAR ¡Y NO ENFERMAR EN EL INTENTO! .....	271

CAPÍTULO XVI. TRATAMIENTO . . . . .	291
Los fármacos . . . . .	291
Para la depresión . . . . .	294
<i>Antidepresivos</i> . . . . .	295
<i>Lamotrigina</i> . . . . .	310
<i>Otros tratamientos farmacológicos</i> <i>para la depresión bipolar</i> . . . . .	312
Para la manía . . . . .	313
<i>Neurolépticos clásicos</i> . . . . .	313
<i>Antipsicóticos atípicos</i> . . . . .	321
Para seguir estable . . . . .	336
Litio . . . . .	337
¿Qué es el litio? . . . . .	337
¿Por qué el litio? . . . . .	339
<i>Dosificación y litemias</i> . . . . .	339
¿Cómo funciona el litio? . . . . .	341
<i>Efectos secundarios del litio</i> . . . . .	343
Valproato . . . . .	347
¿Qué es? . . . . .	347
<i>Contraindicaciones y efectos secundarios</i> . . . . .	348
Carbamacepina . . . . .	349
¿Qué es? . . . . .	349
<i>Efectos secundarios</i> . . . . .	349
Oxcarbacepina . . . . .	350
¿Qué es? . . . . .	350
<i>Efectos secundarios</i> . . . . .	351
Lamotrigina . . . . .	351
Otros eutimizantes . . . . .	352
<i>Tiroxina</i> . . . . .	352

Terapia electro-convulsiva: la electricidad	
que cura .....	353
<i>Breve historia de la TEC</i> .....	354
<i>¿En qué casos se emplea?</i> .....	356
<i>¿Cómo funciona?</i> .....	357
<i>¿Cómo se aplica?</i> .....	357
<i>¿Qué efectos secundarios tiene?</i> .....	358
Más tratamiento: el psicólogo .....	362
<i>Psicoeducación</i> .....	364
<i>Terapia cognitivo-conductual</i> .....	365
<i>Terapia interpersonal de ritmos sociales</i> .....	366
 CAPÍTULO XVII. JUNTOS PODEMOS: LAS ASOCIACIONES DE AFECTADOS .....	 367
 CAPÍTULO XVIII. EL FUTURO .....	 369
Las causas de la enfermedad .....	369
El diagnóstico .....	370
El tratamiento .....	370
La aceptación social .....	371



## Agradecimientos

Tenemos la suerte de trabajar en algo que nos apasiona. Hace casi quince años que nos dedicamos casi de forma exclusiva al estudio y el cuidado de las personas que sufren trastorno bipolar.

Nuestra historia como equipo empezó en el año 1994: nuestro futuro era incierto y los medios, escasos. Nuestros pacientes eran muchos y nuestra ilusión, infinita.

Hemos trabajado muy duro para llegar a formar —y a formar parte de— posiblemente uno de los mejores equipos internacionales en el tratamiento y la investigación sobre los trastornos bipolares. Evidentemente, no hemos hecho solos este camino. Queremos agradecer el apoyo, el empuje y el entusiasmo del resto de los compañeros del Programa de Trastornos Bipolares de Barcelona: Anabel Martínez-Arán, María Reinares, Carla Torrent, Mercè Comes, Antonio Benabarre, José Sánchez-Moreno, José Manuel Goikolea, Claire Daban, Adrienne Rosa, Nuria Cruz, Mar Bonnin y Carolina Franco. Sin ellos, el futuro seguiría siendo incierto.

También queremos agradecer al Hospital Clínic de Barcelona y al Institut de Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS) su constante apoyo logístico. Al Stanley Medical Research Institute, al Instituto de Salud Carlos III y al Centro de Investigaciones Biomédicas en Red sobre Salud Mental (CIBERSAM) les queremos agradecer la confianza depositada en nuestro equipo y el patrocinio de nuestra labor. Sin todos ellos, nuestros medios seguirían siendo escasos.

Queremos agradecer de forma muy especial la predisposición de los pacientes a colaborar con nosotros —más allá del tratamiento de su enfermedad— para aumentar nuestro conocimiento sobre los trastornos bipolares, ayudarnos en las investigaciones y propiciar un futuro mejor a quienes padecen la enfermedad. Sin ellos, que son muchos, nuestra ilusión se habría apagado.

Entre ellos, queremos agradecer con especial cariño a todos aquellos que han querido colaborar aportando sus valiosos testimonios escritos para este libro. A Beatriz García-Marañón y a todos los que, con pseudónimo o nombres falsos —encadenados aún por el inmenso problema del estigma—, también nos han cedido textos sobre sus vivencias, algunos de ellos sobrecogedores, otros sencillamente directos, todos ellos sinceros. A todos vosotros, gracias.

Y, por último, un agradecimiento a quien nada deberíamos agradecer, porque el amor no se agradece, se comparte: a nuestras familias, que nos apoyan, nos quieren y nos ayudan.

## Introducción

### ¿PARA QUÉ SIRVE ESTE LIBRO?

*Muchos habrían podido llegar a la sabiduría  
si no se hubieran creído ya suficientemente sabios.*

J. L. VIVES

**T**odos somos iguales. Ante la ley.

A partir de ahí, afortunadamente, todos somos distintos. La riqueza y variabilidad de la especie humana es inacabable. Y eso debería hacer del mundo un lugar más entretenido. El problema con lo distinto resulta, en principio, imprevisible. Imaginemos que somos exploradores y nos encontramos en medio de una frondosa selva cuando, de pronto, nos cruzamos con —pongamos por caso— un león. Nuestra conducta será, en principio, de evitación del riesgo. Sin pensarlo demasiado. ¿Por qué? Porque sabemos que los leones —vamos a ser políticamente correctos: la mayoría de los/as leones/as— suelen ser peligrosos.

Pero supongamos ahora que nos cruzamos con un animal cuya existencia desconocíamos hasta hoy y cuyo aspecto comparte características de varios animales. Lo más probable es que actuemos con cierta cautela (recordemos que somos exploradores: nos interesa lo nuevo y, por lo tanto, no huimos corriendo), ya que no sabemos si nuestro recién descubierto animal es potencialmente peligroso. ¿Intentaremos al cabo de un rato acercarnos?

Sí o no. Dependerá, en gran parte, de qué características externas y conductuales tenga el animal. Resumiendo: si su tamaño, aspecto y actitud nos recuerdan al de un gato o un periquito, probablemente nos intentemos acercar; si nos recuerdan a un rinoceronte, una anaconda o un gorila, seguro que no.

Como vemos, utilizamos nuestro conocimiento previo de las cosas para orientarnos respecto a la novedad. Esto se llama sabiduría.

En otras ocasiones, no utilizamos nuestro conocimiento previo para orientarnos, sino que nos dejamos llevar por mitos que, a veces, no sabemos ni que manejamos («todas las serpientes son venenosas», «todos los pajaritos son inofensivos», «todos los animales rojos son peligrosos» o «todos los perros son fieles»). Eso es lo que llamamos prejuicio, es decir, crearse una opinión de algo sin tener datos para hacerlo. Es relativamente fácil identificar un prejuicio: suele empezar por la palabra «todos» o «siempre que», y rara vez con «la mayoría de» o «algunas veces».

Estamos constantemente prejuizando. Cuando el ser humano no sabe, infiere (deduce o supone que sabe). A veces correctamente y a veces incorrectamente. El prejuicio siempre nace de la ignorancia.

Las enfermedades mal llamadas mentales —que, en realidad, como veremos más adelante, deberían ser llamadas cerebrales— son, muy a menudo, víctimas del prejuicio de todos nosotros. Dado que poca gente —cada vez más, afortunadamente— conoce en profundidad las enfermedades psiquiátricas, éstas son a menudo prejuizadas en base a la escasa y sesgada información disponible: películas que presentan a (todos) los enfermos mentales como individuos altamente peligrosos, agresivos e imprevisibles, artículos en periódicos que presentan invariablemente (siempre) el enfermo psiquiátrico como sinónimo de criminal, y

desafortunadas expresiones populares que vinculan (para siempre y para todos) locura y excentricidad.

Ello ha colaborado a crear lo que conocemos como «estigma». El estigma es la elevación del prejuicio a la categoría de rechazo social.

Los autores de este libro conocemos a centenares de personas que sufren una enfermedad mental. La mayoría son nuestros pacientes, pero otros los encontramos entre nuestros amigos y familiares. La inmensa mayoría es gente encantadora, capaz, sensible, inofensiva y bienintencionada. A pesar de ello, tienen que luchar cada día ya no tan sólo con su enfermedad, sino contra el prejuicio y el estigma.

Este libro sirve para conocer un poco más una de las enfermedades psiquiátricas más comunes, más graves y más tratables; el trastorno bipolar. Nos gustaría que sirviera para ayudar a curar el prejuicio y la ignorancia. Por lo tanto, nos gustaría que lo leyeran no sólo las personas afectadas por la enfermedad —que encontrarán en este libro explicaciones científicas sobre fenómenos que invaden su día a día y algunos consejos para sobrellevar mejor su dolencia—, sino también, y sobre todo, aquellas que no padecen trastorno bipolar pero quieren conocer esta enfermedad para vencer el prejuicio sobre ella.

Si es, sin lugar a dudas, estúpido discriminar a cualquier persona por otras condiciones (sexo, nacionalidad o raza), es doblemente estúpido hacerlo en función de si tiene o no una enfermedad psiquiátrica. Porque todos podemos sufrirla en algún momento. La enfermedad mental puede presentarse en su vida en cualquier momento y hacer que pase a sufrir el estigma que usted mismo alimentó.

Porque todos somos iguales. También ante la enfermedad.



## Capítulo I

### ¿QUÉ ES EL TRASTORNO BIPOLAR?

*Todos somos muy ignorantes. Lo que ocurre  
es que no todos ignoramos las mismas cosas.*

A. EINSTEIN

El trastorno bipolar es una enfermedad que afecta a los mecanismos cerebrales encargados de regular el estado de ánimo, haciendo que éste sea patológicamente inestable. Habitualmente, el estado de ánimo de la mayoría de las personas tiende a ser regular y a estar en consonancia con las circunstancias. Es decir, cada día nos sentimos aproximadamente igual que el anterior; habrá quien tienda, de modo natural, a sentirse más contento, optimista y enérgico, y habrá otras personas que «por carácter» tengan un tono vital algo más bajo y quizás sean más pesimistas. Por supuesto, todos pasamos por pequeños altibajos: épocas o días en los que nos hemos levantado con el ánimo especialmente elevado y con gran disponibilidad de energía, y otros días en que, por el contrario, nos sentimos faltos de energía y ánimo. Esto puede deberse a factores muy diversos, que incluyen la salud física, el clima, la época del año, las horas de sueño o, en el caso de las mujeres, la menstruación, entre otros muchos. O puede ser una consecuencia de algo que nos está sucediendo: generalmente estamos muy contentos ante una época especialmente

positiva (inicio de un romance, determinadas festividades) y más alicaídos ante la presencia de problemas o preocupaciones (fin del romance, fin del verano, declaración de la renta). Esto es lo que conocemos por «variaciones normales del estado de ánimo».

El estado de ánimo es algo variable, cambiante, pero no aleatorio o casual: todas nuestras variaciones anímicas —normales o no— tienen una explicación. El problema es que la mayoría de las veces desconocemos cuál es, ya que en muchas ocasiones la causa de nuestras variaciones no se encuentra fuera de nuestro cerebro sino dentro de éste o, mejor dicho, la causa de estas variaciones «es» nuestro cerebro. El cerebro es el órgano de nuestro cuerpo encargado, entre otras cosas, de dar significado emocional e intelectual a los estímulos tanto externos como internos. Conviene no confundirlo con la «mente», que es una de las muchas cosas que «hace» el cerebro. Nuestra mente es producto de nuestro cerebro y de sus interacciones con el exterior. Confundir ambos conceptos es frecuente, sobre todo porque la propia psiquiatría y psicología los han utilizado en ocasiones prácticamente como sinónimos. Por ejemplo, la mayoría de enfermedades que llamamos «mentales», término que incluso usamos todos los profesionales y está presente en la nomenclatura médica habitual, deberían ser redefinidas —para ser coherentes con los conocimientos de los que disponemos hoy en día— como «enfermedades cerebrales», ya que en su mayor parte son producto de alteraciones biológicas (del cerebro) y no psicológicas (de la mente), aunque a veces resulta complicado poner la barrera entre ambas (de hecho, estrictamente hablando, no existe tal barrera).

La persona que está afectada de un trastorno bipolar padece graves alteraciones del humor que no responden a estímulos ex-

teriores. El estado de ánimo de un paciente bipolar —sobre todo si no recibe un tratamiento adecuado— no depende, pues, de forma exclusiva de aquello positivo o negativo que sucede en su vida, sino fundamentalmente de cambios biológicos que ocurren en su cerebro. Evidentemente, los acontecimientos positivos o negativos que le sucedan a una persona que padece un trastorno bipolar afectarán de un modo u otro a su estado de ánimo, aunque quizás no siempre del modo que sería de esperar, pudiéndole sobrevenir una crisis de euforia ante un acontecimiento muy negativo o una depresión en un momento especialmente dulce de su vida.

El estado de ánimo es algo tremendamente complejo que va más allá de la polaridad «contento-triste». Incluye la percepción de un estado emocional de bienestar o malestar, la cualidad optimista o pesimista de los pensamientos, la sensación de satisfacción o insatisfacción e incluso el bienestar o malestar físico. Algunos lo definen como «estados emocionales sostenidos» que colorean la personalidad y la vida psíquica en su totalidad.

Admitimos que es una definición algo confusa. Cuando no sabemos explicar qué es algo, suele ser muy útil —o al menos socorrido— explicar qué no es. Pues bien: el estado de ánimo no es la personalidad, que definimos como «la forma de organizar nuestra relación con el exterior y la percepción de nosotros mismos, que depende de varios factores, tanto ambientales» como biológicos; no depende de la educación que uno ha recibido ni de las relaciones con su padre o su madre (incluso las más tempranas), ni —directamente— de los acontecimientos que han marcado su vida. Depende, ante todo, de aspectos biológicos: determinada predisposición ge-

nética, el modo de funcionar de nuestro cerebro (inhibiendo más o menos la impulsividad, siendo capaz de dar respuestas nuevas a viejos problemas, etcétera). Por lo tanto, los trastornos del estado de ánimo, como la depresión o el trastorno bipolar, tienen una base biológica. Son tan orgánicos como la diabetes, la miopía o la esclerosis múltiple, aunque más complejos. Ello implica, por supuesto, que su tratamiento será fundamentalmente biológico —fármacos—, con un cierto lugar para algunas psicoterapias que han demostrado eficacia como tratamiento añadido a los fármacos. Y sin ningún lugar para psicoterapias centradas en la personalidad o en el pasado de la persona, aunque éstas puedan utilizarse con otros fines en personas que, eventualmente, también padezcan trastorno bipolar.

El trastorno bipolar es una enfermedad episódica o cíclica en la que se alternan periodos en que está estabilizada (a los que llamamos periodos de eutimia) con episodios de descompensación (manía, hipomanía, estados mixtos y depresión).

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica: esto quiere decir que dura toda la vida, pero no es una enfermedad intratable. Hoy en día existe un gran número de tratamientos que permiten a la mayoría de las personas que sufren trastorno bipolar evitar muchos episodios y sufrimientos, mejorando su funcionamiento y calidad de vida.

Por último, nos gustaría aclarar que ningún trastorno psiquiátrico, incluido el bipolar, es, en la actualidad, sinónimo de locura. La única o mayor locura es pretender que no existen las enfermedades psiquiátricas.

*Tabla 1*

SER Y NO SER DEL TRASTORNO BIPOLAR
<p>EL TRASTORNO BIPOLAR ES</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Una enfermedad del estado de ánimo.</li><li>▪ Una enfermedad causada por una disfunción cerebral.</li><li>▪ Una enfermedad crónica, con fases de remisión.</li><li>▪ Una enfermedad episódica, cíclica y recurrente.</li><li>▪ Una enfermedad tratable.</li><li>▪ Una enfermedad frecuente (4-6 por ciento de la población total).</li><li>▪ Una enfermedad existente en todo el mundo.</li><li>▪ Una enfermedad que requiere consultar con especialistas cualificados.</li><li>▪ Una enfermedad que puede aparecer a cualquier edad.</li><li>▪ La sexta causa de incapacidad en el mundo.</li></ul>
<p>EL TRASTORNO BIPOLAR NO ES</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Un signo de debilidad.</li><li>▪ Un problema psicológico.</li><li>▪ Un trastorno de la personalidad.</li><li>▪ Culpa de nadie.</li><li>▪ Un problema debido al estrés.</li><li>▪ Una enfermedad nueva.</li><li>▪ Una moda.</li><li>▪ Un castigo divino.</li><li>▪ Un don.</li><li>▪ Diagnosticable con analíticas y pruebas de neuroimagen.</li><li>▪ Sinónimo de incapacidad.</li><li>▪ Una excusa.</li></ul>



## Capítulo II

### EL CEREBRO, ÓRGANO DE LAS EMOCIONES

*Los hombres deberían saber que del cerebro  
y nada más que del cerebro vienen las alegrías, el placer, la risa,  
el ocio, las penas, el dolor, el abatimiento y las lamentaciones.*

HIPÓCRATES

En el capítulo anterior hemos explicado que la mente es una de las muchas cosas que hace nuestro cerebro. No es obviamente la única; el cerebro es también responsable último del movimiento, el equilibrio, la percepción de sensaciones como frío-calor o hambre, el lenguaje, la visión... ¡casi todo lo que importa! Pero, sin lugar a dudas, la ubicación de la mente (o el alma, de acuerdo a los escritos de la medicina clásica) es uno de los temas más fascinantes. Si la mente está en —o, mejor, es— nuestro cerebro, nuestras emociones también.

En uno de los documentos médicos más antiguos de los que se tienen constancia (el papiro de Edward Smith, año 1550 a.C.) se cita, por primera vez en la historia, al cerebro como «localización de las funciones mentales», pero esta concepción no se populariza hasta la llegada de los grandes médicos de la Grecia clásica, pioneros de la medicina moderna (Hipócrates, Galeno, Arateo de Capadocia). Hasta aquel momento, existía el convencimiento de que «el alma» estaba en los pulmones o el corazón, pero los griegos la situaron en el cerebro —lugar del que no de-

bería haber salido nunca—, en parte porque, al tener un carácter sagrado debía, por lógica, estar emplazada en un lugar tan remoto y aislado del resto del cuerpo como el cráneo. Quizás por esta creencia, los griegos clásicos eran completamente reticentes a comerse el cerebro de cualquier animal, más de mil años antes de la crisis de las «vacas locas».

En lo que respecta al conocimiento del cerebro, la medicina evolucionó relativamente poco en los siguientes quince o dieciséis siglos. La discusión únicamente pasó de si la mente estaba en el cerebro a discutir sobre si estaba en una parte determinada del mismo, es decir, si cada parte del cerebro tenía asignadas unas funciones específicas. El doctor Marcello Malpighi (siglo xvii), padre de la histología, la disciplina médica que estudia los diversos tejidos del cuerpo humano, veía el cerebro como una «glándula única»; es decir, ninguna parte tenía asignada una función específica.

En contraste a estos planteamientos nace la «frenología», disciplina acuñada por el médico vienés Franz Gall en el siglo xviii, consistente en la asociación de determinados rasgos de carácter a determinadas formas del cráneo, considerando que de la forma del cráneo se podía inferir directamente la forma —y el funcionamiento— del cerebro. Aunque esta hipótesis se demostró del todo absurda pocos años más tarde, la frenología gozó de gran popularidad en su época, ya que fascinaba a la gente por su sencillez y capacidad de predicción, dando un soporte aparentemente «científico» a las distintas conductas humanas, que hasta entonces eran atribuidas, invariablemente, a la voluntad divina y sus corresponsales (vírgenes y santos). La frenología, además, ofrecía respuestas rápidas, aparentemente exactas y contundentes, en una sorprendente definición de treinta y dos características de

«personalidad» que abarcaban aspectos tan dispares como el instinto de reproducción, la crueldad, la inteligencia, la inclinación al crimen, la memoria, la percepción del color, la habilidad matemática, el espíritu metafísico, el sentido del humor, el talento poético, la facultad de imitación, el sentimiento de Dios o la banalidad. Todo ello aparentemente detectable a partir de distintas protuberancias en el cráneo. Evidentemente, la frenología carecía de una base empírica pero, aunque hoy sea vista como una excentricidad, hay que reconocerle el mérito que tuvo, en su momento, para dilucidar —aunque fuera a partir de un argumento erróneo— una cierta especificidad de los lóbulos del cerebro.

En la primera mitad del siglo XIX, Napoleón Bonaparte encarga al fisiólogo Jean Pierre Flourens testar las hipótesis de la frenología. Obviamente, Flourens no puede replicar científicamente las afirmaciones de los frenólogos, pero sus estudios son claves para determinar la especificidad de distintas áreas cerebrales. Sus experimentos, realizados en su mayoría con ratones, ayudan a determinar la importancia del cerebelo en el equilibrio y la coordinación motora.

Pero no fue hasta la segunda mitad de siglo, concretamente en 1861, cuando realmente se dio un enorme paso en la descripción de la localización exacta de algunas de las funciones cerebrales. En este año, el neuroanatomista y antropólogo francés Paul Broca tiene la oportunidad de examinar a monsieur Tan. Éste, cuyo verdadero nombre era monsieur Leborgne, había perdido misteriosamente la capacidad de pronunciar cualquier palabra (a excepción de «tan», de ahí su sobrenombre). Broca examinó en profundidad a Tan, que moriría al cabo de seis días. Este lamentable incidente en la vida de Tan permite a Broca estudiar con

gran detenimiento su cerebro y localizar el área dañada, una pequeña zona en la parte frontal izquierda del cerebro que es responsable del lenguaje. A partir de aquel momento, esta área es conocida con el nombre de Área de Broca, aunque quizás habría sido más justo llamarla «Área de Tan». Por cierto, el hecho de que la localización inequívoca del lenguaje en el frontal izquierdo no coincidiera con la suposición realizada por la frenología significó un gran descrédito para esta disciplina y su posterior desaparición. La importancia de la localización del área del lenguaje reside en su aportación pionera al estudio de la especificidad cerebral.

Sin embargo, el caso anecdótico de monsieur Tan no es el único que en su momento ayudó a cambiar la percepción del cerebro. Algo más conocido y decisivo es el de Phineas Gage. Éste era un hombre cordial, amable, cooperador y nada problemático que, en 1848, trabajaba como peón especializado en la construcción de la vía de ferrocarril en Vermont (Estados Unidos). El trabajo del bueno de Phineas consistía en introducir una carga de dinamita en pequeños agujeros con la ayuda de una barra de metal de aproximadamente un metro de largo y unos dos centímetros de grosor, para preparar el terreno para la instalación de los raíles. Como ya adivina el lector, la combinación de dinamita, barras de metal y seres humanos es un accidente esperando su momento para desencadenarse. Un desafortunado día, Phineas estaba haciendo su trabajo cuando la dinamita explotó por error, propulsando la barra de metal como si fuera un proyectil que acabó atravesando su cabeza, en aquel momento ligeramente inclinada hacia la izquierda, y dañó por completo su córtex prefrontal. A pesar de lo aparatoso del accidente, Phineas sobrevivió sin daño aparente sobre sus sentidos, la capacidad de movimien-

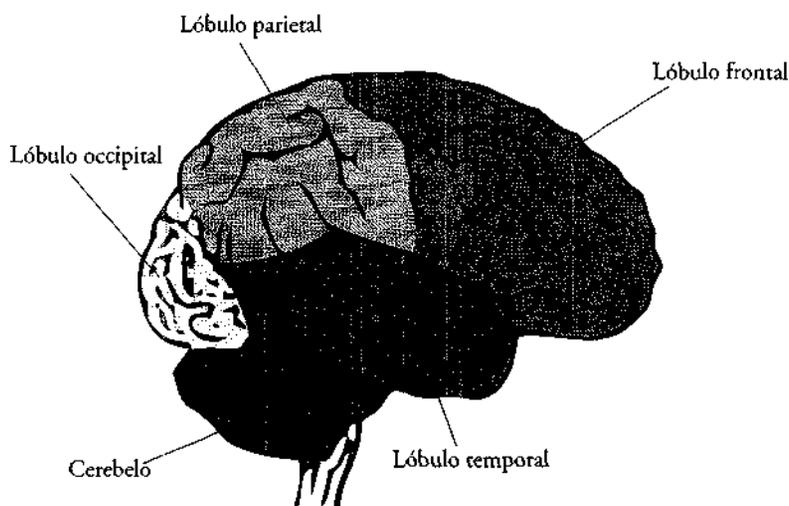
to o la inteligencia, a pesar de llevar una barra de hierro de dos centímetros de grosor incrustada en la cabeza. La vida de Phineas se había salvado de auténtico milagro y, sorprendentemente, sin alteración de sus facultades. No fue hasta el cabo de un tiempo cuando empezó a ser notorio que lo que sí había quedado claramente alterado fue su carácter. Con la pérdida casi total del lóbulo frontal, Phineas pasó a ser una persona indecisa, arrogante, obstinada y despreocupada por las necesidades de los demás y, de hecho, acabó sus días tristemente como atracción de feria mostrando su lesión a cambio de unos pocos dólares. El caso de Phineas Gage es el paradigma de la localización ya no sólo de facultades como el lenguaje y la memoria, sino de aspectos relacionados con la conducta y la emoción. Mucha es la investigación que se ha llevado a cabo desde entonces, y las nuevas técnicas



*Imagen de Phineas Gage. Su desafortunado caso fue clave para entender la especificidad de algunas funciones cerebrales.*

de estudio del cerebro, como la neuroimagen, que permiten estudiarlo en vivo, han arrojado luz —en mayor o menor medida— sobre la especificidad de las distintas partes del mismo. Si algo queda claro es que la conducta, los pensamientos y las emociones del ser humano son responsabilidad de su cerebro.

¿Y qué hay de extraordinario en el cerebro para que sea capaz de llevar a cabo tantas y tan distintas tareas? A primera vista, nada que prometa demasiado. El cerebro humano es fundamentalmente una masa de grasa (en un 60-70 por ciento), de entre un kilo y un kilo y medio de peso, de consistencia similar a un huevo a medio hervir, de color entre rosa y marrón, que generalmente cabría en la palma de una mano (depende del tamaño de la mano y del cerebro, claro), dividido de forma más o menos simétrica en dos mitades o hemisferios separados por una clara



*Imagen del cerebro.*

hendidura con una zona común denominada cuerpo caloso. Si, como es muy probable, no ha tenido nunca la oportunidad de tener un cerebro en sus manos, puede pensar en un cerebro como en una nuez —una vez retirada la cáscara, que equivaldría al cráneo—, marcada por varios surcos y pliegues. Si lo prefiere, puede imaginar un chicle usado para visualizar las dobleces del exterior del cerebro. Esta parte externa es la corteza y, a pesar de su apariencia, es la encargada de las funciones superiores.

Adherida a su parte posterior inferior encontramos una protuberancia llamada cerebelo, que a simple vista nos puede recordar a una hoja de brócoli invertida, al que algunos expertos denominan «piloto automático», ya que es responsable de algunas de las acciones más inmediatas e inconscientes (en el mejor sentido de la palabra), como el ciclo de sueño-vigilia del cerebro, el movimiento o el equilibrio.

El cerebro se divide, de forma bastante visible, en distintas áreas, cada una de las cuales tiene asignada una función prioritaria, aunque en la mayoría de los casos pueden realizar de forma alternativa tareas de otra. Algunas de estas áreas serían como países separados por fronteras que, dependiendo de su profundidad, reciben el nombre de «surcos» o «circunvalaciones»; otras serían continentes separados por océanos, que reciben el nombre de «ventrículos». Las diversas «áreas» del cerebro reciben el nombre de «lóbulos», y podemos distinguir fundamentalmente cuatro:

- El *lóbulo frontal*, como su nombre indica, se halla en el espacio frontal del cráneo. Es el encargado, entre muchas otras cosas, de planificar la actividad, clasificar información, tomar decisiones o inhibir conductas.

- Los *lóbulos temporales* están situados más o menos a la altura de nuestras orejas y se unen en una diadema imaginaria que pasa por la parte superior del cráneo, exactamente como si fueran unos audífonos como los que nos entregan en los aviones, por lo que en realidad sería más correcto hablar en singular de ellos. El lóbulo temporal es el encargado, entre otras cosas, de la identificación de caras y objetos, el olfato, procesa información de los oídos y juega un papel crucial en determinados tipos de memoria (como el recuerdo de hechos).
- El *lóbulo parietal* está situado exactamente donde algunos hombres tienen la coronilla. Entre otras funciones, se encarga de la percepción táctil o la percepción de temperatura, pero también del lenguaje y la lectura.
- El *lóbulo occipital* coincide aproximadamente con la parte trasera de la cabeza, la que solemos apoyar en la butaca. Tiene un papel muy importante en el procesamiento de las imágenes.

Bien, ya sabemos más sobre el cerebro, pero... ¿cuál es la parte de nuestro cerebro que se encarga de regular nuestras emociones? El sistema límbico, también llamado cerebro medio, cerebro emocional o cerebro reptiliano, que está situado justo debajo de la corteza cerebral e integrado fundamentalmente por el tálamo, el hipotálamo, el hipocampo y la amígdala.

El sistema límbico es el encargado de regular nuestras emociones para que éstas sean estables y acordes con nuestras vivencias. Podemos describirlo como un «termostato emocional». Una parte esencial del sistema límbico es la amígdala, fundamental en emociones como el miedo y funciones tan complejas como la

empatía. Se han descrito casos, por ejemplo, de personas con lesiones en la amígdala que eran incapaces de reconocer expresiones de tristeza o alegría en el rostro de otra persona. Por otra parte, distintos estudios de neuroimagen muestran alteraciones a nivel de algunas estructuras límbicas en personas que padecen trastorno bipolar.

Por lo tanto, y a pesar de lo que digan algunos poetas, queda claro que las emociones están en nuestro cerebro.

**RECUERDE QUE...**

- Nuestras emociones son responsabilidad última de nuestro cerebro.
- El sistema límbico es el regulador de la estabilidad de las emociones.



## Capítulo III

### ENFERMEDAD Y CARÁCTER: ¿SOMOS TODOS UN POQUITO BIPOLARES?

*Todo hombre tiene tres variedades de carácter:  
el que realmente tiene, el que aparenta y el que cree tener.*

J. B. A. KARR

Conceptualmente, no se puede ser «un poquito bipolar», del mismo modo que no se puede tener un poquito de esclerosis múltiple o un poquito de cáncer. Una enfermedad se tiene o no se tiene. El trastorno bipolar, concretamente, lo sufren —en alguna de sus formas— entre el 4 y el 6 por ciento de la población mundial. Es cierto que mucha más gente sufre de importantes alteraciones del estado de ánimo, pero ello no significa que tengan trastorno bipolar (aunque no estaría de más que visitaran a un psiquiatra para descartarlo). ¿Cuándo podemos considerar que dichas alteraciones se elevan a la categoría de trastorno bipolar? La respuesta es más sencilla de lo que parece, al menos en principio: cuando provocan un importante sufrimiento —a uno mismo y a su entorno— y perjudican su funcionamiento sociolaboral. ¿De dónde sale esta definición? Como la mayoría de las definiciones en medicina, nace del consenso entre expertos. Pensemos en el caso de la tensión arterial: ¿por qué se considera que una tensión de 120/80 es «normal» y una tensión de 140/90 es «alta»? Por consenso entre los expertos. Ello quiere decir que una persona con

una tensión de 125/90 puede considerarse «normotenso» pero tendrá que prestar especial atención a su tensión arterial.

¿Es difícil identificar a alguien que sufre trastorno bipolar? Relativamente: es más fácil encontrar una aguja en un pajar. Entre otras cosas porque, en el caso de la aguja, nos podemos servir de la tecnología: con algo tan sencillo como un imán podemos rastrear el pajar y alcanzar la aguja. En el caso de los trastornos bipolares, todavía no podemos hacer un uso diagnóstico de la tecnología; el trastorno bipolar, como el resto de los trastornos psiquiátricos, se diagnostica a partir de unos criterios estrictos y bien definidos. Existen dos clasificaciones ampliamente utilizadas que nos sirven a los profesionales para unificar criterios diagnósticos: la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, porque está en su décima edición), a cargo de la Organización Mundial de la Salud, y el DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), la que realiza la Asociación Americana de Psiquiatría de Estados Unidos. Ambas son prácticamente iguales y sólo varían en algunos matices. Los psiquiatras o psicólogos deben ser expertos en el uso de estos criterios, ya que a partir de ellos realizarán el diagnóstico. En la actualidad no existen analíticas, pruebas de neuroimagen o de otro tipo que sirvan para diagnosticar una enfermedad psiquiátrica, aunque es probable que lleguen a existir en un futuro no muy lejano.

El trastorno bipolar, como la mayoría de las enfermedades psiquiátricas, es consecuencia de una serie de alteraciones psicobiológicas. No es una consecuencia de la sociedad actual, ya que, en otras culturas que —teóricamente— no padecen el nivel de estrés y alienación aparentemente asociado sobre todo a las sociedades industrializadas, el porcentaje de enfermos bipolares es similar.

El bipolar no es un trastorno de la personalidad, aunque como cualquier enfermedad crónica puede tener consecuencias sobre ella. Los autores de este libro llevamos varios años tratando a personas que padecen trastorno bipolar y hemos podido constatar que no hay dos pacientes iguales; es decir, no hay un «carácter» bipolar. Cada uno de nuestros pacientes es una persona única, con una visión distinta de la vida, con diferentes historias personales y familiares, situaciones sociales o económicas, vínculos culturales, creencias e ideologías. Cada paciente es un nuevo reto.

Pero no partimos de cero con cada nuevo paciente. De ser así, raramente podríamos ayudarle o sacar provecho de la experiencia clínica acumulada no sólo por nosotros sino —sobre todo— por todos los psiquiatras y psicólogos que, en todo el mundo y a lo largo de muchos años, trabajan con pacientes similares a los nuestros. La psiquiatría, como parte de la medicina, es una ciencia, y una tarea fundamental de la ciencia es la acumulación de experiencia para hallar similitudes no entre los pacientes sino entre los conjuntos de síntomas que éstos presentan. De esta forma, se ha podido ver que algunos modos de enfermar se parecen entre sí y obedecen a leyes prácticamente universales, y con ello llegar a un consenso sobre la existencia de distintas enfermedades y de subtipos diferentes dentro de una misma enfermedad. Diagnosticar a un paciente nos sirve para que éste pueda beneficiarse del conocimiento científico sobre su enfermedad, para no caer en errores innecesarios y para que podamos facilitarle un tratamiento que se adecue a lo que le pasa. Por el contrario, diagnosticar no debe servir nunca para «etiquetar» a un paciente, ya que ello podría acabar por llevar al profesional a actitudes de prejuicio y a no prestar la suficiente atención al

proceso propio de cada paciente. Las enfermedades se parecen, pero los enfermos no.

Otro aspecto clave de la aplicación del método científico a la práctica de la psiquiatría y la psicología es la necesidad de descartar hipótesis o técnicas una vez que se muestra su ineficacia o falta de base empírica. Ello nos ha permitido, con el paso del tiempo, ir sustituyendo las distintas teorías y tratamientos a medida que se iban quedando obsoletos. Hoy día ya nadie utiliza, por ejemplo, la trepanación o el coma insulínico para tratar una enfermedad psiquiátrica. La frenología quedó descartada hace más de dos siglos, y otros paradigmas clásicos de la historia de la psiquiatría y la psicoterapia, como el psicoanálisis, entonan su canto del cisne ante la ausencia de una base científica que los apoye como tratamiento de enfermedades del cerebro.

Un aspecto clave en medicina es realizar un buen diagnóstico diferencial: decidir, en función de nuestra experiencia y exploraciones complementarias —en caso de que existan—, no sólo qué enfermedad tiene un paciente, sino, sobre todo, qué dolencia no tiene, a pesar de que muchas enfermedades compartan varios síntomas (por ejemplo, un paciente con estornudos, cansancio y lagrimeo puede padecer un simple resfriado o una alergia). Como ya hemos comentado, este procedimiento es especialmente complejo en psiquiatría por la ausencia de exploraciones complementarias (analíticas, pruebas de neuroimagen, etcétera) con suficiente especificidad diagnóstica. Por ello, el error diagnóstico es relativamente común en el caso de los trastornos bipolares, ya que muchos son diagnosticados como depresión «unipolar» (sin manía o hipomanía) si el psiquiatra no identifica correctamente las (hipo)manías; como esquizofrenia, si nos fijamos únicamente en los síntomas psicóticos, o como trastorno de la personalidad

si somos incapaces de determinar claramente la presencia de depresión, manía o episodios mixtos. Afortunadamente, el error diagnóstico es cada vez menos frecuente, sobre todo gracias a la cada vez mejor formación de los psiquiatras y a la existencia de criterios diagnósticos muy claros. Es muy probable que, en un futuro cercano, podamos contar también con la ayuda de pruebas de laboratorio más específicas que eviten cualquier posible confusión.

El trastorno bipolar puede darse en cualquier edad: hay casos que se han iniciado a los 4 años y hay otros causados por otra enfermedad que se han producido pasados los 90. Afecta por igual a hombres y a mujeres; no distingue etnias, nacionalidades, culturas o clases socioeconómicas.

No todos somos bipolares, ni siquiera un poquito. Pero todos podemos empezar a sufrir la enfermedad en algún momento de nuestra vida.

#### RECUERDE QUE...

- Entre el 4 y el 6 por ciento de la población mundial sufre trastorno bipolar.
- El trastorno bipolar se determina exclusivamente a través de una entrevista diagnóstica realizada por un experto.
- El diagnóstico no sirve para estigmatizar a nadie, sino para permitir que reciba un tratamiento adecuado.
- El trastorno bipolar afecta prácticamente por igual a hombres y mujeres.



## Capítulo IV

### UNA ENFERMEDAD TAN VIEJA COMO EL HOMBRE

*El que no aplique nuevos remedios debe esperar nuevos males, porque el tiempo es el máximo innovador.*

F. BACON

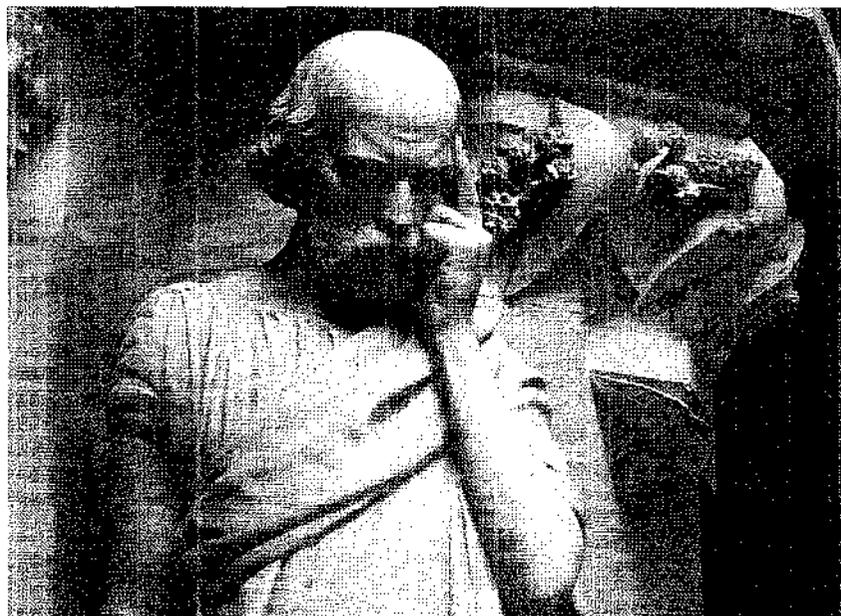
Hay pocas enfermedades de nuevo cuño. La mayoría de las enfermedades descritas hoy en día ya existían hace mil años. Éste es el caso del trastorno bipolar, que existe desde que el ser humano es tal, aunque bajo diversas consideraciones y nombres.

No obstante, la propia naturaleza de las enfermedades psiquiátricas —que atañe a cuestiones como el alma o el control de la voluntad— provocó que, ya desde los inicios de la medicina, su encaje en esta disciplina fuera complejo. En Mesopotamia, en el siglo III a.C., se tenía una concepción de los trastornos mentales como algo mágico o demoníaco, y los sacerdotes de Assipu fueron auténticos precursores de los psiquiatras, aunque lo cierto es que trataban a los enfermos psiquiátricos desde un punto de vista meramente religioso. No ha llegado hasta nuestros días ninguna prueba de la eficacia de tales métodos.

Los egipcios enfocaron el tratamiento del enfermo psiquiátrico de un modo mucho más «psicosocial», enfatizando el uso de recursos como excursiones, conciertos, danzas, pintura y dibujo, algo que algunos centros psiquiátricos siguen haciendo en

la actualidad (y algunos de ellos lo presentan como una gran innovación).

Como ya ha quedado comentado en uno de los anteriores capítulos, los griegos son los pioneros en abordar la enfermedad psiquiátrica con una visión médica y científica, buscando explicaciones anatomofisiológicas de ella e introduciendo tres tipos de tratamientos que han convivido prácticamente hasta nuestros días: el somático de la escuela hipocrática (tatarabuelo de los tratamientos farmacológicos), la interpretación de los sueños a cargo de sacerdotes (bisabuelo del psicoanálisis, aunque éste no siempre es llevado a cabo por sacerdotes) y el diálogo con el paciente (padre directo de terapias psicológicas «modernas» como la cognitivo-conductual).



*Hipócrates.*

Hipócrates (460-370 a.C.) es el gran responsable de la consideración de las enfermedades psiquiátricas como alteraciones orgánicas, al describir que las mismas se originaban por un desajuste de los cuatro fluidos básicos: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Según Hipócrates, el exceso de bilis negra causaba demencia; el de bilis amarilla, manía, y el de bilis negra, depresión.

Las primeras noticias sobre el diagnóstico de algo que hoy llamaríamos trastorno bipolar proceden de la Grecia clásica: un médico llamado Arateo de Capadocia (50-130 d.C.) describió ya en el siglo II d.C. la relación entre la depresión (llamada entonces melancolía, término que la psiquiatría moderna recuperaría para referirse sólo a un tipo de depresiones) y la euforia, aunque no llegó a darle el nombre de enfermedad bipolar.

Lamentablemente, la caída del Imperio romano significó también el olvido de todos estos importantes avances. La Iglesia católica dejó de considerar a la psiquiatría como una disciplina médica y volvió a contemplar al enfermo psiquiátrico como un «endemoniado», con nefastas consecuencias para quien recibía este apelativo. En 1486, los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Jacob Sprenger, con el auspicio del Vaticano, publican el *Malleus maleficarum* (*El martillo de los herejes*), en el que se vinculan directamente enfermedades mentales y posesión demoníaca. La «orientación terapéutica» de los poseídos consistía fundamentalmente en la tortura y muerte del afectado. Un gran retroceso en el conocimiento, sin duda, y una gran aportación a la posterior estigmatización de este tipo de enfermedades. Cabe resaltar que algunos destacados médicos de la época, como el suizo Paracelso (1493-1541) o el valenciano Juan Luis Vives (1492-1540), mostraron su oposición a este planteamiento, postura que les ocasio-

nó no pocos problemas. Para ser justos con el papel de la Iglesia en este periodo nefasto, debemos mencionar que la fundación del primer hospital psiquiátrico del mundo, en Valencia en 1409, fue obra del sacerdote fray Juan Gilbert Jofré, aunque esta aportación, en principio positiva, acabó causando graves problemas: en 1656, en Francia se establecen asilos para «insanos», otorgando potestad a sus directores para retener a cualquier persona sospechosa de enfermedad psiquiátrica de forma indefinida. En estos centros solían mezclarse personas con problemáticas psiquiátricas, sociales y penales, junto con otras cuyo «problema» era ser vagabundos, huérfanos, homosexuales o, simplemente, ancianos. Los tratamientos administrados tampoco eran especialmente tolerables e incluían provocar el vómito, purgas, sangrías y torturas. No es hasta al cabo de siglo y medio cuando, gracias al trabajo de Philippe Pinel (1745-1826), se logra empezar a cambiar la forma de concebir al enfermo mental, que recupera parte de sus derechos humanos y su libertad. Literalmente, ya que es Pinel el artífice de que los pacientes sean liberados de las cadenas en los hospitales franceses de la Bicêtre y la Salpêtrière. Pero la aportación de Pinel incluye también la clasificación de las enfermedades psiquiátricas en cuatro subtipos (manía, melancolía, idiocia y demencia) y se empieza a atribuir el origen de las mismas a una combinación de factores genéticos y ambientales.

En España, en el siglo XVIII, el aragonés Andreu Piquer Arrufat, médico de cámara de los monarcas Carlos III y Fernando VI, describe en este último un caso típico de trastorno bipolar. La enfermedad de Fernando VI está perfectamente documentada gracias a las brillantes notas clínicas del doctor Piquer, que han llegado hasta nuestros días. Ello nos permite conocer cuáles fueron los tratamientos ensayados en su majestad, todos ellos con

escaso éxito, ya que el rey moriría de inanición en el año 1759, a pesar de los muchos cuidados recibidos.

Tabla 2

TRATAMIENTOS ENSAYADOS POR EL DOCTOR ANDREU PIQUER  
ARRUFAT EN SU MAJESTAD FERNANDO VI

- Leche de burra.
- Jarabe de cochelaria y becabunga.
- Caldos con galápago, ranas, ternera y víboras.
- Lavativas.
- Agua de tila y cerezas.
- Polvos de madreperla.
- Fumaria.
- Baños de cabeza.
- Gelatina de asta de ciervo con víboras tiernas.
- Flor de violeta.
- Dieta.
- Jarabe de borraja y escorzonera.
- Pimpinela.

Como vemos, la consideración del enfermo psiquiátrico ha sufrido importantes cambios a lo largo de la historia. Hasta la aparición del alienismo, coincidiendo con la Revolución francesa, la psiquiatría no se convierte claramente en una disciplina de la medicina. Los alienistas empiezan a considerar la «locura» como una cuestión médica, abriendo la puerta a la posibilidad de tratamiento y a descripciones sistematizadas de las distintas formas de enfermar psíquicamente. No es hasta el siglo XIX cuando se puede hablar propiamente de la aparición de la psiquiatría (de *psiqué*, alma; *iatréia*, curación) como tal. Es entonces cuando



*Fernando VI.*

la que es, sin duda, la figura más relevante de la psiquiatría del siglo XIX, el alemán Emil Kraepelin (1856-1926), da por fin nombre a lo que posteriormente sería la enfermedad bipolar, llamándola «psicosis maníaco-depresiva», nombre que será muy utilizado posteriormente y que sigue vigente en la actualidad. Su principal aportación fue separar trastorno bipolar y esquizofrenia, definiéndolas como dos enfermedades distintas, a pesar de que puedan compartir algunos síntomas.

En 1854 los doctores Falret y Baillarger introducen simultáneamente el concepto de enfermedad cíclica, en la que los episodios tienden a repetirse. Esta noción será básica posteriormente para entender y tratar correctamente a las personas afectadas de un trastorno bipolar. La paternidad del concepto de enfermedad cíclica está envuelta en controversia. Los doctores Falret y Baillarger,

ambos psiquiatras, trabajaban en París, tenían una edad similar y eran discípulos de un mismo maestro, Esquirol (quien, a su vez, era discípulo de Pinel). Mantuvieron una agria polémica sobre quién había sido el primero en definir la «circularidad» —que era como llamaban a la recurrencia— de la enfermedad. Obviamente, cada contendiente aseguraba que había sido él quien había descrito por primera vez el concepto: según Falret, él lo había introducido en las clases que impartía a los alumnos de la Facultad de Medicina; mientras, Baillarger sostenía que él lo había presentado antes en las sesiones clínicas de la Academia de Medicina.

Víctimas de su vanidad, esta discusión ocupó sus vidas y deterioró su relación personal, impidiendo una colaboración entre ambos que, seguro, habría dado muy buenos frutos a la psiquiatría. Lamentablemente no fue así, y a medida que pasaban los años la polémica se fue agriando paulatinamente. El 14 de febrero de 1854 tiene lugar un debate cara a cara entre ambos, definido de forma algo altiva como «batalla entre gigantes», sin que obviamente logren ponerse de acuerdo. Cuarenta años más tarde, el 7 de julio de 1894, con los dos contendientes ya finados, el hijo de Falret —también psiquiatra y sucesor de Baillarger— determina el resultado de tablas y atribuye la paternidad de la idea a ambos de forma compartida en un acto presidido por los bustos de aquéllos, que observarán de por vida la evolución de la enfermedad mental en los jardines del psiquiátrico más prestigioso de París. El resultado final será la tremenda pérdida de un tiempo precioso.

Fue un discípulo de Kraepelin, Leonhard (1904-1988), quien introdujo el nombre de «trastorno bipolar», con la finalidad de diferenciar al paciente bipolar del que era únicamente depresivo (sin fases de euforia) o «unipolar».

El pasado reciente —últimos cincuenta años— viene marcado por el descubrimiento del carbonato de litio como tratamiento estabilizador del estado de ánimo. Tal hallazgo fue realizado, de forma semifortuita, por el médico australiano John Cade en 1949. El litio había sido descubierto por el médico sueco Afwerdson en 1817, y se había utilizado durante el siglo XIX para el tratamiento de la enfermedad artrítica y en la primera mitad del siglo XX como antiepiléptico o hipnótico. En realidad, el doctor Cade —uno de los más eminentes científicos de toda la historia de Australia— utilizaba el litio únicamente como disolvente de la orina en sus estudios con ratones de laboratorio y, casi por casualidad, descubrió los efectos reguladores del estado de ánimo de esta sal. El trabajo del doctor Cade es un ejemplo perfecto de todo aquello que hace falta para llevar a cabo una investigación



*John Cade.*

científica de calidad: talento, tenacidad (Cade acabó realizando sus investigaciones en una cocina abandonada de un hospital psiquiátrico, ya que fue el único espacio que le acabaron cediendo para la investigación), capacidad de trabajo... y algo de fortuna; hay muchos descubrimientos científicos en los que la suerte —serendipidad, en palabras técnicas— ha jugado un papel clave. Quizás el más grotesco fue el descubrimiento de la pólvora por parte de los taoístas cuando buscaban... ¡el elixir del amor!

En la popularización del litio ha sido básico el trabajo del psiquiatra danés Mogens Schou, auténtico pionero en la demostración científica de la eficacia y la optimización del tratamiento con litio —dosis adecuadas, tiempo de tratamiento, etcétera— en pacientes bipolares. Cabe destacar que, en el caso del ya fallecido profesor Schou, existía una motivación personal en su ímpetu investigador sobre los tratamientos eficaces para el trastorno bipolar, ya que algunos de sus familiares —entre ellos su hermano— sufrían (sufren aún) esta enfermedad. Los autores de este libro tuvimos la oportunidad hace ya algunos años de conocer al profesor Schou y no exageramos si lo describimos como una persona encantadora y un científico ejemplar: pocos meses antes de su muerte, lo encontramos entre el público de una de nuestras conferencias. Con una sencillez y humildad aplastantes nos vino a felicitar y nos dijo —a sus noventa y tantos años, con su currículum impecable y siendo maestro de maestros— que, simplemente, «le gustaba aprender». Un auténtico ejemplo de honestidad y carácter científico.

Curiosamente, aunque la historia del litio haya estado marcada por la fortuna de su descubrimiento, también es destacable la mala suerte, que jugó un papel esencial para evitar su rápida

implementación en los Estados Unidos: el descubrimiento del litio como eutimizante coincidió en el tiempo con una serie de muertes por intoxicación por litio debido a su mal uso, ya que se había popularizado en aquel país su utilización como sustituto de la sal de mesa (cloruro sódico) en pacientes con problemas cardíacos, al tener un sabor similar. Su uso como sal de mesa hacía que estas personas ingirieran cantidades de litio muy superiores a las convenientes y alcanzaran por lo tanto niveles tóxicos. Este accidente provocó que el litio adquiriera mala fama, por lo que desgraciadamente costó mucho introducirlo en los Estados Unidos (donde aún hoy no es un fármaco tan ampliamente utilizado como en Europa). De hecho, su uso fue permitido por la Food and Drug Administration (la agencia reguladora de fármacos en Norteamérica) sólo a partir de 1970 (para tratar la manía) y de 1974 (como estabilizador del ánimo). Además es destacable que, al ser un elemento natural, ningún laboratorio pudo patentarlo, lo que dificultó su rápida implementación. Los primeros tratamientos con litio se introdujeron en España a principios de los setenta. Su uso en nuestro país es bastante habitual y aumenta año tras año, a pesar de la aparición de nuevos fármacos.

Otra figura destacada ha sido el americano George Winokur, con sus valiosas aportaciones sobre la evolución de la enfermedad y sus posibles complicaciones. Cabe destacar también el trabajo del psiquiatra norteamericano David Dunner, básico en la introducción de conceptos como la ciclación rápida y la especificación del trastorno bipolar de tipo II como categoría diagnóstica. Sería injusto no citar las aportaciones que, en el campo de la psicobiología del trastorno bipolar, ha realizado el también estadounidense Robert Post, los avances epidemioló-

gicos en el conocimiento de las formas moderadas del trastorno bipolar debidos a los doctores Hagop Akiskal, en Estados Unidos, y Jules Angst, en Suiza, o el gran trabajo realizado desde el ámbito de la psicología por la doctora Kay Redfield Jamison, un caso prácticamente único en el mundo, ya que conoce la enfermedad bipolar desde su perspectiva científica —es autora de cientos de rigurosos artículos de enorme calidad científica y coautora junto a Frederick Goodwin del manual *Manic-depressive Illness* (Oxford University Press, 2007), auténtica Biblia de los estudiosos del trastorno bipolar— y desde la perspectiva del paciente, ya que ella misma sufre un trastorno bipolar de tipo I, como recoge su recomendable libro *Una mente inquieta* (Tusquets, 1996). Es inagotable la lista de psiquiatras, psicólogos, biólogos, farmacólogos y profesionales de otras disciplinas que día a día aportan su experiencia, talento y esfuerzo para un mejor conocimiento de la enfermedad bipolar que permite, ya en la actualidad, que este tipo de pacientes, antaño confinados de por vida a instituciones psiquiátricas, sufrimiento y marginación social, sean hoy, en su mayoría, personas autónomas sin merma de sus capacidades, posibilidades de éxito social y calidad de vida.

Quizás puede parecer que, en los últimos años, ha aumentado espectacularmente el porcentaje de personas que sufren un trastorno psiquiátrico o, en este caso, el trastorno bipolar, pero esto no es cierto en absoluto. Los avances en la investigación psiquiátrica nos permiten hoy día saber mucho más sobre los trastornos bipolares, aumentando nuestra capacidad para detectar nuevos casos y ofrecer un mejor tratamiento a personas que, en otras épocas, hubieran sido calificados de «excéntricos», «lunáticos», «embruados» o «poseídos».

### RECUERDE QUE...

- La primera descripción de lo que hoy llamaríamos trastorno bipolar la realizó Arateo de Capadocia (50-130 d.C.).
- En España, en el siglo XVIII, el aragonés Andreu Piquer Arrufat describe detalladamente el trastorno bipolar de Fernando VI.
- Emil Kraepelin (1856-1926) llama al trastorno «psicosis maníaco-depresiva», distinguiéndolo de la esquizofrenia.

## Capítulo V

### UNA ENFERMEDAD GENIAL

*El arte nace en el cerebro, no en el corazón.*

HONORÉ DE BALZAC

Lo que sigue es la transcripción más o menos literal de una conversación de uno de los dos autores con una paciente bipolar. Hemos creído que su contenido resumía de un modo sencillo la compleja relación entre creatividad y dicho trastorno:

—Paciente (P): Creo que, si en el fondo me resisto a tomar este tratamiento, es porque no quiero cambiar mi forma de ser. Ser bipolar puede ser un palo, pero también tiene cosas muy positivas. En mi caso, por ejemplo, ser bipolar me permite inspirarme y escribir cosas muy bonitas. Incluso he publicado algunos de mis poemas en una revista. Yo no quiero que el tratamiento me quite eso.

—Terapeuta (T): Haces bien. Pero el tratamiento no te va a cambiar la forma de ser, ya que ése no es su objetivo: el tratamiento que estás tomando va a mejorar tu trastorno bipolar, y el trastorno bipolar no es parte de tu identidad, sino una enfermedad que padeces.

—P: Sí y no. Yo siempre he sido bipolar. Es parte de mí.

—T: Tú no «eres» bipolar. Es absurdo reducir tu identidad a un diagnóstico psiquiátrico o de cualquier otra enfermedad. Tú no «eres» bipolar, sino que «padeces» un trastorno bipolar. Tú eres, por ejemplo, una buena madre, una persona generosa, una amiga muy fiel, alguien honesto, una buena poeta, socia del Atlético de Madrid, una nefasta cantante de karaoke y una cocinera aceptable. Eso es lo que eres. Aparte, padeces trastorno bipolar y algo de hipertensión. Pero, para mí, sería tan absurdo presentarse en sociedad en plan «María, la bipolar» como presentarse «María, la hipertensa». Probablemente prefieras presentarte como «María, la poeta», «María, la colchonera» o «María, la madre de dos preciosidades».

—P (ríe): Visto así, tiene razón, pero es sólo un modo de hablar.

—T: Pero, precisamente tú, que eres poeta, sabes que las palabras y el modo en que las utilizamos son muy importantes... La forma como hablamos refleja la manera en que pensamos. Pero no sólo eso... también la puede modificar... Imagínate que cada día dijeras cosas del estilo de «yo, pobrecita de mí»...

—P: Estaría fatal... o acabaría fatal... Bueno, supongo que tiene razón... pero aun así creo que el tratamiento puede matar mi creatividad, aplanarme, atontarme...

—T: ¿Tu creatividad es tuya o es de tu enfermedad?

—P: Es difícil decirlo; hasta ahora siempre nos he visto a ambas como inseparables.

—T: ¿Has escrito cosas estando maníaca o deprimida?

—P: Estando maníaca, un montón. Estando deprimida, no tanto. Si estoy muy deprimida no puedo moverme, si estoy un poquito deprimida escribo. Y creo que lo que escribo está bastante bien.

—T: ¿Qué tal están las cosas que has escrito estando maníaca?

—P: La mayoría no las entiendo cuando las leo después. Son surrealistas. Pero cuando estoy alta me parecen geniales. Generalmente, escribo mejor cuando estoy o normal o un poco baja...

—T: Es lo que suele pasar. Porque la artista eres tú, no tu enfermedad.

—P: Supongo, no sé. Quizás. Mejor así, ¿no? Pero usted imagine el caso de Van Gogh, el pintor, que el pobre era un bipolar tremendo...

—T (la interrumpe): Querrás decir que sufría un trastorno bipolar...

—P (sonríe): Eso. Pues eso, Van Gogh fue un genio y pintó un montón, y con unos colores preciosos... y yo me pregunto: ¿qué habría pasado si le hubieran dado litio a Van Gogh? Igual nos hubiéramos quedado sin uno de los mayores talentos de la historia...

—T: No sé qué habría pasado con su arte. En cualquier caso, estoy casi seguro de que si Van Gogh hubiera podido tomar litio, no habría tenido tantas depresiones, ni síntomas psicóticos, no se habría pasado buena parte de su vida ingresado, no se habría autolesionado cortándose una oreja, no se habría suicidado y, probablemente, habría sido mucho más feliz. ¿Acaso no es eso mucho más importante?

—P: Sí... ¡Sobre todo para él!

Se dice que el trastorno bipolar es una enfermedad de dos caras. Una es la que estamos conociendo a lo largo de este libro; el trastorno bipolar como una enfermedad crónica y potencial-

mente grave que provoca un gran sufrimiento y discapacidad. La otra, según cree mucha gente, asocia el trastorno bipolar al mito de su relación con la creatividad. Este último punto no siempre se corresponde con la realidad. Es cierto que artistas de gran fama padecieron un trastorno bipolar y que, en general, el porcentaje de poetas, pintores o escritores con algún tipo de trastorno psíquico parece ser más alto que entre el resto de la población, pero de ello no debe inferirse que el trastorno bipolar lleve a la genialidad. Los estudios que relacionan creatividad y trastorno bipolar apuntan a una alta presencia de personas con talento artístico entre los familiares de pacientes bipolares, que muchas veces padecen formas muy atenuadas de la enfermedad. La mayoría de expertos coincidiría en señalar que en el proceso creativo es tan importante la inspiración como la disciplina o capacidad de trabajo (según decía Picasso, el arte es 10 por ciento inspiración y 90 por ciento transpiración). El trastorno bipolar puede facilitar la inspiración —en personas dotadas para el arte—, pero, si no se trata correctamente, puede impedir la regularidad del trabajo e imposibilitar cualquier resultado de la creatividad.

La relación entre la enfermedad psiquiátrica y la creatividad es uno de los binomios clásicos en la concepción de la psicopatología. Los mitos de la Grecia clásica ya contenían de forma clara una relación muy estrecha entre los dioses, la locura y la creatividad: Dioniso, hijo de Zeus y dios del vino, que oscila entre la creación y la destrucción, entre la razón y la locura, inspiraba a aquellos que estaban bajo su influjo. En su honor se escribieron algunas de las poesías más bellas de la época. Es interesante destacar que los festejos en honor de Dioniso tenían —al igual que el trastorno bipolar— naturaleza cíclica y estacional.

Durante el Renacimiento hubo también un gran interés por la relación entre genialidad, melancolía y locura. Lo nuevo en este caso es que, de algún modo, se reconoce la diferencia entre la melancolía no patológica, que permitía alcanzar grandes logros entre los que la sufrían, y la locura, que impedía que quien la padeciera llevase a término el proceso creativo.

En el siglo XVIII, en cambio, se subraya que es el intelecto el motor de la creatividad, por encima de la genialidad y la locura.

En el clásico movimiento pendular de las tendencias a lo largo de la historia, años más tarde, los artistas románticos usarán hasta la saciedad el concepto de «genio loco» para proveer de un estatus especial a los propios artistas; en su particular visión, la locura será algo así como una virtud que hace del artista alguien muy especial y de la creatividad algo que no está al alcance de cualquiera.

Es en el siglo XX cuando la dualidad locura/genialidad empieza a ser estudiada de modo concienzudo tanto por expertos en arte como por psiquiatras, reconociendo que el vínculo entre ambas es una de las características fundamentales de la concepción contemporánea de cultura. Según señalan los propios expertos, esto implica el riesgo de, por un lado, negar la existencia de la genialidad per se, ajena a la psicopatología, y, al mismo tiempo, ignorar la gravedad de la enfermedad psiquiátrica.

Son muchos los artistas, políticos, empresarios y otros personajes públicos (Tabla 3) que han sufrido en su vida trastorno bipolar. Esto no indica otra cosa que, a pesar de ser un *handicap* muy duro algunas veces, no es una enfermedad incapacitante que convierta a quien la sufre en un inútil.

Tabla 3

RELACIÓN DE ARTISTAS, DEPORTISTAS Y POLÍTICOS  
CON PROBABLE TRASTORNO BIPOLAR

POETAS

Antonin Artaud  
Charles Baudelaire  
William Blake  
Lord Byron  
Samuel T. Coleridge  
Emily Dickinson  
John Keats  
Vladimir Mayakovski  
Boris Pasternak  
Dylan Thomas  
Walt Whitman

ESCRITORES

Hans Christian Andersen  
Honoré de Balzac  
Joseph Conrad  
Charles Dickens  
William Faulkner  
Francis Scott Fitzgerald  
Nikolai Gogol  
Maxim Gorki  
Graham Greene  
Ernest Hemingway  
Herman Hesse  
Victor Hugo  
Henrik Ibsen  
Henry James  
William James  
Malcolm Lowry

Edgar Allan Poe  
Robert Louis Stevenson  
Leo Tolstoi  
Tennessee Williams  
Virginia Woolf  
Émile Zola

MÚSICOS

Hector Berlioz  
Irving Berlin  
Kurt Cobain  
Peter Gabriel  
Friedrich Händel  
Gustav Mahler  
Charles Mingus  
Charlie Parker  
Cole Porter  
Sergei Rachmaninoff  
Robert Schumann  
Piotr Tchaikovsky  
Tom Waits

PINTORES

Y ESCULTORES

Paul Gauguin  
Vincent Van Gogh  
Miguel Ángel  
Edward Munch  
Georgia O'Keeffe  
Jackson Pollock  
Mark Rothko

ACTORES Y  
DIRECTORES DE CINE

Tim Burton  
Stephen Fry  
Robin Williams

DEPORTISTAS  
Ilie Nastase

Alfonso Spellman

Fabià Estapé

POLÍTICOS Y EMPRESARIOS

Winston Churchill  
Abraham Lincoln  
Theodor Roosevelt  
Ted Turner

Pero ¿hasta qué punto es cierta la relación entre trastorno bipolar y creatividad? O, dicho de otro modo, ¿tienen las personas que padecen un trastorno bipolar una mayor probabilidad de ser creativos o convertirse en grandes artistas? Probablemente no. Lo más seguro es que lo contrario sea cierto: entre los artistas famosos el trastorno bipolar es más común que entre el resto de la gente, lo que no implica que entre los bipolares haya más artistas que entre la población general. Partamos de una presunción básica: la mayoría de las personas somos tremendamente mediocres, y el genio es muy infrecuente. Si bien es cierto que la lista de grandes artistas que han sufrido trastorno bipolar es casi interminable, también lo es que el número de ellos que no han sufrido ningún trastorno psiquiátrico grave es probablemente mayor. Y, en el fondo, ésta no es una mala noticia para el artista que padece un trastorno bipolar; en el fondo le estamos diciendo que su «inspiración» está en él mismo, no en su enfermedad.

RECUERDE QUE...

- El trastorno bipolar es especialmente común entre artistas y personas con un trabajo creativo...
- ... pero eso no significa que facilite la genialidad artística en cualquier persona.



## Capítulo VI

### ALTIBAJOS: DEPRESIÓN Y MANÍA

*Ahora mismo soy el hombre más miserable sobre la faz de la tierra. Si lo que ahora siento se distribuyera equitativamente entre toda la humanidad, no quedaría ni un rostro feliz en todo el mundo. No puedo decir si algún día estaré mejor.*

A. LINCOLN

#### LA DEPRESIÓN

#### Síntomas de la depresión bipolar

La palabra «depresión» es un término que se ha banalizado fuera de la consulta de psicólogos y psiquiatras y suele utilizarse popularmente de una forma incorrecta para referirse a lo que sería simplemente estar triste, desmoralizado o bajo de ánimo. No obstante, como sabe todo aquel que ha pasado una depresión, es mucho más que eso; es una enfermedad o, en el caso del trastorno bipolar, una parte de una enfermedad, que va mucho más allá de la tristeza exacerbada (de hecho, hay depresiones en las que ni tan siquiera aparece la tristeza), invadiendo todas las áreas y actividades de la vida cotidiana; la depresión altera el sueño, el apetito, la vida sexual, el pensamiento y nuestra relación con el entorno. Por ello, merece recibir un tratamiento adecuado —con psicofármacos y/o psicoterapia, según el psiquiatra lo juzgue oportuno— y por ello no responde generalmente a los consejos bienintencionados de familiares y amigos.

La depresión bipolar se caracteriza sobre todo por una gran pérdida de interés por cosas que habitualmente resultaban placenteras como, por ejemplo, pasear con la persona amada, dedicar tiempo a algún *hobby* o comer un plato que antes era de su agrado. Si realiza estas actividades, no las disfruta. Es lo que los profesionales llamamos anhedonia (incapacidad para el placer). Una persona con una depresión, bipolar o no, nos puede explicar que la comida ha dejado de tener sabor, las conversaciones han dejado de ser interesantes, las películas ya no son entretenidas y —quizás— su pareja ya no le parece atractiva. Generalmente, la persona que percibe el mundo de este modo acaba por dejar de realizar todas estas actividades y las sustituye por largos periodos sin hacer nada, únicamente estar tumbado en el sofá o en la cama. Es lo que los profesionales llamamos clinofilia. Otro síntoma fundamental es la apatía, un sentimiento de inapetencia e incapacidad absolutas para realizar cualquier tipo de acción por simple que sea, como, por ejemplo, vestirse, pasear al perro o —desde luego— ir a trabajar. Esta apatía es vivida generalmente con un gran sentido de culpa. Los pensamientos de culpabilidad y desesperanza son, precisamente, otro síntoma muy común entre las personas deprimidas. La depresión tiñe de negro las ideas de quien la sufre y condiciona absolutamente su manera de pensar. No cambia el carácter de quien la sufre, pero sí distorsiona por completo su modo de ver el mundo, el futuro y a sí mismo. Así las cosas, podemos decir que el cerebro de la persona deprimida le hace trampa, al interpretar erróneamente la realidad: le hace ver la vida en negativo, con absoluto pesimismo. Esta visión pesimista de la vida alcanza a todas las áreas: familiar, social, laboral... Por ello es muy común que la persona que padece una depresión tienda a pensar que está decepcionando a la

gente a la que quiere (son típicos pensamientos como «soy un mal padre», «soy una mala esposa», «le he fallado a mi familia») o que es un mal trabajador. La percepción distorsionada de sí mismo deriva, invariablemente, en un franco descenso de la autoestima durante las fases depresivas, en las que el paciente suele sentirse inútil, incapaz, indeseable o indigno. El paciente deprimido puede llegar a sentirse culpable de cosas que, objetivamente, nunca pueden ser su culpa. A menudo el mundo exterior, al que la misma persona se adaptaba incluso exitosamente antes de deprimirse, se percibe como exigente, hostil y lleno de barreras infranqueables, que no suelen ser más que los pequeños problemas que todos tenemos en nuestro día a día pero exagerados por la depresión. Debido a la apatía, la fatiga y la falta de energía, la persona deprimida puede encontrar tremendamente difícil llevar a cabo pequeñas tareas que en otro momento no le representarían dificultad alguna (realizar un trámite administrativo, coger un autobús, hacer la compra diaria o, sencillamente, salir a la calle). No ser capaz de realizar estas actividades llevará al paciente deprimido a sentirse peor, aumentará su culpa y sus ganas de esconderse y pasar tiempo en la cama y, por lo tanto, realimentará su propia depresión. A su vez, la propia percepción del fracaso actual (debida en parte a la lectura negativa de la realidad y en parte al descenso en el rendimiento asociado con las propias fases depresivas) le llevará a anticipar —erróneamente, por supuesto— el fracaso futuro, entrando en la visión catastrofista depresiva, en la que «todo va mal y todo irá aún peor». La propia depresión lleva al paciente a pensar que nunca conseguirá alcanzar sus objetivos en la vida. Es común, por lo tanto, que la persona deprimida esté convencida de que su depresión no se va a curar nunca y va a durar toda la vida. Algunas

personas ni siquiera son capaces de recordar que han estado bien alguna vez en la vida y formulan frases tan contundentes como «siempre he estado deprimido», «es mi carácter» o «no se puede hacer nada, así he sido siempre y nadie ni ningún medicamento va a cambiarme». Así es como la depresión invade no sólo la totalidad del tiempo presente de quien la padece, sino también su pasado y su futuro, convirtiéndose, por eterna, en una vivencia aún más dolorosa si cabe.

Pero nada es eterno, ni siquiera Fidel Castro. Tampoco la depresión: ésta no se eterniza nunca. En el mejor de los casos, remite porque el tratamiento funciona adecuadamente. En el peor, llega un momento en el que se produce lo que llamamos «remisión espontánea»: al cabo de un tiempo (generalmente demasiado tiempo) los síntomas desaparecen aunque no se siga ningún tratamiento. Con todo, no podemos dar esta opción por buena, ya que implica que el paciente va a sufrir durante más tiempo del necesario. Y aún hay una opción peor: la depresión desaparece espontáneamente pero porque se transforma en manía o en un cuadro mixto.

Debemos subrayar que la visión deprimida de la vida no se ajusta en absoluto a la realidad, del mismo modo que el optimismo hipomaníaco tampoco lo hace: al revés de lo que ocurre en un tablero de ajedrez, en la vida nada suele ser blanco o negro, sino que abundan los matices.

La persona que padece una depresión bipolar se siente completamente falta de energía, fatigada, pudiendo experimentar multitud de molestias físicas (dolores de espalda, en las articulaciones, jaquecas) sin ninguna causa más que la propia depresión. A menudo, la persona deprimida explica que «no tengo combustible, es como si estuviera del todo exprimido, no tengo más

fuelle». En el caso de una depresión bipolar, esta descripción, aunque muy esquemática, es casi real, ya que son muchos los pacientes que experimentan una fase depresiva después del derroche energético de la manía. Por otra parte, no es raro que los pacientes deprimidos, si presentan síntomas tan habituales como dolores musculares, dolor de cabeza, molestias gastrointestinales y escasa presencia de tristeza o desesperación (algo común en la depresión bipolar), visiten a varios médicos generalistas o de otras especialidades antes que a un psiquiatra, al creer que lo que les sucede no es una depresión, sino un problema médico de orden no psiquiátrico.

Otro de los motivos que le pueden llevar a pensar a un bipolar deprimido que tiene una «enfermedad física» (y ponemos las comillas para dejar en evidencia que los trastornos bipolares también son enfermedades con una causa física, aunque sus síntomas sean psiquiátricos) es la pérdida del apetito, síntoma común entre los pacientes bipolares deprimidos. En general, durante la depresión bipolar, son realmente frecuentes las alteraciones del apetito; como ya hemos señalado, éste puede disminuir (lo que conocemos como hiporexia) o quedar reducido de un modo exagerado a un determinado grupo de alimentos (generalmente chocolate y otros dulces), pero también puede, circunstancialmente, aumentar, sobre todo en forma de atracones (ingesta compulsiva en poco tiempo de una gran cantidad de alimentos, generalmente dulces y carbohidratos de escasa elaboración que facilitan el consumo rápido). Generalmente, las personas que cometen atracones lo hacen con la finalidad de calmar su ansiedad o llenar su vacío interior. Lo cierto es que, una vez concluido el atracón, el paciente se suele sentir peor, ya que une a su depresión la culpabilidad por el atracón y autorreproches sobre su autoimagen.

Muchas veces, debido al desorden en los hábitos alimentarios y al sedentarismo (no moverse del sofá) de las fases depresivas, no es extraño que durante éstas el paciente aumente algunos kilos, con las correspondientes complicaciones médicas y psicológicas.

Respecto al deseo sexual, éste puede llegar a desaparecer por completo, lo que en muchas ocasiones culpabiliza tremendamente al paciente, sobre todo si su pareja no se muestra comprensiva en este aspecto. La ausencia de deseo no es la única disfunción sexual que puede aparecer durante una fase depresiva; también están los problemas de erección y eyaculación en el hombre y de falta de lubricación o anorgasmia —ausencia de orgasmos— en la mujer.

La vida sentimental se ve afectada, asimismo, con una especie de «anestesia de los afectos» propia de la depresión en la que el paciente puede llegar a dudar, incluso, de si quiere a su pareja. En todo caso, los problemas de pareja son comunes durante una depresión bipolar, pero se debe tener muy claro que no se pueden tomar decisiones importantes —ni sobre la pareja ni sobre cualquier otro aspecto de la vida— durante una depresión bipolar, por lo que no es una buena idea separarse durante una fase depresiva, ya que la mayoría de los problemas de pareja desaparecen cuando tratamos debidamente la depresión (por lo que tampoco hará falta la tan rimbombante terapia de pareja que, en general, tiene poca utilidad en dichas circunstancias).

Durante la depresión suele haber un cierto descenso en lo que los psicólogos y psiquiatras llamamos rendimiento cognitivo; en algunos pacientes, la memoria, la atención, la capacidad de abstracción y la velocidad del pensamiento disminuyen notoriamente. El paciente deprimido puede empezar a sentir que le

cuesta más realizar rutinas mentales que en otros momentos de su vida (por ejemplo, puede tener dificultades para recordar un número de teléfono, memorizar una contraseña, aprenderse una lista de precios o prestar atención en clase). En algunos casos, esta disfunción cognitiva es tan franca que el paciente puede incluso plantearse la posibilidad de estar empezando una demencia, ya que pierde cosas con facilidad, no recuerda algunos nombres de compañeros, es incapaz de realizar cálculos sencillos, etcétera. Sin embargo, nada más lejos de la realidad, ya que debemos tener bien claro que estas alteraciones de memoria y de atención son reversibles prácticamente en su totalidad y tienden a desaparecer casi por completo unos meses después de que el paciente se haya recuperado.

Por otra parte, también es común el enlentecimiento: el habla, el pensamiento y los movimientos se ralentizan, de tal forma que —en algunos casos— el paciente parece ir a cámara lenta.

Otro síntoma relativamente frecuente en la depresión bipolar es la hipocondría: el paciente empieza a estar convencido de que padece determinadas enfermedades físicas —generalmente un cáncer o una enfermedad infecciosa— y ello condiciona tremendamente su vida.

Entre los pacientes deprimidos es muy común sentirse un poco mejor por la tarde que por la mañana. Ello obedece a razones del propio funcionamiento neurohormonal de las personas deprimidas. Por ello, muchos pacientes deciden dormir hasta mediodía o hasta más tarde, para levantarse en una hora en la que ya se empiezan a sentir algo mejor. Este truco, aunque parece lógico, es inútil, ya que levantándose más tarde sólo se consigue que ese momento de menor intensidad de los síntomas llegue

también más tarde. De este modo, algunos pacientes depresivos acaban por alterar del todo su ritmo de sueño, permaneciendo despiertos durante gran parte de la noche y durmiendo durante el día.

Las alteraciones del sueño son muy frecuentes durante la depresión. De una parte, es muy común lo que llamamos hipersomnia, exceso de sueño: así, muchos pacientes pasan demasiadas horas en cama o en el sofá, la mayoría de las veces con el argumento, lógico por otra parte, de que mientras duermen no sufren tanto. Pero ello no contribuye sino a empeorar su estado: dormir más horas de las necesarias es una forma de agravar una depresión. El número máximo de horas que una persona deprimida debería dormir es de nueve, incluyendo siestas (aunque no es aconsejable en absoluto que una persona deprimida haga la siesta). Sabemos que esta exigencia resulta utópica para la mayoría de los pacientes deprimidos, pero lo cierto es que aquellos que consiguen controlar sus horas de sueño mejoran más rápido que los que no logran hacerlo.

Por otra parte, no es menos común el insomnio. Durante la noche, algunos pacientes deprimidos no consiguen quedarse dormidos, bien debido a la ansiedad, o porque han dormido durante el día (por eso no es recomendable la siesta) o como consecuencia de la propia depresión. Es lo que denominamos insomnio de conciliación o insomnio de primera fase. Algo menos común durante la depresión bipolar son los otros tipos de insomnio: el insomnio de segunda fase o insomnio de mantenimiento es aquél en el que el paciente no tiene dificultades para conciliar el sueño, pero le resulta muy difícil mantenerlo estable durante la noche y se despierta con frecuencia en el transcurso de ésta, impidiendo que el sueño sea reparador, por lo que a la mañana siguiente está

muy cansado (contribuyendo, por lo tanto, a la hipersomnía diurna y la apatía de la propia depresión). El insomnio de tercera fase o insomnio terminal consiste en que la persona no tiene dificultades para comenzar a dormir, pero se levanta en la primera hora de la madrugada y no puede volver a conciliar el sueño. Es un tipo de insomnio que se da más en la manía que durante la depresión bipolar. Más adelante expondremos con más detalle algunas técnicas para mejorar los patrones de sueño en pacientes bipolares, que no se reducen únicamente a fármacos, aunque éstos son muy seguros y eficaces.

En la fase depresiva puede aparecer lo que llamamos síntomas psicóticos. ¿Qué son los síntomas psicóticos? Empezaremos diciendo que hay dos clases de síntomas psicóticos: los delirios y las alucinaciones. Delirar significa creer firmemente en una idea absurda, descabellada o sin base real, a la que se llega a partir de interpretaciones erróneas de la realidad o sobrevaloración de la información de que disponemos. Los delirios que se presentan con más frecuencia durante la fase depresiva son los de ruina: el convencimiento de haber contraído una grave enfermedad, creer que la gente le rechaza, pensar que el mundo va a acabarse en una fecha concreta, etcétera. Una alucinación es una percepción sin objeto que la motive. Es decir, oír voces sin que nadie nos esté hablando (alucinaciones auditivas, las más comunes entre los enfermos bipolares), ver cosas o personas que realmente no existen o no están donde las vemos en aquel instante (alucinaciones visuales) o percibir olores que el resto de la gente no nota.

Los síntomas psicóticos pueden aparecer en el transcurso de la depresión o de la fase maníaca. Generalmente, su contenido variará en función de en qué fase se presenten. Cabe destacar que también en otras enfermedades como la esquizofrenia es frecuen-

te la aparición de síntomas psicóticos. Ello no significa que el trastorno bipolar pueda acabar convirtiéndose en esquizofrenia: sencillamente, ambas enfermedades comparten un tipo de síntoma, de la misma forma que la fiebre es un síntoma que puede aparecer en infinidad de enfermedades que van de una simple gripe a un tumor. Por otra parte, los síntomas psicóticos no son monopolio de la esquizofrenia o del trastorno bipolar; entre otros muchos casos, también pueden tenerlos pacientes con una enfermedad del hígado en fase aguda.

La irritabilidad tampoco es infrecuente entre los pacientes bipolares deprimidos, aunque es un síntoma inespecífico que puede aparecer en cualquier fase del trastorno (especialmente en los episodios mixtos y en algunos tipos de manía).

Durante la depresión bipolar es relativamente común que aparezcan ideas de muerte («para vivir así, más me valdría estar muerto») y planes o ideas de suicidio. El suicidio, lamentablemente, está cubierto de una aureola romántica o filosófica. Demasiado a menudo aparece tratado en los medios de comunicación como un gesto propio de valientes, una decisión meramente existencial o una expresión de la libertad del individuo. Desde la psiquiatría sabemos que esto no es así; detrás de cualquier suicidio hay una enfermedad mental. No existe el «suicidio existencial». Las ideas de suicidio son un síntoma más de la fase depresiva, acaso el más preocupante, con seguridad el más trágico. Ante su aparición no hay otra opción que comentarlas urgentemente con su terapeuta. El tema no es menor, ya que ocasiona demasiadas muertes a lo largo del año; hasta un 15 por ciento de los pacientes bipolares terminan suicidándose.

La depresión bipolar es reversible, un estado transitorio con un principio y un fin. Todavía no hemos visto ningún paciente

que, con el tratamiento adecuado, no haya salido de su depresión al cabo de algunas semanas o meses. Sólo los muertos no se recuperan de la depresión.

Respecto a la tristeza, aunque es cierto que la mayoría de los pacientes deprimidos experimentan una profunda tristeza, no es necesario estar triste para estar deprimido. En el caso de las depresiones bipolares, es especialmente frecuente que el paciente presente síntomas tales como la fatiga, el insomnio o la somnolencia diurna, la disminución de actividades, el declive en el rendimiento laboral o académico, la incapacidad para disfrutar, la irritabilidad, las alteraciones del apetito, pero no tristeza. Existen, por lo tanto, «depresiones sin tristeza», y es una simplificación peligrosa —porque nos llevaría a diagnosticar menos casos de los existentes— identificar depresión y tristeza. Se puede estar deprimido sin estar triste y, por supuesto, estar triste sin estar deprimido; también es un error demasiado común medicalizar todas las emociones.

En el origen de la depresión bipolar encontramos varias alteraciones neurobiológicas como la alteración de la producción de varios neurotransmisores (serotonina, dopamina y norepinefrina, por ejemplo). Es decir, si retomáramos la ya anticuada división de las depresiones entre exógenas (depresiones cuya causa viene de fuera, es decir, es ambiental, pudiendo ser un disgusto, un hecho traumático, la exposición continua al estrés, etcétera) y endógenas (en las que la causa viene de dentro, es decir, es orgánica), la depresión bipolar pertenecería siempre y de un modo claro a este último grupo. Pero también es cierto que el entorno puede jugar un cierto papel —generalmente menos importante de lo que cree la mayoría de la gente— como desencadenante de un episodio. Pero, sin duda y aunque parezca algo paradójico, lo que más a menudo desencadena una depresión

bipolar es la presencia de un episodio de manía o hipomanía, que al cabo de unas semanas se torna —casi inevitablemente— en un episodio depresivo. Ello no es debido únicamente a que algunos de los fármacos antimaníacos sean potencialmente depresógenos —que cada vez lo son menos—, sino a la propia biología de la manía, en la que el organismo es sometido a un desgaste excesivo que, al final, acaba pagando en forma de depresión. Por lo tanto, la manía o hipomanía de hoy es la depresión de pasado mañana (y ésta debe ser una razón de peso para evitar la hipomanía o la manía, especialmente para algunos pacientes que disfrutaban de ellas y no las ven como parte de la enfermedad).

Otro desencadenante muy habitual de la depresión bipolar es el consumo de ciertas sustancias y drogas, sobre todo alcohol, cocaína y marihuana. El consumo abusivo y/o la dependencia de cualquiera de estas sustancias es ya una enfermedad en sí misma. Pero incluso su consumo moderado implica un riesgo inaceptable; en el caso de la cocaína y la marihuana, por su potencial adictivo —enorme en el caso de la primera pero nada inofensivo en el caso de la segunda— y sus efectos devastadores sobre la salud física y mental. En lo que respecta al alcohol, quizás porque es un producto legal, mucha gente tiende a observarlo como inofensivo; nada más alejado de la realidad. El uso crónico de alcohol implica, para cualquier persona, ciertos problemas de salud física (cambios metabólicos y alteraciones hepáticas, sobre todo) y mental. Mucha gente piensa que el alcohol es una sustancia que produce euforia, que nos pone contentos. Como usted quizás ya haya comprobado en el pasado, a muy corto plazo esto es así en algunos casos: hay personas que, tras tomarse unas copas, se sienten más optimistas y emotivas, pero también hay otras que se ponen más sensibles o más tristes, y otras violentas. Sin

embargo, a medio plazo, el alcohol es en realidad una sustancia depresógena (esto es, que induce depresión). Incluso en personas sin trastorno bipolar, el consumo crónico —y no necesariamente en cantidades de abuso— de alcohol les puede llevar a padecer una depresión (que mejora cuando el paciente deja de beber). En el caso de un paciente bipolar, el papel desencadenante del alcohol es aún más claro: los pacientes bipolares que —a pesar de las indicaciones de sus terapeutas en el sentido opuesto— consumen alcohol tienen más episodios depresivos; además, éstos son de mayor duración y responden peor al tratamiento. Asimismo, los pacientes que consumen alcohol tienen un riesgo de suicidio mucho más elevado. Algunas personas que padecen un trastorno bipolar tienden a beber alcohol cuando están deprimidas para evadirse, animarse u olvidarse de la depresión, pero, como vemos, el alcohol no hace sino empeorar el pronóstico de la depresión bipolar. Algunas medicaciones, como la cortisona, pueden desencadenar también episodios depresivos en individuos con trastorno bipolar. En el caso concreto de la cortisona, también puede desencadenar un episodio de manía, por lo que está contraindicada en los pacientes bipolares salvo razones de causa mayor (cáncer, trasplantes, etcétera). La cortisona se puede usar en pomadas para tratar alergias y otros problemas de la piel, como tratamiento oral o inyectable. En el caso de las cremas, prácticamente no afectan al estado de ánimo, ya que se absorben localmente y la parte que llega a la sangre es muy pequeña. En cambio, si usted tiene un trastorno bipolar y una condición médica que le exige tomar cortisona u otros fármacos derivados (corticoides) por vía oral (pastillas) o inyectable —véase Tabla 4— debe consultar a su médico psiquiatra para saber qué precauciones debe tomar.

*Tabla 4*

CUADROS MÉDICOS QUE PUEDEN SER TRATADOS  
CON CORTICOIDES

- Alergias graves.
- Enfermedades reumáticas.
- Enfermedades respiratorias.
- Esclerosis múltiple.
- Síndromes edematosos producidos por acumulación de líquidos en diferentes zonas del organismo.
- Enfermedades oftálmicas.
- Tratamiento paliativo en leucemias y linfomas.
- Periodos críticos de colitis ulcerosa.
- Problemas de la piel: dermatitis exfoliativa, urticaria, eritema multiforme, psoriasis.
- Neoplasias (cáncer).

Hay otros fármacos que, por sí solos, pueden desencadenar un episodio depresivo. Los pacientes con un trastorno bipolar, aunque esté estabilizado, son especialmente vulnerables a la descompensación debida a este tipo de fármacos, más que la población que no lo padece. La siguiente (Tabla 5) es una lista de algunos fármacos que pueden inducir depresión. Si usted está tomando alguno de ellos, bajo ningún concepto debe dejarlo inmediatamente, sino que debe consultar con su médico, que le indicará las precauciones a tomar, el riesgo real, las alternativas de tratamiento, etcétera, o se pondrá en contacto con el médico que le haya prescrito estos fármacos para evaluar el problema entre ambos.

Tabla 5

FÁRMACOS POTENCIALMENTE DEPRESÓGENOS (RELACIÓN NO EXHAUSTIVA)			
Acetazolamida	Clonidina	Fenilbutazona	Morfina
Anticonceptivos orales	Clorpromacina	Griseofulvina	Primidona
Asparginasa	Clotrimazol	Guanetidina	Procainamida
Aureomicina	Corticoides	Haloperidol	Progesterona
Azatioprina	Dapsona	Hidralacina	Reserpina
Beta-bloqueantes	Digital	Indometacina	Tiocarlide
Bleomicina	Disulfiram	Interferón	Veratrum
Butaperazina	Escopolamina	L-dopa	Vinblastina
Cicloserina	Erosuximida	Metromidazol	Vincristina
	Fenatęcina	Mitramicina	

En el caso de las mujeres, el parto puede ser también el desencadenante de un episodio depresivo, en lo que se conoce como depresión posparto, aunque probablemente también se ha abusado un poco del término: ocho de cada diez mujeres presentan tristeza y abatimiento en los días inmediatamente posteriores al parto, lo que se conoce como «blues» (o tristeza) maternal, y no cumple criterios para ser considerada una depresión. En cambio, una de cada diez mujeres presentará una auténtica depresión posparto en un periodo que generalmente incluye entre las dos y cuatro semanas posteriores al parto pero que puede abarcar hasta los seis meses siguientes. Al contrario de lo que mucha gente cree, la depresión posparto no se debe a que la madre tenga dudas existenciales o caiga abrumada por la —en algunos casos— nueva responsabilidad, sino —como

tras la mayoría de depresiones— a razones estrictamente psicobiológicas (entre ellas, la caída súbita del nivel de estrógenos tras el parto). Las mujeres con un trastorno bipolar tienen más posibilidades de presentar una recaída depresiva tras el parto, por lo que debemos ser muy cautos a la hora de retirar la medicación durante el embarazo.

Los cambios estacionales también pueden actuar como desencadenantes de un episodio de depresión bipolar. Algunos pacientes tienden a repetir siempre el mismo patrón durante el año, consistente en depresión invernal e (hipo)manía estival. Es lo que se conoce como patrón estacional. Y no depende, como alguien podría creer, del hecho de que «en verano estoy de vacaciones y por lo tanto gozo más de la vida». El patrón estacional depende casi exclusivamente de los cambios de luz (lo que conocemos como fotodisponibilidad); la luz solar es un activador de diversos reguladores bioquímicos de los que depende la serotonina, por lo que la falta de luz solar puede derivar en una escasa disponibilidad de serotonina y, por lo tanto, en una depresión. Por este motivo, los casos de patrón estacional son especialmente frecuentes en países con gran variación de las horas de luz entre estaciones —por ejemplo, ciñéndonos a Europa, países como Suecia, Noruega, Dinamarca o Islandia, donde pueden llegar a pasar varios días seguidos sin la luz del sol— y raros o infrecuentes —aunque no inexistentes— en países más cercanos al Ecuador (como, por ejemplo, España o los países del área mediterránea). El tratamiento de este tipo de depresiones es prácticamente el mismo, pero existe también la posibilidad de que sean tratadas con fototerapia. La fototerapia (terapia de la luz) consiste en la exposición en breves periodos (cerca de treinta minutos al día), generalmente por la mañana, a una lámpara cuya luz imita a la

solar (pero no es una lámpara UVA), con lo que engañamos a nuestro cerebro, que vuelve a producir serotonina a niveles estivales. Este tratamiento es muy frecuente en Centroeuropa y Escandinavia y poco común —aunque disponible— en nuestro medio.

Otros desencadenantes podrían ser de tipo más conductual: dormir en exceso facilita la aparición de un episodio depresivo y, a su vez, puede ser uno de sus primeros síntomas. Las descompensaciones en los horarios de sueño son un factor de altísimo riesgo para los pacientes bipolares. Sabemos que, en líneas generales, dormir poco predispone a la manía y dormir mucho predispone a la depresión, por lo que el aumento de horas de sueño —aunque no esté causado por el propio trastorno bipolar sino, por ejemplo, por una gripe— es un factor de riesgo para deprimirse.

Lo mismo sucede con la inactividad. Es cierto que no tener ganas de hacer cosas es uno de los primeros síntomas de la depresión, pero, del mismo modo, también es cierto que la falta de actividad predispone a la depresión. Un paciente que, por ejemplo, se rompe una pierna y se ve forzado a interrumpir durante varios meses su rutina de actividades diarias y guardar reposo, sin poder realizar ejercicio físico, salir a pasear o realizar otras actividades, es un paciente con un riesgo alto para deprimirse. Es importante que las personas que sufren un trastorno bipolar sean conscientes de este riesgo (de sufrir depresión por inactividad, no de romperse una pierna, que lo tenemos todos) para poder manejarlo mejor y tomar las precauciones adecuadas: revisar la posible aparición de síntomas depresivos de modo aún más estrecho, buscar actividades alternativas, etcétera.

### RECUERDE QUE...

- Depresión no es sinónimo de tristeza.
- Tristeza no es sinónimo de depresión.
- La depresión bipolar no es un cambio de carácter, sino parte de una enfermedad.
- Los síntomas más comunes de la depresión bipolar son la hipersomnia, la apatía y la inhibición.
- Los intentos de suicidio no son infrecuentes en una depresión bipolar.

## ¿Cómo sé si estoy deprimido?

Diagnosticar una depresión no es fácil. El diagnóstico debe ser siempre llevado a cabo por un médico psiquiatra o un psicólogo clínico, basándose en su experiencia profesional y en el uso de unos criterios estandarizados (Tabla 6). Muchas veces, al propio afectado le resulta muy difícil explicar qué le sucede, mientras que sus amigos y familiares lo ven mucho más claro. En otras ocasiones, como padecer una enfermedad mental está todavía castigado socialmente, la persona que está sufriendo se esfuerza en negar la posibilidad de que en realidad esté enferma y tiende a atribuir sus problemas de estado de ánimo a circunstancias externas, a una mala racha o incluso al tiempo. Tampoco es infrecuente que algunas personas deprimidas nieguen incluso lo más obvio —llanto, problemas de sueño, etcétera— para evitar el trauma de tener que visitar a un profesional de la salud mental. Lo más común, sin embargo, es que la persona que padece una depresión no la identifique como tal por falta de información,

sobre todo en los casos en los que se presenta la depresión sin excesiva tristeza, caracterizada por fatiga, dolores físicos, problemas de sueño y de concentración, etcétera, que llevan al paciente a consultar a infinidad de médicos antes que al más adecuado: el psiquiatra.

*Tabla 6*

**CRITERIOS DSM-IV (1994) PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR**

Durante al menos dos semanas, presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas (incluyendo el primero o el segundo necesariamente):

- Estado de ánimo deprimido.
- Disminución del placer o interés en cualquier actividad.
- Aumento o disminución de peso/apetito.
- Insomnio o hipersomnía.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
- Problemas de concentración o toma de decisiones.
- Ideas recurrentes de muerte o suicidio.
- Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.
- No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).
- No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de dos meses (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento).

El carácter de una persona no puede cambiar de forma brusca en cuestión de días o semanas. Es imposible. El carácter puede

variar a lo largo de la vida, o sea, de varios años, de forma sutil y progresiva. Por lo tanto, cualquier cambio de carácter claro y súbito será atribuible probablemente a una enfermedad mental. Existen varios indicios relativamente fáciles de identificar que le pueden indicar a alguien que está empezando a deprimirse. Nosotros proponemos la siguiente lista, de fácil aplicación. Le recomendamos que revise las situaciones descritas en ella. Si cinco o más se ajustan a lo que le sucede a usted en este momento, muy probablemente esté deprimido y deba consultar con un profesional:

- ❑ En la última semana estoy durmiendo mal. Cuando me acuesto me cuesta dormirme y acabo dando vueltas en la cama, agobiado por distintas preocupaciones. Por la mañana, como he dormido mal, me cuesta muchísimo levantarme y empezar con las actividades diarias.
- ❑ Me despierto varias veces durante la noche, y luego me cuesta volver a conciliar el sueño.
- ❑ En los últimos días, pienso a menudo que he decepcionado a la gente que me quiere, que les he fallado. Soy más autocrítico. Me castigo constantemente recordándome cosas que he hecho mal a lo largo de mi vida. Me obsesiono con mis errores pasados.
- ❑ Desconfío de mi capacidad laboral. Creo, simplemente, que no sirvo para mi trabajo, que mis compañeros son mejores que yo.
- ❑ A veces dudo que sea un buen padre/madre/hijo y creo que a mi familia le iría mejor sin mí.
- ❑ Últimamente me cuesta mucho tomar decisiones sin importancia. Dudo incluso en pequeñas decisiones que no tendrían por qué preocuparme.

- ❑ En la última semana, estoy más irritable que de costumbre. No soporto ninguna crítica. Todo me pone de mal humor. Cualquier adversidad, por pequeña que sea, la vivo como una tragedia. Todo me hunde y me frustra.
- ❑ Soy muy pesimista respecto a mi futuro. Todo va mal y todo irá a peor.
- ❑ Me siento culpable de muchas cosas que me suceden, e incluso de algunas cosas que suceden a mi alrededor.
- ❑ He perdido el apetito. No me apetecen platos que antes me encantaban. A menudo, la comida parece que no tenga sabor, o me da asco. A veces, de forma compulsiva, no puedo evitar comer grandes cantidades de dulces o chocolate.
- ❑ Estoy empezando a beber más de la cuenta. A veces me tomo un par de cervezas —o alguna copa— para evadirme de mis problemas.
- ❑ No me divierto con nada. Los programas de la tele que antes me gustaban han dejado de interesarme. Las conversaciones con los amigos me agobian. Los libros «se me caen de las manos» de puro aburrimiento. Ni siquiera jugar con mis hijos (o nietos) me entretiene. Es más, me agobia.
- ❑ No me apetece hacer nada. Evito a los amigos, no contesto a sus llamadas o mensajes.
- ❑ Últimamente me siento triste sin razón aparente. Siento como un vacío o una angustia dentro.
- ❑ En la última semana, me cuesta concentrarme o memorizar cosas. Estoy muy lento mentalmente. A veces no entiendo cosas sencillas. Me cuesta permanecer atento. Tengo muchos despistes.

- En el trabajo (o en la escuela, o en la facultad) estoy empezando a tener problemas porque suelo estar en Babia.
- Paso muchas horas tumbado en el sofá o en la cama, sin hacer nada, sintiéndome mal. Quiero dormir pero no puedo.
- Me siento inquieto. No sé dónde ponerme.
- Camino o hablo más lentamente que de costumbre.
- Últimamente tengo molestias físicas; siento una opresión en el pecho, o un nudo en la garganta, o molestias en el estómago, sin causa aparente. Me duelen los huesos.
- No hago ejercicio. No me cuido tanto como antes.
- He descuidado mi aspecto físico, algunos días no me ducho por pura pereza. No me apetece afeitarme/maquillarme.
- Estoy agotado; me siento muy cansado, sin haber hecho nada que lo justifique.
- No tengo deseo sexual. Evito las relaciones sexuales.
- A veces tengo miedo de forma injustificada.
- En ocasiones pienso que la vida no vale la pena. No me importaría morirme.

## Habla la depresión

### Un mal día (otro más)

Las siete. Suena el despertador, se enciende la radio. «Buenos días. España». Serán buenos para ti, joder. No abras los ojos; si abres los ojos empezará otra mierda de día. Cinco minutos más. Las siete y cuarto. No me puedo mover. Al menos no en otro plano que no sea el horizontal. Si me levanto a las siete y

media y me apuro un poco, todavía puedo llegar a tiempo al trabajo. Llevo una semana sin ir. Hoy es lunes. Ayer noche decidí que de hoy no pasa, que vuelvo a trabajar. He estado una semana sin ir. Y sin llamar para dar explicaciones. Y sin contestar sus llamadas. Siete y cuarenta en la radio despertador. Mierda, he abierto los ojos. Si no me ducho todavía llevo. Pero llevo seis días sin ducharme. No puedo ir al trabajo así, tan cerdo. Siete y cuarenta y cinco. Si me giro, no veo el despertador. Mejor así. El noticiero de las ocho. Me he quedado dormido. Ahora sí que no llevo. Para llegar tarde, mejor no voy. Mañana será otro día. Por desgracia.

Las once. Una resaca permanente; la cabeza bloqueada, el cuerpo machacado. Y, encima, sin haber bebido. El mal sabor de boca, la nariz tapada. Me duelen las manos. Y las rodillas. Y los tobillos. ¿Qué no me duele? Me duele todo. Tengo pis. Ahora sí que me tendré que levantar. Las once, joder. Buenos días, España. Voy al baño: zombi total. Me miro en el espejo: soy el mismo de los últimos siete días, por desgracia. Incluso llevo el mismo pijama. Huelo que te cagas. El baño también da asco. Llevo un mes sin pasar ni el mocho.

Arrastro las zapatillas hasta la cocina. Tengo que desayunar para tomarme la medicación. Pero no me entra nada. Una coca-cola, y así igual aguanto medio despierto hasta la hora de la siesta. Enciendo un cigarrillo. Me quedan cuatro. O dejo de fumar o bajo al bar a comprar. Ya veremos. Me tomo la coca-cola y la medicación. ¿Para qué tantas pastillas, si sigo hecho mierda? Quizás tendría que llamar al psiquiatra y contarle cómo estoy. Qué palo. Mejor lo hago otro día. Lo que voy a escribir hoy es una lista de todas las cosas que tengo que hacer: comprar tabaco, leche, coca-cola, algo de comer, ducharme, hacer el

lavabo, llamar al psiquiatra... Luego la escribo. No me entra nada en el estómago.

El sofá. Todavía guarda la forma de mi cuerpo. No me extraña. Llevo tres días del sofá a la cama y de la cama al sofá. Dormito a ratos, pero no descanso. Cada día estoy más cansado. La tele. Suerte que existe. O no; igual si no tenía tele leía más o escribía, o aprendía idiomas. Ni eso hago, qué inútil. Me trago todo lo que echan. La Campos. ¿Qué mierda hago yo viendo a la Campos? Parezco una maruja. Pero una maruja sucia, porque la casa esté hecha un asco.

Hostia, el teléfono otra vez. El corazón me sale por la boca. Mierda, el teléfono. No lo cojo. ¿Quién será? Igual es del trabajo, para decirme que me echan. O igual es Ángel, o Javier, o mi hermana desde Soria. Seguro que está preocupada. Cuando haga la lista también pondré «llamar a María». No coger el teléfono me deja mal cuerpo. Otra vez la puta ansiedad, o angustia, qué sé yo. Ya pasará.

El telediarario. Hora de comer. No tengo hambre. Paso. Otros dos cigarrillos y un poco de agua para las pastillas. Ahora dan la serie y luego el concurso.

Jo, no puedo conmigo mismo. No me aguanto. ¿Hasta cuándo voy a estar así? Me paso el día tumbado, bostezando y no quiero hacer nada. No puedo hacer nada. Sólo fumo. Mierda. Éste es el último. Luego no me quedarán más huevos que ponerme algo y bajar al bar. Otra vez el teléfono. Paso. El móvil está apagado desde hace días, descargado. De hecho, no sé ni dónde está. Luego lo pondré en la lista: buscar el móvil.

Son las siete de la tarde. Tengo algo de hambre. Empiezo a comer galletas y no puedo parar. Bueno, no creo que engorde, porque no he comido nada en todo el día. El programa de la

segunda está bien. Quizás mañana pueda ir a trabajar. Y haré la lista (pienso que igual tendría que poner «hacer la lista» en la lista, y casi me río). De momento, enciendo una colilla.

*M. G., 27 años.*

### **Peor que un cáncer**

Tuve mi primera depresión a los 17 años. Cambié de colegio para hacer COU y no me adapté. Creía que los chicos de la clase se reían de mí porque estaba gorda. Nunca nadie me lo dijo a la cara, pero yo creía que no hacía falta. Con la mirada ya bastaba, pensaba. O con las constantes indirectas. Ahora parece una estupidez, pero lo pasaba especialmente mal en la clase de geografía, ya que interpretaba palabras que no tenían nada que ver, como «global», «universal», «mundial» de forma negativa y pensaba que las repetían tan a menudo para reírse de mi cuerpo. Una vez, en un concurso de conocimientos que organizó el profesor por carnaval durante la clase de geografía, me eché a llorar porque me preguntaron por la capital de Honduras, y tuve que salir corriendo de la clase, sin contestar. Creía que se referían a mi barriga y mi trasero como «Honduras», de forma jocosa y con mala leche. Vaya tontería, pero es lo que pensaba en aquel momento. Tampoco quería ir a la clase de educación física y, poco a poco, le fui cogiendo fobia a ir al instituto. Cada mañana me costaba más levantarme, y buscaba excusas para no ir, lo que era muy raro en mí ya que siempre había sido una buena estudiante. Al final empecé a hacer novillos cada día: salía por la mañana de casa para que mi madre no me regañara y no discutir, pero me iba a un parque cercano

y me pasaba las horas allá sentada en un banco sin hacer nada, o leyendo. Como se suponía que comía en el instituto, no comía... lo que me parecía una solución genial, ya que quería adelgazar. A las cinco volvía a casa y fingía que había estado todo el día estudiando y estaba cansada. Me tumbaba en mi cama a no hacer nada. Los fines de semana no quería salir con las amigas que aún tenía de mi anterior escuela, ya que no quería hablar de mi situación. La farsa de no ir al instituto duró un mes, hasta que el tutor de la clase llamó a casa para saber qué pasaba. Entonces tuve que hablar con mis padres y contárselo todo. Como siempre había sido muy aplicada, entendieron que el problema era grave, y me propusieron llevarme a un psicólogo.

La última depresión que he tenido, hace dos años, ha sido mucho más grave. A los 25 años recibí el diagnóstico de bipolar de tipo I, y desde entonces he estado medicándome siempre con litio, un antimaníaco y algunas veces con antidepresivos. A pesar de que tomo bien la medicación, he sufrido un mínimo de cinco depresiones (a los 17, 21, 26, 30 y 36 años) y tres episodios maníacos (a los 20, 25 y 30 años), y he estado ingresada dos veces: una por manía y la última por depresión (por intento de suicidio).

La última depresión empezó sin razón alguna, hace dos años, cuando yo tenía 36. La vida me iba muy bien; hacía seis años que no tenía recaídas, hacía cuatro que me había casado y nuestro hijo Miguel tenía 3 años y crecía sano y muy gracioso. Me llevaba bien con mi marido, también llamado Miguel, y me gustaba mi trabajo (era secretaria de dirección de la sede de una multinacional en España). O sea, que no tenía ningún motivo para deprimirme o estar triste. Pero el psiquiatra ya me ha

dicho que no hacen falta motivos, que a veces la depresión comienza sola. En mi caso, lo empezó a notar mi marido antes que yo: cuando habló conmigo me explicó que, al parecer, en las últimas dos semanas estaba muy callada, a veces contestaba con monosílabos y parecía siempre enojada o molesta. En los dos últimos fines de semana me había levantado alrededor de las once (algo rarísimo en mí) y, un día que Miguel me había intentado despertar, le mandé a paseo. Todo me molestaba y no tenía paciencia con nadie. Ni con mi hijo; Miguelín me buscaba para jugar conmigo y yo le decía siempre que estaba cansada, o se me tiraba encima para abrazarme y yo me enfadaba con él. Perdía los nervios con mucha facilidad, sobre todo con él: en dos ocasiones le pegué dos bofetones porque no comía bien. En el trabajo había recibido ya dos quejas —muy educadas, como siempre— de mi jefe por errores estúpidos que había cometido. A pesar de que me di cuenta de que mi jefe tenía razón y, de hecho, yo misma admitía que estaba más despistada que de costumbre, empecé a pensar que mi jefe me había cogido manía. Fui a mi psiquiatra y le conté lo que me ocurría: le pedí un antidepresivo y la baja laboral. Me dio el primero, pero no la baja. Durante dos semanas seguí yendo a trabajar como una zombi: me despertaba con el tiempo justo, a veces no me duchaba, en el trabajo no daba una a derechas, comía poco, no descansaba, en casa no hacía nada y Miguelín me ponía de los nervios. Me pasaba la tarde llorando, y me daba mucha vergüenza. A pesar del antidepresivo, no avanzaba. Volví a ver a mi psiquiatra y esta vez sí que me dio la baja y me aumentó la medicación. Con mi marido acordamos que mi madre cuidaría de Miguelín hasta que yo estuviera mejor, porque ya no podía ni cuidarme a mí misma. Yo creía que todo esto

mejoraría mi situación. No fue así: al no trabajar ni cuidar a mi hijo, me empecé a sentir una inútil y una mala madre. Tenía la autoestima por los suelos. Me dolía todo. No veía solución a mis problemas. Por las mañanas me levantaba tarde y con mucha ansiedad. A veces vomitaba. Me veía horrible en el espejo. Me pasaba el día tumbada en la cama con ansiedad. Si me levantaba, la ansiedad iba a peor. Cuando llegaba Miguel por la noche no sabía qué decirle, y me sentía mal por no haberle preparado la cena. Cada día era un suplicio, y el día siguiente era peor. Sabía que no iba a recuperarme nunca, que aquella depresión era la definitiva. La depresión en mayúsculas. Era una enferma crónica, inválida, incapaz, inútil, mala madre, quejosa y asqueada con la vida. Sentirse así era peor que tener un cáncer: rezaba a Dios cada noche para que me llevara con él, aunque me daba cuenta de lo estúpido que era pedirle a Dios tal cosa, y me sentía fatal, y luego pensaba en Miguelín y me sentía peor. Siempre había sido una enferma y siempre lo sería. ¿Qué madre era para Miguelín? ¿Qué esposa para Miguel? ¿Acaso no serían más felices sin mí? Miguel aún era joven y guapo y podría encontrar otra mujer, más alegre y con menos problemas. Miguelín era muy pequeño y se olvidaría de mí. Dominada por estos pensamientos decidí que no valía la pena seguir viva. Cuando un lunes Miguel se fue al trabajo, me senté en el sofá y empecé a tomarme todo tipo de pastillas mezcladas con whisky, porque creía que así harían más efecto, sobre todo en mí, que nunca pruebo el alcohol. Estuve pensando en la posibilidad de saltar por el balcón, pero no tuve valor. Cuando Miguel llegó por la noche, me encontró inconsciente en el sofá toda manchada de vómito. En el vómito se podían distinguir algunas cápsulas casi enteras de medicación. Inmediatamente me llevó a urgen-

cias. Me ingresaron; los médicos me contaron que había sobrevivido porque, al no estar acostumbrada a la bebida, había vomitado casi toda la medicación por culpa de la borrachera, probablemente semiinconsciente. Me dijeron que tuve mucha suerte, porque me podía haber ahogado en mi propio vómito. Estuve ingresada durante tres semanas. Me cambiaron el tratamiento por uno más fuerte y tardé unos días en sentirme un poco mejor. Pero salí como nueva, con ganas de vivir, trabajar y cuidar de mi familia, aunque un poco avergonzada por lo que les había hecho sufrir. No sé si se volverá a repetir una depresión tan grave. No sé qué haría si esto sucediera. Pero sé lo que no haría: quiero vivir.

*Lucía, 39 años.*

## LA MANÍA

*Cuando saltes de alegría, cuida de que nadie  
te quite la tierra debajo de los pies.*

S. JERZY LEC

## Síntomas de la hipomanía y la manía

Cuando le explicamos a un paciente bipolar en qué consiste su enfermedad, solemos recurrir al argumento simplista de que es una enfermedad en la que se alternan fases de depresión y de euforia y, de hecho, la mayoría de la gente piensa en el trastorno bipolar únicamente como una alternancia entre alegría y tristeza

patológicas. Pues bien, resulta que esto no es exactamente así: del mismo modo que hemos visto que no es correcto identificar tristeza y depresión — recordemos: hay tristeza sin depresión y depresión sin tristeza —, tampoco lo es identificar manía con euforia o alegría. Es cierto que, sobre todo en las fases de hipomanía — más que en las de manía —, la euforia puede ser una de las emociones dominantes, el paciente hipomaniaco tiende a interpretar todo lo que le sucede de un modo (excesivamente) positivo, es tremendamente optimista hacia el futuro, tiene una confianza exagerada en sí mismo y no valora las consecuencias negativas de su conducta. Pero en el caso de la manía, las cosas son algo más complejas: en muchas ocasiones, el paciente maniaco no está en absoluto contento o eufórico, y si agitado, nervioso, irritable, intolerante, etcétera. Por lo tanto, es inexacto identificar manía y euforia. El síndroma que, de hecho, mejor define a la manía es la exaltación emocional. La manía actúa como un amplificador de cualquier emoción. Por ello, durante la manía, el afectado padece todas las emociones con una intensidad desproporcionada. No únicamente la alegría, también la tristeza o la ira se intensifican. El paciente tiene la sensación de ser más sensible a todo: esto es, de percibir de forma más intensa cualquier sensación, sentimiento, percepción o deseo.

Como su nombre indica, la hipomanía es una presentación atenuada de la manía — ya que el prefijo «hipo» nos indica «menor», como podemos entender a partir de las palabras hipotensión (presión sanguínea excesivamente baja, opuesta a hipertensión) o hipotiroidismo (insuficiente secreción de la glándula tiroidea, opuesta a hipertiroidismo). En general, los síntomas pueden ser los mismos que en el caso de la manía, pero con menor intensidad. Sólo hay una excepción: los síntomas psicóticos.

En una hipomanía nunca se pueden presentar síntomas psicóticos. De hecho, si se presentan, se cambia el diagnóstico por el de manía.

Para algunos pacientes, la hipomanía puede resultar un estado extremadamente agradable, sobre todo en las primeras fases, en las que las personas pueden incrementar su actividad sin fatigarse, están más creativos, más divertidos, tienen más éxito social, suelen obligarse más, rinden mejor en su trabajo, etcétera. El problema es que la hipomanía es un estado extremadamente inestable, que tiende a ir a peor con el paso de los días, de forma súbita; lo que en un principio era agilidad mental rápidamente se convierte en confusión y fuga de ideas, lo que era un agradable aumento de energía en inquietud, el incremento de sociabilidad en una conducta social inadecuada, las ideas brillantes pueden tomarse bruscamente en síntomas psicóticos, etcétera. En otros casos —en lo que después conoceremos como pacientes bipolares de tipo II— la hipomanía no evoluciona a manía, sino que pasa directamente a depresión. En cualquier caso, como vemos, la hipomanía, como los melodramas, siempre acaba mal.

El aumento de la autoestima es una característica típica de los cuadros de hipomanía, y de algunos de manía. En principio, puede parecer positivo que la autoestima del paciente aumente, ya que puede traducirse en ganar mayor seguridad, integrarse mejor en el medio social —sobre todo en algunos medios laborales que premian implícitamente la hipomanía— y tener más claros los pasos a seguir para alcanzar determinados objetivos. Lamentablemente, en el caso de un paciente (hipo)maníaco, sucede todo lo contrario: su aumento de autoestima carece de autoenergía y es del todo ficticio y reversible —de hecho, termina cuando tratamos el cuadro, o desaparece por sí solo, convirtién-

dose muchas veces en grandiosidad o megalomanía delirante si no es tratado—, le lleva a comportarse de un modo absolutamente irresponsable, hace que se comporte de manera inapropiada, le aísla socialmente y le desvía de la consecución de sus objetivos a largo plazo. Para muchos de nuestros pacientes, es muy difícil entender que «justo ahora que me siento tan bien conmigo mismo es cuando mi psiquiatra me dice que estoy mal», y este punto es precisamente uno de los pilares básicos de la educación del paciente bipolar, que acaba aprendiendo que sentirse excesivamente bien suele tener consecuencias nefastas.

No obstante, a menudo sucede que el síntoma predominante es la irritabilidad, la sensación de incomodidad, la excesiva contrariedad ante acontecimientos adversos de importancia moderada y la tendencia a la agresividad física o verbal. Es lo que conocemos como manía disfórica y suele comportar un gran sufrimiento para el afectado y las personas que le rodean.

En otros casos, lo predominante es la labilidad emocional, es decir, la fluctuación constante entre la alegría y la tristeza, lo que puede confundir a muchos pacientes y sus familiares, que pueden dudar entre si se trata de una manía o una depresión.

Un aspecto crucial de la manía, en el sentido de que dificulta terriblemente su tratamiento en la mayoría de las ocasiones, es la ausencia de la conciencia de enfermedad. Muchas veces, el paciente no puede creer que ese momento de su vida que él está identificando quizás como «una de mis mejores épocas» o «un cambio positivo de personalidad» es en realidad una enfermedad grave que requiere tratamiento, y por ello no va a aceptar tomar fármacos. Esto provoca que cada día esté peor, más alejado de la realidad y con conductas más arriesgadas tanto para él como para los demás. A su vez, estar cada vez más ajeno a la realidad lleva a

que cada vez juzgue como menos necesario tomar medicación. El paciente está cada vez más maníaco porque no toma medicación, y se niega a tomarla porque está cada vez más maníaco. Es una de las «espirales de realimentación» de la manía: muchos de sus síntomas tienden a empeorar más el propio cuadro maníaco, por lo que si la manía no se detecta a tiempo, se deja sin tratamiento o no se es suficientemente enérgico en su tratamiento, tiende a empeorar de forma muy rápida (y, entre otras cosas, por ello no es posible atender a las demandas de algunos de nuestros pacientes en el sentido de «déjenme estar un poco hipomaníaco, que ya sabré controlarme»). Por ello decimos que la manía tiende a retroalimentarse con algunos de sus síntomas.

De alguna manera, podemos decir que la (hipo)manía funciona como un alud de nieve (o más bien como los que no sabemos absolutamente nada de física o meteorología creemos que funciona un alud): lo que se inicia como una inocente bola de nieve de pequeñas dimensiones rodando lentamente por una pendiente va engordando a medida que desciende y a medida que alcanza más volumen cobra —lógicamente— mayor velocidad, por lo que arrastra más nieve y aumenta más. De este modo, la pequeña bola de nieve que habría podido ser detenida en sus orígenes con medidas muy sencillas llega a ser, si no se la para a tiempo, una enorme masa que puede ocasionar grandes desgracias y que necesitará de espectaculares remedios para evitarlas. Exactamente lo mismo sucede con la hipomanía y la manía; en un principio, en los primeros días puede no parecer preocupante y detenerla es relativamente sencillo y nada traumático —a veces, simples medidas conductuales pueden bastar—, pero si se la deja progresar puede arruinar la vida de quien la padece y comportar un gran sufrimiento, siendo su tratamiento mucho

más costoso (no únicamente en dinero, sino también en efectos secundarios, al tener que administrar mucha más medicación) y traumático (obligando a un ingreso involuntario, por ejemplo). Por ello, el mejor tratamiento de la hipomanía y la manía, como veremos más adelante, consiste en su prevención y en su identificación precoz.

El ejemplo más obvio es el del sueño. En la manía disminuye la percepción de la necesidad de dormir: la persona que está (hipo)maníaca no percibe prácticamente nunca la sensación de cansancio. Conviene no confundir este síntoma, típicamente (hipo)maníaco, con el insomnio, más típico de la depresión y las fases mixtas. El paciente con insomnio quiere dormir pero no puede, mientras que el paciente (hipo)maníaco no quiere ni puede dormir (aunque, desde luego, ¡DEBE dormir!). Lo que suele suceder es que el paciente (hipo)maníaco está tan ocupado con los cientos de planes que tiene, con las decenas de actividades en las que se implica y se siente tan activado físicamente, que no encuentra el momento para irse a la cama. Y en el caso de que se vaya a la cama, probablemente estará demasiado estimulado para conciliar el sueño. En el caso de la hipomanía, el paciente suele levantarse muy pronto —activado para realizar sus grandiosos planes— y acostarse muy tarde, pudiendo dormir cuatro o cinco horas por noche, sin tener sensación de cansancio. En el caso de las manías más graves, el paciente puede pasarse varios días sin dormir.

Es muy frecuente el caso de pacientes que empiezan con una leve disminución de la fatiga y la necesidad de dormir asociada a una hipomanía, por lo que duermen cuatro o cinco horas en vez de las siete u ocho habituales, y que, precisamente por dormir algo menos, cada vez van agravando más su cuadro hipomaníaco, de tal modo que al cabo de tres o cuatro días el paciente tan sólo

duerme un par de horas por noche y está francamente maníaco. Una hipótesis interesante es la que explica desde el punto de vista evolutivo la relación entre privación del sueño y manía: la manía supondría una ventaja evolutiva en situaciones de estrés prolongado en las que dormir colocaría al sujeto en una situación de vulnerabilidad (por ejemplo, al ataque de una tribu rival o al acoso de depredadores). De este modo, el mecanismo maníaco de disposición de energía, hiperactividad, capacidad de decisión, resistencia a la fatiga y aumento de la atención resultaría altamente adaptativo y ventajoso desde el punto de vista evolutivo. Ocurrir que ahora no hay tribu rival, ni depredadores nocturnos, y dormir poco sólo sirve para desadaptarse del medio.

Otra espiral de retroalimentación de la manía es la que tiene en su base el consumo de tóxicos y drogas. Algunos de nuestros pacientes que no consumen tóxicos habitualmente empiezan a hacerlo durante una fase hipomaníaca o maníaca. Los motivos varían; algunos pacientes los toman porque dejan de apreciar el riesgo que comportan, otros por mimetismo a los nuevos ambientes que frecuentan, la mayoría de ellos para estimularse aún más —ya que el maníaco no tiene ni quiere tener límites— y otros ingieren algunos tóxicos como el alcohol o el cannabis para «relajarse» o «bajar», es decir, como automedicación, pero lo cierto es que cualquiera de estos tóxicos empeora el propio cuadro maníaco. Algunos pacientes —generalmente los que buscan estimularse— consumen aún más cuanto más maníacos están, complicando muchísimo el pronóstico y el tratamiento de la manía (y consiguiendo un diagnóstico añadido de trastorno por abuso de sustancias en su historial médico).

Otra espiral, quizás la menos conocida, es la que tiene de protagonista al ejercicio físico. Existe la creencia, apoyada hasta

la saciedad por los medios de comunicación y basada en aportaciones de destacados intelectuales como Arnold Schwarzenegger o Jane Fonda, de que el ejercicio físico es saludable y nos puede ayudar ante cualquier condición patológica que presentemos. Es más, se nos indica alegremente que el deporte es muy adecuado para la gente que padece trastornos psiquiátricos. En general, podemos estar de acuerdo en que estar en forma es, a grandes rasgos, positivo para el tratamiento o prevención de muchas dolencias (sobre todo si hablamos de ejercicio practicado con regularidad, responsabilidad y moderación). Respecto a los trastornos psiquiátricos y en concreto los bipolares, no hay duda de que practicar ejercicio físico puede ser muy positivo para ayudar a salir de una depresión (de hecho, como se puede comprobar en este libro, lo recomendamos encarecidamente) y controlar los niveles de ansiedad durante la eutimia, pero puede ser perjudicial ante un inicio de descompensación hipomaníaca, maníaca o mixta, ya que el ejercicio físico nos estimula, y lo que menos necesita un paciente en dicho momento es más estímulo. Tengamos clara una cosa: nunca se puede vencer a la (hipo)manía por agotamiento. Es como intentar apagar un fuego con gasolina: cuanto más ejercicio haga, más maníaco va a estar. Ponemos como ejemplo el caso de uno de nuestros pacientes, que empezó a presentar un cuadro leve de manía, por lo que le costaba mucho dormir por la noche, no paraba quieto durante el día y derrochaba energía. Sus padres, con toda la buena intención del mundo y sin saber que en realidad su hijo estaba sufriendo una enfermedad psíquica del todo tratable, creyeron que lo más oportuno era «cansar al niño, hasta que ya no pueda más, deje de corretear y caiga rendido por la noche». Para ello, se llevaron al paciente a su casa de campo y acordaron con el jardinero que éste le enco-

mendaría las tareas más pesadas para asegurarse de que el chico se agotara. El jardinero «coterapeuta» se tomó muy al pie de la letra el encargo: juntos cortaron todo el césped de la finca, arreglaron el seto, podaron los veinte árboles, pintaron la valla y tallaron madera. El resultado, que el lector ya imagina, fue un empeoramiento súbito de la manía, ya que el paciente estaba aún más excitado y desorganizado, por lo que se tuvo que recurrir al ingreso. El que sí acabó hecho polvo fue el jardinero. Afortunadamente, el paciente fue diagnosticado correctamente y los padres empezaron a aprender cosas acerca de la dolencia que se hallaba tras la extraña conducta de su hijo.

La última espiral, y quizás la más peligrosa, es la del mal cumplimiento terapéutico. Más tarde veremos que es relativamente común que los pacientes con un trastorno bipolar no quieran tomar su medicación. Esto es especialmente frecuente cuando los pacientes están empezando una fase hipomaníaca —es decir, «están subiendo»—, ya que se sienten especialmente bien, más llenos de energía, más optimistas, etcétera, y, como ya hemos indicado, no creen que deban tomar ninguna medicación. Sin embargo, el hecho de no tomar medicación —o, sobre todo, abandonar la que ya se estaba tomando— empeora el propio cuadro de hipomanía, dejando en poco tiempo de ser agradable. En todo caso, cuanto más (hipo)maníaco está el paciente, menos conciencia de enfermedad suele tener y, por lo tanto, menos conciencia de que requiere seguir un tratamiento.

En este sentido, es fundamental la educación del paciente en el manejo de su enfermedad, lo que los profesionales llamamos psicoeducación, que, como veremos más adelante, es una técnica psicoterapéutica que consiste en enseñar al paciente a manejar su enfermedad, convivir con ella y aceptar la necesidad de trata-

miento farmacológico. No obstante, la psicoeducación debe realizarse únicamente cuando el paciente esté lo que llamamos «eufórico» (ni gravemente deprimido, ni maníaco, ni hipomaníaco, ni mixto), ya que los episodios del trastorno bipolar alteran gravemente la capacidad de aprendizaje del que los padece: en la manía el paciente tiende a prestar atención a cualquier estímulo, sin alcanzar a discriminar si éste es relevante o no, lo que impide que pueda concentrarse lo suficiente como para aprender.

La forma de hablar del paciente (hipo)maníaco suele ser muy característica, en el sentido de que suele hablar por los codos, que es lo que técnicamente denominamos verborrea o logorrea, pero además lo hace de un modo muy rápido, a veces incluso comiéndose palabras (a esta velocidad aumentada del habla la denominamos taquilalia) y con un volumen muy alto. Es un discurso a borbotones, difícil de interrumpir y de seguir para el que lo escucha. El discurso suele caracterizarse por chistes, intromisiones en la vida del otro, comentarios inadecuados, juegos de palabras e impertinencias a veces divertidas (y otras no). La persona puede mostrarse teatral, con manierismos dramáticos y cantos. Si el estado de ánimo es predominantemente irritable, el discurso estará marcado por quejas, comentarios hostiles o ataques verbales a los que le rodean (lo que denominamos heteroagresividad verbal). En los casos más graves, el paciente cambia constantemente de tema sin respetar la coherencia de su discurso (descarrilamiento) o inventa palabras (neologismos). Sobra decir que, en la mayoría de las ocasiones, el paciente no es consciente de este cambio en su modo de comunicarse o, si lo es, se limita a señalar que «he mejorado mi facilidad de palabra» o «tengo labia».

Como sucede con el habla, también el pensamiento está acelerado (lo que denominamos taquipsiquia). En un primer estadio

de la hipomanía, esta aceleración puede ser incluso útil, funcional y aportar a quien la sufre mejores resultados laborales o más creatividad. Muchos de nuestros pacientes nos han dicho cosas como «si usted pudiera dejarme para siempre en mi segundo día de hipomanía...», lo cual es del todo imposible. Lamentablemente, este aumento de la fluidez del pensamiento es transitorio y desemboca inevitablemente en confusión, ideas incoherentes y «fuga de ideas». Los pensamientos son más rápidos de lo que pueden ser verbalizados o comprendidos por uno mismo. Esto puede llegar al extremo de que el pensamiento sea completamente desorganizado, con lo que el paciente acaba por tener la desagradable sensación de que no puede controlar ni ordenar sus pensamientos, que se le escapan. El pensamiento (hipo)maníaco se caracteriza por saltar desordenadamente de un tema a otro, sin poder llegar a centrar su atención en nada concreto. Algunos pacientes definen su distraibilidad (hipo)maníaca como «intentar escuchar tres o cuatro emisoras de radio a la vez; al final no te enteras de nada». Es lo que denominamos «trastornos del curso del pensamiento»; alteraciones de la forma en que pensamos, que están presentes junto a los «trastornos del contenido del pensamiento» —alteraciones de lo que pensamos— que veremos más adelante.

Según refieren aquellos que han estado alguna vez maníacos o hipomaníacos, durante estos estados los sentidos se agudizan y se disfruta más, por lo tanto, de cualquier sensación. Muchos pacientes refieren que ven los colores más vivos, que aprecian más una melodía o un olor determinado, o que disfrutan más del sabor de un plato o de un simple pedazo de pan. La vida sexual, evidentemente, es más satisfactoria también gracias a esta ampliación de las sensaciones.

Una de las cosas que resultan más evidentes al ojo de cualquiera —aunque no tenga experiencia en la práctica de la psiquiatría— al observar a una persona maníaca es la incapacidad de ésta para permanecer quieta. Generalmente, el paciente maníaco explica que no puede permanecer inactivo o quieto durante largo tiempo —y los profesionales lo observamos a diario al realizar entrevistas con pacientes maníacos, que a menudo se levantan, se mueven por el despacho o incluso realizan ejercicios gimnásticos—, tiene dificultad, por ejemplo, para permanecer sentado viendo una película, leyendo un libro o manteniendo una conversación. Es lo que los profesionales denominamos inquietud psicomotriz, y es muy frecuente en todos los tipos de manía, aunque no tiene por qué aparecer durante la hipomanía.

La conducta del paciente maníaco se caracteriza, entre otras cosas, por la escasa o nula percepción del riesgo, lo que le lleva a implicarse en actividades asociadas a un peligro potencial considerable, como por ejemplo la conducción temeraria de vehículos o realizar deportes peligrosos sin tener la preparación adecuada. Tampoco valora otros tipos de riesgo, por lo que puede hacer grandes inversiones sin tener ninguna certeza de recuperar su dinero.

En algunos pacientes es frecuente el aumento del deseo sexual, pero no en todos. Las alteraciones del deseo sexual pueden variar en función de la gravedad del cuadro. Algunos pacientes sencillamente hablan más de sexo, hacen más bromas picantes, cometen indiscreciones que antes no hacían o sienten la necesidad de aumentar la frecuencia de relaciones sexuales con su compañero/a habitual, mientras que en otros casos más graves el paciente puede realizar prácticas sexuales de riesgo, infidelida-

des, promiscuidad o hacer un consumo compulsivo de pornografía y servicios de prostitución. Esta característica, unida a la escasa valoración de las consecuencias negativas de la conducta, hace que muchas personas tiendan a romper sus relaciones afectivas durante los episodios de manía y se impliquen en prácticas con alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

El gasto desmesurado de dinero (que denominamos prodigalidad) es también una característica muy común de la hipomanía y la manía. Desde los pacientes hipomaníacos que tan sólo gastan veinte o treinta euros en una tienda de «todo a un euro» hasta el paciente maníaco que se compra un par de coches carísimos (en ocasiones sin tener ni tan siquiera permiso de conducción) o solicita un crédito para realizar una alocada inversión que sólo él encuentra rentable, lo cierto es que, en mayor o menor medida, la mayoría de los pacientes tienden a gastar más de lo necesario durante la (hipo)manía, tanto en supuestas «inversiones» como en regalos.

Otro problema común durante la (hipo)manía es el consumo de tóxicos; el paciente busca frecuentemente aumentar la estimulación, por lo que no es raro que consuma alcohol, cocaína o anfetaminas. Por el mismo motivo, muchos (hipo)maníacos presentan conductas de juego patológico (ludopatía), que a veces persisten una vez terminado el episodio.

Aproximadamente la mitad de los pacientes bipolares presentan síntomas psicóticos cuando están maníacos. Estos síntomas, consistentes en delirios (creer firmemente en algo absurdo o imposible) y alucinaciones (percepciones sin objeto), pueden ser congruentes con el estado de ánimo o no congruentes con el estado de ánimo. En el primer caso encontramos los delirios de

grandeza, en los que el afectado suele otorgarse facultades, méritos o identidades que no le pertenecen. A este tipo pertenecen delirios como «tengo poderes telepáticos» o «puedo curar con las manos» (algo falso si usted no es un cirujano de prestigio). En otros casos, encontramos los delirios no congruentes con el estado de ánimo, que suelen ser de perjuicio («hay un complot contra mí», «la mafia me persigue») o de catástrofe («mi familia está toda enferma de cáncer», «el mundo se acabará la semana que viene»). El paciente maníaco puede llegar a interpretar los esfuerzos bienintencionados de su familia para que se tome el tratamiento como una conspiración, como reflejo de la envidia que sienten hacia él o como parte de la supuesta necesidad de controlarlo todo que tiene la familia. Esta desconfianza hacia la familia y hacia las personas que le rodean puede llegar a alcanzar, en el caso de las manías con síntomas psicóticos, el nivel de delirio, en el que el paciente puede llegar a estar convencido de que existe una trama para perjudicarlo, de que su familia le desea algún mal o de que están bajo la influencia de poderosas fuerzas malignas.

Como sucedía con la depresión, el mejor predictor de que un paciente está en riesgo de iniciar una fase maníaca es que esté deprimido. Los episodios maníacos o hipomaníacos suelen seguir a los episodios depresivos. Una persona que padece un trastorno bipolar y se está recuperando de una depresión tiene un gran riesgo de describir un cuadro (hipo)maníaco, tanto por el tratamiento que estará recibiendo (probablemente antidepresivos) como por factores neurobiológicos implicados en la propia naturaleza del trastorno. De hecho, los profesionales entrenados sabemos que debemos desconfiar de las rápidas mejorías que, en una fase depresiva, pueden experimentar los pacientes bipolares,

ya que en muchos casos son el inicio de una fase maníaca. Nosotros acostumbramos a aconsejar a nuestros estudiantes, psicólogos y médicos en formación que mantengan la guardia alta en el caso de recuperaciones milagrosas o espontáneas de un cuadro depresivo: en la mayoría de los casos no se corresponden con una mejora real causada por nuestra tremenda eficacia profesional, sino que son el inicio de lo que denominamos viraje maníaco o cambio súbito de una fase depresiva a una manía.

Algunos virajes maníacos súbitos son debidos al consumo de antidepresivos. Por ello, los psiquiatras que tratan pacientes bipolares saben que deben ser especialmente cautos en el uso de antidepresivos, ya que siempre existe el riesgo de que el paciente «se pase» en la mejoría y derive en manía. Prácticamente todos los antidepresivos modernos presentan el mismo riesgo de inducir un viraje maníaco, pero los que lo presentan mayor son los antidepresivos clásicos o antidepresivos tricíclicos. Ello no quiere decir que el psiquiatra deba descartar por completo el uso de antidepresivos en la depresión bipolar (de hecho, hay depresiones bipolares del todo intratables sin antidepresivos), pero sí que deben usarse con extremada prudencia, siempre junto a un estabilizador del estado de ánimo (carbonato de litio, valproato y similares), aumentar el número de visitas para detectar un posible viraje y alertar al paciente y a su familia sobre las posibles señales comportamentales que deben hacerles sospechar sobre un viraje maníaco.

Aparte de los antidepresivos, otros fármacos prescritos para enfermedades no psiquiátricas pueden también desencadenar episodios de manía, bien porque por sí mismos ocasionan los síntomas propios de la manía, como es el caso de los corticoides —que, recordémoslo, también podían desencadenar un episodio

depresivo—, bien porque aumentan el efecto de otros fármacos que pueden desencadenar este tipo de episodios (Tabla 7). Si usted está tomando alguna de las medicaciones que se indican y padece un trastorno bipolar, no debe dejar en ningún caso de tomar dicha medicación, pero debe consultar cuanto antes con su psiquiatra, que le indicará qué conducta debe seguir.

*Tabla 7*

FÁRMACOS QUE PUEDEN DESENCADENAR UN EPISODIO DE MANÍA (RELACIÓN NO EXHAUSTIVA)		
Baclofeno	Disulfiram	Metoclopramide
Barbitúricos	Esteroides anabólicos	Oxandrolona
Bromideno	Fenciclidina	Oximetolona
Bromocriptina	Fenfluramina	Procainamida
Captopril	Fenilpropanolamina	Procarbazina
Cimetidina	Isoniazide	Prociclidina
Claritromicina	Levodopa	Propafenona
Corticoesteroides	Metandrostenolona	Pseudoefedrina
Corticotropina	Metilfenidato	Selegilina
Cortisona	Metiltestosterona	Teofilina

Otros productos que se venden en farmacias sin receta, a los que no podemos llamar medicamentos porque no han pasado los rigurosos exámenes exigidos para ello, también implican un riesgo de manía. Es el caso de muchos remedios herbales para adelgazar, que contienen derivados anfetamínicos, o del hipérico, un remedio herbal antidepressivo que, como tal, puede causar manía.

El uso de determinadas drogas estimulantes también puede desencadenar un episodio maniaco en cualquier persona. Dicho

episodio va más allá del periodo de la propia intoxicación y da lugar a un trastorno bipolar que debe ser tratado, como todos, de por vida. En este sentido, son especialmente peligrosas la cocaína, las anfetaminas y las drogas de diseño (éxtasis y otras pastillas de discoteca).

Lo mismo ocurre con la cafeína: un abuso de café puede desencadenar un episodio maníaco. Muchos pacientes bipolares beben mucho café, para sentirse estimulados o para no dormirse (a veces debido a las medicaciones que están tomando o a los pequeños síntomas depresivos que persisten entre fases). Cuatro o cinco cafés pueden ser suficientes para desencadenar un episodio hipomaníaco.

Un aumento brusco del ejercicio físico puede desencadenar también un episodio hipomaníaco. Algunos de nuestros pacientes, deportistas semiprofesionales, han iniciado un episodio mixto o hipomaníaco tras una dura pretemporada, en la que los entrenadores trabajan muy duramente la preparación física. El ejercicio físico, en el caso de las personas con un trastorno bipolar, no debe realizarse por la noche (si se puede escoger). Muchas personas vamos al gimnasio o jugamos partidos de fútbol sala o baloncesto de aficionados a partir de las ocho o las nueve de la noche, porque trabajamos durante todo el día. El problema de esta conducta es que el deporte es muy estimulante, por lo que va a dificultar el sueño, algo muy peligroso en el caso de personas con un trastorno bipolar.

Un estilo de vida excesivamente estresante, con pocas horas de ocio, con escaso tiempo para no hacer nada o relajarse, con muchas responsabilidades y prisas puede desembocar, con el tiempo, en una descompensación tanto maníaca como depresiva. Por ello, es necesario aprender a regularse las propias actividades, algo de lo que hablaremos también más adelante.

Algunos acontecimientos muy marcados, tanto de signo positivo (ascenso laboral, una boda, esperar un hijo, ganar una importante suma de dinero) como negativo (muerte de un ser querido, despido laboral, ruptura de una relación afectiva) pueden desencadenar el inicio de fases depresivas o maníacas. Es importante señalar que el signo positivo o negativo de estos acontecimientos no condiciona en absoluto el signo maníaco o depresivo de la fase que desencadenan. Así, no es infrecuente que tras la muerte de un ser querido nuestros pacientes lleven a cabo lo que se conoce por «duelo maníaco», es decir, un episodio maníaco que resulta muy difícil de entender para la familia.

La relación entre la falta de horas de sueño (deprivación de sueño) y el inicio de una fase (hipo)maníaca ha sido muy bien estudiada y no deja lugar a dudas. De hecho, distintos estudios indican que bastan dos noches sin dormir para originar una fase maníaca en una persona de riesgo. Sabemos, por nuestra experiencia clínica, que pacientes que se han visto forzados a alterar su ritmo de sueño durante un tiempo (debido, por ejemplo, a un cambio en los horarios laborales, la enfermedad de un miembro de la familia que requiere cuidados nocturnos o el nacimiento de un bebé que, evidentemente, altera el ritmo de sueño) tienen un alto riesgo de iniciar una fase maníaca o hipomaníaca. Como veremos más adelante, el sueño de una persona que padece un trastorno bipolar es sagrado, y en ningún caso se debe dormir menos de siete horas.

Ya hemos visto que, en el caso de la depresión bipolar, hay algunos pacientes que tienden a presentar siempre episodios en invierno (lo que se llama trastorno afectivo estacional). Lo mismo sucede con los episodios de manía e hipomanía, mucho más frecuentes en primavera y verano debido sobre todo a los cambios de

luz y, en el caso del verano, a la relajación de hábitos durante las vacaciones. Los autores de este libro vemos año tras año cómo nuestro trabajo aumenta especialmente en primavera, cuando tenemos que atender a muchos pacientes de forma imprevista, por padecer una recaída (hipo)maníaca. Este hecho es tan claro que algunos de nuestros pacientes han descrito un episodio maníaco debido a un cambio brusco de estación en un viaje transoceánico.

Otro aspecto que, en las mujeres, puede desencadenar un episodio es la menstruación. Algunas son especialmente sensibles a los cambios de ánimo antes y durante la misma. De igual modo, algunas pacientes bipolares son especialmente vulnerables a una recaída —de cualquier signo— en ese periodo. En algunos casos extremos, era tan claro que la menstruación actuaba cada vez como desencadenante que hemos tenido que realizar un abordaje médico conjuntamente con el ginecólogo de la paciente para intentar mitigar los efectos de la menstruación o, incluso, suprimirla durante un tiempo para lograr estabilizarla. Evidentemente, la menstruación no se puede inhibir para siempre, ya que ello tiene consecuencias médicas importantes (sería como si avanzáramos la menopausia en una mujer joven).

#### RECUERDE QUE...

- Hipomanía y manía no son sinónimos de euforia; puede haber episodios con franco predominio de hiperactividad e irritabilidad.
- Muchos pacientes dejan de creer que están enfermos durante la hipomanía o la manía.
- La disminución de la necesidad de dormir, el aumento de energía, la aceleración del pensamiento y el aumento del gasto económico son algunos de los síntomas más frecuentes.

## ¿Qué consecuencias tiene la manía?

Muchos pacientes nos preguntan qué pasaría si no tratáramos un cuadro maniaco, si lo dejáramos «subir» hasta el infinito. Por desgracia, conocemos la respuesta porque la hemos visto demasiadas veces con nuestros propios ojos o, mejor dicho, con los ojos de los familiares de un paciente maniaco que se niega a recibir tratamiento, a ingresar, a visitar a un psiquiatra o pisar un hospital y con el que es imposible llevar a cabo un ingreso judicial forzoso porque los propios familiares temen —de forma comprensible pero errónea— que esto pueda perjudicarle de algún modo (más adelante hablaremos de este tema con detenimiento). Estos pacientes maniacos no tratados ignoran entre otras cosas el refranero castellano y las frases típicas de nuestros abuelos (y los suyos), ya que hay tres que definen muy bien su pronóstico clínico:

- ❑ «No hay mal que cien años dure».
- ❑ «Todo lo que sube tiene que bajar».
- ❑ «Cuanto más subas, más dura será la caída».

La primera frase nos dice que la manía es un estado perecedero, que no va a durar siempre. Es más, es un estado tremendamente inestable, cuyos síntomas van cambiando —generalmente a peor— a medida que pasa el tiempo. La manía se va haciendo más y más grave a medida que pasan los días y hay un punto en el que deja de ser placentera para el paciente y empieza a comportar un sufrimiento importante. En los primeros días de hipomanía puede ser más o menos agradable sentir que uno puede pensar más rápido, pero sabemos que es realmente doloroso

no poder controlar el propio pensamiento ni poder «entender» lo que pensamos porque va demasiado deprisa, que es lo que sucederá más tarde. En los primeros días puede ser reconfortante sentir que uno tiene más energía de la habitual, pero luego será muy desagradable no poder permanecer quieto. Del mismo modo, tener menos sueño nos podría parecer muy útil en los primeros días, hasta que nuestro cerebro empieza a estar realmente confuso y somos incapaces de pegar ojo y regenerar nuestro funcionamiento. Lo que en los primeros días podemos considerar como un aumento de la autoestima, más adelante se convertirá en síntomas psicóticos que pueden atemorizarnos (algunos pacientes, precisamente por creerse muy importantes, empiezan a temer que alguien quiera atentar contra ellos, lo cual no es precisamente divertido). Así es como la manía empeora con el paso de los días. ¿Cuánto tiempo puede una persona estar maníaca si no recibe tratamiento? Nosotros hemos llegado a ver manías de varios meses (tres o cuatro) de duración. Y después de estos meses, ¿qué? Después de estos meses de manía generalmente psicótica, son aplicables las otras dos frases de los abuelos: «Todo lo que sube tiene que bajar» y «Cuanto más subas, más dura será la caída». Es decir, después de la manía va a venir la depresión, y la intensidad y duración (sobre todo la duración) de ésta será proporcional a la intensidad y duración de la manía. Así, si un paciente no ha llegado ni a estar hipomaníaco porque ha sabido identificar sus síntomas de recaída a tiempo y ha tratado el episodio precozmente, es muy probable que no sufra ningún tipo de depresión después, mientras que si ha hecho una manía completa, no ha recibido tratamiento y ha estado varios días sintomático, es casi inevitable que padezca una depresión. Algunos pacientes creen que la depresión que sigue a la manía está

causada sobre todo por el tratamiento antipsicótico de ésta. Es verdad que algunos antimaníacos, sobre todo los más antiguos, pueden «causar» —es decir, facilitar— la depresión, pero lo que más facilita la depresión es la propia manía, por dos vías, una cognitiva y otra bioquímica: por una parte, cuando el paciente deja de estar maníaco empieza a darse cuenta de todo lo que ha hecho en ese estado (discutir con familia y amigos, abandonar a su mujer, golpear a un compañero de trabajo, sufrir la retirada de su permiso de conducción, arruinarse y llevar a la bancarrota a la familia o tener relaciones sexuales de riesgo con desconocidos serían algunos ejemplos, todos ellos reales), lo que de por sí facilita la depresión. Desde un punto de vista neuroquímico, durante la manía se producen cambios en la neurotransmisión que llevan inevitablemente a la depresión. Es ejemplar lo que ocurre con la dopamina; en el inicio de una fase maníaca el cerebro empieza a producir más dopamina pero también empieza a consumir más. La neurona A empieza a arrojar más dopamina al espacio intersináptico. La neurona B empieza a absorber toda la dopamina disponible, abriendo incluso nuevas compuertas o «neuroreceptores dopaminérgicos». Empiezan a aparecer los síntomas asociados con un aumento de la dopamina, básicamente cambios en la forma y la velocidad del pensamiento (mayor número de asociaciones, etcétera) y cambios en su contenido (generalmente síntomas psicóticos). Bruscamente, la neurona A deja de producir tanta dopamina, pasando incluso a liberar menos de la que era habitual. La neurona B, que ya se había acostumbrado a las vacas gordas, empieza a echar en falta la dopamina —¡e!la que incluso había abierto nuevos neuroreceptores!— y esto da lugar a los síntomas depresivos. Es decir, el tratamiento antimaníaco explicaría sólo una pequeña parte de la

depresión posmaníaca, mientras que los aspectos cognitivos y, sobre todo, los neuroquímicos explicarían el resto. Por eso solemos decir que la mejor forma de evitar una depresión es evitar una manía.

El sufrimiento maníaco y el viraje brusco a una grave depresión no son las únicas consecuencias psiquiátricas de la manía; también debemos contar con la posibilidad de la cronificación y el deterioro cognitivo.

Algunos pacientes que han presentado muchos episodios maníacos o cuya manía no ha recibido un tratamiento adecuado pueden presentar la cronificación de alguno de los síntomas maníacos, es decir, que algún síntoma propio de la manía permanezca en el paciente independientemente de su estado clínico. Por desgracia, ello no sucede ni con el aumento de la velocidad del pensamiento ni con el aumento del deseo sexual, sino con síntomas mucho más molestos: generalmente con síntomas psicóticos que quedan encapsulados en el paciente y se repiten también en las fases depresivas y durante la eutimia. Otro síntoma maníaco que a menudo perdura es la irritabilidad. Estos síntomas encapsulados suelen ser muy difíciles de tratar y causan una gran disfuncionalidad a largo plazo.

Entendemos por deterioro cognitivo la pérdida progresiva en funciones tales como la atención, la memoria o determinados tipos de pensamiento (capacidad de abstracción, pensamiento creativo, capacidad de cálculo). En el pasado se creía que únicamente los pacientes esquizofrénicos sufrían este tipo de problema, pero los estudios de varios grupos —entre ellos el nuestro, dirigido por nuestra compañera y amiga la doctora Martínez-Arán— han demostrado que también los bipolares pueden deteriorarse cognitivamente.

¿Qué bipolares se van a deteriorar? Generalmente los que hayan sufrido más episodios de tipo maníaco. No se trata de que cada vez que tengamos uno nuestro cerebro se vuelva más pequeño, pero sí es cierto que —a partir de un determinado número— empezará a perder capacidades. ¿Por qué? Básicamente porque durante la manía aumentan sustancias como el cortisol, que pueden producir apoptosis o «muerte neuronal»; las neuronas de nuestro hipocampo —especializadas en la memoria— son las que más fácilmente reciben el cortisol y, por lo tanto, las que más probablemente empezarán a desaparecer tras varios episodios de manía. Conviene no confundir este tipo de deterioro con los problemas de memoria característicos de la depresión —pueden perdurar más allá de la propia depresión—, que son del todo reversibles, o con los problemas de memoria asociados a un fármaco, que desaparecerán con el tiempo.

Es decir, cuantos más episodios maníacos tengamos, más probabilidades tendremos de sufrir deterioro cognitivo, y ésta es una consecuencia psiquiátrica especialmente dramática de la manía. Por ello es fundamental llevar a cabo un buen tratamiento de mantenimiento, ya que se ha demostrado que algunos fármacos estabilizadores como el litio o el ácido valproico podrían ser neuroprotectores, es decir evitarían la muerte neuronal y, en el caso del litio, hay estudios que muestran cómo podría incluso facilitar el crecimiento neuronal, pero sólo en pacientes bipolares (si no todos podríamos beneficiarnos de tomar litio, algo que por desgracia no es así).

### *Consecuencias médicas de la manía*

La clásica división —ampliamente usada incluso por los propios profesionales— entre enfermedades médicas y enfermedades psi-

quiátricas es errónea. Toda enfermedad psiquiátrica es, a su vez, una enfermedad médica, con una clínica determinada, correlatos orgánicos, un pronóstico concreto y una terapia que incluye casi siempre un acto médico desarrollado por un clínico. Insistimos en este punto porque ha sido algo que habitualmente crea confusión: el trastorno bipolar es una enfermedad médica con síntomas psiquiátricos y con consecuencias que pueden incluir la descompensación o la aparición de otras patologías médicas. De hecho, es hasta cierto punto sorprendente observar cómo la mortalidad es mucho más alta en los pacientes bipolares —especialmente aquellos que no reciben un tratamiento adecuado— que en el resto de la población. Las cifras se justifican en gran parte por el todavía alto porcentaje de pacientes bipolares que mueren por suicidio, pero no únicamente; otras patologías médicas como determinados tipos de cáncer, cardiopatías o embolias pulmonares son algo más frecuentes en pacientes bipolares. Una manía es un estado de activación extrema que comporta riesgos médicos para el que la padece; no es difícil imaginar cómo determinados cuadros orgánicos pueden empeorar espectacularmente por culpa de un episodio maníaco. Cualquier persona bipolar que padezca además otra enfermedad crónica que requiera tratamiento diario —como la diabetes, determinadas cardiopatías, etc.— es muy probable que, del mismo modo que deja de tomar su medicación para el trastorno bipolar, deje también de tomar la otra, con lo que puede descompensarse. Del mismo modo, abandonará las pautas no farmacológicas (dieta, necesidad de reposo o ejercicio) que son esenciales para el tratamiento de su patología. Es relativamente común que nuestros pacientes bipolares diabéticos tengan una descompensación de su diabetes coincidiendo con sus episodios de manía o hipomanía, debido a que interrump-

pen su tratamiento con insulina (porque no se acuerdan o porque creen que ya no les hace falta), dejan de observar su estricta dieta, etcétera. Del mismo modo, nuestros pacientes bipolares que sufren cardiopatías —enfermedades del corazón— suelen tener graves problemas porque abandonan su tratamiento (por ejemplo, con anticoagulante o antiagregantes), pero también porque se sobreexcitan, llevan a cabo conductas de riesgo y no observan pautas elementales de salud como no beber alcohol, no fumar o no consumir otros tóxicos.

Los accidentes de circulación y otros percances derivados de conductas arriesgadas son algo que no puede considerarse una enfermedad pero sí como causa del aumento de la mortalidad entre pacientes bipolares. La escasa percepción del riesgo, la constante búsqueda de sensaciones y el aumento de la distraibilidad hacen que los accidentes de tráfico con consecuencias graves sean especialmente frecuentes en un episodio de manía. Uno de nuestros pacientes buscaba sobreestimularse conduciendo en el sentido opuesto en una autovía y sufrió un choque frontal que le ocasionó múltiples fracturas. Otro paciente sufrió un accidente al conducir el coche de su madre sin tener experiencia suficiente para hacerlo, sencillamente porque se sentía capaz de todo: «Si quieres, puedes». El caso es que quería, pero no pudo, porque acabó ingresando en nuestro centro con politraumatismos, lo que al menos permitió que empezáramos a tratar su cuadro maníaco.

### *Consecuencias psicológicas de la manía*

Cualquier evento destacado en nuestras vidas comporta una serie de consecuencias psicológicas en sentido positivo o negativo. Las

enfermedades graves no son una excepción; a menudo oímos expresiones como «después del infarto ya no es el mismo», «el cáncer le cambió el carácter» o «la enfermedad de su madre le transformó». Estos cambios no tienen por qué ser negativos; todos conocemos casos de personas que han aprendido a disfrutar de la vida únicamente cuando se han visto contra las cuerdas, que han decidido dedicar más tiempo a los suyos después de un infarto, que han aprendido a ser más constantes y optimistas tras superar un cáncer, que afirman conocerse mejor después de pasar por una depresión, etcétera. Aunque debemos añadir que muy probablemente todas estas personas hubieran preferido realizar dichos aprendizajes por otros métodos. Muchos de nuestros pacientes bipolares afirman que creen que se conocen mejor a sí mismos que otras personas debido precisamente a que padecen esta enfermedad, que les hace estar «más cerca» de sus propias emociones, aunque obviamente no pueden establecer esa comparación con el grado de autoconocimiento que tienen las otras personas. Del mismo modo, todas estas enfermedades pueden acarrear consecuencias negativas que se pueden beneficiar de una ayuda psicoterapéutica; es frecuente que los pacientes cardiopatas se vuelvan excesivamente miedosos o que otros pacientes presenten síntomas depresivos o estrategias erróneas para afrontar psicológicamente su enfermedad, por lo que cada vez es más habitual que distintos servicios del hospital cuenten con sus propios psicólogos y hayan aparecido nuevos campos de acción, como la psicooncología o la psicodermatología. Sorprende de forma gratificante esta tendencia cuando determinados profesionales aún pretenden hoy que el psicólogo tenga escaso lugar en el abordaje de las patologías psiquiátricas: en tanto que son patologías médicas, también hay lugar para la intervención del psicólogo, siem-

pre que éste esté debidamente formado. No nos hace falta reivindicar la «psicopsiquiatría» —la palabreja suena casi a broma—, pero sí el lugar del psicólogo en el tratamiento de los trastornos mentales graves. Lo cierto es que la manía, como cualquier cuadro clínico agudo, tiene también sus consecuencias psicológicas.

Una consecuencia psicológica característica tanto de los pacientes bipolares I como II es la sensación de haber «perdido la identidad». Muchos, sobre todo tras un periodo de varias alternancias entre depresión y manía o hipomanía, refieren cosas tales como «prácticamente no sé quién soy; tras tantas subidas y bajadas no sé cuál soy yo: si el optimista, pletórico y salvaje —mi yo maníaco—, o el casero, romántico y tristón —mi yo deprimido—, tengo la sensación de que ya no me conozco a mí mismo». Es decir, tras varios periodos de depresión/(hipo)manía el paciente pierde momentáneamente la percepción de identidad. Lo que sucede es muy similar a lo que pasa en determinados juegos infantiles, como la piñata, en el que para despistar al niño se le hace dar varias vueltas sobre sí mismo con los ojos vendados, con lo que se produce una desorientación espacial. Del mismo modo, tras varias manías y depresiones es muy frecuente tener desorientación emocional o identitaria. Debemos señalar, sin embargo, que esto no es más que una percepción pasajera: la persona no pierde su identidad ni cambia su personalidad tras varios episodios de manía; sencillamente, le cuesta reencontrarse a sí mismo, pero suele ser una cuestión de tiempo. Si conseguimos que la enfermedad permanezca estable durante unos meses, la persona volverá progresivamente a tener la sensación de ser ella misma; eso sí, con algo más de experiencia, que debe utilizar para evitar nuevas recaídas.

Tampoco es infrecuente que algunos de nuestros pacientes nos comenten que, tras varios episodios de manía, la normalidad les parece descafeinada, *light*, poco intensa. Esto es debido al contraste entre la sobreestimulación maníaca —la intensa vivencia de cualquier emoción (recordémoslo, la manía actúa como un amplificador de todas las emociones, no sólo la alegría)— y la normalidad. No se trata de que la normalidad sea sinónimo de congelador emocional; también está llena de emociones, lo que ocurre es que son mucho más sutiles y llenas de matices, y no tan obvias y exultantes como en la manía. A nosotros nos gusta denominar a este efecto como pérdida del «paladar emocional», ya que de algún modo nos recuerda a lo que sucede con la percepción del sabor. Los autores de este libro somos grandes amantes de la comida picante, admitiendo la parte de deporte de riesgo que tiene esta afición. Imagínese que durante dos meses nos dejamos llevar por esta pasión y sólo comemos determinados platos de cocina mexicana, africana o hindú caracterizados por estar muy especiados y tener un sabor muy intenso —a menudo picante (o muy picante)—. Si inmediatamente después volvemos a comer platos más suaves y sutiles —una paella, una sopa de pescado, un filete a la plancha—, probablemente nos costará percibir su sabor. Y no es que estos platos estén sosos, sino sencillamente que tendremos el paladar habituado a un umbral de percepciones demasiado intenso. Será sencillamente cuestión de tiempo recuperar la percepción de toda la gama de sabores (y, de paso, nuestro estómago nos lo agradecerá). Exactamente lo mismo ocurre con las emociones; únicamente por contraste parece que la normalidad no sea «emocionante». No sólo lo es; también es más sana que la manía. Esta

sensación de anestesia emocional suele desaparecer con el tiempo.

Otras de las consecuencias características de la manía son los problemas de autoestima una vez que ésta termina: el paciente puede sentirse desolado por todas las «barbaridades» que ha realizado durante este estado de la enfermedad o por todas las cosas que ha dicho a sus seres queridos cuando estaba irritable. Dado que la manía es un estado patológico en el que el individuo no toma sus decisiones en plenas facultades, sino todo lo contrario, el paciente no debería sentirse culpable tras una fase de manía: uno no se puede sentir culpable de algo que no está en sus manos, de algo que no decide. Ello no le exime de sentirse responsable de su enfermedad y de evitar por todos los medios posibles que se repitan los episodios. Lo cierto es que muchos de nuestros pacientes se culpan directamente a sí mismos por todo lo que les ha sucedido durante la manía. Obviamente, esta culpabilidad deriva en un problema de autoestima: no soy buena persona porque he hecho cosas mal cuando he estado maníaco. La mejora de la autoestima suele ser uno de los puntos a tratar durante una psicoterapia con pacientes bipolares. La ayuda de un psicólogo especializado en trastornos bipolares y la constatación, día a día, de que una vez recuperada la eutimia hemos recuperado nuestra conducta responsable hacen que estos problemas de autoestima sean del todo reversibles.

Otro motivo de preocupación de nuestros pacientes tras una fase maníaca es el miedo a la alegría, que de hecho es más un efecto secundario de la psicoeducación, si no se realiza correctamente, que una consecuencia de la propia manía. El paciente supera su fase maníaca tras un desagradable tratamiento, quizás con un ingreso, y observa el coste afectivo, emocional,

familiar y económico que esta fase ha tenido. Tras advertir las tremendas consecuencias de la manía decide que no quiere que le vuelva a suceder y entra en un planteamiento del tipo «no me va a volver a pasar, no me confiaré: la próxima vez que sonría consultaré con el doctor, ya he observado que estar de buen rollo me puede acabar perjudicando». Esta postura, evidentemente, es exagerada y no va a ayudar al paciente, ya que va a estar temeroso y no podrá recuperar un bienestar y una calidad de vida adecuados. Es más, lo que probablemente ocurrirá será que el propio hecho de someterse a tanta presión le hará más vulnerable a un nuevo episodio. La alegría es una emoción normal —y deseable— en nuestras vidas. No debemos temer la felicidad (rogamos a nuestros lectores que disciñpen el tono de ñoñería humanista del parágrafo, pero no encontramos otras palabras más adecuadas en nuestro reducido abanico semántico). Estar de buen humor, sentirse feliz, reír y disfrutar de la vida no debe hacernos sospechar necesariamente del advenimiento de un nuevo episodio maníaco ni debe ser motivo para aumentar la dosis de antipsicótico. Es cierto que la sensación de vigor y jovialidad, la risa fácil —aunque no alcanzamos a comprender el significado de la expresión «risa difícil», por cierto— y la búsqueda del placer pueden ser señales de recaída de un episodio (hipo)maníaco, pero también lo son de salud y calidad de vida de cualquier ser humano. Por ello, proponemos a nuestros pacientes que se centren más en otras señales más claras y objetivables —como podrían ser la disminución de horas de sueño, la aceleración del habla, la aparición de irritabilidad, el aumento de los gastos— para sospechar del inicio de un episodio (hipo)maníaco. De este modo, podremos evitar temer estar felices.

## *Consecuencias económicas y laborales de la manía*

Las consecuencias económicas de la manía son prácticamente incontables, como lamentablemente sabrá cualquier persona que haya pasado por un episodio de este tipo. Empezando por el gasto en recursos médicos que implica: no todos los países cuentan con un sistema de medicina pública como el del Estado español, que, con mejor o peor calidad, cubre nuestros gastos médicos a partir de nuestros impuestos, facilitando el acceso a profesionales bien preparados e instalaciones de primer nivel a todos los ciudadanos, incluso a los de clases menos favorecidas, que en muchos países son los propios pacientes quienes tienen que asumirlos directamente. Dichos gastos incluyen la visita médica, el coste de la medicación o el de la hospitalización. Dadas las deficiencias inherentes al propio sistema de sanidad pública —sectorizada de forma irregular, predominando los servicios de alto nivel en las ciudades más pobladas y en la que encontramos grandes diferencias entre profesionales dependiendo del centro— y dado el hecho irrefutable de que en España escasean los servicios especializados en trastorno bipolar —que además suelen estar escasamente dotados de personal y tienen a menudo unas instalaciones no acordes con sus necesidades—, no es infrecuente que este tipo de pacientes, que como ya hemos visto tienen necesidad de un profesional muy especializado, se vea obligado a tener que acudir a la medicina privada, lo que deriva en unos costes generalmente bastante elevados (aunque muy baratos si los comparamos con otras especialidades y, sobre todo, con algunos caprichos que no son realmente de primera necesidad). Por ello, no son pocos los pacientes que nos comentan que haber tenido que pagar la atención continua de un psiquiatra

durante un episodio de manía y su recuperación —periodo en el que las visitas suelen ser más frecuentes— les ha representado un problema económico. Otro aspecto económico de la manía —del que, afortunada o desafortunadamente, no somos muy conscientes— es el coste de los medicamentos. Actualmente es el Estado el que, a partir de nuestros impuestos, cubre el gasto en medicaciones, pero imaginemos por un momento que fueran los propios afectados quienes tuvieran que correr con ese gasto (algo no tan extraño, ya que sucede en países como Estados Unidos o Argentina, por citar algunos): imaginemos que su tratamiento de mantenimiento consiste en 1.200 miligramos diarios de carbonato de litio y 0,5 miligramos de clonacepam, una pauta bastante común, consistente en un eutimizante y un hipnótico a dosis bajas. Nos hemos tomado la molestia de calcular el precio diario de dicho tratamiento (algo inevitable si tenemos en cuenta la condición de catalanes de los autores de este libro): 15 céntimos diarios de euro, algo fácilmente asumible para cualquier economía. Ahora bien, imaginemos que usted —porque olvida tomar la medicación, porque consume tóxicos, porque está estresado por su situación laboral o espontáneamente y sin razón— empieza a presentar unos primeros síntomas maníacos (aumento de la velocidad del pensamiento, cierta irritabilidad, disminución de la necesidad de dormir) y su psiquiatra cambia el tratamiento a la siguiente pauta: continúa con el carbonato de litio a 1.200 mg/d, aumenta el clonacepam a 2 mg/d para facilitar el sueño y añade 1,5 mg/d de risperidona para parar la subida, normalizar el curso del pensamiento y disminuir su irritabilidad. Su tratamiento pasa a tener un coste diario algo superior a un euro, es decir, se multiplica por siete. Es cierto que sigue siendo asumible. Pero supongamos que no consulta con el

psiquiatra a tiempo, se niega a tomar su tratamiento o, sencillamente, éste no resulta del todo efectivo. Vuelve a su consulta, al cabo de diez días, francamente maníaco: el pensamiento es confuso, el sueño está del todo disgregado, está francamente irritable y agresivo, presenta síntomas psicóticos y viste un horroroso traje de seda verde turquesa más propio de un traficante del Bronx que de un empleado de banca como usted. El psiquiatra, tras valorar que no hay ninguna cama en ninguna sala de hospitalización psiquiátrica en toda la ciudad —algo nada raro, se lo aseguramos—, decide pautarle el siguiente tratamiento: mantiene el carbonato de litio en 1.200 mg/d y el clonacepam en 2 mg/d, pero introduce 20 mg de olanzapina, en un tratamiento moderno y eficaz de la manía. Su tratamiento empieza a ascender, ya que ahora le costaría algo más de once euros diarios, es decir, unas ochenta veces lo que le costaba su tratamiento de mantenimiento, eso sin contar lo que le costó ese traje de seda verde que nunca utilizará estando eutímico. Como se ve, el tratamiento farmacológico de la manía tiene un precio muy elevado.

Tengamos en cuenta otra grave consecuencia económica de la manía: una persona no puede trabajar estando maníaca (por motivos obvios) y tampoco en las semanas de recuperación (probablemente estará cansado, medio deprimido, algo sedado y adaptándose a su nueva situación). Cada episodio maníaco acostumbra a comportar algo más de un mes de baja. Si usted tiene un contrato indefinido —algo que parece una utopía hoy en día—, su empresa y el Estado asumirán esta baja con un subsidio y sus ingresos económicos no se resentirán excesivamente por su enfermedad. Si usted tiene un contrato renovable, es probable que la empresa no ejerza dicha renovación; sobre todo si al prin-

cipio de su manía ha decidido hacerle a su jefe un par de comentarios sobre su modo de dirigir la empresa y sobre cómo relacionarse con los empleados, o se ha sincerado con ese compañero tan pesado, se ha insinuado sexualmente a sus compañeras en un modo no excesivamente sutil o respetuoso, ha realizado una larga conferencia telefónica con su familia en Uruguay desde el trabajo, ha decidido redecorar la oficina, ha creído oportuno animar el horario laboral de sus compañeros con su CD de Iron Maiden o se ha presentado a trabajar con ese terrible traje de seda verde turquesa. Sabemos que es absolutamente injusta —criticable y, si se demuestra como tal, sancionable— esta actitud, pero la verdad es que es la que siguen la mayoría de las empresas (con honrosas excepciones que nos devuelven nuestra confianza en el ser humano): el empresario no tiene por qué entender sus razones o su enfermedad, y en la mayoría de las ocasiones no lo hace. Y generalmente no es porque sea una mala persona, sino porque quiere sacar rentabilidad de sus empleados (algo lógico, por otra parte) y duda que usted vaya a ser rentable (a no ser que ya lo haya demostrado durante largo tiempo). Los despidos que a menudo sufren las personas que padecen un trastorno bipolar no están siempre relacionados con el estigma de las enfermedades mentales: a menudo tienen más que ver con la condición crónica de las mismas, que obliga a bajas frecuentes que acaban por motivar un despido (lo que sí es sancionable desde un punto de vista legal, aunque raras veces se puede demostrar). Por lo tanto, las personas que padecen una enfermedad crónica no psiquiátrica que les obligue a constantes bajas van a encontrarse con el mismo problema.

Si usted tiene su propia empresa o negocio y padece un trastorno bipolar, ya sabrá por experiencia que las oscilaciones

financieras del mismo suelen estar muy relacionadas con el estado de su enfermedad. Los negocios pequeños, comercios, etcétera, suelen depender casi en exclusiva de la presencia del dueño para funcionar, de tal manera que si éste se ve obligado a coger una baja laboral el negocio se resiente más que seriamente. Recordamos el caso de un paciente nuestro que tenía una peluquería; sus bajas eran algo frecuentes (probablemente más de una al año) y este hecho acabó por hundir el negocio, no ya porque no fuera teóricamente rentable —ya que al fin y al cabo acababa abriendo unos nueve o diez meses al año— sino porque no era fiable, es decir, los clientes nunca sabían si el establecimiento estaría abierto, lo cual impedía fidelizar una clientela fija.

Si el negocio es algo más grande y el afectado es el empresario, existe el riesgo evidente de que durante las fases maníacas haga movimientos económicos extraños, inversiones alocadas y gestione mal la empresa, con lo que puede acabar por hundirla.

Respecto a una tercera posibilidad laboral —trabajar de forma independiente—, recuerde que si es usted autónomo no le está permitido sufrir una fase maníaca, ni una depresión, ni apenas una gripe, ya que la Seguridad Social sólo le concede la baja a partir del día 20!

Una consecuencia económica directa de los episodios de manía es el derroche monetario que muchas veces se da en ellos, algo que se conoce técnicamente como prodigalidad. Es frecuente que, durante una fase maníaca, una persona haga grandes inversiones absolutamente arriesgadas, sea víctima de estafas, se compre cosas que no necesita, se permita caprichos que estando eutrímico nunca se permitiría o incluso regale literalmente el di-

nero a desconocidos. Todos hemos leído o escuchado historias de pacientes maníacos comprándose un coche de gama alta sin que en realidad lo pudieran pagar, arriesgando su dinero en bolsa sin ton ni son, cambiando su fondo de armario de Zara a Gucci, comprando un caballo («la gran ilusión de mi vida») sin tener sitio donde meterlo o gastando su escaso dinero en prostitutas y juego. Pero no hace falta que todos los casos sean tan claros o espectaculares. Muchos pacientes nunca hacen un gasto que implique varios miles de euros incluso estando en fase de manía —lo que les ayuda a negar que estén maníacos—, pero en cambio gastan de forma sostenida cantidades inferiores pero importantes durante varios días (a veces con fines tan bien intencionados como llenar de regalos a su familia), lo que al cabo de las semanas acaba derivando en un gasto importantísimo. Tampoco es raro que los pacientes hipomaníacos o maníacos lleven a cabo compras continuas de grandes oportunidades y gasten pequeñas fortunas en un «todo a un euro» o renovando su colección de CD o DVD.

Es característico que estos pacientes siempre encuentren justificación para todos sus gastos y no reconozcan su prodigalidad hasta que estén eutímicos (y, en ocasiones, ni así). De hecho, no es extraño. Admitamos que todos, o prácticamente todos (si quiere excluirse usted), hemos tenido algún día tonto en el que hemos salido de compras y hemos gastado mucho más dinero del que teníamos previsto en principio. Hemos visto la colección entera de CD de Leonard Cohen remasterizada, toda la filmografía de Lynch en edición de lujo, unos exclusivos zapatos italianos, un precioso abrigo de Armani rebajado un 15 por ciento, una lámpara que nos ha enamorado, el teléfono móvil que necesitábamos (capaz ya no sólo de escribir y mandar mensajes, sino de

decidir su contenido por nosotros), una Rickenbacker de los sesenta o una primera edición de *Cien años de soledad* dedicada por el autor... y no hemos podido resistirlo. Regresando a casa nos hemos repetido hasta la saciedad argumentos como «oportunidades así no surgen todos los días», «un día es un día», «qué sería la vida sin estos caprichos», «quién lo va a saber» o «a la larga habré incluso ganado dinero» (argumento únicamente aplicable en realidad al libro autografiado, pero que usaremos sin rubor para todas nuestras compras). En el fondo, nos estamos excusando para no sentirnos mal, porque sabemos que acabamos de desequilibrar nuestro presupuesto del trimestre.

El paciente con manía también se excusa, aunque de una forma mucho más vehemente y sin admitir ni para sí mismo el impacto de dichos gastos en su economía.

La prodigalidad provoca a menudo que las familias tengan que tomar medidas preventivas espectaculares, o acabar administrando el dinero de los afectados, algo que a menudo es motivo de discusión y de lo que hablaremos más adelante.

Pero no todos los gastos económicos que suceden durante la manía son tan directos. Si no se recurre a un ingreso hospitalario —algo que los profesionales tratamos de evitar siempre que sea posible porque somos conscientes de que para algunas personas resulta tremendamente traumático—, todo el peso del cuidado diario del paciente cuando está en tratamiento por su fase maníaca recae sobre la familia. Aparte de las consecuencias familiares, que abordaremos en el punto siguiente, esto significa que alguno de los parientes tiene que dejar de trabajar, coger vacaciones inesperadas o acumular días de asuntos propios con increíbles excusas, lo que suele tener consecuencias económicas a medio o largo plazo.

### *Consecuencias sociales y familiares de la manía*

Un episodio maníaco de uno de sus miembros suele impactar mucho a un grupo familiar. De hecho, es bien sabido que cualquier enfermedad aguda de un miembro de la familia descompensa de algún modo a toda la familia, tanto emocionalmente como en lo referido al funcionamiento cotidiano. Si el padre sufre un infarto y requiere un ingreso, es lógico que este hecho altere cosas tan distintas como el estado emocional de su esposa e hijos, el desempeño laboral de ella, el rendimiento académico de los niños o hasta la relación del hijo mayor con su novia. Lo mismo sucede ante un episodio de manía, con lo que implica el hecho frecuente del desconocimiento de la enfermedad y el estigma que rodea la patología psiquiátrica. Una situación de crisis —como lo es un episodio maníaco— somete la estabilidad emocional del núcleo familiar a una dura prueba. No es infrecuente que las habituales diferencias existentes entre miembros de una misma familia se hagan más notables ante una manía. El posicionamiento de cada ser humano ante el dolor y la enfermedad es algo muy íntimo y necesariamente distinto al que padecen los seres humanos que le rodean, aunque sean parte de su familia. Del mismo modo, también son distintas las estrategias de afrontamiento y aceptación que todos utilizamos y, por tanto, también será distinta la manera en que cada miembro de la familia intenta colaborar para hacer más llevadera la crisis, comprensible la enfermedad, etcétera. Todo esto, unido a la tensión y ansiedad características del momento de crisis, puede provocar fuertes divergencias e incluso enfrentamientos entre los miembros de la familia, especialmente en los primeros episodios de manía. No es raro que, ante un primer episodio de manía de su hija, los

padres vean cómo estallan sus diferencias. La ansiedad y el estrés pueden facilitar momentos de tensión entre ambos y discusiones en las que se cruzan los reproches («si no la hubieras mimado tanto», «si no hubieras hecho la vista gorda cuando empezó a fumar esa mierda, pero claro, el señor mayo del 68 es tan moderno...»), «si no le hubiéramos exigido tanto en los estudios», «si no le hubiéramos dejado salir tanto de noche», «si tu padre no estuviera tan loco»). En el fondo, cada miembro de la pareja está intentando buscar un culpable para intentar recuperar la sensación de control; en nuestra vida cotidiana estamos habituados a hacer lecturas rápidas de causa-efecto («discutimos porque tenía la regla», «suspendió porque no estudió», «tuvo problemas en el trabajo porque era un gandul») que nos dan una cierta fantasía de control sobre la vida, cuando en realidad todo suele ser mucho más complejo. Buscar un culpable responde a este modelo de buscar una causa, creyendo que si la conozco puedo controlar la consecuencia. Si culpo al otro del episodio de manía de mi hijo con argumentos como que ha sido blando/a en su educación, o que ha sido demasiado estricto/a, o que ha sido poco dialogante, en el fondo recupero la fantasía de control, ya que si la causa está en esos factores le estoy quitando importancia a lo que verdaderamente sucede: la irrupción de una enfermedad orgánica con síntomas psiquiátricos que desconozco profundamente y que me espanta demasiado para poder soportarla. De hecho, da igual contra quien dirija la culpa: puedo culpar a mi pareja, pero también puedo culparme a mí mismo. Puedo culparnos a ambos («si hubiéramos hablado más con ella», «si la hubiéramos llevado a un psicólogo de pequeñita»). Puedo incluso culpar a la paciente, algo que sucede muy a menudo. El caso es utilizar la culpa como forma de recuperar el control. Un en-

frentamiento desvestido de culpa supone que tenemos que aceptar que determinadas cosas —como la enfermedad— son azarosas, inevitables y no se pueden controlar, y eso nos angustia profundamente.

En ese proceso, es muy típico situar la culpa en la persona que está maníaca, sobre todo en los primeros episodios, en los que la familia no entiende que el trastorno bipolar realmente es una enfermedad. En este sentido, la información acerca de la enfermedad juega un papel vital. Generalmente un episodio impactará mucho más en familias desinformadas, mientras que las más veteranas o informadas tendrán muchas más estrategias para lidiar con la enfermedad. Por ello, consideramos esencial la educación de la familia, ya que puede convertirse en el principal aliado terapéutico (o en el principal obstáculo, si no se la educa debidamente). Más adelante veremos cómo puede educarse la familia.

El impacto de un episodio maníaco sobre la pareja es muy importante. Muchas personas pueden dejar a su pareja bipolar, a pesar de que ya sabían que tenía este trastorno, al vivir un episodio maníaco junto a ella, sencillamente porque se ven superados por la situación, porque no entienden que el brusco cambio de conducta es debido a una enfermedad y le culpan directamente, o porque no están dispuestos a convivir con un enfermo. Por ello, las tasas de separaciones y divorcios son especialmente elevadas entre personas bipolares. La mayoría de personas que son pareja de un bipolar —y esto es aplicable también al resto de la familia— aceptan mejor una depresión de éste que una manía. Por varias razones, como las que exponemos a continuación.

Una depresión está menos estigmatizada socialmente (es menos rara). Todos conocemos a alguien que haya tenido depresio-

nes (bien, suponemos que todos los lectores conocen a alguien que haya sufrido una manía, ¡pero la mayoría de la gente no!, o más bien no lo sabe), incluso tiene cierto prestigio, ya que varios artistas las han sufrido. La pareja puede hablar con sus amigos sobre la depresión de su marido o esposa sin que éstos se escandalicen, mientras que no puede hacer lo mismo respecto a un cuadro maníaco.

Una depresión es más fácil de entender para la pareja que una manía. La pareja puede entender —o, mejor, creer que entiende— la tristeza y el abatimiento del deprimido, porque le parecen únicamente el extremo de un continuo que empieza con la tristeza normal. En cambio, las conductas propias de la manía le pueden parecer mucho más extrañas o extravagantes y con frecuencia puede sentirse tentada a no asociarlas a la enfermedad sino a un «cambio de carácter» de aquel que las sufre. Las conductas propias de la manía suelen desafiar al máximo la estabilidad de la pareja. Es relativamente frecuente que, debido a la hipersexualidad, a la búsqueda del riesgo y al aumento de la sociabilidad, se den infidelidades que —aunque quede claro que están asociadas al síndrome maníaco— van a poner a prueba a la pareja. Otros incidentes que pueden desafiar la convivencia serían las constantes discusiones, las salidas nocturnas, el gasto de dinero o el consumo de tóxicos. Un ejemplo obvio: uno de nuestros pacientes se gastó, durante una fase maníaca, todos los ahorros que él y su novia habían acumulado pacientemente durante los últimos tres años para comprar un piso y casarse. Aunque su novia conocía el hecho de que él padecía un trastorno bipolar, y comprendía los riesgos económicos asociados, no pudo soportar la frustración derivada de la prodigalidad de su pareja y acabó dejándole.

Durante la depresión la pareja suele sentirse más útil; el paciente se deja ayudar y suele provocar que el otro se vuelque en él. Además, la pareja se siente implicada en el tratamiento comprando la medicación, tratando de conversar con el deprimido cuando a él le apetece, intentando mantenerle activo, etcétera. En la manía, por el contrario, la pareja suele sentirse al margen y a menudo no sabe cómo ayudar a alguien que cree que no necesita ninguna ayuda.

Durante la manía la vida de pareja queda alterada en todos sus aspectos. Algunas de estas alteraciones podrían persistir una vez que ha terminado el episodio. Es frecuente que la esposa de un paciente que ha estado maníaco le coja miedo durante una de esas fases debido a su estilo agresivo y cínico de hablar, a su irritabilidad o al hecho de que la haya amenazado o agredido (aunque esto es realmente infrecuente y debería denunciarse siempre). Este miedo puede persistir por un largo tiempo incluso aunque la pareja le haya pedido perdón y la esposa haya entendido aparentemente que todos los cambios eran debidos a una enfermedad. En este sentido, la información vuelve a jugar un papel crucial.

Lo mismo sucede con la vida sexual de la pareja. La sexualidad humana difiere muy poco de la del resto de las especies, en el sentido de que es una conducta muy instintiva, revestida —eso sí— de una serie de florituras culturales y sociales que la hacen más funcional y adaptativa y, por supuesto, algo más interesante y divertida. Los cambios neuroquímicos que ocurren durante la manía explican que exista un cambio cualitativo y cuantitativo de la conducta sexual, del mismo modo que explican cambios en la energía, en la actividad física, en el sueño y en el apetito. Como ya hemos comentado anteriormente, es relativamente frecuente

que durante la manía aumente el deseo sexual. Esta característica —que en los primeros días puede ser incluso bienvenida por la pareja, especialmente si el paciente venía de una fase depresiva con escaso deseo— puede llegar a comportar un grado importante de deterioro de la vida de pareja, bien porque el paciente puede reaccionar con irritabilidad si su pareja no atiende todas sus demandas sexuales o bien porque la propia hipersexualidad y escaso juicio moral propio de la manía facilitan que se den infidelidades, que no suelen entenderse por parte de la pareja. Algunas parejas han sufrido un deterioro importante en su vida sexual tras un episodio maníaco, ya que la persona que no ha estado maníaca, si bien puede entender a un nivel consciente la hipersexualidad como síntoma de una enfermedad, sigue espantada —quizás inconscientemente— por las extrañas conductas sexuales que se dieron durante la manía (que no pocas veces incluyen propuestas sexuales fuera de los hábitos propios de la pareja).

Todos estos cambios pueden acabar por alterar seriamente la confianza entre los miembros de la pareja. En este sentido, es imprescindible una terapia de psicoeducación para la pareja. Dicha terapia debe formar parte de cualquier tratamiento de un paciente bipolar. Incluye proveer a la pareja de información acerca de la enfermedad y su tratamiento, estrategias para combatir los síntomas o convivir con ellos y un espacio de discusión seguro. Hay que señalar que ésta no es una terapia de pareja tradicional y, por lo tanto, debe ser necesariamente impartida por un especialista en trastornos bipolares. No sirven, por lo tanto, profesionales que se presentan como terapeutas de pareja —en ocasiones sin ni siquiera ser psicólogos— y que no tienen los fundamentos necesarios en psicopatología.

Entre las consecuencias sociales, podemos destacar el aislamiento al que se ven expuestas algunas personas bipolares tras un episodio maníaco. Muchas personas de las que conforman el círculo de amistades de un bipolar no van a entender un episodio maníaco, aunque quizás sí podrían entender sin dificultad uno depresivo. Ello provocará que se alejen del afectado por miedo. El principal aliado del miedo es la ignorancia, así que la información jugará un papel muy importante para reconstruir el círculo de amigos más cercano. De todos modos, cualquier persona debe pensar seriamente si le interesa relacionarse con pretendidos amigos que le pueden abandonar ante un problema grave como una enfermedad.

### **¿Cómo sé si estoy hipomaníaco?**

A pesar de que, obviamente, únicamente los profesionales son los adecuados para diagnosticar un episodio de manía o hipomanía a partir de unos criterios muy bien definidos (Tablas 8 y 9) y de su experiencia clínica, es positivo que los pacientes aprendan a detectar sus fases para buscar ayuda a tiempo. Darse cuenta de que uno mismo está sufriendo una fase hipomaníaca es una tarea infinitamente más compleja que identificar una depresión. Normalmente, el propio sufrimiento asociado a la fase depresiva permite que los que la sufren se den cuenta de que algo no marcha bien, mientras que en la hipomanía puede suceder todo lo contrario, pues el bienestar subjetivo propio de estas fases impide que el paciente se dé cuenta de que en realidad está enfermo, creyendo estar simplemente contento.

Por ello, si ya tenemos claras las diferencias entre la hipomanía y la manía, nos podemos plantear ahora cuáles son las diferencias entre la hipomanía y la alegría normal o la felicidad no patológica. El asunto puede parecer baladí, pero no lo es en absoluto ya que, por una parte, muchos de nuestros pacientes argumentan que sencillamente están contentos o felices cuando en realidad están iniciando un cuadro hipomaníaco, mientras que en el otro extremo encontramos a pacientes bipolares que, temerosos de iniciar un cuadro (hipo)maníaco (ya que saben de sus consecuencias), creen estar iniciando una fase cuando, en realidad, están simplemente contentos, lo que les impide ser realmente felices («cada vez que estoy contento, me preocupo», se queja a menudo uno de nuestros pacientes).

Dicha distinción puede, a menudo, resultar compleja, ya que muchos de los síntomas iniciales de la hipomanía coinciden con lo que una persona siente cuando está contenta (aumento del estado de ánimo, percepción de mayor energía, ganas de hacer más bromas y chistes, mayor apetito sexual). Con todo, hemos encontrado varias diferencias:

- Cuando estamos sencillamente felices solemos saber por qué, es decir, lo asociamos a una causa determinada: a que no tenemos problemas, a que estamos enamorados o a que nuestros negocios van viento en popa. Por el contrario, la hipomanía no tiene un motivo aparente, o bien la intensidad es desproporcionada al desencadenante que teóricamente la motivó.
- La hipomanía es muy inestable y lábil. La persona hipomaníaca puede enfadarse o irritarse de golpe si se le contraría o se le discute su estado (algo que nos encontramos

a menudo en la consulta). Por el contrario, si le llevamos la contraria o discutimos con una persona feliz, el resultado suele ser muy distinto.

- ❑ La hipomanía puede llegar a ser molesta debido a su intensidad. Síntomas como la inquietud o la aceleración del pensamiento pueden ser realmente molestos para el que los sufre, por lo que puede empezar a buscar soluciones en la automedicación o en el consumo de tóxicos. Por el contrario, nadie que esté simplemente feliz buscará huir de este estado mediante una intoxicación (al contrario, intentará disfrutarlo al máximo sin alteraciones).
- ❑ La hipomanía reduce la capacidad de juicio de quien la sufre; toma decisiones erróneas guiadas por su optimismo desmesurado y por su nula apreciación de las consecuencias negativas de su conducta y corre riesgos innecesarios. Por el contrario, la felicidad no.
- ❑ La hipomanía altera la conducta, mientras que la felicidad no.
- ❑ La hipomanía suele estar precedida o seguida de una depresión, mientras que la felicidad no.
- ❑ La hipomanía tiende a repetirse. Por desgracia, la felicidad no.

Más adelante repasaremos cómo podemos llevar a cabo una buena identificación precoz de señales de recaída, tanto depresiva como (hipo)maníaca; de todos modos, tal y como hemos hecho con los episodios depresivos, podemos utilizar de forma orientativa la siguiente lista. Si usted cree que en la actualidad cumple cinco o más de los siguientes síntomas, probablemente esté empezando un episodio hipomaniaco y deba consultar con un profesional:

- ❑ Últimamente necesito dormir menos, de tal forma que puedo dormir únicamente cuatro o cinco horas, y a la mañana siguiente no me siento en absoluto fatigado.
- ❑ Me siento con más energía y vigor de lo que es habitual en mí; siento como una fuerza interior, como si tuviera las baterías plenamente cargadas.
- ❑ Hago más cosas de las que solía hacer. Ando más, hago más ejercicio físico y raramente estoy quieto.
- ❑ Me siento muy seguro de mí mismo; siento que mi autoestima es muy alta. Me veo capaz de casi todo, y ningún reto me espanta.
- ❑ Me siento muy optimista respecto al futuro.
- ❑ Tengo muchos planes y proyectos, a todos los niveles. Confío en que alguno de ellos me haga triunfar en la vida y conseguir mis objetivos.
- ❑ En los últimos días estoy disfrutando de mi trabajo. Siento que soy especialmente capaz de realizar mis obligaciones laborales. Incluso estoy cargado de ideas para mejorar el rendimiento de mi empresa.
- ❑ Últimamente he mejorado mucho mi vida social; hablo con todo el mundo y, en general, estoy más simpático y bromista. Incluso a veces hablo con gente que no conozco, por la calle o en una cola.
- ❑ Últimamente hablo mucho más por el móvil y envío más mensajes.
- ❑ En los últimos días conduzco de forma más agresiva, mucho más rápido.
- ❑ Estoy gastando algo más de dinero de lo que es habitual en mí, comprando cosas de forma compulsiva en las tiendas. Muchas veces entro en tiendas de «todo a un euro»

únicamente a echar un vistazo y acabo saliendo con dos o tres objetos.

- ❑ Últimamente visto de un modo más juvenil o atrevido. En el fondo, creo que visto como yo siempre había querido vestir aunque nunca me había atrevido a hacerlo. Pese a que algunos amigos o familiares me comentan que voy un poco raro o extravagante, yo creo que voy muy adecuado, aunque con mi estilo propio.
- ❑ Últimamente hago más bromas sexuales o más comentarios subidos de tono. Me divierte gastar bromas a mis compañeros/as del trabajo sobre estos temas y, de hecho, creo que hablo más sobre sexo de lo que es habitual en mí.
- ❑ En los últimos días estoy más caliente: me apetece más tener relaciones sexuales, miro más a hombres (o mujeres, según el caso) a los que encuentro atractivos y, de hecho, tengo más relaciones sexuales (o me masturbo más).
- ❑ Mis amigos o familiares me comentan que parezco una cotorra, que hablo por los codos, que no callo. Hablo más y más deprisa. Mis compañeros me comentan que cuesta mucho interrumpirme.
- ❑ Mi forma de hablar tiene, últimamente, más estilo, ya que utilizo palabras que la mayoría de la gente desconoce o no utiliza y hago más juegos de palabras.
- ❑ Creo que la mayoría de cosas en el mundo suceden demasiado lentamente: la gente habla lentamente, camina lentamente, los coches van lentos, etcétera, lo que suele impacientarme e indignarme.
- ❑ Siento que últimamente mi pensamiento es más rápido y fluido. Soy más capaz de relacionar conceptos y encontrar soluciones a problemas que antes me resultaban más difíciles.

- ❑ En los últimos días me distraigo con facilidad. Me cuesta concentrarme en una conferencia, una película o un libro porque enseguida pasan por mi cabeza cientos de ideas nuevas que me impiden centrarme en ello.
- ❑ Me cuesta mantener la misma actividad durante demasiado tiempo, por lo que, a veces, puedo realizar tres o cuatro en menos de una hora.
- ❑ Muchas veces empiezo cosas que luego dejo inacabadas.
- ❑ Últimamente estoy más impaciente o más intolerante con la gente. He tenido más discusiones de lo que era habitual en mí.
- ❑ Últimamente fumo más que antes. O he empezado a fumar recientemente, cuando antes no fumaba.
- ❑ Bebo más café de lo que era normal en mí.
- ❑ Bebo más alcohol o consumo más tóxicos (porros, cocaína, etcétera).

*Tabla 8*

**CRITERIOS DSM-IV (APA, 1994) PARA UN EPISODIO MANÍACO**

- a. Un periodo diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana (o cualquier tiempo si es necesaria la hospitalización).
- b. Durante la alteración de estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable):
1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
  2. Disminución de la necesidad de dormir.
  3. Más hablador de lo habitual o verborreico.



4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
  5. Distrabilidad.
  6. Aumento de la actividad o agitación psicomotora.
  7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (por ejemplo, compras irrefrenables, indiscreciones sexuales, etcétera).
- c. Los síntomas no cumplen criterios para el episodio mixto
- d. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- e. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, medicamento u otro tratamiento), ni a una enfermedad médica (por ejemplo, el hipertiroidismo).

*Tabla 9*

CRITERIOS DSM-IV (APA, DSM-IV)  
PARA UN EPISODIO HIPOMANÍACO

- a. Un periodo diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable al menos cuatro días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.
- b. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo han persistido tres o más de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable).
  1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
  2. Disminución de la necesidad de dormir.
  3. Más hablador de lo habitual o verborreico.



4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
  5. Distraibilidad.
  6. Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotriz.
  7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (por ejemplo, compras irrefrenables, indiscreciones sexuales, etcétera).
- c. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.
  - d. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.
  - e. El episodio no es lo suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o necesitar hospitalización; ni hay síntomas psicóticos.
  - f. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, medicamento u otro tratamiento) o enfermedad médica.

## Habla la euforia

### Estado de poder

Resulta imposible recordar con precisión el momento en que todo empezó, el momento en que un comportamiento dejó de ser explicable desde cualquier punto de vista, para pasar a ocupar de manera directa la categoría de inexplicable, y también resulta imposible recordar cómo a ese comportamiento inexplicable se fueron sumando otros, hasta el punto en que eran muchos más los que no podían ser explicados que aquellos que podrían ser calificados de «normales».

La manía nos lleva a esa situación, a un lugar en el que nuestros comportamientos dejan de ser explicables, aunque quizás sea bueno aclarar que dejan de serlo para los demás, para nosotros sí son explicables, por supuesto, y, es más, son, si no lógicos, «casi lógicos». Simplemente ocurre que estamos «en manía», temporalmente somos maniáticos, aunque también me gustaría decir que «en manía» nosotros tampoco somos nosotros. Intento explicar esto.

Si sólo me dejaran decir tres palabras para definir la manía, diría que es un «estado de poder». Durante la manía somos poderosos, realmente poderosos, estamos dotados de un poder que nos permite tener siempre la palabra justa e inteligente en cualquier conversación y sobre cualquier tema, descubrir que por fin dominamos el inglés, seducir como nunca pensamos que podríamos hacerlo, alcanzar la brillantez profesional deseada y convencer con enorme facilidad a quien antes era francamente difícil hacerlo, hacer que los demás se enganchen a nuestros sueños como por ensalmo, y carecer por completo de límites, de cualquier límite, y todo eso lo hacemos durmiendo dos, tres o a lo sumo cuatro horas, y así durante días y días. ¿Quién no se creería poderoso si le pasa todo eso?

Por supuesto, algunas cosas son especialmente raras, pero quizás no más raras que hablar inglés; en mi caso me parecía sospechoso que «la Vida» (un eufemismo para no hablar de Dios) se hubiera puesto en contacto conmigo para decirme que era uno de los elegidos para salvar a la humanidad, que se encontraba amenazada de muerte. Sí, me pareció sospechoso, pero también pasaban muchas otras cosas; ésta era una más. Por supuesto, también fue sospechosa mi creencia de que ha-

bía podido percibir lo inefable, cuando es bien sabido que la imposibilidad de su percepción es justamente lo que cualifica algo de inefable, pero yo lo percibí, sí, lo hice. Como también, después de un encuentro realmente raro con alguien, le insistí a un amigo investigador para que llevara a un laboratorio una patata, un lápiz de labios, una naranja y no recuerdo qué más, ya que en la sabia combinación de esos elementos se encontraba el secreto de la curación del cáncer. O cuando aseguré sin pestañear que había tenido un encuentro con una enviada del demonio.

Era un ser poderoso que pensaba o al que le pasaban cosas raras, ciertamente, pero que seguía siendo un buen directivo y un magnífico docente. ¿Cuál era el problema?

Si se me permite una metáfora para ese estado de poder, quiero hacerla diciendo que la manía es como un tigre de bengala, un hermoso y majestuoso tigre de bengala. Un día descubrimos que nuestras garras son poderosas, nuestros movimientos elegantes, que logramos con facilidad lo que queremos, poco a poco el tigre se está adueñando de nosotros, pero en ese momento es divertido, nosotros «controlamos al tigre», y el tigre es obediente, simplemente pensamos entonces que hemos adquirido nuevas habilidades, nuevas capacidades. Sin embargo, el tigre empezará a cobrar vida propia, de pronto tiene iniciativa, la juzgamos inocente, no pasa nada, todavía controlamos, muy rápidamente, el tigre va a multiplicar sus iniciativas, ya no las podemos controlar pero todavía creemos que sí, y un día ya sólo hay tigre, y cerramos los ojos, incapaces de hacer nada, nos dejamos arrastrar, nosotros ya no somos nosotros, ahora sólo existe el tigre.

Cada uno de nosotros tiene su historia para llegar a la hospitalización, imagino que la mía no es especialmente particular: me trajeron al hospital y, antes de que me diera cuenta, estaba rodeado de sanitarios y una psiquiatra me decía que me internaba, que me retenía, y así lo hizo. en apenas una hora pasé de ser un ciudadano «libre» a estar atado a una cama de urgencias psiquiátricas.

Puedo recordar la escena con total nitidez, mi incredulidad, mis protestas, mis acusaciones de retención indebida, y cómo inexorablemente me tuve que desnudar y soportar cómo me sedaban utilizando la más grande de las agujas que nunca he visto.

Pero cuando me acosté, todavía sin entender nada, justo antes de dormir, algo en lo más profundo de mí se simplemente dijo, muy bajito, pero claramente: por fin, por fin se iba a ir el tigre, por fin yo tenía una oportunidad de volver, y me dormí, para un par de días.

Por fin pude estar en silencio.

## **La vida con el trastorno**

### *Al principio*

Tras la manía, la depresión, la facultativa depresión, la inevitable depresión, la atroz depresión, a la que espero no volver jamás.

Y la sorpresa, el miedo, la angustiada sentencia «es usted un enfermo mental crónico», el descubrimiento del trastorno y de su gravedad, el cambio de hábitos, dormir es más importante que comer, el litio para siempre con sus mil efectos secundarios, la ocultación de lo sucedido («si habla de su enfer-

medad corre el riesgo de exclusión social»), la sensación de que ya no hay vida, la clara sensación de que simplemente se acabó.

### *La aceptación*

Sería absolutamente injusto no mencionar a los doctores Colom y Goikolea, no puedo omitir sus nombres y no lo hago, me agarré a ellos, especialmente al doctor Colom, me agarré para tratar de pensar que sí había vida después del trastorno, no sabía si la habría, pero sí sabía que creer eso era la única opción que tenía.

Y un día, quizás un año después, me levanté, me miré al espejo y me dije: sí, tienes el trastorno bipolar, pero no eres un bipolar. Tengo una enfermedad seria, pero sólo es eso, una enfermedad, no una identidad. Mi identidad es la misma con o sin trastorno, y esa identidad se merece una oportunidad, se merece una vida.

Y acepté, acepté plenamente mi enfermedad, acepté que no había nada de temporal en medicarme, en cuidar mi sueño, en cuidar mis hábitos, en no beber alcohol (aunque ahora algo sí bebo), acepté que no había nada de temporal en intentar cuidar de mí, acepté que era definitivo, para siempre, pero esta vez ese «para siempre» no me sonó nada mal, mi vida también es para siempre, es para el mismo «para siempre».

### **La nueva vida**

Por supuesto, tras el trastorno mi vida cambió, pero ha sido simplemente eso, un cambio; por tanto, si se quiere, es una nueva

vida, pero fundamentalmente una vida. Antes tuve una vida, ahora tengo otra, una nueva, pero tan vida como la primera, y a veces pienso que incluso un poco más.

Ha seguido pasando el tiempo y he seguido haciendo mi camino, el camino que yo he elegido, aceptando plenamente la enfermedad y al mismo tiempo tratando de que ella no me impida hacer nada de cuanto deseo hacer.

En ese trayecto he ido descubriendo algunas cosas, como que no hay nada malo en dormir en torno a siete horas cada día, que no hay nada malo en armonizar las actividades profesionales, que no hay nada malo en reconocer que estoy cansado y darme descansos, que no hay nada malo en consumir alcohol muy moderadamente y evitar cualquier droga (aunque confieso que sigo fumando), en definitiva que no hay nada malo en tener cuidado de mí, que eso no es ninguna limitación; al contrario, eso es un camino de libertad.

Naturalmente, me medico diariamente, dos tomas, por la mañana y por la noche, pero por la mañana también tomo un café con leche, y todas las noches ceno, he adquirido un nuevo hábito, medicarme, y lo he unido a los que ya tenía, y esa medicación me aleja de la depresión, trata de ponerme a salvo de eso, trata de ayudarme, quizás sea bueno entonces que yo también le ayude a ella. No quiero volver a estar deprimido, no quiero que el tigre vuelva a mi casa, ese tigre, aunque parezca atractivo, tiene sus propios intereses y esos intereses no son los míos.

*El trastorno puede darnos algo*

Quizás no hace demasiado tiempo de eso, pero también he descubierto que el trastorno no vino para quitarme nada en

especial, nada que fuera realmente bueno para mi vida; ciertamente es una amenaza, por supuesto, pero el trastorno también ha hecho otras cosas.

Me he dado cuenta de que el descubrimiento del trastorno fue en realidad una especie de oportunidad en mi vida, la oportunidad de que reflexionara, la oportunidad de que aprendiera qué era importante y qué no, la oportunidad de intentar apreciar cada día que vivo, la oportunidad de reconocer que la vida es valiosa y que vale la pena intentar destinarla a lo que queremos, tener un propósito y tratar de cumplirlo, que vale la pena intentar ser fiel a uno mismo.

Veo también cómo el descubrimiento, poco a poco, me ha hecho ser más tolerante, más comprensivo, esquivar los enfados, evitar radicalmente la ira, tratar de alejar de mí los pensamientos negativos, y me ha traído también un inmenso afecto hacia las personas que tienen enfermedades crónicas, una solidaridad profunda con todos los enfermos mentales y también con los discapacitados psíquicos.

Creo que hoy estoy mucho más preparado para el amor, sí, eso creo.

### *Podemos elegir*

Con todo respeto, con especial respeto a todos los que sufren por un trastorno que parece indomable, con especial respeto y amor, creo que nosotros también podemos elegir, podemos elegir no ser nunca bipolares, podemos elegir simplemente tener el trastorno.

Es nuestra elección, y ningún figre nos la va a arrebatar.

*M.M., 45 años.*

### **Haz el amor, y no la perra**

En manía: mi nombre es no importa. Vivo una constante excusa biológica. Me considero enganchada al trastorno bipolar. A la manía. La manía es vivir en mayúsculas. Gozar. Reír por dentro. Es entenderlo todo. Poderlo todo. Olerlo todo. Andar por la calle y sentir el mundo bajo mis pies. Quizás el mundo gira porque yo camino, y el mundo no es más que otra ruedecita de un hármster que soy yo. Quizás, quizás, quizás. La manía es también, y eso es lo más importante, el mejor sexo de mi vida. Toda yo soy un inmenso punto G («G» de «Gozar», «Gritar», «Gemir»), y el mundo una inacabable zona erógena, nunca errónea.

En manía, mientras tanto, un poquito más tarde: mi nombre no importa. No puedo salir. Tengo miedo, mucho miedo. Miedo de la gente, miedo del sol. Me llevo mejor con la luna. Y algunos hombres buenos —algunos fíos buenos, sobre todo eso—. Una noche inacabable en la que nunca duermo. Después de la manía: os cuento que la manía es goce, sí, pero también es miedo. Es un baile, es verdad, pero no paras cuando quieres. Es una fiesta, sí, pero la pagas cara. Es la risa, pero no la felicidad. Es sexo, sí, pero también son problemas, sida, embarazos, abortos, golpes, discusiones. Es poderlo todo; o eso crees, porque nunca puedes vencer a la manía. No puedes sola. Es olerlo todo, pero eso no es bueno.

Estoy harta de la manía. De no poder mirar al mundo a la cara cada vez que salgo del hospital. De la depresión y la vergüenza.

Y declaro solemnemente: que dormiré para despertarme feliz, me medicaré para seguir siendo yo, no me beberé la vida de un sorbo, aprenderé a leer el mapa de mi enfermedad. Que haré el amor y no la perra.

*Cristina, 36 años.*

## LAS FASES MIXTAS: DEPRIMIDO Y MANÍACO A LA VEZ

Uno de los estados que, según refieren nuestros pacientes, induce un mayor sufrimiento son las fases mixtas, en las que se mezclan síntomas de la depresión (pensamientos negativos, ideas de muerte, llanto) con síntomas maníacos (inquietud, dificultad para dormir, irritabilidad, aceleración del pensamiento, etcétera). La ansiedad y la irritabilidad son muy características de estas fases que implican un alto riesgo de suicidio y problemas sociales.

El psiquiatra alemán Emil Kraepelin fue el primero en definir los estados mixtos, describiendo hasta seis subtipos: manía ansiosa, manía con pobreza de pensamiento, manía inhibida, estupor maníaco, depresión agitada y depresión con fuga de ideas. Aunque hoy en día no utilizamos esta clasificación, resulta muy útil para hacerse una idea de la gran variedad de formas que puede tener un episodio mixto, lo que genera no poca polémica entre los especialistas. La clasificación de los trastornos mentales más



*Emil Kraepelin.*

usada en la actualidad (Diagnostic and Statistical Manual, DSM) tampoco aporta mucha luz al tema, al utilizar como criterio para fase mixta la presencia simultánea de un episodio de manía y otro de depresión, algo que sólo ocurre raramente. Algunos de los estados mixtos más comunes se caracterizan bien por la combinación de pensamiento empobrecido e inquietud o por la presencia de aceleración del pensamiento con contenidos negativos. La irritabilidad, la disforia, la labilidad y el llanto son síntomas también muy característicos de los estados mixtos. Muchos pacientes se manifiestan especialmente alterados, en las fases mixtas, por un «bombardeo de estímulos»: el aumento de la sensibilidad de los sentidos propio de la manía se combina con la ansiedad, el agotamiento y el pesimismo propios de la depresión. En este contexto, el paciente puede molestarse y sufrir de forma aparentemente desproporcionada por cualquier ruido, olor o circunstancia ambiental, lo que, en combinación con la irritabilidad, suele dar lugar a un gran número de problemas familiares y sociales.

#### RECUERDE QUE...

- En las fases mixtas se presentan síntomas maníacos y depresivos simultáneamente.
- Suele predominar la irritabilidad y la ansiedad.

#### Lláname Lola

Mi nombre es Dolores. Es un nombre depresivo. Y yo también. Yo soy depresiva bipolar. Y digo depresiva bipolar porque nunca he tenido ningún episodio de euforia. Afortunados los maníacos, porque al menos se sienten fuertes alguna vez. Pero yo soy de-

presiva bipolar: tengo depresiones normales que se alternan con episodios mixtos... con predominio de depresión. Y por eso soy bipolar. Y digo que soy bipolar aún a sabiendas de que Colom y Vieta se cabrearán y me dirán que no, que no «soy» bipolar, sino que «padezco» un trastorno bipolar. Pero yo siempre soy mi depresión o mi episodio mixto, y muy pocas veces estoy bien. Así soy.

Los doctores me han pedido que escriba sobre mis episodios mixtos, y lo hago por si puedo ayudar a alguien. Estar mixto es peor que estar deprimida. Con eso os lo digo todo. Si estar deprimida es terrorífico, porque estás cansada, te quieres morir, te duele todo y no ves la salida, imaginaos lo mismo pero a gran velocidad, con un montón de ansiedad, con la cabeza pensando cosas horribles a mil por hora, con el corazón siempre al borde del infarto, con las piernas que no te dejan quieta aunque estés cansada, con todo el mundo molestandote... Yo lo comparo con una borrachera de carajillos; el alcohol hace que estés patosa, fatigada y atontada, pero el café no te deja dormir y hace que estés inquieta. No intente hacer esto en su casa.

No puedo escribir sobre una fase mixta tratando de generalizar: para mí cada fase mixta es distinta, pero igual de jodida. Por lo tanto, os comentaré algunos síntomas que aparecen a menudo en estas fases, según he hablado con mis doctores, y luego os imagináis vosotros la mezcla que más os apetezca; en cualquier caso os saldrá una ensaladilla emocional terrorífica.

— La irritabilidad o síndrome del Cid Cabreador es el síntoma más común. Hace que todo me moleste tremendamente. Cualquier cosa. No tengo paciencia para nada y no tolero la menor adversidad o contradicción. Como podéis imaginar, me ha hecho muy popular entre mis amistades. Es frecuente que

conteste de cualquier forma o mande a la mierda a cualquier persona. Pero eso, que el psiquiatra ya considera irritabilidad, sólo es la punta del iceberg. Lo peor es lo que va por dentro; la irritabilidad es como una energía que me sobra y hace que esté todo el rato a punto de estallar o llorar. Pero, si estallo, insulto, grito o lloro, aún me siento peor.

— La ansiedad y la angustia también están siempre allí, sobre todo cuando no las llamas. La primera, dicen, es más mental, y la segunda es física: se me dispara el corazón, sudo, tengo tensión muscular y varios nudos en la barriga (nudos gordianos, supongo que por eso no estoy delgada). Ambas son muy molestas.

— El cerebro, cuando estoy mixta, es como una lavadora estropeada, que constantemente cambia de ritmo: a veces la cabeza centrifuga y lo paso fatal. Otras veces el pensamiento me va tan lento que parezco tonta.

— El contenido de mi pensamiento (es decir, la colada en el anterior símil) es siempre negativo. No es infrecuente que piense que me quiero morir.

— El insomnio es también una constante, sobre todo de noche. De día no tengo: a veces me echo largas siestas durante el día.

— A veces bebo vino para intentar calmarme: es peor. ¡Borracha y mixta!

— Y ya la guinda del pastel es lo que le pasa a mi cuerpo: estoy cansada pero no puedo estar quieta.

Éstos son los síntomas de mis fases mixtas. Quizás me olvido alguno, pero ya os podéis hacer una idea.

Pero no quiero acabar este texto en negativo; aunque esta enfermedad me lo ha quitado todo, yo quiero creer a los doc-

tores y vencer a la enfermedad. Las pocas veces que he estado estable han sido como un oasis en mi desierto de sufrimiento, pero creo que he logrado ser feliz aunque sea sólo en esos momentos. Y con las nuevas medicaciones (sobre todo los antipsicóticos atípicos), creo que cada vez voy un poco mejor. Menos Dolores. Más Lola.

*Dolores, 50 años.*

## Capítulo VII

### TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR

*En primer lugar acabemos con Sócrates,  
porque ya estoy harto de este invento  
de que no saber nada es un signo de sabiduría.*

I. ASIMOV

#### TRASTORNO BIPOLAR TIPO I

Es la forma más clásica de la enfermedad bipolar, y la que históricamente se había conocido con el nombre de psicosis maníaco-depresiva. Así pues, ¿psicosis maníaco-depresiva y trastorno bipolar significan exactamente lo mismo? Sí. Creemos que es preferible utilizar el término trastorno bipolar —y así lo contempla la Clasificación Internacional de Enfermedades elaborada por la Organización Mundial de la Salud y otra de las clasificaciones más utilizadas, el DSM, elaborado por la American Psychiatric Association— por varias razones; para empezar, no es adecuado utilizar el término psicosis para todos los enfermos bipolares, ya que sólo una parte de los pacientes bipolares padecen síntomas psicóticos. Por otra parte, no todos los pacientes bipolares deben ser llamados maníaco-depresivos, ya que no todos ellos alternan fases de depresión y manía: algunos sustituyen la manía por hipomanía o fases mixtas. Aparte de ello, el término psicosis maníaco-depresiva ha sido excesivamente usado, la mayoría de las

veces de forma inadecuada, por el cine, la literatura y la prensa sensacionalista, sufriendo cierto desgaste y perdiendo su significado estrictamente médico, pasando a ser una expresión demasiadas veces gratuita o peyorativa. La palabra «maníaco» sugiere entre la gente la idea de una persona violenta, peligrosa, algo que en la mayoría de las ocasiones no es cierto. Por todas estas razones preferimos utilizar el término trastorno bipolar, aunque sabemos que no describe —ni mucho menos— la realidad del trastorno, entre otras cosas porque la teórica alternancia entre dos polos —euforia y depresión— es en la mayoría de las ocasiones una alternancia entre tres polos —euforia, depresión e irritabilidad (cuadros mixtos)— por lo que tampoco parecería descabellado considerar el nombre de trastorno tripolar o multipolar.

Por otra parte, los nombres de las enfermedades son únicamente una cuestión de consenso, y por lo tanto variables a lo largo de la historia. Por ejemplo, un paciente bipolar de tipo I con síntomas psicóticos en la fase maníaca sería considerado a finales del siglo XIX sencillamente un enajenado (con las escasas posibilidades terapéuticas del término). En los años treinta, recibiría el diagnóstico de parálisis general (diagnóstico de moda en la época). A partir de los cuarenta —y en muchos casos hasta los ochenta— se diagnosticaría con toda seguridad de esquizofrénico, ya que prácticamente todos los pacientes con síntomas psicóticos acababan recibiendo erróneamente ese diagnóstico. Sólo en los ochenta y noventa recibiría el diagnóstico adecuado de bipolar de tipo I y un tratamiento coherente con ello.

La persona que padece un trastorno bipolar del tipo I puede presentar a lo largo de su enfermedad cuatro tipos distintos de

episodios: de manía, hipomanía, fases mixtas y depresiones, que se alternan con fases de eutimia (es decir, de normalidad) que serán más o menos largas dependiendo de los factores antes mencionados.

La aparición de síntomas psicóticos es muy frecuente: tres de cada cuatro pacientes diagnosticados de trastorno bipolar tipo I sufren episodios psicóticos. Es frecuente, por ejemplo, que un paciente maníaco pueda estar convencido de estar en contacto directo con Dios, tener superpoderes o ser el Mesías, mientras que si un paciente deprimido presenta delirios, éstos suelen tener un carácter más catastrofista; creer que el mundo está a punto de acabarse, que va a empezar una guerra, creerse culpable de las desgracias que suceden en el mundo o que él y sus familiares padecen una grave enfermedad.

La mayoría de pacientes con un trastorno bipolar tipo I presentan los primeros síntomas de la enfermedad a una edad joven. El trastorno bipolar de tipo I afecta prácticamente por igual a hombres y a mujeres. Los hombres suelen iniciar la enfermedad con un episodio maníaco y sufrir más episodios maníacos, mientras que en las mujeres es más frecuente el inicio depresivo.

#### RECUERDE QUE...

- Trastorno bipolar I y psicosis maníaco-depresiva son dos formas de llamar a la misma enfermedad.
- El trastorno bipolar I se caracteriza por la alternancia de cuatro tipos de episodios: manía, hipomanía, fases mixtas y depresión.
- Los síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones) no son infrecuentes ni en manía ni en depresión.

## Montañas rusas

Me llamo Olga. Padezco un trastorno bipolar desde que tenía 14 o 15 años, pero me lo han diagnosticado a los 23.

Todo empezó obsesionándome con un chico del instituto. Pau no era el guaperas de la clase. Visto desde hoy no era ni atractivo, pero me enamoré obsesivamente de él. Nos enrollamos en una fiesta de carnaval y yo me quedé colgada. Y empecé a hacer cosas raras: le llamaba a todas horas, le mandaba mensajes, incluso a altas horas de la noche, le seguía hasta su casa. Parecía la película de *Atracción fatal*. No dormía, escribiéndole largos SMS, o poesías, pero tampoco tenía sueño. Comía poco, muy poco. Mi estado de ánimo era una mezcla: tan pronto estaba muy alterada y eufórica como me quedaba absolutamente abatida.

Si mis padres no estaban en casa, le cogía una cuchilla de afeitar a mi padre y me marcaba una «P» de Pau en la pierna. Dolía, pero me calmaba la ansiedad.

Un viernes les dije a mis padres que iba a dormir a casa de una amiga, pero les engañé: me fui a un bar donde nos servían alcohol a mí y a mis amigas aunque fuéramos menores. Estuve toda la noche cantando y bailando encima de la mesa, y mis amigas se reían mucho, pero intentaban que bajara de la mesa. Bebimos bastante y yo hice un amago de *striptease* (sólo me quité el jersey y me quedé en camiseta, pero lo hice en plan provocativo, mientras sonaba la música de *Nueve semanas y media*). Al cabo de un rato, me enrollé con dos tíos mayores: el camarero y un amigo suyo, de unos casi treinta. Unos cuantos morreos y manoseos en medio del bar. La cosa no fue a más, no por falta de ganas, sino porque mis amigas me lo impidieron (ahora se lo agradezco muchísi-

mo) y nos fuimos del local (además sin pagar). Dos de mis amigas iban muy borrachas y se fueron a su casa. Mis otras dos amigas, que casi no habían bebido, me dijeron que estaban muy preocupadas por cómo estaba en las últimas semanas. Nos pasamos la noche charlando hasta las cuatro en un banco de un parque. Luego ellas se fueron a su casa y yo me fui directa a casa de Pau a llamar a su telefonillo. Cuando llamé —serían las cinco— contestó su madre, espantada: «¿Quién es?», «Soy Sandra. ¿está Pau?», «¿Quién?», «Pau, quiero hablar con Pau, es urgente». Pau bajó al portal y yo intenté besarle. Se enfadó conmigo y me dijo que estaba loca. Yo le pegué un bofetón y él me cerró la puerta. Me puse a llorar y a gritar y llamé a todos los timbres. Al cabo de un rato, vino la guardia urbana. Me llevaron a comisaría y avisaron a mis padres.

Al cabo de tres días, el lunes, mis padres me llevaron a un psiquiatra, que les dijo que tenía un trastorno de la personalidad. Empecé a hacer terapia con él. Era un buen hombre, y sus consejos eran muy adecuados.

Fue muy duro volver al instituto al cabo de unos días. Una de mis amigas se había ido de la lengua y toda la clase sabía lo que había pasado. Algunos chicos y chicas no cambiaron su actitud. La mayoría sí. Había chicos que me trataban como si estuviera enferma y otros como si fuera una puta. Pau ni me miraba a la cara. El tutor me cambió de clase, pero creo que todo el insti lo sabía: yo me moría de vergüenza. Caí en una depresión: no quería ir a la escuela, no salía de la cama, quería morirme.

El psiquiatra me dio antidepresivos. Al cabo de dos meses estaba bien.

Pasé un tiempo más o menos bien. Cambié de instituto, fui pasando cursos y llevando una vida bastante tranquila, sin meterme en problemas.

Al cabo de un par de años volví a deprimirme, esta vez sin razón. Mi psiquiatra me dio otra vez antidepresivos.

Al cabo de dos meses estaba bien. Pero al cabo de dos meses y medio estaba como «demasiado bien» (o, como se me ocurrió en aquel momento, «estar superestar»): iba al gimnasio tres horas cada día, comía poco, gastaba dinero en ropa, no podía estar quieta, pero estaba feliz como una perdiz... Mi psiquiatra dijo que era una mala reacción al antidepresivo y me lo quitó.

Dejé de tomar las pastillas, tal y como me dijo el psiquiatra. El problema es que me las quedé, por si acaso, escondidas en un cajón en casa. Al cabo de unos días, volvía a estar normal. Un poco triste. Decidí que el psiquiatra no me conocía tanto como yo a mí misma, y que yo sabía lo que me convenía. Volví a tomar el antidepresivo. En cinco días volví a estar «superestar», sintiéndome superbién conmigo misma, supersegura de mis decisiones y con energía para hacer de todo. Los exámenes de fin de curso me fueron muy bien. Aquellas pastillas eran mi felicidad. Seguía tomándolas, a escondidas de mis padres y del psiquiatra, que no se enteraba de nada.

Pasé el mejor verano de mi vida, trabajando a tope, saliendo y disfrutando de la noche. Después de las vacaciones de verano, pasó algo: cumplí 18 años. Decidí celebrarlo por todo lo alto, mis padres querían que organizara algo en casa, pero yo les contesté que ya no era una cría. Me gasté los ahorros de todo el verano y organicé una fiesta en una dis-

coteca. Invité a muchos amigos, incluso a gente de mi anterior instituto; hay que saber perdonar, y yo me sentía en armonía y paz con el mundo. La fiesta fue una pasada. Alguien trajo cocaína. Un día es un día, y además ya tenía 18 años. La primera raya me abrió los ojos: aquello era fantástico... ¡justo lo que me faltaba para estar siempre «súper-superestar»! Bailé toda la noche, dominaba la pista... me subía al escenario a bailar como una gogó... ¡Al fin y al cabo era mi fiesta! Además, con la coca podía beber todo lo que quisiera sin notar bajón. Me enrollé con un amigo, y el sexo fue buenísimo. Llegué a casa a las cuatro de la tarde. Mi padre me esperaba en el comedor. Me preguntó que dónde me había metido. Aquello me pareció una impertinencia: ¡me seguía tratando como una cría y yo ya tenía 18! Le contesté sin pensar: «Follando por ahí, bajándome las bragas en mi puesta de largo»; antes de arrepentirme de lo que había dicho, mi padre ya me había soltado un bofetón y yo otro a él. Tuvo que venir mi madre. Me pidieron que fuera a visitar al psiquiatra el lunes. Yo les conté que no quería ir, porque no le había hecho caso y seguía tomando antidepresivos. Buscamos otro psiquiatra.

La nueva psiquiatra también me diagnosticó trastorno de la personalidad. Me dijo que ella no utilizaba pastillas y que creía en la curación por la palabra. Aquello era justo lo que necesitaba. La iba a ver dos veces por semana y le explicaba lo primero que se me ocurría. Acababa siempre hablando de sexo, claro... tenía 18 años. La psiquiatra era muy curiosa; me preguntaba siempre por mi infancia y por lo que había pasado a los 14. Al cabo de dos años, «llegamos juntas» (llegó ella, diría yo) a la conclusión de que cuando me corté

a los 14 la «P» no correspondía a «Pau», sino a «padre», y que no era casualidad que hubiera escogido su cuchilla de afeitar para hacerme sangrar, que era como desvirgarme. Aquella tía estaba como una cabra. Decidí no verla más, porque además yo seguía teniendo depresiones y me seguía automedicando con antidepresivos, aunque nunca se lo dije.

A los 22, coincidiendo con un nuevo trabajo, tuve una depresión espectacular y pensé hasta en matarme. Espantada, consulté con un nuevo profesional, quien, para mi sorpresa, lo vio todo muy claro. Me dijo que tenía un trastorno bipolar de tipo I, que nunca más debía automedicarme y que debía observar una serie de normas (regularidad del sueño, no tomar coca ni alcohol..., cosas de sentido común). Además, me dio un antidepresivo y carbonato de litio. Han pasado seis meses y me encuentro mejor que nunca. Al fin entiendo los últimos diez años de mi vida: probablemente tuve mi primera manía a los 14, y después mi primera depresión. Todo lo demás ya lo conocéis. Respecto al diagnóstico de trastorno de la personalidad, mi psiquiatra me dice que es muy pronto para hacerlo, que quiere esperar a que lleve un tiempo «eufémica» para hablar de ello, que no quiere precipitarse. Yo no sé. Lo que sé es que he vivido toda mi juventud en una montaña rusa, y espero que ahora al fin se haya parado.

*Olga, 24 años.*

### **Mi vida con el trastorno bipolar**

Muy pronto en mi vida conocí íntimamente la depresión. Tenía 14 años y ya estaba conmigo. No sabía su nombre ni cómo

podía alejarla de mí, a pesar de que mi madre padecía trastorno bipolar y la lógica dicta que tendríamos que estar informados mi familia y yo acerca de lo que se trataba la enfermedad.

Sin embargo, en casa no hubo información. Cuando mi mamá nos decía que nos iban a matar y salíamos con ella por las calles de la ciudad, cambiando de un taxi a otro, le creíamos; cuando nos decía que el diablo estaba en casa y que había que rezar y nos daba la bendición con el agua del grifo o nos hacía dormir a mis hermanos y a mí en una sola habitación como campamento de terror, también le creíamos. Nadie nos dijo nunca que estaba enferma y que todo eso que hacía no era ella sino su locura. Nos dimos cuenta poco a poco al ir creciendo, leyendo, estudiando y hablando con los médicos para entender que lo que tenía era una enfermedad. Ni más ni menos.

Lo evidente era la manía, pero la depresión era la constante. Fue modelando nuestra vida cotidiana y yo creo que nuestro carácter. Mucha gente me pregunta hasta qué punto tiene más peso la herencia o lo ambiental para tener trastorno bipolar. Mi madre pasaba la mayor parte del tiempo deprimida. Y creo que aprendí también a reaccionar ante la vida con depresión. Ha sido largo y difícil entenderlo y tratar de desmontarlo. No creo que lo haya logrado aún.

Tener una madre que lloraba sin razón, escondida para que no la viéramos; que reaccionaba con demasiada brusquedad y hasta con violencia por ningún motivo; que hablaba de sí misma descalificándose y sintiéndose tonta; que la única forma que tenía de hacer un alto en la rutina era enfermándose... Eso debe haber hecho mella en mí.

Mis padres no sabían qué hacer. Eran los años sesenta, setenta. Ni los fármacos eran tan eficaces, ni los diagnósticos oportunos, ni la información suficiente, ni tampoco la percepción de la enfermedad mental carecía de estigma. Ellos no tuvieron herramientas para afrontar el problema y nosotros no podíamos más que entender que nuestra vida era una tragedia.

Mis hermanos y yo vivíamos en alerta constante. Sabíamos recitar su hoja clínica de memoria ante cualquier ingreso imprevisto. De niños aprendimos el sentido de la solidaridad entre los hermanos. La familia funcionaba perfectamente cuando mi madre estaba en la clínica. Mi padre no vivía con nosotros, así que yo tomaba la responsabilidad de mis hermanos, hacía la comida, cuidaba a la bebé, me encargaba de que hicieran los deberes... Todos me obedecían, como sabiendo que había que sujetarse a la tablita de salvación que nos mantenía a flote. Cuando volvía mamá, el caos se instalaba otra vez. La pobre seguramente salía del hospital tan mal que habría preferido meterse en la cama que atender a sus cuatro hijos.

Muchas veces nos preguntamos mi hermana y yo qué posibilidad había de heredar la enfermedad, y ése fue nuestro mayor temor de adolescentes: heredar la manía, la depresión, repetir la locura, mirarnos en su mirada perdida.

Cuando mis depresiones se agudizaron, no pensé nunca que tendría que ver con la enfermedad de mi mamá. Más bien lo atribuía a todo el dolor que me había causado, a toda la responsabilidad que había tenido que asumir desde niña, a lo que había visto y vivido en esa situación.

Cuando tuve la primera manía, a los 27 años, después de un episodio de depresión mayor que me tuvo en cama más de un año, el médico me confirmó que tenía trastorno bipolar.

No recuerdo haberme asustado: había estado tan mal que el brote de manía era un descanso. Entender exactamente de qué se trata esto me costó mucho tiempo, amigos, trabajos y vida.

Yo estaba recién casada. Y mi esposo, con quien vivo actualmente desde hace veinticuatro años, se portó, para citar a García Lorca, como un gitano legítimo; su amor y su compromiso me han salvado de muchas maneras.

Enseguida se puso a estudiar de qué se trataba la enfermedad; se metió a terapia, y a su manera, porque entonces no estaba difundido, se psicoeducó.

Un poco por intuición, mucho por la terapia y mucho más por la experiencia, yo también me estaba psicoeducando. Iba ordenando todo lo que aprendí en la universidad sobre psicopatología, lo ponía en el lugar que correspondía de acuerdo a lo que había visto en mi madre, espiaba lo que sentía y todo lo que pasaba en mi cuerpo y en mi mente y lo desmenuzaba bajo la lupa de la terapia. Fueron muchos años de trabajo, años en los que estuve siempre buscando mil maneras de sentirme mejor. Me sometí a diferentes terapias alternativas, sin dejar nunca el medicamento ni mi supervisión psiquiátrica. Hasta la fecha me trato con mi adorado doctor, que me conoce casi tanto como yo a mí misma.

La terapia psicológica que realicé durante once años con tres terapeutas diferentes ha sido una herramienta indispensable en mi vida. Creo que una de las tareas de la vida es el autococonocimiento. Desgraciadamente, la mayoría de las personas no asumen que esto es una tarea, no se da porque sí. Poder verse

a sí mismo como uno es de verdad resulta bastante doloroso, no cualquiera lo desea. En el caso de nosotros, los que padecemos una enfermedad como el trastorno bipolar, es la única manera de salir adelante. Más que un lujo, se convierte en una cuestión de supervivencia.

Decir que todo lo que he logrado en mi vida lo he hecho con enormes dificultades es un lugar común. La vida no es fácil; tampoco lo es encontrarle un sentido. Simplemente porque no lo tiene. Cada uno tiene que darle el sentido que mejor le convenga. Terminé mis estudios profesionales de pedagogía con gran esfuerzo, también la formación de maestra de francés, durante muchos años participé en talleres literarios y finalmente me he dedicado a la docencia y en buena medida a la escritura. Siempre he tratado de mantener mi independencia económica y laboral, he buscado empleos con horarios flexibles.

Pero la mejor herencia que recibí de mi madre fue su ejemplo de responsabilidad hacia su enfermedad. En los momentos más críticos de sus episodios, cuando ni siquiera podía reconocermme, me pedía que la internara. Jamás abandonó su tratamiento, ni dejó a su médico. Hizo años de terapia, era una mujer madura y sensata dentro de su condición. Tuvo eso que yo llamo un punto de salud, aun cuando estaba perdida en el delirio, y una gran voluntad de salir adelante. Tampoco se avergonzó nunca de su enfermedad, como yo no me avergüenzo, ni la oculto. Al contrario, considero una especie de militancia, por llamarlo de algún modo, y de responsabilidad hacia todo lo que he aprendido, que la gente sepa de qué se trata esto. Tampoco llevo un cartel, pero en mi círculo cercano todos saben que la padezco: mis jefes, los

maestros de mis hijos... Mi madre me enseñó que estar enferma no es una vergüenza. Desgraciadamente, el momento que le tocó vivir no le ayudó. Pero he recibido el ejemplo de mi madre, como un regalo precioso. Y siempre que me siento morir, recurro a él.

Vivir la vida no es fácil, y menos con una enfermedad crónica, pero temerla es mucho peor. Tengo dos hijos. No sé si alguno de ellos llegará a desarrollar el trastorno. No puedo decir que esto no me quite el sueño; sí que he pasado noches de terror pensando en que mis hijos podrían tener trastorno bipolar. Pero hasta hoy creo que hacemos lo que tenemos que hacer: han sido informados desde pequeños sobre la enfermedad y, en la medida en que han crecido, se les ha ampliado la información. Vivir conmigo los ha hecho madurar y también sé que han sufrido. Pero todo lo que he aprendido está también a su disposición. Creo que es la diferencia entre mi infancia y la de ellos.

Cuando pienso que tengo una familia, que vivo con el hombre que quiero y que me quiere, que mi mundo está lleno del afecto de mis hermanos, mi padre y muchísimos amigos, que cuando la enfermedad lo permite puedo trabajar y desempeñarme profesionalmente, que nunca he dejado el tratamiento —medicamentos que han mejorado en el tiempo— y tengo un médico que me cuida y está pendiente de mí, que la gente que quiero me acepta y me respeta, que he crecido, he amado, he aprendido tanto, me doy cuenta de la diferencia que existe entre mi vida y la de mi madre.

Ahora la entiendo mejor; cuando estoy muy mal, y sé que en algún momento esto pasará, como pasa siempre, pienso en ella, que no tuvo nunca ese consuelo. Que no sabía nada de

neurotransmisores, que su familia la segregó y su esposo no podía vivir con ella. Eso era una tragedia.

Así que cuando mis hijos se lamentan de lo terrible que es la enfermedad, les recuerdo que esto no es una tragedia, es una condición.

*Beatriz García Marañón,*

*Asociación Bipolar Libre, México.*

## TRASTORNO BIPOLAR TIPO II

El trastorno bipolar de tipo II se asemeja mucho al tipo I. La única diferencia es la ausencia de episodios maníacos y mixtos. Por lo demás, el paciente bipolar tipo II puede presentar depresiones tan o más intensas que las del tipo I, y puede padecer también síntomas psicóticos —uno de cada tres pacientes diagnosticados de trastorno bipolar tipo II los padecen—, aunque sólo en las fases depresivas.

Un grave problema asociado al tipo II es la dificultad de su diagnóstico; mientras que la aparatosidad de la fase maníaca permite al bipolar tipo I y a quienes le rodean entender que la enfermedad no consiste exclusivamente en el padecimiento de depresiones de un modo repetido, y aceptar un tratamiento de mantenimiento, no ocurre lo mismo con los pacientes bipolares tipo II. El mayor sufrimiento depresivo que suele acompañar a los bipolares II y la aparente poca importancia de las fases de euforia —la hipomanía no requiere prácticamente nunca el ingreso del paciente—, que algunas veces puede ser agradable e incluso útil (dado que la creatividad y la capacidad de trabajo

suele aumentar en un principio), hace que algunos pacientes crean que su enfermedad consiste únicamente en la fase depresiva y, por ello, soliciten ayuda médica sólo en esas fases. Por ello, muchos pacientes bipolares tipo II pueden estar erróneamente diagnosticados de depresivos unipolares, quedándose sin recibir un tratamiento adecuado y, en algunos casos, siguiendo uno que puede incluso empeorar la evolución de la enfermedad, ya que si se les trata únicamente con antidepresivos, prescindiendo de estabilizadores del estado de ánimo, se puede estar contribuyendo a acortar el periodo entre episodios y a aumentar la frecuencia de éstos, pudiendo incluso llegar a presentar lo que llamamos ciclación rápida (presencia de cuatro o más episodios en el periodo de un año), tema que recibirá atención en un apartado posterior.

Mucha gente, incluso muchos profesionales de la salud mental, considera que el trastorno bipolar II es una forma «suave» de la enfermedad. Esta creencia es del todo errónea; aunque es cierto que las fases de euforia son, por definición, menos intensas en el caso de los pacientes de tipo II, el curso a largo plazo de la enfermedad puede ser igualmente grave. Es más, las personas que padecen un trastorno bipolar de tipo II suelen, con el paso de los años, sufrir más episodios que aquellos que padecen un trastorno bipolar I, lo cual suele perjudicar de forma muy pronunciada el rendimiento laboral, el funcionamiento social y la calidad de vida del paciente. Por otra parte, los periodos entre episodios suelen ser más cortos en el caso del trastorno bipolar II y, en muchos casos, siguen presentándose algunos síntomas, generalmente leves, incluso en los teóricos periodos de eutimia.

Respecto al riesgo suicida, en ambos subgrupos de pacientes es similar: aunque es cierto que los intentos de los pacientes de

tipo I suelen ser de mayor gravedad médica, los de tipo II cometen mayor número de ellos y el porcentaje de suicidio consumado es el mismo en ambos subtipos.

#### RECUERDE QUE...

- En el trastorno bipolar II sólo se pueden presentar episodios de depresión e hipomanía.
- No es una forma atenuada de la enfermedad.

#### Gracias a o a pesar de

Tengo 73 años, una familia fantástica, una posición muy acomodada en la vida y un trastorno bipolar tipo II. Me lo han diagnosticado hace no más de diez años, pero estoy seguro de que lo he sufrido toda la vida. Con anterioridad me han tratado varios psiquiatras, generalmente con antidepresivos. Por suerte no han empeorado mi caso, pero tampoco me han ayudado en absoluto.

El diagnóstico de trastorno bipolar tipo II y el carbonato de litio han salvado mi matrimonio. Marta y yo ya hace tiempo que empezamos a discutir día sí y día también sin ver una solución a nuestros desencuentros. Intentamos ir a un terapeuta de pareja, pero no nos ayudó. Quién me iba a decir a mí que la solución eran unas pastillitas.

Cuando me diagnosticaron, sentí frustración; era como si tacharan toda mi vida de patológica, como si hubiera vivido un teatro durante más de cincuenta años. Pero no es así; mis éxitos no son atribuibles al trastorno bipolar, como tampoco lo son todos mis fracasos.

Que yo sea el enfermo no quiere decir que Marta tenga siempre razón; se equivoca a menudo. Pero ahora ya no salíto como antes, y sé llevar la discusión por caminos más tolerables.

La lástima es que yo no me he dado nunca cuenta de mis hipomanías. Retrospectivamente pienso que, por culpa de la hipomanía, he hecho algunos malos negocios, perdido algunos amigos y arruinado el matrimonio con la madre de mis hijos, mi primera mujer. Pero probablemente fue gracias a la hipomanía que creé mi propia empresa, invertí en unas acciones por las que nadie daba un duro y conocí a mi segunda esposa, Marta.

O sea, que no sé si estoy donde estoy ahora gracias al trastorno bipolar II o a pesar de él.

Tengo que decir que, si pudiera escoger, escogería la libertad de no tener una enfermedad mental. Pero, a mis 73 años, quien no tiene una enfermedad tiene otra. Generalmente peor.

*Ramón, 73 años.*

### **El final del verano**

Me llamo Joan y tengo un trastorno bipolar de tipo II. Hoy acepto este diagnóstico sin darle más importancia de la que tiene, pero me he peleado con él durante años. Mi enfermedad bipolar tiene un curso estacional. Esto quiere decir que tengo depresión en invierno e hipomanía en verano. Creo que, mucho o poco, todos los veranos de mi vida he estado muy alegre o hipomaniaco y todos los inviernos deprimido o triste. Mis recuerdos de todos los veranos, cuando era un niño, en el pueblo donde

nací, son muy felices. Pero esto supongo que es normal; estaba de vacaciones y me pasaba el día fuera de casa jugando. Todas las Navidades en mi vida tienen un tono triston. Pero hay mucha gente a la que le ocurre esto; hay mucha gente a la que no le gusta la Navidad. Es precisamente esta forma de racionalizar las cosas, de pensar que todo es normal, lo que ha hecho que tardara tanto en ir al psiquiatra y en convencerme de que es una enfermedad.

Mi infancia fue normal y muy feliz. Más feliz en verano, eso sí. Fue en la adolescencia cuando me empecé a dar cuenta de «mis rachas», como yo las llamaba: la vida era exageradamente distinta en invierno y en verano. En la facultad, si durante el curso suspendía alguna asignatura, siempre la aprobaba en septiembre. Incluso con nota. Y no por ello dejaba de salir o viajar o disfrutar los veranos en grande.

Más o menos cada año es el mismo ciclo; a partir de mi cumpleaños, a inicios de junio, mi estado de ánimo empieza a subir. La vida me parece maravillosa, los días son más largos y las noches más divertidas. En verano necesito dormir poco, y siempre tengo «pilas» para hacer lo que me apetece, incluso ahora a mis casi 40 años. Rara vez estoy cansado en verano.

De jovencito, solía trabajar en verano, en un camping del pueblo; por las tardes jugaba al tenis con los amigos y por las noches salía. Ligaba mucho, en parte porque conocía a todas las turistas nuevas, pero también porque era el rey de la fiesta. Me acostaba tarde y me levantaba temprano, para ir a nadar antes de trabajar. Durante el trabajo siempre encontraba un ratito para estudiar. Ésa era mi feliz rutina, que sorprendía a todo el mundo (menos a mis padres, en parte por-

que siempre me han visto así y en parte porque mi padre, de joven, era igual que yo).

He dicho que los inviernos eran depresivos. No siempre fue así; durante la adolescencia no me deprimía, pero estaba muy bajo, siempre soñoliento y cansado. Si en noviembre jugaba al tenis con un amigo al que habitualmente, en julio, ganaría fácilmente, era muy probable que perdiera. Los estudios me iban mal, invariablemente, en la evaluación de enero, y bien en la evaluación de fin de curso (en junio).

Fue a partir de los 25 o 26 años cuando los inviernos se hicieron insostenibles. Incluso en alguna ocasión tuve que pedir la baja en el trabajo. Ello motivó que empezara a visitar psiquiatras y psicólogos.

El primero, un psicólogo ya muy mayor, era un tipo muy raro que apenas hablaba. A mí me gustaba porque me escuchaba y me miraba atentamente, pero al final me harté de su silencio a cinco mil pelas la hora. El segundo fue una psiquiatra que había tratado a un amigo mío durante una depresión, y le había curado, y además entraba por la Mutua. Me diagnosticó una distimia y me dio un antidepresivo. Al cabo de un mes me encontraba mucho mejor. Pero aquél fue el peor verano de toda mi vida; me peleé con muchos amigos, tuve un accidente con la moto y le puse los cuernos a mi novia (tres veces), que me acabó dejando. Yo acabé dejando las pastillas.

Durante un año no visité ningún psiquiatra. Aquel invierno me deprimí como nunca, peor incluso que el año anterior. El siguiente verano fue una locura absoluta; empezó muy bien, ya que estaba haciendo prácticas en una empresa de telecomunicaciones y estaba saliendo con una francesa preciosa. Pero,

otra vez, en pleno agosto se me fue mi vida de las manos; estaba irritable y, según Chantal, «demasiado bromista» (aunque ella se partía de risa conmigo). El siguiente diciembre tuve una depresión de caballo.

Visité otro psiquiatra y le expliqué cómo me sentía. No tuvo dudas y me diagnosticó de depresión mayor y trastorno de la personalidad. Me dio antidepresivos otra vez. Y mejoré.

Al cabo de un tiempo cayó en mis manos un librito sobre el trastorno bipolar. Mi mejor amiga (no mi novia) dijo que algunas cosas de las que ponía el libro le recordaban a mí. En aquel momento estaba otra vez sin psiquiatra, porque había dejado las medicaciones en mayo, cuando ya me encontraba bien y me daba vergüenza volver a visitarle.

El siguiente psiquiatra ya me diagnosticó de bipolar y me ha hecho ser consciente de mis cambios en el estado de ánimo. Dice que para evitar las depresiones en el invierno, tengo que evitar las subidas del verano. Una lástima, porque me lo pasaba en grande. Pero lo cierto es que tomando la medicación adecuada llevo diez años sin tener ninguna recaída.

A veces echo de menos los veranos. Más por las turistas que por otra cosa.

*Joan, 39 años.*

## CICLOTIMIA

Ha existido cierta polémica sobre si se debía considerar a la ciclotimia como una enfermedad o, por el contrario, contemplarla como una alteración de la personalidad. De hecho, no es has-

ta la última versión de las clasificaciones oficiales de enfermedades cuando la ciclotimia ha sido considerada como un trastorno del estado de ánimo y no un problema de personalidad, algo completamente lógico si tenemos en cuenta su capacidad para alterar la vida de quienes la padecen y la posibilidad de ser tratada y corregida mediante tratamiento médico.

La ciclotimia es, de hecho, la forma menos grave de trastorno bipolar; consiste en la sucesión de fases eufóricas y depresivas leves, pero suficientes para alterar la vida de los pacientes que las sufren. Éstos raramente consultan al psiquiatra por su problema y suelen pasarse la vida sufriendo oscilaciones del ánimo y recibiendo calificativos como «lunático» o «imprevisible». Estas alteraciones del estado de ánimo suelen ser atribuidas a la personalidad o a términos más peyorativos e inexactos como la consabida inmadurez. El mayor problema es que, ignorando que su problema tiene un origen médico, muchos pacientes buscan inútilmente ayuda en todo tipo de terapias alternativas cuya eficacia en estos casos es nula. Esto es el mejor de los casos, dado que muchas personas ciclotímicas acaban por tener problemas con las drogas o el alcohol: buscando algún modo de escapar de su problema, no hacen otra cosa que agravarlo.

Es común que si la persona que padece ciclotimia consulta con un profesional de la salud mental lo haga por otras razones (problemas laborales o de pareja o para dejar de fumar, por ejemplo). Por ello, es esencial que todos los psiquiatras y psicólogos estén entrenados en la detección de la ciclotimia, dado que si se diagnostica y se trata correctamente es un trastorno que no tiene por qué causar grandes dificultades en la vida de quien lo padece.

Las personas aquejadas de ciclotimia suelen mejorar mucho con una farmacoterapia que puede incluir estabilizadores del ánimo en dosis bajas o fármacos para ayudar a conciliar el sueño, que a menudo está afectado y acaba por empeorar el trastorno. En cambio, los antidepresivos no suelen estar indicados. También es útil una psicoterapia que vaya dirigida a estabilizar los hábitos diarios (sueño, ejercicio físico, trabajo, salidas) y buscar la máxima regularidad posible en la vida del afectado.

#### RECUERDE QUE...

- La ciclotimia es una forma atenuada del trastorno bipolar.
- Las personas que padecen ciclotimia también pueden beneficiarse de un tratamiento.

#### Ni bueno, ni malo: estable

No consulté con un psicólogo hasta que no quise intentar dejar de fumar. Durante la entrevista me preguntó por mi estado de ánimo y apareció lo que era obvio para mí: que va según épocas, que básicamente depende de la semana. Curiosamente, a él no le pareció tan obvio. Le expliqué cómo, cuando era un chaval, sabía perfectamente qué exámenes iba a aprobar o a suspender en función de si caían en una semana «buena» o «mala», y que las tenía incluso marcadas en la agenda. Que nunca tenía una primera cita con una chica en una semana mala. Y que, en los partidos de fútbol de la semana mala, prefería jugar más aftrasado para que no se notara que estaba «empanado», mientras que en las se-

manas buenas jugaba de media punta y era bastante hábil con el balón. Fue cuando escuché por primera vez la palabra «ciclotimia». Tratarme me ha servido para organizar mi vida, evitando cambios bruscos en mi ritmo de trabajo que no hacían sino empeorarlo todo, y yendo a dormir siempre a las doce, tenga o no sueño. Y levantándome siempre a la misma hora. La verdad es que me siento mejor así, ya que tengo la sensación de que controlo mi vida (al menos la parte que depende de mí).

*Javier, 38 años.*

## **TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO BIPOLAR**

El término esquizoafectivo fue empleado por primera vez por el psiquiatra ruso Jacob Kasanin en el año 1933 para describir lo que él calificó como un subtipo esquizofrénico de buen pronóstico. El esquizoafectivo es un trastorno a medio camino entre la esquizofrenia y el trastorno bipolar. De hecho, en las primeras tres ediciones del DSM, el trastorno esquizoafectivo formaba parte de los trastornos psicóticos no especificados, y no es hasta la edición revisada del DSM-III cuando pasa a tener entidad propia. Es una categoría creada pensando en aquellos pacientes que presentan un curso característico de trastorno bipolar de tipo I pero que también tienen síntomas psicóticos de forma más o menos persistente, en ausencia de síntomas de manía o de depresión. Las clasificaciones DSM y CIE difieren en este sentido. Mientras que la primera considera esquizoafectivo bipolar a un paciente que cumple criterios

para el trastorno bipolar pero presenta síntomas psicóticos aún en eutimia, la CIE considera esquizoafectivo a todo aquel paciente bipolar que presente síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo. Los autores de este libro vemos la primera definición como mucho más práctica, restrictiva y útil.

Tal y como sucede con el trastorno bipolar I o II, el trastorno esquizoafectivo puede empezar en cualquier momento de la vida, aunque es mucho más frecuente entre los 15 y 25 años. Además del trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar, existe el trastorno esquizoafectivo depresivo. Como su propio nombre indica, es un diagnóstico que recoge a aquellos pacientes que únicamente presentan depresiones y síntomas psicóticos (pudiendo éstos aparecer incluso cuando el paciente no está deprimido).

El trastorno esquizoafectivo tiene un pronóstico algo peor que el trastorno bipolar I o II, pero sigue siendo una condición tratable que no tiene por qué impedir, en muchos casos, que el afectado lleve a cabo una vida autónoma y feliz.

El tratamiento farmacológico es muy similar al del trastorno bipolar tipo I, aunque es mucho más frecuente la prescripción de antipsicóticos atípicos de mantenimiento.

#### RECUERDE QUE...

- El paciente esquizoafectivo es aquel que puede presentar manía, estados mixtos o depresión y síntomas psicóticos en estado de eutimia.
- Es una enfermedad tratable, sobre todo gracias al reciente desarrollo de los antipsicóticos atípicos.

## Bienvenido al taxi, señor Kruger

Tengo 40 años y soy taxista. Para ser más precisos, a mí me gusta decir que soy «ex ex taxista», ya que hubo una época de mi vida en la que, por culpa de mi enfermedad esquizoafectiva, pasé a ser «ex taxista» y pensionista. Pero ahora ya llevo cuatro años trabajando otra vez. Así que soy ex ex taxista (y ex pensionista).

Conozco a mucha gente que reacciona mal cuando le diagnostican una enfermedad psiquiátrica. Normal, porque es como si te colgaran un sambenito de por vida y te dijeran que a partir de hoy tu vida es un asco.

Pero no fue mi caso. Cuando el psiquiatra me dijo que era esquizofrénico —tenía 20 años—, yo me quedé casi olvidado. Hacía tiempo que sabía que algo me pasaba, que era distinto a los demás... que algo en mi cabeza andaba un poco raro y necesitaba ayuda. Porque siempre me costó relacionarme con gente, siempre tuve complejos, siempre pensé demasiado... incluso antes de ponerme psicótico por primera vez. La psicosis sólo era la punta del iceberg de mi rareza. Pero estar psicótico es horrible. Sobre todo porque no sabes que lo estás. En mi caso, pensé cosas absurdas como que me seguían otros taxis para copiarne las mejores rutas (y eso que justo acababa de empezar a trabajar), que me espiaban desde la emisora o que la radio me mandaba mensajes personalizados (por ejemplo, creía que cada vez que ponían una canción de Miguel Bosé contenía un mensaje en clave para mí). Se lo dije a mis padres y me llevaron al médico. Tampoco fue un shock para la familia: mi hermana diez años mayor que yo también es esquizofrénica.

No voy a entrar en demasiados detalles, pero he estado ingresado en un par de ocasiones, y no es nada agradable. Aunque tampoco es como aparece en algunas películas.

No recibí el diagnóstico de esquizoafectivo hasta que no cambié de psiquiatra. Tuve la suerte de que nombraron a mi anterior psiquiatra jefe del servicio de psiquiatría del hospital, y lo primero que hizo fue pasar todos sus pacientes a una psiquiatra joven, que al cabo de dos meses ya me había cambiado el diagnóstico y toda la medicación, y encima me veía más a menudo que el anterior.

Creo que mi enfermedad encaja mejor con la definición de esquizoafectivo bipolar que en la de esquizofrénico (con todos mis respetos para ellos; mi hermana lo es): yo he pasado al menos tres depresiones muy fuertes y tres o cuatro —los psiquiatras no se ponen de acuerdo— periodos de los que yo llamo «mala inspiración» y ellos manía psicótica. En uno de los últimos episodios maníacos empecé a ver cosas raras. Literalmente: a partir de determinado día, empecé a observar cómo algunas personas que entraban en mi taxi cambiaban de identidad durante el recorrido. Así, podía suceder que un señor gordo de 50 años subiera al taxi cerca de Sagrada Familia y al llegar a Sarrià quien bajara no fuera él, sino una tía buena de unos 30 (aunque yo sabía que en el fondo era él), o que una pareja de ancianos subiera en el taxi cerca del Hospital Clínic y bajara en Glories veinte años más jóvenes. La verdad es que me espanté mucho y tuve dos accidentes (uno de ellos bastante serio) por andar despistado, mirando a los pasajeros por el retrovisor. Pero, aparte de psicótico, estaba también maníaco: no dormía, me molestaba todo, gastaba dinero, etcétera. Pero la cosa no acabó aquí; al cabo de un tiempo las personas se seguían transformando, pero no se transformaban en otras personas, sino que lo hacían en monstruos o superhéroes. Subía una mujer de mediana edad, y a la hora de pagar la carrera, quien pagaba era el Hombre-Lobo. Subía un

simpático señor con su hijito y bajaban Batman y Robin. Y eso no fue lo último; la semana siguiente, los rostros de mis pasajeros se deformaban en caras terroríficas no identificables. Se lo conté a mi psiquiatra porque, aunque no estaba demasiado espantado (ya sabía que era parte de la enfermedad), era muy molesto. Me subió el antipsicótico y me dio la baja, para evitar accidentes (en realidad ya me la había dado hacía un mes, pero yo seguí trabajando; es lo que tiene ser autónomo, que si estás de baja cierras la caja). Al cabo de dos meses ya no estaba maníaco y volví a trabajar. Para mi sorpresa, a pesar de estar «bien», mis pasajeros seguían mutando en cuestión de pocos semáforos (no lo pude comprobar hasta que no volví a trabajar, claro). Se lo conté al psiquiatra, que me cambió de antipsicótico. Y otra vez de baja. Hasta que al cabo de dos semanas volví al taxi y, como si fuera magia, mis pasajeros mantenían el mismo rostro y la misma identidad durante toda la carrera (aunque fuera un trayecto largo).

Es curioso cómo, por extraño que parezca, uno se acostumbra a todo. Hubo un momento, justo antes de la baja, en el que había tomado la decisión de que no me importaba si quien bajaba del taxi era el mismísimo Freddy Kruger, mientras me pagara el servicio. Ahora ya estoy bien. Sigo tomando mi medicación y trabajo, aunque quizás menos horas que mis compañeros. Mi vida vuelve a ser normal. Dentro de mi normalidad.

Como aficionado al cine de miedo, sólo planteo una cuestión: ¿qué pasaría si un día subiera el auténtico Freddy Kruger a mi taxi? ¿Cómo sabría que es él y no una alucinación? La cuestión tiene su importancia, porque me gustaría pedirle un autógrafo. Es broma.

*Simón, 40 años.*

## TRASTORNO BIPOLAR DEBIDO A OTRA ENFERMEDAD

La enorme mayoría de los trastornos bipolares tienen una causa genética, pero existe una minoría de pacientes cuyo trastorno bipolar no es «primario», sino provocado por otra enfermedad. Esto es especialmente común en pacientes que inician su enfermedad pasados los 50 años de edad.

Uno de los cuadros orgánicos que más habitualmente pueden dar lugar a un trastorno bipolar es el accidente cerebrovascular o «infarto cerebral», causado por la obstrucción de un vaso sanguíneo del cerebro, lo que conduce a varias reacciones tóxicas en un cerebro privado de los nutrientes y del oxígeno que habitualmente aporta la sangre. En algunos casos, un infarto cerebral puede provocar la muerte y, en otros, que el cerebro deje de funcionar normalmente y que algunas partes queden irreversiblemente dañadas (lo que a menudo lleva a dificultades de lenguaje, de movimiento, cognitivas u otras igualmente graves). Después de un infarto cerebral —incluso varios meses después— puede aparecer una depresión unipolar o un trastorno bipolar. Dicha depresión no sería debida al sufrimiento psicológico por la serie de secuelas —a menudo graves e irrecuperables— del infarto, sino al propio infarto, tal y como demostró sobradamente el doctor Robert Robinson en los años setenta. Si el área afectada —es decir, el área que se ha quedado sin oxígeno ni nutrientes— durante el infarto cerebral es el sistema límbico —que, como ya hemos visto en el inicio de este libro, es una de las áreas cerebrales encargadas de regular el estado de ánimo—, es muy probable que el paciente presente, a partir del infarto, un trastorno bipolar.

Del mismo modo, otras enfermedades neurológicas que también afectan al sistema límbico —como la enfermedad de Par-

kinson o la Corea de Huntington— pueden derivar en un trastorno bipolar.

Las enfermedades que afectan a nuestro sistema hormonal —llamadas enfermedades endocrinas— suelen causar problemas de estado de ánimo a los que las padecen. Las hormonas más íntimamente ligadas al estado de ánimo son las tiroideas. La glándula tiroidea se encuentra en la base del cuello y es la responsable, entre otras funciones, de regular el consumo de energía. La tiroides ayuda a controlar el consumo de calorías de nuestro cuerpo y la forma en que las calorías se almacenan en forma de grasa. Cuando la glándula tiroides produce demasiadas hormonas, hablaremos de «hipertiroidismo». Entre otros muchos problemas, el hipertiroidismo puede provocar síntomas psiquiátricos tales como el insomnio, la irritabilidad, la hiperactividad o síntomas psicóticos. En cambio, si la glándula tiroides segrega un número insuficiente de hormonas deberemos hablar de «hipotiroidismo». El hipotiroidismo puede dar lugar a humor depresivo, letargia, cansancio, problemas de concentración y alucinaciones. Por lo tanto, cualquier persona con problemas de tiroides puede tener serios problemas de estado de ánimo. Además, la presencia de hipo o hipertiroidismo complica el curso de un trastorno bipolar preexistente, por lo que el psiquiatra debe estar muy atento a si se producen estas complicaciones y realizar —al menos una vez cada dos años— un análisis de sangre para comprobar los niveles de tiroides. Se han descrito casos de manía causada por hipertiroidismo, pero son infrecuentes.

Otras glándulas que pueden jugar un papel decisivo en la aparición de síntomas psiquiátricos son las adrenales. La glándula adrenal se halla situada encima de los riñones, en la parte inferior de la espalda, y es la encargada de segregar distintas hormo-

nas, entre ellas el cortisol y la adrenalina. Ambas juegan un papel muy importante en la adaptación al medio y la regulación del estrés. Dado que el cortisol tiene, entre otras muchas propiedades, un efecto antiinflamatorio, son varios los fármacos que contienen esta sustancia. Todos ellos son potencialmente peligrosos para alguien que padezca un trastorno bipolar. El exceso de cortisol debido a, por ejemplo, un tumor en la glándula adrenal puede provocar un cuadro de depresión, un cuadro mixto o una manía.

Los traumatismos encefálicos, con lesión cerebral, también pueden dar lugar a un episodio maníaco, incluso en personas sin antecedentes de trastorno bipolar. Así, es relativamente común que tras caídas o accidentes de circulación en los que el cráneo ha recibido un fuerte impacto aparezca sintomatología maníaca. No necesariamente de forma inmediata tras el impacto, pues en ocasiones pueden pasar varios años hasta la aparición del síndrome maníaco. En estos casos, la irritabilidad es el síntoma predominante del cuadro.

Hay estudios que cifran la frecuencia de traumatismos craneo-encefálicos en la infancia de adultos bipolares en cerca del 5 por ciento, tres veces superior a la media, pero aún hay controversia sobre cómo debemos interpretar estos resultados.

La deficiencia de vitamina B-12 también se ha asociado a la aparición de sintomatología maníaca.

#### RECUERDE QUE...

- Las causas más comunes de trastorno bipolar asociado a otra enfermedad son los accidente cerebrovasculares, enfermedades neurológicas o endocrinas y traumatismos encefálicos.

## Capítulo VIII

# CAUSAS Y DESENCADENANTES DEL TRASTORNO BIPOLAR

*No se puede desatar un nudo sin saber cómo está hecho.*

ARISTÓTELES

### CAUSAS

Los médicos que intentaron, a finales del siglo XIX, encontrar diferencias entre los cerebros de personas que padecían un trastorno bipolar y los de quienes no tenían ningún problema mental, a partir de la exploración post mórtem del tejido cerebral, fracasaron en su intento. Eso dio lugar a que diversas teorías —sobre todo el psicoanálisis— clamaran que dichas diferencias no existían y que, por lo tanto, el trastorno bipolar no estaba causado por el cerebro, sino por la mente. Es decir, se pensaba que era un «problema psicológico» que generalmente tenía que ver con traumas infantiles y dificultades de personalidad, más que un «trastorno psiquiátrico» que tuviera una base orgánica. Ello justificó que durante décadas intentaran tratar a los pacientes bipolares únicamente con el psicoanálisis, no obteniendo ningún resultado sobre la enfermedad (como es lógico, ya que sería lo mismo que tratar un cáncer con psicoterapia o un infarto con una escayola). Hoy en día, sin embargo, nos resul-

ta obvio que dichas diferencias existen y que si no se encontraron en un pasado fue porque el instrumental no estaba lo suficientemente desarrollado para observarlas. En la actualidad, distintos estudios de neuroimagen muestran distintas alteraciones tanto en el funcionamiento como en la estructura del cerebro de las personas que padecen trastorno bipolar; también hay estudios sobre el funcionamiento hormonal que muestran diferencias claras entre bipolares y no bipolares, y lo mismo ocurre en el ámbito de los circuitos de neurotransmisión. De todos modos, todavía no podemos realizar el diagnóstico mediante otra técnica que no sea una correcta entrevista psiquiátrica, ya que dichas diferencias son inespecíficas (es decir, no todo el mundo que muestra una determinada alteración presenta trastorno bipolar).

## Neuroimagen

Las técnicas de neuroimagen tratan de fotografiar ya no sólo el cerebro —es decir, cómo es— sino también su funcionamiento —qué hace—, y es en este punto donde encontramos los avances más interesantes.

Los hallazgos en la neuroimagen son constantes, aunque todavía insuficientes para considerarlos una técnica diagnóstica. Es decir, con los conocimientos actuales no podemos diagnosticar un trastorno bipolar mirando los resultados de un PET o un SPECT, pero podemos afirmar, sin lugar a dudas, que el trastorno bipolar es una enfermedad del cerebro.

### *Hallazgos con neuroimagen estructural*

La neuroimagen estructural estudia cómo es el cerebro, es decir, su forma, volumen, etcétera.

En la actualidad es posible estudiar en vivo el volumen del cerebro y sus distintas partes, con técnicas como la tomografía axial computerizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN). Estudios en personas con trastorno bipolar muestran que los surcos corticales y los ventrículos, especialmente los laterales, suelen tener un mayor tamaño que entre personas no afectadas. En concreto, parecen tener un aumento cercano a un 15 por ciento en comparación con los sujetos no bipolares. Otras enfermedades como la esquizofrenia y, sobre todo, la demencia tipo Alzheimer o la hidrocefalia muestran un aumento mucho más significativo.

Este aumento del tamaño ventricular no está relacionado con el tratamiento, ya que ha sido corroborado en estudios con primeros episodios maníacos (no tratados, por lo tanto).

El volumen total del cerebro no está afectado en el trastorno bipolar. Dicho de otro modo, las personas que padecen un trastorno bipolar no tienen el cerebro más pequeño. Sin embargo, es posible que determinadas áreas del cerebro —como el lóbulo temporal o el cerebelo— estén específicamente dañadas, aunque hay otros estudios con resultados divergentes.

Los estudios con resonancia magnética nuclear (RMN) nos han permitido observar pequeñas lesiones hiperdensas subcorticales y la reducción de tamaño de la parte frontal del cerebro y alteraciones en la comunicación entre ambos hemisferios cerebrales.

Estudios post mórtem con tejido cerebral de donantes afectados de trastorno bipolar han mostrado una reducción en

células gliales en el lóbulo frontal. Éstas tendrían como objeto aportar oxígeno, glucosa y otros nutrientes a las neuronas, a la vez que las protegerían de infecciones y toxinas transportadas por la sangre. Este tipo de investigación es escasa, por su propia naturaleza, y sus resultados deben ser tomados con cautela.

### *Hallazgos con neuroimagen funcional*

La neuroimagen funcional estudia cómo funciona el cerebro. Es decir, qué partes se activan más en relación a una conducta, un pensamiento o una emoción.

Las tres técnicas más comúnmente empleadas en la neuroimagen funcional son la tomografía por emisión de positrones (PET), la tomografía por emisión de fotones (SPECT) y la resonancia magnética funcional (RMNf). Las dos primeras requieren inyectar una sustancia radioactiva similar a la glucosa para que, de esta manera, podamos comprobar qué áreas se activan más ante determinadas actividades, con lo que, en realidad, estamos viendo el funcionamiento del cerebro (las áreas que están en funcionamiento presentan niveles más altos de glucosa), mientras que la RMNf no lo requiere.

Los estudios usando tomografía por emisión de positrones (PET) nos han permitido conocer las alteraciones de la dopamina en el lóbulo frontal en fases de manía y la hipoactivación de dicho lóbulo durante la depresión (aunque este hallazgo no es específico de la depresión bipolar, ya que, por ejemplo, también se ha visto en depresivos unipolares).

Los estudios con tomografía por emisión de fotones (SPECT) nos han permitido saber más cosas acerca del efecto del litio so-

bre nuestro cerebro y sobre las bases biológicas de la hipomanía y la manía.

En general, los hallazgos en neuroimagen funcional apuntan a una alteración de los circuitos corticales anteriores, los ganglios basales paralímbicos y los circuitos talamocorticales.

## Genética

Hoy en día disponemos de muchísimas pruebas de que existen alteraciones genéticas concretas en el caso de los pacientes que padecen un trastorno bipolar pero, como sucedía con la neuroimagen, dichas evidencias no son todavía tan específicas como para poder determinar mediante un estudio genético si una persona padecerá o no un trastorno bipolar (algo que, sin duda, seremos capaces de hacer dentro de algunos años). En cualquier caso, no existe duda alguna de que los trastornos bipolares son enfermedades hereditarias. Lo que no significa que el hijo de una persona con trastorno bipolar vaya a heredar necesariamente la enfermedad: el riesgo de heredar un trastorno bipolar para un hijo de un bipolar se sitúa entre el 10 y el 20 por ciento, lo que, de hecho, significa que tiene más probabilidades de no padecer un trastorno bipolar (entre un 80 y un 90 por ciento) que de padecerlo, aunque obviamente va a tener más riesgo de padecer la enfermedad que el hijo de dos personas sin un trastorno bipolar. Distintos estudios muestran que, en la herencia de los trastornos bipolares, se dan dos fenómenos interesantes: (1) la enfermedad puede saltar una o varias generaciones —es decir, usted padece trastorno bipolar, su hijo y su nieto no lo padecen, pero sí su bisnieto— y (2) no se hereda

siempre la misma forma de la enfermedad. Por lo tanto, usted puede padecer un trastorno bipolar de tipo I con síntomas psicóticos en la manía, pero su hijo —en caso de padecer la enfermedad— podría padecer un trastorno bipolar de tipo II, un trastorno bipolar I sin síntomas psicóticos, ciclotimia o incluso una depresión unipolar.

Este dato nos indica que los trastornos afectivos unipolares y bipolares comparten, probablemente, la misma vulnerabilidad y que en la herencia del trastorno bipolar se hallan implicados múltiples genes de efecto menor que sólo cuando aparecen alterados conjuntamente dan lugar a un trastorno bipolar (por lo tanto, no podemos hablar del gen de la bipolaridad).

Los estudios de gemelos son los que más datos nos aportan. Se investiga cuántos individuos son bipolares dentro de un grupo de gemelos. Posteriormente, identifican qué pares de gemelos son idénticos (monocigóticos o univitelinos) y cuáles no (dicióticos o bivitelinos). Los primeros comparten cien por cien el material genético, mientras que el segundo grupo mucho menos. La pregunta que se plantean siempre es: si uno de los gemelos tiene un trastorno bipolar, ¿qué probabilidad hay de que el segundo también lo tenga? La respuesta, o porcentaje de concordancia, es una medida de hasta qué punto determinada enfermedad es hereditaria o no. En enfermedades completamente genéticas, el porcentaje de concordancia será, evidentemente, del cien por cien.

Los primeros estudios de gemelos con trastorno bipolar se remontan a finales de los setenta; un estudio danés cifró su porcentaje de concordancia entre un 75 y un 96 por ciento, dependiendo de la medida que se usaba. De todos modos, hay que reconocer que dicho estudio tenía algunos problemas me-

todológicos más o menos graves que hacen que aún hoy debamos interpretar sus resultados con cautela. Estudios más recientes cifran el porcentaje de concordancia alrededor de un 50 por ciento.

Los estudios de *linkage* tratan de determinar qué genes pueden transmitir el riesgo de presentar un trastorno bipolar. En ellos, se trata de determinar si una determinada región de cromosomas se asocia con la enfermedad en una familia con varios miembros afectados. Estos estudios apuntan a los cromosomas 4, 12, 18, 21, 22 y X como implicados en la enfermedad bipolar.

Así pues, parece que la carga genética del trastorno bipolar es indiscutible, aunque también hay lugar para la influencia del ambiente.

## Estudios neuroquímicos

En los últimos años se han realizado varios estudios sobre el papel desempeñado por distintos neurotransmisores, hormonas, segundos mensajeros intracelulares y neuropéptidos.

Los neurotransmisores son partículas químicas que transportan la información entre neuronas. Las alteraciones a nivel de neurotransmisores implicadas en el trastorno bipolar no afectan sólo al propio neurotransmisor, sino que pueden afectar a los elementos químicos necesarios para elaborar el neurotransmisor, a las enzimas implicadas en este proceso, al transportador intracelular que acompaña al neurotransmisor hasta la periferia de la célula y al neuroreceptor encargado de darle la bienvenida en la neurona destino.

Entre los más de cien neurotransmisores que hoy se conocen, los que parecen más involucrados en el trastorno bipolar son la dopamina, la serotonina, la norepinefrina, el glutamato, la acetilcolina y el GABA.

Algunos de los hallazgos más relevantes tienen que ver con el aumento de metabolitos de la dopamina en la manía. Es bien sabido que la dopamina está implicada en distintos trastornos del movimiento, como el Parkinson; y el movimiento queda claramente afectado durante los episodios de la enfermedad (incapacidad para estar quieto durante la manía, lentitud o catatonia depresivas). Algo similar pasa con la implicación de la dopamina en la regulación de la motivación; un exceso de dopamina estaría involucrado en la hiperactividad maníaca, mientras que un descenso podría estarlo en la apatía depresiva.

#### RECUERDE QUE...

- La causa del trastorno bipolar es biológica.
- Hay evidencia de un funcionamiento cerebral distinto en las personas que sufren un trastorno bipolar.
- Los estudios genéticos no apuntan a un solo gen, sino a un conjunto de ellos.

#### DESENCADENANTES DEL TRASTORNO

Algunos pacientes asocian el inicio de su enfermedad a una determinada circunstancia; son frecuentes explicaciones como «mi enfermedad bipolar es culpa de haber tomado drogas», «me pilló el trastorno porque estaba estresado», «nunca superé la muerte

de mi padre y acabé deprimiéndome», etcétera. Es importante, sin embargo, que recordemos que todas estas circunstancias no serían causas sino desencadenantes de la enfermedad: la causa del trastorno bipolar es estrictamente biológica, mientras que los desencadenantes —los que encienden la mecha— pueden ser ambientales, tóxicos u orgánicos (véase Tabla 10).

Tabla 10

DESENCADENANTES MÁS COMUNES DE EPISODIOS	
TIPO DE DESENCADENANTE	TIPO DE EPISODIO AL QUE PUEDE DAR LUGAR
<i>Desencadenantes de tipo ambiental</i>	
Deprivación del sueño; en personas con vulnerabilidad, pasar dos noches seguidas sin dormir puede ser suficiente para iniciar un episodio.	Hipomanía, manía o episodio mixto.
Estrés sostenido: estar sometido a un gran estrés —por ejemplo, enfrentarse diariamente a un problema grave sin tener las estrategias de manejo adecuadas— durante largo tiempo. Es el caso de las personas que tienen que cuidar a un familiar afectado de una enfermedad crónica por la que no puede valerse por sí mismo (una demencia, por ejemplo).	Sobre todo depresión, aunque puede dar lugar a cualquier tipo de episodio.



<p>Estrés agudo: determinados cambios que exigen un sobreesfuerzo y suelen ir acompañados de ansiedad. Entran en esta categoría circunstancias como una mudanza, una boda, obras en casa, un periodo de exámenes, unas oposiciones o preparar la declaración de la renta.</p>	<p>Cualquier tipo de episodio.</p>
<p>Acontecimientos vitales de carácter negativo, como la muerte de un ser querido, perder el trabajo o la ruptura de una relación.</p>	<p>Cualquier tipo de episodio. No es infrecuente el «duelo maníaco», en el que, tras la muerte de un ser querido, el afectado presenta un episodio de manía.</p>
<p>Acontecimientos vitales de carácter positivo, como el inicio de una relación sentimental, un ascenso laboral o, en general, conseguir algo por lo que se había estado luchando largo tiempo.</p>	<p>Cualquier tipo de episodio. No es infrecuente que tras conseguir un gran éxito algunas personas presenten un episodio depresivo.</p>
<p><i>Desencadenantes de tipo biológico</i></p>	
<p>Parto.</p>	<p>Manía, depresión o episodios psicóticos. El descenso súbito del nivel de estrógenos que ocurre con el parto provoca que muchas pacientes presenten depresiones o manías posparto.</p>



Menstruación.	Depresión o episodios mixtos. Algunas pacientes son especialmente sensibles a los cambios biológicos que acompañan a la menstruación y pueden presentar un episodio desencadenado por la misma, sobre todo si se da en un periodo de gran vulnerabilidad.
<i>Desencadenantes de tipo tóxico o farmacológico</i>	
Abuso de alcohol.	Depresión. Contrariamente a lo que mucha gente cree, el alcohol no es un «euforizante»; el consumo abusivo y continuado de alcohol suele llevar a presentar un cuadro depresivo.
Abuso de café.	Manía, hipomanía o episodios mixtos. El consumo abusivo de café y bebidas que contengan cafeína u otros estimulantes suele guiar a un episodio mixto o maníaco a través de la mayor liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), que provocan la aparición de ansiedad y la interrupción del sueño.



<p>Deprivación de nicotina.</p>	<p>Cualquier tipo de episodio, pero especialmente depresión y episodios mixtos. Dejar de fumar puede provocar un aumento de la irritabilidad y los síntomas ansioso-depresivos.</p>
<p>Cannabis.</p>	<p>El abuso puede conducir a la manía y a los síntomas psicóticos. El uso crónico, a la sintomatología depresiva subclínica.</p>
<p>Cocaína.</p>	<p>Manía y síntomas psicóticos.</p>
<p>Antidepresivos.</p>	<p>Hipomanía, manía o estados mixtos. El uso adecuado de antidepresivos no tiene por qué ocasionar un viraje.</p>
<p>Antipsicóticos.</p>	<p>Depresión. El uso adecuado de antipsicóticos no tiene por qué ocasionar una depresión.</p>
<p>Corticoides.</p>	<p>Manía, depresión o estados mixtos. La administración aguda (generalmente en inyectable) puede desencadenar un episodio mixto o de manía, mientras que el consumo crónico en dosis menores puede desencadenar un episodio depresivo.</p>

Todos los trastornos bipolares tienen, por lo tanto, una causa biológica y la gran mayoría posee un origen genético. El trastorno bipolar está, por así decirlo, «escrito en los genes» —como la mayoría de enfermedades crónicas y prácticamente todos los trastornos psiquiátricos—, aunque generalmente no se desarrolla en los primeros años de vida —si bien se dan casos de primeros episodios en niños de menos de 10 años—, sino en la adolescencia. Esto es debido a que, en algunas ocasiones, es necesaria la existencia de factores desencadenantes para que se inicie la enfermedad, y la adolescencia está llena de ellos, de todo tipo: psicológicos (inestabilidad emocional, tendencia al dramatismo, escasa tolerancia a la frustración), ambientales (presión en los estudios, necesidad de tomar decisiones importantes con poca preparación, escasa regularidad de hábitos, cambios vitales), orgánicos (cambios corporales propios de la pubertad) y tóxicos (el primer contacto con alcohol, café y drogas ilegales se suele dar durante la adolescencia).

La edad de inicio característica se sitúa entre los 15 y 30 años, aunque, como ya hemos señalado, existen casos con inicios mucho más precoces. Es relativamente infrecuente empezar la enfermedad pasados los cuarenta; los pacientes que refieren haber empezado tan tarde su enfermedad suelen haber presentado episodios mucho antes, que luego han olvidado, generalmente porque eran leves (en el caso de la depresión, que también podían haber confundido con otra enfermedad) o porque eran episodios hipomaníacos (que únicamente catalogaron como «la época más feliz de mi vida»).

En muchos casos el primer episodio está precedido por un desencadenante claro pero, a partir de este momento, la en-

fermedad «cobra vida propia», independizándose de las circunstancias que la desencadenaron. Ello es debido a que los mecanismos biológicos reguladores del estado de ánimo parecen entrar en una oscilación permanente, que lleva a la persona a perder el punto de referencia de su estado anímico habitual.

#### RECUERDE QUE...

- Factores psicológicos, farmacológicos o tóxicos pueden desencadenar un nuevo episodio.
- Con el tiempo, la enfermedad tiende a cobrar autonomía, es decir, a no requerir factores que la precipiten.

#### El huevo o la gallina

En los cuatro últimos años me he preguntado varias veces por qué me deprimí. Dicen que es una pregunta absurda, porque la causa de mi depresión es médica. Yo lo encuentro una sobresimplificación. Creo que hice cosas muy mal.

Lo creía cuando estaba deprimido y lo sigo pensando hoy, que acabo de salir de la visita del psicólogo y me ha dicho que sigo bien.

Sí, hice bastantes cosas mal, no me cuesta admitirlo. No presté suficiente atención a los míos. No supe disfrutar de las cosas pequeñas. Era muy autocrítico. No sabía delegar responsabilidades. No hacía deporte. No me cuidaba. No tenía tiempo para mí. No me autoobservaba. Es una lista hecha a bote pronto, en menos de un minuto. Sale sola, sin ayuda.

No sé si todo esto desencadenó la depresión.

Hoy hemos charlado de esto con mi psicólogo. Me ha dicho algo interesante: «¿Y si toda esta lista no fuera de desencadenantes de la depresión sino de sus primeros síntomas?». Puede ser. No sé si fue primero el huevo o la gallina.

*Gabriel, 29 años.*

### **Duelo maniaco**

Nunca sabré lo que hubiera pasado si Nuria siguiera a mi lado, si mi vida no se hubiera roto en pedazos en esa maldita curva.

Hacia ocho años que estábamos juntos. Veinticuatro meses que estábamos casados. Dieciséis semanas que ella estaba embarazada. Tres días que estábamos de vacaciones. Dos horas desde que salimos del restaurante. Datos absurdos que resumen la muerte de Nuria.

Cuando el coche dejó de dar vueltas y abrí los ojos, me di cuenta de que estaba muerta. Seis años de carrera, cuatro de residencia y un doctorado no me sirvieron para reanimarla. Hora de la muerte: demasiado pronto.

Mi cuerpo salió ileso del accidente. Yo no tuve tanta suerte.

Tras el funeral y los trámites, salí de una especie de burbuja afectiva que duraba cuatro días. Mis padres me pidieron que fuera a vivir con ellos. Yo no quise. Seguí viviendo solo en nuestro piso para tres. Tiré la ropa de Nuria a la basura. Sus joyas, sus cosas, sus libros. Y algunos de los míos. Y también mi ropa; la que me recordaba a ella, que era toda menos las batas del hospital. Tiré algunos muebles, otros se los di a mi hermana.

El fin de semana siguiente pinté el piso. Pintaba exaltado, enfadado con el mundo y conmigo mismo.

«Si no nadas te hundes», pensaba. La vida seguía, así que era el momento de volver a trabajar. «Cuanto más, mejor».

Las dos semanas que siguen son ahora muy confusas. Mis recuerdos no son claros. Al cabo de un mes me dieron el alta. Mis compañeros habían decidido ingresarme en otro hospital, y el trato había sido muy bueno.

El psiquiatra habló claro, con aquella franqueza innecesaria que existe entre médicos: «Tienes un trastorno bipolar de tipo I, acabas de hacer una manía psicótica». Le tuve que pedir más información. Al fin y al cabo en la facultad sólo nos hablaron de trastorno bipolar durante hora y media.

Parece ser que el trauma vivido con la muerte inesperada de Nuria había sido el desencadenante, pero ahora el mecanismo ya rodaba solo.

Después me deprimí. He tenido algún episodio más, pero el tratamiento me va bien (suerte que no soy cirujano, porque mis manos no paran, y también he ganado un poco de peso).

Muchas veces me pregunto si habría tenido una manía si mi vida hubiera ido de otro modo. No lo creo. Uno de los desencadenantes del trastorno bipolar es el estrés, y mis años de residencia fueron duros. Otro es la privación de sueño, y cuando he tenido guardias he aguantado bien. Pero no soy de piedra. No puedo aguantarlo todo.

No tengo un álter ego que pueda actuar como grupo control, así que no sé qué pasaría si Nuria estuviera ahora sentada en el comedor leyendo mientras tiene la tele encendida, como era su costumbre. No sé qué pasaría si no la tuviera que echar de menos cada minuto. O sí. Sí lo sé: sería feliz.

*Doctor J. M., 39 años.*

## Capítulo IX

### COMPLICACIONES DEL TRASTORNO BIPOLAR

*Hijo mío, la felicidad está hecha de pequeñas cosas:  
un pequeño yate, una pequeña mansión, una pequeña fortuna.*

GROUCHO MARX

#### PROBLEMAS SOCIALES Y LABORALES

El trastorno bipolar es la sexta causa de discapacidad en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud. Casi la mitad de las personas que sufren un trastorno bipolar tienen problemas para mantener un trabajo. El desempleo no es raro entre nuestros pacientes. Más común aún es que la persona que tiene un trastorno bipolar esté desempeñando un cargo muy por debajo de su formación.

Un trastorno bipolar descompensado es incompatible con una actividad laboral regular.

Uno de los grandes problemas de nuestros pacientes es la reintegración en el mundo laboral. A veces, por una cuestión meramente de estigma, la persona que ha sufrido una manía o una depresión no es bien recibida en su anterior puesto de trabajo. No es extraño —aunque del todo ilegal— que, de forma más o menos sutil, sea relegado a funciones para las que está excesivamente formado o, incluso, que sea despedido. En estos casos, encontrar un nuevo trabajo va a ser especialmente complejo.

Aunque suene a tópico, un empleo adecuado, con un horario regular y contacto social, es muy recomendable para cualquier persona y le ayuda a combatir su inestabilidad, en el caso de que sufra un trastorno bipolar. Por este motivo, en muchas ocasiones es preferible una baja laboral a tiempo que dejar a la enfermedad en evidencia en su puesto de trabajo.

Respecto a la búsqueda de empleo, sobra decir que no es aconsejable confesar el padecimiento de una enfermedad psiquiátrica, aunque nos lo pregunten (algo que, nuevamente, es del todo ilegal).

Otro de los grandes problemas que afronta alguien que sufre un trastorno bipolar es la fractura de su red social. Son escasos los amigos que siguen a nuestro lado en tiempos difíciles. En el caso del trastorno bipolar, el gran estigma y el miedo erróneamente asociados al mismo hacen que a quien padece la enfermedad se le cierren muchas puertas. Tampoco los síntomas de manía o depresión facilitan consolidar una relación de amistad. En manía es común el egocentrismo, la prepotencia y la irritabilidad, que no hacen al paciente especialmente popular entre sus conocidos. En la depresión, el aislamiento social es la norma.

Los problemas sociales y laborales pueden acabar por ser un lastre añadido en la ya cargada alforja de quien padece una enfermedad mental. Por ello, es necesario, desde un principio, darles la importancia que realmente merecen.

#### RECUERDE QUE...

- El trastorno bipolar es la sexta causa de discapacidad en el mundo.
- Un buen trabajo, constante y con horarios regulares, es beneficioso para permanecer estable.
- En una entrevista para conseguir empleo es ilegal que le pregunten sobre su salud, mental o física.

### LA CICLACIÓN RÁPIDA

El ciclo habitual de la enfermedad puede acelerarse de forma accidental debido a un mal uso de antidepresivos o a una estrategia farmacológica poco efectiva o a tomar mal la medicación. Cuando esto ocurre, el paciente puede presentar varios episodios por año o incluso varios episodios dentro de una misma semana. Es lo que llamamos ciclación rápida, definida por el DSM-IV como la ocurrencia de cuatro o más episodios en un año. En casos especialmente graves el paciente puede llegar a alternar síntomas maníacos y depresivos en tan sólo veinticuatro horas.

La ciclación rápida es un fenómeno tratable y del todo reversible. Es decir, un paciente no va a ser un ciclador rápido de por vida. No existen, por lo tanto, pacientes cicladores rápidos, sino pacientes que sufren o han sufrido ciclación rápida. Las recomendaciones terapéuticas que siguen los psiquiatras para hacer frente a esta complicación pasan por intentar no usar antidepresivos (que sólo aceleran más los ciclos), combinar dos eutimizantes o usar antipsicóticos atípicos. En casos de ciclación rápida resistente está recomendada la terapia electroconvulsiva.

### RECUERDE QUE...

- Llamamos ciclación rápida a la ocurrencia de al menos cuatro episodios en un año.
- Es un fenómeno tratable y reversible.
- El uso de antidepresivos está desaconsejado en este caso.

## EL SUICIDIO

*Tan valiente es el que sufre con constancia las penas del alma, como el que se manifiesta firme ante la metralla de una batería. Abandonarse al dolor sin resistir, matarse por substraerse a él, es abandonar el campo de batalla antes de haber luchado.*

NAPOLEÓN

No se asuste, pero el trastorno bipolar puede ser una enfermedad mortal: cerca de un 15 por ciento de los pacientes bipolares va a cometer un intento de suicidio a lo largo de su vida, con un riesgo de muerte que se sitúa entre el 7 y el 10 por ciento según distintos estudios. Casi la mitad de las personas que sufren trastorno bipolar ha tenido en alguna ocasión ideas de suicidio. El suicidio es, por lo tanto, algo tremendamente frecuente entre los afectados y, por razones obvias, la complicación más grave de la enfermedad.

Es erróneo contemplar el suicidio como un derecho del individuo: varios estudios señalan que todos los suicidios —todos— tienen que ver con sintomatología psiquiátrica activa, es decir, no existe el «suicidio existencial», filosófico o romántico.

El suicidio no es un ejercicio de la libertad del individuo, sino todo lo contrario: es el último peldaño de una escalada de alienación provocada por los síntomas, en la que la enfermedad obliga al afectado a tomar decisiones equivocadas. El suicidio no es huir de la enfermedad, es rendirse ante ella. No es un acto de valor, es una sumisión.

Aunque pueda parecer sorprendente, muchos pacientes con ideas suicidas argumentan que no quieren que su familia sufra más: obviamente, éste no es un argumento adecuado, ya que lo más común tras el suicidio de un ser querido es que alguien de la familia se deprima y, en no pocos casos, se dé otro intento de suicidio.

La mejor forma de prevenir el suicidio es tener la confianza necesaria para hablar de las ideas suicidas con su psicólogo o psiquiatra. Para nosotros son un síntoma más y en absoluto algo de lo que avergonzarse o que deba ser escondido. El apoyo familiar y de los amigos también es clave, pero lo más importante es tomar correctamente la medicación, ya que la muerte por suicidio es hasta cinco veces más frecuente entre los pacientes que no lo hacen.

#### RECUERDE QUE...

- Entre un 7 y 10 por ciento de las personas con trastorno bipolar se suicidan.
- El pensamiento suicida no es una cuestión filosófica, sino un síntoma psiquiátrico.
- Tomar bien la medicación es la mejor forma de prevención del suicidio.

## Mi vida empieza hoy

No quiero presumir, pero yo era el hijo perfecto, el novio perfecto, el yerno perfecto y el mejor jugador de baloncesto del instituto. No lo digo yo, mucha gente me consideraba así. Si alguien me hubiera dicho que, al cabo de unos años, la vida me llevaría a varios intentos de suicidio, ingresos hospitalarios y a recibir electroshock, me habría reído en su cara, no le habría creído una sola palabra.

Mi estado de ánimo era normal y estable. Mis pensamientos estaban en orden. Mi cuerpo estaba delgado y bien formado. Practicaba deporte muy asiduamente, pero también me gustaba mucho salir de noche. Mis resultados en la facultad eran buenos. Acabé la carrera sin problemas, a los 23.

Soy abogado, pero nunca he ejercido. Cuando me licencié me pude dedicar a mi auténtica pasión: la cocina. Mi familia no lo entendió demasiado bien, pero a mí me daba igual.

Quizás puede sonar raro que estudiara derecho si quería ser cocinero, pero uno escoge qué estudiar a los 16 o 17, y creo que lo hice más por complacer a mis padres que por otra cosa. Con la cocina realmente me sentía realizado, y además Sonia, mi pareja, me apoyaba.

Empecé a trabajar en un restaurante haciendo cosas muy básicas. El horario era muy duro, pero estaba haciendo lo que más me gustaba. Y además se me daba bien. Era un gran momento.

Algunos médicos me han dicho que entonces ya estaba hipomaniaco, porque tomé una decisión muy brusca y estaba «anormalmente feliz» (¿qué significa eso?). Yo no lo creo: estaba llevando a cabo un sueño.

La relación con mi familia se estropeó: no aceptaban mi decisión. Por fortuna, la relación con Sonia seguía bien. Ella me seguiría al fin del mundo, si hacía falta.

En el restaurante las cosas me iban muy bien. En sólo siete meses ya era capaz de hacer cosas increíbles con los fogones y dar rienda suelta a mi creatividad. Aprendía técnicas nuevas y conocía a gente importante en el mundo de la cocina.

Con Sonia teníamos fijada nuestra fecha de boda para dentro de seis meses. Ya hacía más de un año que lo habíamos decidido, ya que queríamos casarnos justo cuando hacía siete años que salíamos. Empezamos los preparativos.

Quien no haya preparado nunca una boda probablemente no sabe lo duro que es; hay que coordinar muchas cosas, sobre todo si quieres que todo salga perfecto. Entre la boda y el trabajo tenía un horario muy apretado, pero valía la pena: estaba forjando mi futuro y mi presente. Era un pequeño sacrificio para una gran recompensa.

Hasta que, de repente, entendí algo: yo no quería casarme con Sonia. Eso era lo que querían mis padres, no yo. Y yo no estaba dispuesto a vivir la vida que ellos me tenían preparada.

Fue muy duro decírselo a Sonia, porque le tenía mucho afecto después de tantos años. Aún la quería, supongo. No tenía ningún problema con ella: la mujer ideal. Sencillamente, no quería casarme. Sonia lloró y se lo tomó fatal. Evidentemente, rompimos la relación.

Cuando se enteraron mis padres, la bronca fue histórica. Inmaduro e irresponsable fue lo menos que me dijeron. Estuve medio año sin rumbo, perdido, vegetando. Hasta que de-

cidí que esto no podía seguir así, que debía seguir con mi vida.

La siguiente parte de mi plan fue, evidentemente, irme a vivir por mi cuenta. Al fin y al cabo ya tenía 26 años. Alquilé una habitación en el piso de un amigo, Isaac, y su compañera/pareja, Gloria. Ellos necesitaban la pasta y yo la habitación, así que nos entendimos muy rápido.

Era un gran momento. Vivía mi vida, tenía mi trabajo, mi espacio, era libre. Con Isaac y Gloria, mis compañeros de piso, tenía muy buen rollo. Cada noche nos fumábamos dos canutos de marihuana y nos sentábamos a charlar hasta las tantas, a arreglar el mundo. Era fantástico.

Los amigos de Isaac eran gente encantadora. Empecé a salir con ellos, a ir a conciertos, a ir a bailar hasta la madrugada, a vivir una vida que no conocía hasta entonces. Y empecé a tomar cocaína, pero no demasiada, y algún tripi.

Cambié de trabajo, porque me agobiaba el restaurante, siempre haciendo lo mismo; era muy rutinario y no me sentía valorado.

Encontré trabajo en el bar de unos colegas de Isaac, sirviendo copas. Seguía siendo un trabajo creativo, porque de noche abríamos como bar musical y por la tarde servíamos bocadillos, todos de mi creación. Me encantaba. Cerrábamos el bar a las dos de la mañana y muchas veces seguíamos dentro charlando y tomando copas y alguna raya. Otras veces nos íbamos de marcha. Muy buena gente.

En el piso estábamos bien. Con Gloria me llevaba... demasiado bien. Nos enrollamos, y lo mantuvimos en secreto, a escondidas de Isaac, ya que no sabíamos cómo se lo tomaría él. La situación era rara, porque ella dormía con él —como siern-

pre— pero estaba enrollada conmigo. Aunque parezca difícil creerlo, esta situación duró más de cuatro meses, en los que seguíamos a nuestro rollo de salir, beber, fumar marihuana y dormir poco.

Hasta que un día Isaac nos pilló en plena faena y se puso a gritar. Yo empecé a reír. No podía parar de reír. Era raro: estaba en la cama de mi colega, desnudo, hacía sólo cinco minutos que me estaba tirando a su amigueta, Gloria lloraba e Isaac gritaba. Y yo no podía parar de reír. Isaac estaba fuera de sí, tirando libros al suelo, chillando cosas ininteligibles, llorando descentrado y yo le miraba y me meaba de risa. Sobre todo porque el pobre desgraciado llevaba una camiseta de Sinistro Total, su grupo favorito, en la que se leía en letras grandes: «ANTE TODO MUCHA CALMA», y el muy gilipollas estaba hecho una moto. Yo lloraba de risa. Me oriné encima. Y seguía riendo.

Hasta que Isaac me empezó a insultar. Me levanté riendo para salir de la habitación e Isaac intentó detenerme. Me tocó. No lo soporté y le solté una hostia de campeonato. Le rompí la nariz.

Gloria me mandó a paseo. Evidentemente tuve que cambiar de piso. Y evidentemente los colegas de Isaac me echaron del bar.

Tenía que empezar otra vez de cero. Ningún problema. Estaba acostumbrado a ello. Decidí cambiar de ciudad. Me fui a vivir a Valencia, donde tenía unos amigos.

Me busqué trabajo en un bar-restaurante. Era un horario salvaje. Me iba a dormir tarde y me despertaba temprano. Aun así, no me cansaba. Al contrario, la gente del bar alucinaba con mi ritmo y mi alegría. «Eres muy salado para ser catalán», me

decían en broma. Y eso que no sabían que además era abogado. Empecé a salir con una dominicana espectacular. Bailábamos salsa hasta las tantas, y ella se sorprendía de cómo aguantaba en pie (entonces no tomaba nada de coca, la había dejado).

Hasta que de golpe mi cerebro hizo «clic». Una mañana me desperté y no pude levantarme de la cama. Me encerré una semana en mi piso, hasta que, no sé por qué, llamé a mis padres y me vinieron a buscar. Estaba fatal, agotado, sin energía. Creo que estaba estresado. Me llevaron al psiquiatra. Le contamos mi historia. Me diagnosticó de depresión y trastorno de la personalidad. Me dio unos antidepresivos.

Mejoré deprisa. Seguía viviendo con mis padres y no trabajaba. Era un vegetal de 29 años. Volví a llamar a Sonia, y por la inercia empezamos a salir otra vez. Ya he dicho que me seguiría al fin del mundo.

Y el fin del mundo llegó al cabo de tres meses: según sé ahora me puse maniaco. Sé que es vergonzoso, pero lo primero que hice al ponerme maniaco fue dejar a Sonia y enrollarme con otra. Salía cada noche, bebía, tomaba cocaína, estaba agresivo verbalmente y gastaba lo que no tenía. Tuve una pelea en la calle y acabé en comisaría. De comisaría me llevaron al hospital y me ingresaron de forma involuntaria.

Allí me diagnosticaron trastorno bipolar. Explicando la historia que acabo de contar, al psiquiatra le encajaron todas las piezas. Cuando le expliqué mi decisión de ser cocinero apuntó algo; cuando decía fiesta apuntaba algo; cuando decía alcohol, marihuana, cocaína o tripis, apunta-

ba todavía más. Cuando le conté lo de Sonia, escribió apasionado. Cuando lo de la hostia a Isaac, más bolígrafo. Mi vida reducida a dos folios almacenados en un hospital. Mis aventuras sintetizadas en dos palabras vacías: «trastorno bipolar».

Me dieron el alta al mes de estar ingresado. El psiquiatra que me vio después, al cabo de una semana, me explicó detalles sobre mi diagnóstico y dijo que tenía que medicarme durante toda la vida. Me mediqué hasta que me sentí mejor, y luego dejé de tomar las pastillas. No creía en ellas.

Al cabo de unos meses, decidí que necesitaba un cambio y dejar atrás ese momento oscuro de mi vida. Compré un billete de avión barato y me fui a vivir a Buenos Aires. Eso sí que es empezar de cero, porque no conocía a nadie allí. No encontré trabajo y no encontré piso. Cogí un avión a Montevideo. Una ciudad aburrida, si no conoces a nadie. Otro avión, esta vez a Tegucigalpa (lo eché a suertes entre Tegucigalpa, Lima, Quito y Sao Paulo). En Tegucigalpa acabé durmiendo en la calle, me robaron y me quedé sin nada. Fui a la embajada y me repatriaron. Otra vez en Barcelona. Otra vez ingresado. Otra vez drogado con fármacos. De alta en un mes.

Puede parecer estúpido, pero ni así quise medicarme: no quería que nadie me dominara.

En otros cuatro meses, otra manía. Otro viaje, esta vez a Londres. Más problemas. Un nuevo ingreso.

En tres años, cuatro ingresos, siempre por manía. Conocí las embajadas de Singapur, Sidney y Casablanca. Inevitablemente, siempre acabé en urgencias psiquiátricas. Inevitablemente, siempre dejé el tratamiento.

Después de cada manía me deprimía, pero duraba poco. Excepto en la última manía: después de la última manía vino la depresión absoluta, profunda e inacabable. Me sentía más muerto que vivo, y a la vez quería estar muerto. El cuerpo me pesaba, la cabeza estaba vacía (pero, curiosamente, también pesaba). No podía dormir.

Al principio, el psiquiatra no quería darme antidepresivos, para que no volviera a ponerme maniaco. Tras tres meses intentando superar la depresión con otros fármacos, me dio antidepresivos. Esta vez no me sirvieron de nada. Bueno, sí, me dieron una angustia terrible.

Al cabo de seis meses, seguía deprimido. Estaba viviendo con mis padres, y ello no me alegraba especialmente.

Tristeza, ideas horribles, ansiedad, insomnio brutal. La certeza de que mi vida no valía una mierda. Tenía 30 años y lo único que había hecho era destrozarle la vida a Sonia, arruinar mi carrera, desaprovechar oportunidades, fastidiar a mis padres y meterme en problemas legales.

Mis padres me encontraron profundamente dormido. Al lado de la cama, las pastillas. El 061 llegó al poco rato y me llevaron al hospital.

Otra vez ingresado. No tenía fuerzas ni para quejarme. No servía ni para quitarme la vida. El médico me explicó que ya había tomado todos los antidepresivos que podían serme útiles, sin resultado, y que aprovechando que estaba ingresado íbamos a empezar un nuevo tratamiento, para el cual necesitaba mi permiso firmado: la terapia electroconvulsiva. A mí me daba igual todo. Firmé.

No tengo un recuerdo claro de las primeras sesiones. Sólo sé que rápidamente mejoré: en quince días era otra persona.

Mi cabeza volvía a estar en su sitio y, milagrosamente, tenía ganas de vivir y trabajar de nuevo.

Pero, a partir de la décima sesión de TEC, empecé a tomar conciencia del tratamiento y a odiarlo. Tienen que anestesiar-te y está lleno de doctores. El momento de la anestesia me angustiaba. Y el despertar es duro: te duele la cabeza como si hubieras estado bebiendo toda la noche, pero multiplicado por tres. Y luego está el problema de la memoria: de golpe olvidas cosas esenciales en tu vida, como qué libros has leído, cómo volver a casa o qué día es el cumpleaños de un amigo. Pero aun así valió la pena: salí de la maldita depresión y del maldito hospital.

El médico me propuso que, ya que el tratamiento de TEC había funcionado tan bien, podíamos continuarlo aunque ya estuviera de alta, una vez a la semana, para luego espaciarlo progresivamente hasta una vez al mes. Acepté. Pero mi aceptación duró apenas un mes. Tras cuatro sesiones estando más o menos bien, decidí que no valía la pena soportar tanta molestia. Le dije al médico que no iba a continuar con el TEC. Él intentó convencerme, pero mi decisión era firme. Enfrentaría la vida como viniera.

Me busqué un nuevo trabajo, esta vez de mozo de almacén. No era un chollo, pero me permitía no pensar en nada. Yo hubiera preferido trabajar en un bar, pero todo el mundo me lo desaconsejó, por el tema del alcohol y la noche. Alquilé una pequeña habitación en un piso oscuro y opresivo, pero era lo único que podía permitirme pagar.

Al cabo de cuatro meses, dejé de ir a trabajar: no soportaba las constantes órdenes. Volví a pensar en lo que había hecho con mi vida. Tenía casi 32 años y vivía en una

habitación horrorosa, con un trabajo cutre, sin amigos y sin aficiones.

Me iba a matar, y esta vez no fallaría. Nada de pastillas; si lo hacía lo tenía que hacer bien.

Entré en la estación del metro sin pagar. Esperé el metro entre la gente, como si fuera a cogerlo yo a él y no al revés. Dos pases firmes y un salto, como si entrara a canasta. Gritos y oscuridad.

Desperté al cabo de cuatro días en la unidad de curas intensivas. Tenía la pierna rota por cuatro sitios. La cadera destrozada. La clavícula también. Una gran cicatriz en la cara y me faltaba la mano izquierda.

Mis padres vinieron a visitarme. Sonia vino a visitarme. El psiquiatra vino a visitarme. Y nadie más.

Lo que sigue son dos años de rehabilitación e intervenciones quirúrgicas. Mi estado de ánimo seguía deprimido, pero ya no quería matarme.

Tras esos dos años, la propuesta del doctor: volver a la terapia electroconvulsiva. Acepté. Quería recuperar mi cabeza, dormir bien, no tener ansiedad...

La TEC seguía siendo desagradable. Aún hoy me cuesta soportarla. Pero estoy bien. No trabajo y vivo con mi madre (mi padre murió hace un año). Nos apoyamos mutuamente.

Lamento muchas cosas; haber dejado a Sonia, no haber sido más constante con la cocina, haber hecho sufrir a mis padres, no haber tomado bien los tratamientos y aceptar la enfermedad demasiado tarde. Pero, a pesar de estos lamentos, no estoy deprimido. Leo mucho y paseo lo que el cuerpo me permite. Hablo bastante con Sonia, que ya tiene dos niños. He llorado pensando que, si la vida hubiera sido de otro modo, serían

mis hijos y les enseñaría a tirar a canasta. Aunque para eso necesitaría las dos manos.

Tengo 38 años y un cuerpo destrozado. También tengo trastorno bipolar, ahora puedo decirlo. También tengo esperanza, voluntad y coraje. Mi vida empieza hoy.

*Paco L., 39 años.*



## Capítulo X

### EL CONSUMO DE TÓXICOS

*El hábito es como un cable: nos vamos enredando en él cada día hasta que no nos podemos desatar.*

H. MANN

El consumo abusivo o la dependencia de todo tipo de sustancias es un problema muy común entre las personas que padecen un trastorno bipolar. Entre dos y seis de cada diez afectados por la enfermedad tienen, además, un problema relacionado con sustancias de abuso. En muchas ocasiones, el paciente empieza a consumir sustancias psicoactivas antes de recibir el diagnóstico de la enfermedad bipolar, generalmente intentando escapar de algunos síntomas de la misma. Por ejemplo, es frecuente que algunos de nuestros pacientes hayan empezado a consumir cocaína durante un periodo depresivo no tratado para activarse, hayan empezado a fumar cannabis para calmarse o para conciliar el sueño, o se hayan iniciado en el consumo abusivo de alcohol para intentar «animarse». Todo ello, como veremos en este apartado, supone un gran error que no hace sino empeorar el curso de la propia enfermedad.

También es cierto que no todos los pacientes empiezan a consumir tóxicos como automedicación de la enfermedad; muchos de ellos llevan un estilo de vida desordenado anterior a la

misma, y tampoco es raro el caso de que empiecen a consumir tóxicos durante los episodios de manía, no para calmarse sino para estimularse aún más.

## EL ALCOHOL

Lamentablemente, mucha gente cree que el alcohol es una sustancia menos peligrosa que otros tóxicos, por el mero hecho de que es legal. Esto es totalmente absurdo; el hecho de que la marihuana sea legal, por ejemplo, en Holanda o en otros países, no hace que sea menos nociva. La cocaína y heroína fueron legales en la mayoría de los países del mundo hasta bien entrado el siglo xx y, obviamente, no por eso eran menos dañinas entonces.

El alcohol, por lo tanto, es una sustancia adictiva y potencialmente nociva de uso legalizado. La dependencia y el uso perjudicial de alcohol constituyen un problema de salud altamente frecuente entre la población general, los problemas de salud física asociados a su consumo son importantísimos y no pocas personas mueren de enfermedades relacionadas directa o indirectamente con la bebida, incluso si ignoramos la desastrosa combinación de alcohol y conducción de vehículos.

Las tasas de alcoholismo oscilan entre el 20 y el 40 por ciento en los pacientes bipolares. Es decir, según esta estadística, entre una y dos de cada cinco personas que padecen un trastorno bipolar serían, además, alcohólicas. Muchos bipolares empiezan a beber para combatir la ansiedad (aunque a medio plazo produce mayor ansiedad), para poder dormir (aunque acaba por inhibir el sueño profundo), para combatir los síntomas depresivos (si

bien, a medio plazo, es un potente depresógeno, es decir, causa depresión) o para no sentir la soledad (aunque a medio plazo el alcohólico acaba siempre solo). Por lo tanto, el consumo de alcohol no hace sino agravar la enfermedad, y sus consecuencias sobre la vida social, familiar y laboral y sobre la salud física y psíquica son muy graves. Hay que señalar que si usted padece un trastorno bipolar, no hace falta que sea un alcohólico para que el consumo de alcohol sea muy nocivo. Aunque éste sea moderado, empeorará claramente el pronóstico de un trastorno bipolar (y el de la mayoría de las enfermedades). El consumo crónico, que es considerado normal por muchos sectores de nuestra sociedad, resulta tremendamente perjudicial para las personas que padecen un trastorno bipolar.

Pongamos por caso el siguiente patrón de consumo: a media mañana una cerveza con el desayuno, un cuarto de botella de vino y un carajillo de anís con la comida, otra cerveza por la tarde al acabar el trabajo y un poco más de vino con la cena. Este consumo, que muchos podrían juzgar como muy habitual o no excesivo, es prácticamente incompatible con la estabilidad de un trastorno bipolar (e incompatible con la salud física en general). La pregunta clave parece ser cuánto puede beber en realidad una persona que padece un trastorno bipolar. La respuesta es sencilla: nada. ¿Por qué? Por todas las razones señaladas hasta aquí. Y porque el alcohol aumenta las posibilidades de sufrir una recaída y desestabiliza el estado de ánimo, por lo que debe evitarse a toda costa. Además, prácticamente todas las medicaciones que se toman como tratamiento del trastorno bipolar son incompatibles con el alcohol, que suele aumentar sus efectos secundarios o restar eficacia a las mismas.

## EL CAFÉ

Si hay mucha gente que contempla el vino, la cerveza o el brandy como inofensivos por el mero hecho de que se pueden comprar en un supermercado, el caso del café es aún más exagerado. Prácticamente nadie, fuera del ámbito médico, considera el café como un tóxico potencialmente nocivo y adictivo. Incluso mucha gente que no fuma, no bebe y no tiene «malos hábitos» cuenta sus virtudes mientras toma un par de tazas de café. El café es un estimulante que suele producir ansiedad e insomnio, al ser un agonista noradrenérgico (es decir, al facilitar la transmisión de noradrenalina). Tiene efectos sobre el sistema nervioso central, estimulando el estado de vigilia y la resistencia al cansancio y sobre el corazón, provocando vasoconstricción. También actúa sobre el sistema respiratorio y gastrointestinal (generalmente laxando) y sobre la función renal. Su uso excesivo puede provocar arritmias, jaquecas, movimientos involuntarios, úlceras, aumento del colesterol, ansiedad e insomnio. Otro riesgo añadido de la adicción a la cafeína es la alta tolerancia que genera; es decir, al cabo de unos días de hábito, para conseguir el mismo efecto que inicialmente nos provocaba un café necesitaremos un par, al cabo de un tiempo necesitaremos tres, y así sucesivamente, hasta llegar a casos nada extraños de personas que consumen más de diez tazas de café al día para mantenerse despiertos y que, si dejan bruscamente de consumirlo, presentan un síndrome de abstinencia caracterizado por jaquecas, cansancio e irritabilidad.

Precisamente por eso es curioso que la publicidad televisiva sobre el café nos presente al mismo como una sustancia inofensiva y relajante, y en ningún momento se nos avise de su peligrosidad (algo que sí ocurre, por ejemplo, con el alcohol o el

tabaco) Ello ha creado en muchas personas una cierta confusión respecto al uso adecuado del café, y no son pocas las que beben café bien avanzada la tarde o después de cenar, ignorando las consecuencias negativas que ello puede tener sobre su salud.

La cafeína es un potente activador que empieza a hacer su efecto unos cuarenta minutos después de ingerirla y permanece activa en sangre hasta ocho horas después. Por ello, el consejo en general para una persona que padece un trastorno bipolar y está eutrímica es que puede beber un máximo de dos cafés o bebidas con cafeína al día, pero con dos condiciones: que no se sienta especialmente inquieto, ansioso o agitado tras beberlos y que consuma el último siempre un mínimo de ocho horas antes de acostarse.

Los pacientes propensos a presentar ansiedad deben abstenerse por completo de tomar café o refrescos de cola con cafeína. Del mismo modo, si tenemos la sospecha de estar iniciando un episodio mixto, hipomaniaco o maniaco, debemos dejar de tomar café o bebidas con cafeína.

Por el contrario, si el episodio es depresivo, el paciente está autorizado a beber café (siempre respetando los plazos de sueño y teniendo en cuenta que no sea ansioso), que puede incluso beneficiarle, al ayudarlo a activarse.

Muchos pacientes bipolares abusan del consumo de café, muchas veces para combatir su sintomatología subdepresiva leve, lo que es nocivo de por sí.

Como ya hemos dicho, el café altera la calidad y la cantidad de sueño y por ello puede llegar a ser muy perjudicial para una persona con trastorno bipolar. Todos conocemos a alguien que afirma beberse un café con la cena y dormir ocho horas como

un tronco: aceptamos que pueda llegar a dormir ocho horas, pero, en cualquier caso, la calidad del sueño nunca va a ser la misma.

Todo lo dicho sobre el café es aplicable, en general, a los refrescos de cola, a no ser que especifiquen claramente que no contienen cafeína. Respecto a otras bebidas energéticas que contienen taurina u otros estimulantes, debemos desaconsejarlas del todo para personas con un trastorno bipolar. Aparte de tener un sabor bastante lamentable, su potencial estimulante sería el de unos cuatro cafés tomados de golpe, por lo que hay que evitar ingerirlas. Son fáciles de identificar porque suelen tener nombres llamativos que hacen referencia a la energía o a explosiones y porque su continente suele ser una lata algo más delgada y alta que las convencionales (fálica, desde el punto de vista del marketing psicoanalítico).

## EL TABACO

El tabaco es probablemente la sustancia tóxica más adictiva y consumida en el mundo. Causa anualmente millones de muertes y decrece la esperanza de vida de forma contundente. Pero, para sorpresa de todos, no hay ningún estudio que muestre que fumar perjudica el curso del trastorno bipolar. En principio, desde un punto de vista exclusivamente psiquiátrico, no hay ningún dato que nos haga aconsejar a nuestros pacientes dejar de fumar. El problema es que cualquier persona que fume se plantea en algún momento dejar de fumar (y mejor que lo haga, por su bien) y, precisamente, dejar de fumar es algo complejo para alguien que padece un trastorno bipolar.

Independientemente de si tiene o no un diagnóstico psiquiátrico, dejar de fumar es extremadamente difícil para cualquier persona. El síndrome de abstinencia de nicotina puede provocar ansiedad, sintomatología depresiva, insomnio e irritabilidad. Esto puede, en el caso de alguien que padece un trastorno bipolar, llegar incluso a provocar una recaída, tanto maníaca como depresiva. Eso no quiere decir que una persona que padece un trastorno bipolar no pueda dejar de fumar; puede hacerlo, pero siguiendo algunas instrucciones que nos aseguren que no va a presentar una recaída:

- No deje de fumar de forma brusca o hercúlea, es decir, de golpe. Aunque para muchas personas es la única técnica que funciona, no es adecuada para una persona que padece un trastorno bipolar. Las típicas historias de fumador empedernido que se hace el propósito de dejar de fumar con el nuevo año suelen acabar o bien en nada —como la mayoría—, y el fumador vuelve a fumar en dos o tres días, o —en algunos casos— en un episodio depresivo o maníaco. La forma adecuada de dejar de fumar para un bipolar es de modo progresivo.
- Utilice productos sustitutorios: son adecuados los parches o los chicles de nicotina.
- Si usted tiene un trastorno bipolar, no debe utilizar bupropión (Zyntabac o Quonem) para dejar de fumar, a no ser que esté deprimido. El bupropión es un buen antidepresivo, por lo que puede ocasionarle un viaje si no lo toma indicado por su psiquiatra.
- No trate de dejar de fumar durante un episodio, ya que podría empeorarlo. El mejor momento para intentar dejar

de fumar es una vez transcurridos un mínimo de seis meses desde el último episodio, ya que el riesgo de recaída es menor.

## EL CANNABIS

El cannabis es una sustancia psicoactiva y potencialmente adictiva. Sus efectos sobre la salud mental son negativos: en la población general puede provocar depresión, psicosis, ansiedad, problemas de concentración y problemas conductuales. El cannabis, por lo tanto, es perjudicial para el trastorno bipolar, ya que puede inducir un síndrome amotivacional caracterizado por apatía, aplanamiento, pasivismo, un estado subdepresivo crónico; suele aumentar la ansiedad a largo plazo y facilita la aparición de síntomas psicóticos, sobre todo del tipo paranoide (creer que alguien nos sigue o planea algo contra nosotros). Contrariamente a lo que algunas personas creen, el cannabis no «calma» sino que a medio plazo induce ansiedad y puede desencadenar manía. No ayuda a dormir, sino que altera la estructura del sueño.

De un modo peculiar, por ser un fenómeno que no ocurre con otras sustancias adictivas, los consumidores habituales de cannabis suelen presentar una conducta de asociacionismo o «corporativismo tóxico»; a través de revistas, libros o páginas de Internet defienden las bondades de su uso. En algunas ocasiones incluso argumentan que el cannabis abre la mente y permite una visión crítica de la realidad, por lo que el sistema es el primer interesado en abolir su consumo para favorecer la perpetuación del propio sistema y la manipulación de las masas.

Es por eso que el personal sanitario — médicos, enfermeros, psicólogos, todos ellos agentes «pro-sistema», sin duda— está especialmente interesado en prohibir su consumo. Queremos subrayar, desde nuestra posición contundente de agentes pro-salud, que el cannabis es perjudicial para el trastorno bipolar. Como también lo es el alcohol y lo puede ser el café (que son legales), ya que el efecto de una sustancia sobre una enfermedad no tiene nada que ver con su consideración legal. Es simplemente una cuestión médica, desnuda de posicionamientos ideológicos. Si usted fuera hipertenso le aconsejaríamos no tomar sal (y la sal es legal). Si fuera diabético, le dirían que no tome azúcar (y es legal). Si es bipolar, le recomendamos no tomar cannabis.

## LA COCAÍNA

Todo el mundo sabe que la cocaína es una sustancia altamente adictiva y destructiva que suele arruinar física, mental, social y económicamente a quien es adicto a ella. Lamentablemente, son muchas las personas que creen que es posible «tontear» con esta sustancia sin quedarse enganchado a ella, o que un consumo moderado o lúdico de la misma no comporta ningún riesgo de salud. En el caso de personas que no padecen un trastorno bipolar, ese uso lúdico o social (consumo los fines de semana en salidas nocturnas acompañado de más gente) tiene el riesgo nulo de ser la puerta de entrada a una adicción en toda regla; muchas personas empiezan consumiendo sólo los fines de semana, pero al cabo de unos meses el concepto de fin de semana pasa de ser sábado y domingo a incluir además jueves y viernes

noche. Al cabo de unos meses más, no es infrecuente que el lunes por la mañana se ayude de un poco de cocaína para poder ir a trabajar. Y así sucesivamente hasta que el consumo es casi diario. Lo que empezó siendo diversión se convierte rápidamente en adicción. La adicción a la cocaína es una enfermedad grave, con importantísimas consecuencias sobre la salud física y mental. Y puede ser la puerta de entrada a otras enfermedades psíquicas.

En alguien que padezca un trastorno bipolar, el consumo ocasional de cocaína no sólo puede suponer el inicio de una adicción. Además puede desencadenar un episodio de cualquier tipo. Un único consumo de cocaína puede provocar síntomas psicóticos, ansiedad, crisis de pánico, sintomatología maníaca o depresiva, e insomnio.

Dos últimos comentarios al respecto del consumo lúdico de sustancias: las personas que hace tiempo que trabajamos en unidades de salud mental sabemos que el día de la semana en que nos encontramos con más nuevos pacientes ingresados es el lunes: muchos de ellos fueron tratados de urgencia en la noche del viernes o el sábado. La mayoría de ellos habían consumido alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis o similares. Por otra parte, no son pocos los pacientes que se quejan de los efectos secundarios y las molestias que les ocasionan los fármacos que deben tomar para estabilizar su estado de ánimo, pero se preocupan muy poco por las consecuencias de las sustancias que toman para desestabilizarlo. No parece lógico, ¿verdad?

RECUERDE QUE...

- Un consumo crónico, incluso moderado, de alcohol es perjudicial para el trastorno bipolar.
- El consumo máximo de cafeína aconsejado para un paciente bipolar eutímico es de dos tazas al día.
- Dejar de fumar, aunque es beneficioso para su salud física, puede desencadenar un episodio, por lo que debe hacerse con consejo médico.
- El consumo de cannabis es incompatible con la estabilidad del trastorno bipolar.
- Un único consumo de cocaína puede desencadenar un episodio.



## Capítulo XI

### CÓMO MANEJAR SUS HÁBITOS PARA PERMANECER ESTABLE

#### EL SUEÑO

Es recomendable que una persona adulta duerma entre siete y nueve horas al día, independientemente de sus diagnósticos médicos y sus distintas vulnerabilidades. Dormir menos facilita la aparición de múltiples problemas de salud (neurológicos o cardiológicos, por ejemplo), además de provocar irritabilidad y problemas de atención y memoria. En el caso de las personas que sufren un trastorno bipolar, esa importancia del sueño se multiplica: nunca deberían dormir ni menos de siete horas ni más de nueve. Dormir menos horas aumenta el riesgo de aparición de manía (a veces es la señal de que el paciente ya está subiendo). Dos noches sin dormir —o durmiendo muy poco— pueden provocar lo mismo, aunque el paciente esté correctamente medicado. Por eso no es recomendable que las personas con trastorno bipolar se organicen la vida y el trabajo de un modo irregular. Si estoy estudiando una carrera y voy dejándome asignaturas para el *sprint* final, es muy probable que en ese momento sufra una

recaída maníaca, al dormir mucho menos. Por el contrario, hacerlo más de nueve horas facilita la aparición de la depresión. Por eso consideramos que acontecimientos como una gripe o la fractura de una pierna, que nos obligan a pasar largo tiempo en la cama (que generalmente se traducen en un aumento de las horas de sueño), suponen un riesgo de recaída depresiva.

Lo recomendable para alguien que sufre un trastorno bipolar es que su sueño sea regular durante la semana: unas ocho horas cada día, evitando madrugones heroicos y también la costumbre tan extendida de levantarse especialmente tarde los fines de semana. Lo recomendable es que la hora de levantarse sea más o menos fija durante toda la semana. Si cada día nos levantamos a las ocho, no es saludable que los sábados y domingos nos levantemos a las doce. Ni tan siquiera para «recuperar sueño», porque el sueño no se recupera. Romper el ritmo en el fin de semana sólo provocará que sea más difícil recuperarlo durante la semana.

Estas normas de hábitos de sueño no casan demasiado bien con el ocio nocturno ni con la organización de nuestra vida social. Por ello, insistimos en la necesidad de procurar optimizar al máximo nuestra calidad de vida (y ello incluye la vida social) y el cuidado del trastorno bipolar (y ello incluye el sueño regular). A muchos pacientes les resulta la fórmula de salir únicamente una noche a la semana y, sobre todo, intentar desplazar su vida social a actividades diurnas (mejor organizar comidas con los amigos que cenas, por ejemplo). Si hemos de salir una noche a la semana, es recomendable hacerlo el viernes y no el sábado, ya que así tendremos un día más para regularizar los horarios. A pesar de salir por la noche, es recomendable dormir unas ocho horas.

Sin embargo, si el paciente sospecha que puede estar iniciando una fase hipomaníaca, maníaca o mixta debe extremar al máximo su precaución y ello implica dormir un mínimo de nueve horas y no salir de noche. Por el contrario, si sospecha que está iniciando una fase depresiva, deberá dormir un máximo de nueve horas, y mejor si duerme un poquito menos.

Respecto a la eterna pregunta de si es conveniente o no realizar siesta, la respuesta es que realizar una siesta de media hora no es perjudicial, pero sí que lo pueden ser las siestas maratónicas de una o dos horas (entre otras cosas porque rompen el ritmo de sueño).

Hay algunos consejos que nos van a ayudar a conciliar mejor el sueño:

- ❑ Acuéstese a una hora fija todas las noches y levántese a la misma hora todas las mañanas. Esto ayuda a establecer un ciclo de sueño fijo.
- ❑ Evite ingerir bebidas con cafeína al menos ocho horas antes de acostarse.
- ❑ Los fumadores tienden a levantarse más temprano debido a la falta de nicotina. Por ello —y por un millar más de razones—, plantéese dejar de fumar.
- ❑ El alcohol disminuye el sueño profundo, por lo que no tiene ningún sentido usar el alcohol como hipnótico.
- ❑ Relájese antes de acostarse. Puede utilizar técnicas concretas de relajación, tomar un baño, leer un buen libro o realizar cualquier otra actividad que le resulte relajante.
- ❑ Mirar la televisión inmediatamente antes de acostarse (o acostado) no suele facilitar la conciliación del sueño. Aunque suele ser una actividad tremendamente aburrida y

«soporífera», tenga en cuenta que la pantalla de televisión desprende mucha luz, con lo que —a través del ojo— le estamos dando instrucciones al cerebro para que se active, no para que se relaje. Por el mismo motivo, no es aconsejable utilizar el ordenador justo antes de irse a dormir.

#### RECUERDE QUE...

- Es recomendable dormir entre siete y nueve horas.
- Prolongar el sueño puede, a largo plazo, precipitar una depresión.
- Acortar el sueño puede precipitar hipomanía o manía.
- Las siestas largas no son recomendables para alguien que padece trastorno bipolar.

#### EL EJERCICIO FÍSICO

El deporte es, desde un punto de vista psicobiológico, un estimulante: cuando realizamos ejercicio físico nuestro cerebro libera sustancias como las endorfinas y las encefalinas —también llamadas opiáceos endógenos— que actúan como unos «antidepresivos propios». Es por eso que alguna gente se encuentra mejor tras practicar ejercicio físico —incluso algunas personas se vuelven adictas al deporte, hay gente para todo— y también por este motivo ayuda a mejorar algunos cuadros depresivos. Pero precisamente por ser estimulante, no es recomendable practicar ejercicio físico antes de irse a dormir (de algún modo, sería como tomarse un café justo antes de acostarse). Si es posible, el ejercicio físico debe practicarse como mínimo cuatro o cinco horas antes de acostarse.

El ejercicio físico es muy recomendable durante la eutimia y durante las fases depresivas, en las que puede ser de gran ayuda. No estamos hablando de correr diez kilómetros, levantar cincuenta kilos o realizar treinta abdominales. Cuando hablamos de ejercicio nos referimos también al simple hecho de dar un largo paseo (al menos media hora diaria) o nadar de forma moderada (al menos hasta llegar a la otra punta de la piscina, donde generalmente se encuentra otra escalerilla que le facilitará la salida). Sabemos perfectamente que, precisamente en las fases depresivas, lo último que le apetece a una persona es andar dando brincos por ahí, pero realizar una actividad física moderada y tranquila puede ayudar a aliviar los síntomas depresivos. Por el contrario, y precisamente porque es un estimulante, el ejercicio físico está del todo contraindicado durante una fase maníaca, hipomaníaca o mixta, o si tenemos la más mínima sospecha de que podemos estar iniciando un episodio de este tipo. Recordemos que no podemos vencer a la (hipo)manía por agotamiento y que cualquier ejercicio físico estimulará aún más la espiral maníaca.

#### RECUERDE QUE...

- El ejercicio físico moderado es muy recomendable para alguien que padece trastorno bipolar.
- Nunca se debe hacer deporte inmediatamente antes de acostarse, ya que es estimulante.
- El ejercicio físico se debe evitar si se sospecha del inicio de una fase hipomaníaca o maníaca.
- En depresiones leves puede ser un gran complemento terapéutico.

## LA ALIMENTACIÓN

*A menudo me he tenido que comer mis palabras  
y he descubierto que eran una dieta equilibrada.*

W. CHURCHILL

Usted habrá leído, muy probablemente, algunos libros o revistas sobre la alimentación y la depresión, o sobre el poder antidepresivo de algunos alimentos. Nos parece perfecto, pero mejor que los tire a la basura: tendrá más sitio en casa y perderá de vista esa compilación de mentiras. Hasta la fecha no se han demostrado científicamente las cualidades antidepresivas de un alimento en concreto, o que un determinado alimento provoque depresión. Por lo tanto, la alimentación de una persona bipolar (siempre que no esté tomando antidepresivos de los denominados IMAOs) debe cumplir las mismas normas de sentido común que la de cualquier otra persona: debe ser equilibrada, variada y nutritiva. Y si es entretenida, mejor.

Una de las propuestas más recientes (últimos diez años) es el uso de aceite de pescado con alto contenido en ácidos grasos omega-3. Hay que admitir que la comunidad científica acogió con cierto entusiasmo este tipo de estudios que intentaban demostrar la eficacia de un remedio natural (no sabemos hasta qué punto considerar natural la ingesta de 10 gramos al día de aceite de pescado) para el trastorno bipolar. Lamentablemente, a pesar de unos resultados iniciales bastante prometedores, la evidencia disponible apunta hoy a la falta de eficacia de los ácidos grasos omega-3 en el trastorno bipolar, como mínimo por sí solos. A favor de los ácidos grasos omega-3 hay que decir que su perfil de efectos secundarios es aparentemente seguro (aunque

incluye aumento de peso), lo que permite que algunas personas lo usen como complemento dietético. Es necesaria más investigación en los efectos de la combinación de ácidos grasos omega-3 y estabilizadores del ánimo.

Existen reportes anecdóticos sobre un caso en el que la restricción del calcio (presente en los productos lácteos, las sardinas y las hortalizas de hoja) en la dieta alivió los episodios de manía de un paciente bipolar, mientras que un suplemento de calcio aumentó los síntomas ligeramente en seis pacientes con esta enfermedad, según informes de otro estudio preliminar. Sin embargo, dado que una dieta baja en calcio puede favorecer la aparición de osteoporosis y otros problemas, no sería recomendable optar por esta medida, teniendo además en cuenta su escasa evidencia y los riesgos que implica.

El aspecto más importante de la relación entre trastorno bipolar y alimentación se refiere a las dietas para perder peso. Algunas personas ganan peso durante la depresión debido al sedentarismo o por culpa de determinados fármacos que aumentan el apetito o cambian el metabolismo. Por ello, es posible que algunos pacientes decidan adelgazar. Pero hay que tener en cuenta que no son nada recomendables todas aquellas dietas que impliquen pasar hambre: el hambre es una experiencia muy estresante para el cuerpo, y ya sabemos que el estrés está contraindicado. Mejor llevar una dieta equilibrada y racional —a poder ser controlada por un endocrino— que una milagrosa. Y un consejo más: la mayoría de los productos de farmacia, homeopáticos o naturales (no les llamamos medicamentos porque no han pasado los debidos controles) que dicen ayudar a adelgazar están contraindicados para el trastorno bipolar. En el mejor de los casos son diuréticos —aumentan la necesidad de orinar, pero en

realidad no adelgazan— que están del todo contraindicados si usted está tomando litio. En el peor de los casos son estimulantes, generalmente anfetaminas, que quitan la sensación de hambre pero provocan ansiedad y la posibilidad de una recaída (generalmente mixta o maníaca).

#### RECUERDE QUE...

- No hay ninguna alimentación o dieta que tenga eficacia terapéutica por sí sola en el trastorno bipolar.
- Las dietas restrictivas de adelgazamiento suponen un riesgo de iniciar un nuevo episodio, por lo que están contraindicadas.
- Algunos productos adelgazantes pueden provocar el inicio de un episodio o una descompensación de los niveles de litio.

## EL TRABAJO

Padecer un trastorno bipolar no es sinónimo de no poder desempeñar exitosamente un trabajo, aunque es cierto que, sobre todo si la enfermedad no se trata y se cuida adecuadamente —o si es especialmente grave—, puede dar lugar a problemas laborales o a la incapacidad para trabajar. Por ello, entre nuestros pacientes encontramos ambos extremos: desde personas tremendamente exitosas a nivel laboral que ocupan cargos de gran responsabilidad o que destacan por encima de la media en cuanto a su rendimiento, hasta casos de otras que no pueden volver a trabajar o que han bajado varios peldaños en su cargo.

Una pregunta que se nos hace a menudo es si una persona que padece un trastorno bipolar puede realizar cualquier tipo

de trabajo. Nuestra respuesta es «sí, pero...». Con el «sí» nos referimos a que, realmente, no hay ningún trabajo que esté contraindicado para una persona con trastorno bipolar. Entre nuestros pacientes encontramos amas (y amos) de casa, artistas de éxito (pintores, actores o músicos), economistas, administrativos, ingenieros, abogados, albañiles, psicólogos, maestros, sastres, fruteros, médicos, mecánicos, políticos y un etcétera casi infinito. Sin embargo, hay un «pero»: a poder ser —y fíjense que decimos «a poder ser», no «obligatoriamente»— el trabajo debe facilitar la regularidad horaria del afectado. Así, puede ser médico, pero no es conveniente que tenga un contrato de guardias en urgencias que le obligue a tener un patrón de sueño absolutamente inestable. Puede ser mecánico de una cadena de montaje, pero siempre que no haga constantes cambios de turnos. La mayoría de las empresas acceden a realizar estos cambios, aunque a veces se hace necesario un informe médico para justificarlos.

Por lo demás, no hay restricciones a nivel de trabajos más o menos «estresantes» o de gran responsabilidad. Un paciente bipolar eutímico puede realizar cualquier tipo de trabajo: normalmente es más estresante la sensación de aburrimiento, o de estar desaprovechando sus cualidades.

#### RECUERDE QUE...

- Una persona que padece un trastorno bipolar, si está estable, puede realizar cualquier tipo de trabajo.
- Aun así, no son recomendables aquellos trabajos que obliguen a trasnochar o alterar el ritmo del sueño.

## LOS ESTUDIOS

El trastorno bipolar puede interferir con los estudios en varias formas. Algunos afectados pierden el curso debido a que han tenido una descompensación depresiva o maníaca durante el mismo. Es prácticamente imposible preparar exámenes en una fase depresiva, debido a los problemas de concentración, la apatía o la somnolencia propias de estas fases. Pero incluso cuando ésta llega a su fin, estudiar va a ser complicado; aunque la persona ya no esté deprimida, los problemas de concentración y memoria que acompañan a la depresión suelen durar algunos meses más, con lo que es difícil preparar unos exámenes.

Lo mismo ocurre con la manía; es obvio que no es posible concentrarse o estudiar durante la manía (aunque a veces sí durante la hipomanía), pero una vez superada ésta, el paciente suele estar algo aturdido o deprimido, o bien está tomando una cantidad importante de fármacos que le dificultan la concentración.

Esto no significa que una persona que sufre un trastorno bipolar no pueda o no deba estudiar, o que el trastorno bipolar deba limitar las aspiraciones académicas del individuo, cualesquiera que sean. Tenemos muchos pacientes cuya trayectoria académica es sencillamente brillante y son grandes estudiantes (y luego grandes profesionales). Su secreto es la prevención, como siempre.

Un paciente bipolar eutímico es tan capaz de finalizar cualquier carrera universitaria como cualquier otra persona. A pesar, incluso, de algunos problemas de memoria o concentración que pueden asociarse a la enfermedad o a su tratamiento. La clave es la regularidad y la constancia en los estudios. Si esperar

a estudiar a última hora confiando en la eficacia de un *sprint* final no es una buena decisión desde un punto de vista práctico para cualquier persona, para alguien que sufre un trastorno bipolar implica además un riesgo de viraje a la manía (debido al estrés y la falta de horas de sueño). Sobra decir que tomar estimulantes como la cafeína o derivados de la anfetamina —algo que por desgracia usan bastantes estudiantes— está absolutamente contraindicado.

RECUERDE QUE...

- El trastorno bipolar, si se mantiene estable, no tiene por qué interferir con la actividad académica.
- Es muy recomendable la regularidad en los estudios, huyendo de los acelerones y angustias de última hora.

### LA PAREJA (O SU BÚSQUEDA)

Los problemas de pareja son relativamente habituales entre las personas que padecen un trastorno bipolar. Ser la pareja de alguien que padece el trastorno puede llegar a ser complicado, sobre todo si la enfermedad no está absolutamente estabilizada.

Es infrecuente que alguien entienda la enfermedad bipolar de su pareja si no se le da una información adecuada. En este sentido, es fundamental un buen trabajo educativo por parte del psiquiatra, el psicólogo o el enfermero, invitando a la pareja a tomar parte en sesiones conjuntas con el afectado, pero también dándole voz y un espacio propio con independencia de éste, para que, en ocasiones, pueda expresar cómo se siente sin miedo

a molestar a otros. Ante todo, la pareja de una persona que padece un trastorno bipolar debe aprender a no culpabilizarle de las cosas que hace estando maníaco o deja de hacer durante la depresión. En este sentido, se debe prestar especial atención a aspectos como las infidelidades, la hipersexualidad maníaca, la prodigalidad, o la irritabilidad, ya que son los que pueden poner la supervivencia de la pareja en franco riesgo.

Aparte de una correcta educación en la enfermedad, otro aspecto fundamental es la comunicación entre los miembros de la pareja. En muchas ocasiones es el otro quien se da cuenta de una descompensación de forma precoz, y es necesaria la absoluta confianza por parte del afectado para creerse y valorar seriamente sus observaciones.

No hay personas válidas o no válidas para ser la pareja de alguien que sufre una enfermedad crónica. Por supuesto que la perseverancia, la paciencia y la capacidad de comprensión son características que ayudarán mucho, pero el amor y las ganas de estar juntos son, sin duda, las únicas características imprescindibles.

Respecto a la búsqueda de pareja, ante todo es necesario no sentirse obligado a confesar el diagnóstico como si fuera un rasgo de identidad que es imprescindible poner sobre el tapete. Insistimos en que el trastorno bipolar es parte de su historial médico, no de su identidad.

Respecto a la pregunta que nos hacen algunos pacientes acerca de cuándo deben salir del armario ante su posible pareja, el único consejo es esperar a hacerle tal confesión una vez que se conozcan suficientemente.

Imagine que usted conoce una persona que le resulta muy atractiva; durante la primera cita usted se da cuenta de que

ella es, pongamos por caso, ultrasevillista y absolutamente antibética. Usted, verdiblanco de nacimiento, decide callar hasta que ella le conoce perfectamente. Al cabo de dos meses, cuando ella ya está absolutamente enamorada, usted se encuentra en condiciones de confesarle su secreta devoción aunque pierda. A ella, que ya le valora por lo que usted es y no por otras cosas, no le importará sin duda su «pequeño defecto» (menos dos días al año, durante los derbis). Este ejemplo es aplicable a la condición de bético, diabético y, por supuesto, bipolar.

#### RECUERDE QUE...

- El conocimiento del trastorno bipolar por parte de la pareja es imprescindible.
- No existe la pareja ideal que encaje en el perfil de pareja de persona con trastorno bipolar; déjese llevar por su instinto, como el resto.
- En la búsqueda de pareja, no se sienta obligado a «confesar» su diagnóstico a las primeras de cambio: recuerde que no es parte de su identidad.

#### AMIGOS, AMIGAS Y FIESTA

Mantener unos hábitos de sueño y actividad extremadamente regulares es fundamental para lograr la estabilidad de un trastorno bipolar. Pero, en algunos casos y sobre todo en personas jóvenes, salir de noche es importante para no desadaptarse del medio y acabar solo. ¿Cómo combinar ambos aspectos?

Admitimos que no es fácil. El consejo de dormir un mínimo de siete horas es inamovible para cualquier persona que padezca un trastorno bipolar. Y durmiendo siete horas puede resultar difícil salir de noche. Además, es extremadamente importante mantener los mismos horarios de sueño incluso los fines de semana para no alterar su estabilidad. Y esto choca directamente con el deseo absolutamente normal y elogiabile de pasar un buen rato en compañía de sus amistades.

Ante todo, habrá que diferenciar si el paciente está eutímico o no. Si no tiene ninguna sospecha de estar maníaco y ha estado eutímico el último medio año, puede permitirse ciertas «licencias», entre ellas salir hasta tarde una o dos noches al mes (pero nunca consumir alcohol u otros tóxicos). Es preferible que estas salidas «fuertes», hasta entrada la madrugada, sean siempre en viernes noche, para tener más tiempo de volver a regularizar los horarios. También es admisible salir tres o cuatro noches por mes siempre que uno se pueda acostar como muy tarde a la una o a las dos, lo que permite levantarse a las nueve de la mañana sin problemas.

El paciente debe asegurarse siempre de que tras su «marcha» nocturna va a poder dormir un mínimo de entre siete y nueve horas; es decir, de lo que sí debe olvidarse es de salir de noche si a la mañana siguiente tiene obligaciones, pero esto entra dentro del sentido común. De la misma forma, es completamente desaconsejable salir varias veces la misma semana.

Otro de los temas que preocupan al paciente bipolar es si debe decir o no a sus amigos que padece este trastorno. No hay una respuesta definitiva a esta pregunta: dependerá en buena medida de la confianza que tenga con ellos y de lo que éstos realmente sepan (es ridículo negar lo obvio, por ejemplo, si sus

amigos le han ido a visitar a la clínica). En general, un buen consejo es tratar el trastorno bipolar como haría con cualquier otra condición médica: al fin y al cabo, ¿cuántas conversaciones ha tenido usted con sus amigos acerca de su colon irritable?

RECUERDE QUE...

- Si la persona que padece un trastorno bipolar está eutímica, es aceptable salir de fiesta una o dos veces al mes, siempre que no se consuman tóxicos.
- La estabilidad de los hábitos del sueño es fundamental en la prevención.



## Capítulo XII

### CÓMO DETECTAR LOS EPISODIOS A TIEMPO

*Desgraciado aquel que no halle  
quien le avise cuando es menester.*

J. L. VIVES

Imaginemos la situación: usted llega a casa por la tarde y se nota especialmente cansado, con malestar físico, mocos abundantes, dolor de cabeza y frío. Llevado por su experiencia, usted ya sabe que mañana, probablemente, va a levantarse con un gran resfriado. Enhorabuena: acaba de realizar una detección precoz. Pero no se conforme con eso; dado que sabe que va a estar muy resfriado, usted llama al trabajo para decir que no acudirá, cambia su agenda de la tarde, cancelando varias reuniones, llama a su hermana para que vaya a recoger al niño a la guardería y avisa a sus colegas para que se busquen otro portero de fútbol sala. Esto es lo que conocemos por abordaje psicosocial del impacto del episodio, previniendo los problemas de tipo sociolaboral asociados a su incipiente gripe. Pero no se queda ahí: además llama a su médico de cabecera para que le aconseje qué debe tomar (porque a usted nunca se le ocurriría automedicarse). Perfecto: ha completado usted el tercer paso: el abordaje farmacológico precoz.

Sin poner nombres tan rimbombantes, todos hemos hecho alguna vez algo parecido a lo anteriormente descrito con síntomas

y señales de enfermedad que conocíamos a la perfección como los del resfriado. La persona que padece un trastorno bipolar debe ser capaz de llevar a cabo esta detección y tratamiento precoces de forma rutinaria para su estado de ánimo, algo que es un poco más complejo y requiere mucha práctica y experiencia.

A lo largo de este libro hemos comparado en alguna ocasión al trastorno bipolar con la diabetes. Esta comparación no es gratuita, ya que ambas son enfermedades crónicas —pero tratables—, que pueden ser muy graves si no reciben una atención adecuada y que requieren un tratamiento de por vida tanto farmacológico (insulina para los diabéticos y psicofármacos para los bipolares) como psicológico o conductual (dieta y actividad física en el diabético; hábitos regulares, manejo del estrés, abstinencia de tóxicos, etcétera, en el bipolar). Pero existe otro aspecto en el que ambas enfermedades son comparables: la exigencia de monitorización diaria por parte del propio paciente. Así, el diabético mide sus niveles de glucosa en sangre... ¿y el bipolar? El bipolar debe «medir» diariamente su estado de ánimo, lo que, a pesar de parecer más complejo, es posible en pocos minutos con un buen entrenamiento. Anecdóticamente, comentaremos que un último punto en común de diabetes y trastorno bipolar es que ambas enfermedades fueron descritas por primera vez por el mismo médico: Arateo de Capadocia.

¿Cómo se mide el estado de ánimo? Medir su alegría o su tristeza es muy complejo, pero lo es mucho más decidir hasta qué punto éstas son emociones patológicas o normales (sobre todo en el caso de la alegría, pues a nadie le amarga un dulce). Para hacerlo, proponemos un método que no mide directamente las emociones, sino que trata de encontrar conductas que se vinculan a ellas y que pueden ser indicativas de descompensación, ya que

detectar una conducta es mucho más fácil que detectar una emoción. Trate de pensar, por ejemplo, en la frase «estoy algo ansioso»; seguro que para llegar a ella antes ha tenido que analizar detenidamente cómo se sentía. Ahora piense en la frase «me he fumado medio paquete en una hora»; para llegar a esta conclusión bastará seguramente con contar las colillas de cigarrillo en su cenicero (o ver cuántos cigarrillos le quedan en el paquete, si ha sido usted tan incívico como para tirar las colillas al suelo).

El método que le proponemos para detectar a tiempo sus recaídas no es tremendamente original ni sofisticado. Todo lo contrario; es muy simple, basado en el sentido común y en el conocimiento que tiene usted no tan sólo de la enfermedad bipolar sino de *su* enfermedad bipolar (es decir, de la resultante de aplicar la enfermedad bipolar a su vida, sus circunstancias, su entorno, su personalidad, sus preferencias, etcétera, algo que usted conoce a la perfección porque lo ha vivido).

Pretendemos elaborar una lista de diez señales de recaída —también llamadas pródromos— para la depresión y otra para la manía/hipomanía. Esta lista deberá contener conductas que antecedan a la enfermedad, que de algún modo la anuncien, pero que no sean síntomas de la misma (si son síntomas, ya es demasiado tarde para hacer un tratamiento precoz). Usted, basándose en el conocimiento que tiene sobre su forma de ser y sus costumbres, puede seleccionar conductas que sean atípicas en su caso y que, por lo tanto, puedan anunciar que algo marcha mal. Hablar mucho, por ejemplo, no sería válido como señal para alguien que habitualmente «hable por los codos» (ignoramos el origen, sin duda bizarro, de la expresión), pero sí lo sería para una persona habitualmente discreta y silenciosa. Los lectores de más de 30 años probablemente recuerdan los dibujos animados de *Leoncio*

y *Tristán*: Leoncio era un león animoso y lleno de iniciativas que iba siempre acompañado de Tristán, una hiena distímica proclive al catastrofismo que solía repetir la frase: «¡Cielos, Leoncio, qué horror!», en un tono cuya imitación nos ha granjeado popularidad y desprecio a partes iguales a los autores de este libro en cenas con nuestros compañeros. Lo que para Leoncio era un comportamiento normal (reír, gastar bromas y moverse de forma ágil) podría haber sido considerado, de darse en Tristán, como señales de recaída hipomaníaca, mientras que lo que era la conducta habitual en Tristán sería predepresiva para Leoncio. El ejemplo también es aplicable a Epi y Blas y a la típica pareja de payasos de circo, pero no nos extenderemos en este punto, que podría ser motivo de una tesis doctoral.

Pasemos a definir cuáles son las características de una señal de recaída válida:

- ❑ Debe ser una conducta (algo que usted hace o deja de hacer), no un pensamiento ni una emoción, ya que aquella es más fácil de identificar que éstos.
- ❑ Debe ser una conducta que represente un cambio cualitativo en usted (empieza a hacer algo que no era habitual, o deja de hacer cosas que sí eran habituales) o cuantitativo (aumenta o disminuye la frecuencia de una conducta determinada). En el caso de cambio cuantitativo, éste debe ser fácilmente medible (por ejemplo, fumar más o dormir menos).
- ❑ Esta conducta debe aparecer de forma regular algunos días antes de la descompensación, pero no debe ser un síntoma.
- ❑ La conducta debe ser concreta y referida al día de hoy.

### RECUERDE QUE...

- Detectar un episodio a tiempo puede significar evitar una recaída.
- Debemos aprender especialmente a detectar conductas distintas y significativas, más fáciles de identificar que los cambios en el pensamiento o las emociones.

### IDENTIFICAR LA EUFORIA A TIEMPO

Vamos a ayudarle ahora a elaborar su lista de pródromos de hipomanía y manía. Le presentaremos algunos de los pródromos (señales de aviso) más comunes (Tabla 11). Basándose en su personalidad, sus anteriores recaídas y sus hábitos, escoja aquellos que le podrían servir a usted. Una vez seleccionados, escríbalos en una lista. Complete la lista con otras conductas que, de forma característica, anteceden a su recaída. Le hacemos algunas sugerencias que han servido a muchos de nuestros pacientes:

- *Cambios en el modo de vestir.* No hace falta que sean muy extremos (lo que, generalmente, ya puede ser considerado un síntoma). Pueden ser cambios en el modo en que uno/a usa una determinada prenda (por ejemplo, desabrocharse un par de botones de la camisa o la blusa). También el uso de complementos (gafas de sol, gorras, diademas o joyas) es indicativo en algunos casos. O usar ropa adecuada, pero fuera de contexto (ir a trabajar en camiseta *sport* en trabajos que habitualmente requieren un aspecto formal o, todo lo contrario, asistir a una reunión de vecinos ataviado como si uno fuera a una boda).

- *Cambios en los gustos musicales.* Es bastante frecuente para algunos pacientes volver a escuchar, en los días previos a la descompensación, la música que escuchaban en la adolescencia, como sugiriendo un retorno al modo como se sentían entonces. El simple hecho de que un paciente de mediana edad pase, de repente, de escuchar «lo que pongan en la radio» a ponerse los discos que escuchaba durante su adolescencia puede indicar que un episodio hipomaníaco está a punto de empezar. No se trata de que escuchar a sus grupos juveniles sea «patológico», sino de que algunos pacientes vuelven a su música adolescente como un regreso a aquella etapa, lo que muchas veces se vincula a las sensaciones vividas durante la hipomanía.
- *Cambios en los gustos literarios.* Muchos pacientes que habitualmente tienen un gran sentido común empiezan a interesarse por temas de tipo esotérico sólo cuando inician un cuadro hipomaníaco, por lo que pasan de leer novelas o libros de ensayo a leer otros del tipo *Aprenda a respirar con los monjes tibetanos* (como si antes de la lectura de este libro el paciente se estuviera ahogando), *Los chacras y la relación con su escalera de vecinos* o *Reflexología podal avanzada: cure su lumbalgia acariciando los meñiques de sus pies*. Un cambio súbito en las preferencias puede indicar el inicio de una descompensación (aunque también puede ser parte de una decisión autónoma y saludable de una persona, cuyas preferencias no tienen por qué ser estáticas).
- *Sensaciones físicas que anteceden a la hipomanía.* Algunos pacientes —una minoría, en realidad— describen que, en

los días previos al inicio de un episodio, tienen sensaciones físicas distintas a las habituales (algo que también les ocurre a algunos pacientes epilépticos antes de las crisis). Algunas de las citadas por nuestros pacientes son: «Sentir la sangre efervescente», «percibir claramente cómo me late el corazón», «sentir calor en la base del cráneo» o «sentir un hormigueo en el pecho».

- *Otros cambios menores.* Cosas tan sutiles como cambiar la marca de cigarrillos, el refresco favorito, variar la posición en la que uno prefiere jugar a fútbol con los amigos o el itinerario por el que uno va habitualmente de casa al trabajo, pueden indicar también el inicio de una descompensación.

Tabla 11

PRÓDROMOS DE HIPOMANÍA O MANÍA COMÚNMENTE CITADOS POR NUESTROS PACIENTES	
Duermo menos de siete horas.	Empiezo a iniciar conversaciones con desconocidos.
Aumento las horas o la intensidad del ejercicio físico.	Aumento el uso del teléfono móvil o del correo electrónico.
Aumento el consumo de tabaco o cafés.	Aumento del gasto económico (aunque sea en unos pocos euros).
Empiezo a consumir alcohol (incluso en pequeñas cantidades).	Aparición de nuevos proyectos laborales.
Los compañeros o la familia dicen que estoy más hablador.	Me empiezan a interesar nuevos temas.



Discuto con más facilidad.	No soporto las colas.
Estoy más bromista.	Llego tarde (o demasiado temprano) al trabajo.
Empiezo a hacer bromas o comentarios de temática sexual.	Tengo ganas de cambiar de imagen.
Escucho música a alto volumen.	Empiezo a escribir cuentos o poesías.
Hablo más alto o más rápido, según comenta mi familia.	Tengo ganas de hacer regalos.

## IDENTIFICAR LA DEPRESIÓN A TIEMPO

La detección de un episodio depresivo funciona de un modo similar a la de los episodios hipomaniacos; el único matiz es que, quizás, no evoluciona tan deprisa. Desde las primeras señales más sutiles de hipomanía hasta la aparición de la misma pueden pasar unas pocas horas; sin embargo, el ritmo para la depresión es mucho más lento y, de hecho, desde las primeras señales hasta el episodio depresivo pueden llegar a pasar incluso algunas semanas. Además, la mayoría de las personas no tienen dificultades para detectar una recaída depresiva desde un principio, porque es un estado desagradable, de sufrimiento; por el contrario, no se dan cuenta —o no quieren darse cuenta— del inicio de una hipomanía, porque no es desagradable.

A pesar de ello, le será muy útil conocer cómo se inician sus recaídas depresivas, para poner en marcha un plan conductual preventivo —cambio de hábitos, aumento de la actividad—, no dejarse llevar por la inercia depresiva y, quizás, evitar tener

que tomar antidepresivos, que ya hemos visto que implican algunos riesgos. Para ello, vamos a construir una lista idéntica a la de pródromos de hipomanía, pero con sus homónimos depresivos. La Tabla 12 expone algunos de los pródromos depresivos más comunes. Usted puede escoger aquellos que se adapten más a su caso y completar la lista con sus pródromos más intransferibles.

*Tabla 12*

PRÓDROMOS DE DEPRESIÓN COMÚNMENTE CITADOS POR NUESTROS PACIENTES	
Me canso más que antes.	Mi pareja me interesa menos que antes y, de hecho, ni pienso en el sexo.
Le pido media horita más al despertador.	Me arreglo menos.
Me da palo ducharme.	Me paso más horas sentado en el sofá, viendo cualquier tontería en la tele.
Llego tarde al trabajo, o invento excusas para no ir.	Se me acumulan los recados por hacer.
Estoy menos hablador que de costumbre.	Descuido las cosas de casa (platos, plancha, etcétera).
Los libros se me caen de las manos.	Necesito beber más café para estar a tono.
Me cuesta concentrarme.	Me despisto fácilmente.
Cuando estoy con gente, participo menos de las bromas y las conversaciones.	Evito hablar con algunas personas.



<p>Salgo con mis amigos y no me divierto.</p> <p>Por las mañanas me cuesta más funcionar.</p>	<p>Camino más lentamente.</p> <p>Me falta chispa, capacidad de reacción.</p>
---	--

Esta lista de pródromos depresivos la debe consultar a diario, del mismo modo que consulta su lista de pródromos de hipomanía. De hecho, algunos de nuestros pacientes han escrito los pródromos de hipomanía en una página y en su reverso los de depresión.

#### ACTUAR A TIEMPO

Si ha realizado correctamente el ejercicio, ahora debe tener delante de usted una lista con diez señales de recaída en hipomanía/manía. Esta lista debe consultarla a diario: suele ser útil llevarla encima en forma de tarjeta (que le puede caber en su billetera y mirarla cuando tenga un minuto libre), tenerla colgada en la habitación, en un archivo en su ordenador personal o en su PDA (agenda electrónica)... Escoja usted el método, pero es recomendable repasar esta lista cada noche para hacer un recuento de si durante el día ha aparecido alguna conducta que deba preocuparle: marque con una cruz las conductas que han estado presentes durante el día. Tres cruces o más significan «probable inicio de hipomanía», por lo que debe poner en marcha un «plan de emergencia». Éste consta de los siguientes pasos:

- *Confirmación.* Gracias a su lista de señales de recaída, usted tiene la sospecha de que puede estar a punto de empezar un episodio hipomaníaco. Ahora es el momento de confirmar o descartar sus sospechas con la ayuda de alguien de su confianza o referente. La Tabla 13 nos muestra qué características debe tener un buen referente. Si éste nos confirma lo que sospechábamos, es decir, que podríamos estar iniciando un cuadro hipomaníaco, vamos al paso 2. Si no, respiramos profundamente, pero no bajamos la guardia y seguimos observando nuestro estado de ánimo de cerca durante los días siguientes.
- *Contactar con el terapeuta.* Intentaremos contactar telefónicamente con nuestro terapeuta o con un miembro del equipo clínico para acabar de confirmar el inicio del episodio y decidir qué medidas farmacológicas (caso del psiquiatra) o conductuales (psicólogo) son necesarias. Ante cualquier duda es necesario llamar al terapeuta; no pasa nada si es una falsa alarma. Los profesionales de la salud mental preferimos mil veces atender a infinidad de falsas alarmas si gracias a ello podemos prevenir algunos episodios, que no recibir ninguna «falsa alarma» pero observar cómo nuestros pacientes llegan siempre «demasiado tarde».

*Tabla 13*

CARACTERÍSTICAS NECESARIAS  
DE UN BUEN REFERENTE

- Debe conocer la enfermedad bipolar (haberse leído este libro, por ejemplo, haber asistido a cursos, conferencias, etcétera).
- Debe conocer su enfermedad bipolar (haberle observado en sus anteriores recaídas, saber qué tipo de síntomas son más frecuentes en usted, etcétera).
- Deber estar en contacto constante con usted, ser una persona localizable. No hace falta que su referente conviva con usted, pero sí que le pueda localizar telefónicamente, citarse, etcétera. Su primo de la Polinesia no es una buena opción (a no ser que usted también viva en la misma isla de la Polinesia; en este caso, felicidades; lástima de equipo de fútbol...).
- Debe tener capacidad de observación.
- Debe tener toda su confianza.

MEDIDAS EXCEPCIONALES PARA LA MANÍA Y LA HIPOMANÍA

A grandes males, grandes remedios: hay una serie de conductas que le ayudarán a que el episodio incipiente no vaya a más. Aplicar a rajatabla las normas descritas en la Tabla 14 garantiza abortar el nuevo episodio.

*Tabla 14*

**DECÁLOGO DE MEDIDAS QUE TOMAR ANTE LA SOSPECHA DE UN INICIO DE DESCOMPENSACIÓN HIPOMANÍACA**

1. Aumente el número de horas de sueño, hasta un mínimo de nueve, aunque sea con la ayuda de fármacos (que previamente le habrá pautado su psiquiatra).
2. Reduzca al mínimo su actividad, realizando sólo aquellas actividades imprescindibles.
3. Dedique al menos un par de horas al día a **NO HACER NADA**.
4. Suprima del todo el consumo de café, bebidas de cola y otros estimulantes.
5. Suprima del todo el consumo de alcohol.
6. No haga ningún tipo de ejercicio físico.
7. Aplazce cualquier decisión no urgente.
8. Reduzca estímulos: no se exponga a situaciones estimulantes (grandes almacenes, discotecas, conciertos, etcétera).
9. Limite el gasto económico. Si es necesario, entregando su tarjeta de crédito a alguien de su confianza.
10. No se permita subir «un poco más». Más dura será la caída.

*Tabla 15*

**DECÁLOGO DE MEDIDAS QUE TOMAR ANTE LA SOSPECHA  
DE UN INICIO DE DESCOMPENSACIÓN DEPRESIVA**

1. Duerma un máximo de ocho horas.
2. No se eche nunca la siesta.
3. Intente aumentar el número de actividades o, al menos, no abandonar actividades que formaban parte de su rutina con argumentos como «me da pereza».
4. Nunca se automedique con antidepresivos.
5. El ejercicio es muy importante: vaya al gimnasio, a natación o, al menos, camine un mínimo de cuarenta minutos diarios.
6. No tome decisiones importantes.
7. No consuma alcohol u otras drogas para intentar «levantar el ánimo», ya que a medio plazo lo empeoran.
8. Intente aumentar sus actividades de ocio aunque no le apetezca. No haga las cosas porque le apetezcan, sino para que le apetezcan. Salga a la calle al menos un rato por la mañana y otro por la tarde.
9. No evite el contacto social.
10. Arréglese, afeitese, dúchese y vístase cada día aunque no tenga que salir de casa. Quien se viste como un enfermo (andando todo el día en pijama o chándal) acaba enfermando.

## Capítulo XIII

### ¿SE HEREDA LA ENFERMEDAD?

Una de las preocupaciones más habituales de los afectados por el trastorno bipolar tiene que ver con los hijos. Muchas personas que sufren esta enfermedad dudan sobre si tener o no tener hijos en relación con su enfermedad bipolar, por varias razones: porque no saben si serán capaces de ser buenos padres, porque temen que su hijo herede su enfermedad, o porque —en el caso de las mujeres— les preocupa cómo deben manejar la medicación durante el embarazo.

Respecto a la primera preocupación, es elogiable que alguien se preocupe de si va a ser o no un buen padre o madre. Pedimos mil requisitos a aquellas personas que desean adoptar un niño (y encontramos lógico que esto sea así), pero en cambio nadie pide unos mínimos a una pareja que quiera tener un hijo biológico (y nos acusarían de fascistas o cosas peores si tan siquiera osáramos plantear tal posibilidad). Es como si el mero hecho de que el niño va a compartir nuestro material genético asegurara nuestra competencia como padres. Y esto no es así; habrá padres mejores y peores, porque hay gente respon-

sable y otra que no lo es. Y una persona es libre de tomar la decisión de no querer tener hijos sencillamente porque no se considera lo suficientemente preparado para asumir tal responsabilidad (de hecho, ojalá hubiera más personas con esa capacidad de juicio). Otro asunto bien distinto es cuando alguien decide no tener hijos sencillamente porque  *cree*  que por su  *diagnóstico*  no será buena madre o buen padre. En el caso del trastorno bipolar las cosas no deben ser así. Una persona que padece un trastorno bipolar —siempre que se trate correctamente y tenga la enfermedad estabilizada— tiene las mismas posibilidades de ser buen padre o buena madre que cualquier otra persona. Por lo tanto, el diagnóstico de trastorno bipolar no debe ser una variable de peso en el momento de decidir si uno quiere o no tener hijos, y sí lo deben ser otras variables, como las ganas de tenerlos, las posibilidades económicas para mantenerlos o la estabilidad personal suficiente.

De todos modos, resulta obvio que una decisión tan importante debería tomarse siempre tras haberlo pensado mucho y tras haber pasado un largo periodo de eutimia (al menos un año), pues de este modo estaremos seguros de que la decisión se ha tomado de un modo realmente responsable.

Ya hemos dicho que la enfermedad bipolar es genética y en parte hereditaria. Pero ello no quiere decir que se vaya a heredar siempre, del mismo modo que su padre puede tener ojos azules y usted ojos negros, o su padre puede ser cardiópata y usted no. De hecho, aunque usted tenga un trastorno bipolar, la probabilidad de que sus hijos no padezcan la enfermedad es más alta que la de tenerla. Concretamente, la posibilidad de que su hijo sufra un trastorno bipolar sería de entre un 15 y un 20 por ciento. O sea, que tendrían un 80

por ciento de probabilidades de no padecer un trastorno bipolar.

Por otra parte, conviene señalar que, del mismo modo que hay una diferencia abismal entre los 50.000 euros que le dejó su padre en herencia y los 40.000 que usted cobrará una vez le haya hecho un generoso donativo a hacienda y a su abogado (salvo en Navarra), también hay una diferencia entre el trastorno bipolar que padece una persona y el que tendrán sus hijos, si lo heredan: usted puede padecer un trastorno bipolar II que ha heredado de su abuela que tenía un I, pero le puede dejar a su hija un trastorno... ¡depresivo unipolar! Es decir, se hereda la vulnerabilidad pero no un subtipo específico de trastorno (ni el tipo de síntomas). Y esto también ocurre aparentemente en Navarra.

No hay ningún modo de saber si su futuro hijo va a padecer un trastorno bipolar o no; es algo que no se puede conocer ni mediante ecografías del feto ni con una amniocentesis. Tampoco si su hijo lo tendrá de adulto, por ahora; no hay ninguna prueba médica ni test psicológico que nos permita saber esto antes de que la enfermedad se presente. Con todo, algunos trastornos como el déficit atencional con hiperactividad en la infancia se han vinculado a la presencia de un trastorno bipolar en la edad adulta, aunque las pruebas no son concluyentes. La Tabla 16 nos muestra algunos de los cambios que podrían indicar la presencia de un trastorno afectivo (unipolar o bipolar) en un niño (y que deben ser siempre motivo de consulta con un especialista).

*Tabla 16*

**CONDUCTAS DEL NIÑO QUE NOS PUEDEN INDICAR  
LA PRESENCIA DE UNA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA,  
INCLUYENDO UNA DEPRESIÓN O UN TRASTORNO BIPOLAR**

- Simulación constante de enfermedades.
- El niño rechaza ir a la escuela.
- El niño no se integra en la escuela o no se comunica con sus compañeros, por ejemplo, aislándose durante el recreo.
- Retraimiento general.
- Quejas constantes de fatiga.
- El niño no quiere separarse de los padres.
- Temor manifiesto, exagerado y repetitivo a que uno de los padres muera.
- Conductas regresivas (el niño se comporta como si fuera más pequeño, mostrando dificultades en el habla o en el control de esfínteres, por ejemplo, que ya había superado).
- Mal rendimiento escolar, a veces a pesar de un esfuerzo importante.
- Insomnio o terrores nocturnos.
- Agresividad.
- Actitud de inhibición general, rechazo a jugar.
- Hiperactividad.
- Desobediencia persistente.
- Pensamientos de muerte.
- Constantes referencias o gestos sexuales en niños de corta edad.

Muchos de nuestros pacientes nos han preguntado si vale la pena tener un hijo sabiendo que tiene el riesgo de padecer un trastorno bipolar. Cuando a estos mismos pacientes les hemos preguntado si creían que había valido la pena nacer y que su vida merecía realmente la pena, nos han contestado invariablemente

que sí (a no ser que estuvieran deprimidos). Y aún nos habrían contestado un sí más rotundo si les hubiéramos preguntado si «hubiera valido la pena vivir tu vida pudiendo diagnosticar tu enfermedad cuanto antes y tratarla con mejores fármacos». Porque, de hecho, en el improbable caso (recuerde: 20 por ciento contra 80 por ciento) de que su hijo sea bipolar, jugará con dos ventajas respecto a usted:

- La enfermedad de su hijo será diagnosticada a la primera. Según señalan varios estudios, la media de tiempo transcurrido entre que una persona presenta los primeros síntomas depresivos o maníacos y recibe un diagnóstico adecuado de trastorno bipolar es de... (prepárese para expresar sorpresa) ¡diez años! El problema es que durante estos diez años el paciente no recibirá un tratamiento adecuado, lo que empeorará no sólo su estado sino su curso a medio-largo plazo. Gran parte de este retraso diagnóstico tiene que ver con la dificultad inherente al mismo y al déficit de formación de algunos profesionales respecto al trastorno bipolar, pero también debemos tener en cuenta que muchos pacientes no consultan con el profesional adecuado o no han oído hablar nunca del trastorno bipolar. En el caso de que su hijo empezara a presentar problemas que pudieran sugerir la presencia de un trastorno bipolar, se encenderían todas las luces de alarma en su casa y orientarían el caso correctamente, con lo que el tiempo que pasaría hasta recibir un diagnóstico —y un tratamiento— adecuado no sería de diez años, sino de diez horas. Tratar la enfermedad lo antes posible de forma correcta es una buena forma de evitar que ésta se agrave.

- Su hijo recibirá un mejor tratamiento del que recibe usted (y su bisnieto, uno todavía mejor). Piense en el que tuvo que padecer Fernando VI. Es muy improbable que la fumaria, los polvos de madreperla, la gelatina de asta de ciervo (aunque vaya potenciada por el tremendo efecto de las víboras tiernas) o las lavativas (aunque den lugar a diarreas, como el litio) tuvieran eficacia alguna. Viajemos ciento cincuenta años en el tiempo: ¿cómo se trataban los pacientes bipolares antes del descubrimiento del efecto estabilizador de las sales de litio en 1949? La respuesta es «mal»: se trataban mal porque no se disponía de un producto adecuado; en aquella época, padecer un trastorno bipolar era sinónimo de marginación social, baja calidad de vida, gran sufrimiento psicológico y probablemente un ingreso (sólo uno, pero duraba toda la vida). A partir de la década de los cincuenta, el psiquiatra podía indicar terapia electroconvulsiva, y poco después al menos un estabilizador (litio), imipramina (un antidepresivo) y clorpromazina (un neuroléptico antimaníaco muy sedativo) a sus pacientes bipolares, con un precio altísimo en lo que se refiere a efectos secundarios. El paciente podía hacer una vida casi normal, si respondía al litio, pero con muchas molestias cuando debía tomar antidepresivos o antimaníacos. Si no respondía al litio, su pronóstico era muy malo, porque no había prácticamente nada más que pudiera tomar. A partir de los años ochenta, con la aparición de los nuevos antidepresivos y, especialmente, ciertos fármacos anticonvulsivos y los antimaníacos atípicos en los años noventa, el pronóstico de la enfermedad bipolar cambia: podemos tratar a muchos más pacientes y de

mejor manera, con fármacos muy eficaces y con un nivel de efectos secundarios más que aceptable. Pero el progreso no acaba, ni mucho menos, aquí: los investigadores de todo el mundo siguen trabajando para conocer más sobre los trastornos bipolares y sus causas, y también, junto con la industria farmacéutica, para asegurar un mejor tratamiento. Con lo que es posible que dentro de diez años éste sea mucho mejor (más eficaz y más tolerable) que el que tenemos actualmente. Del mismo modo que el tratamiento que tenemos hoy es mucho mejor que el que podían haber recibido nuestros padres, el que estará disponible para nuestros hijos será superior al de la actualidad.

#### RECUERDE QUE...

- Si usted padece un trastorno bipolar, su hijo tiene entre un 15-20 por ciento de probabilidades de sufrir un trastorno similar.
- No hay ningún modo de diagnosticar a su hijo antes de que empiece la enfermedad.
- En cualquier caso, el pronóstico de su hijo será mejor que el suyo.

#### De ahora en adelante

Hace sólo un año habría escrito en calidad de familiar de persona afectada. Mi padre tiene un trastorno bipolar de tipo II. Es una persona enérgica, emprendedora, con mucha iniciativa en los negocios. También es un buen padre; cariñoso y atento, aunque a veces demasiado estricto y exigente. Cuando yo tenía 14 años, mis padres me contaron que papá tenía este trastorno.

Aunque al principio no lo entendí muy bien, cuando volvió a deprimirse y estar más de un mes sin ir a trabajar, cuando le veía descuidado y sin afeitarse, cuando no podía hacer ruido los sábados por la mañana hasta mediodía porque papá dormía, empecé a atar cabos. Ante todo entendí que no era su culpa.

Años más tarde, cuando papá estaba irritable y me soltó una bronca desproporcionada por no haber sacado todo notable, cuando un par de días más tarde me regaló un ordenador portátil para pedirme perdón, cuando el mismo día le gritó a mamá y salió de casa dando un portazo y llegó de madrugada... aunque me costó más, recordé que era la enfermedad y no él quien hacía esas cosas (aunque, ya eutímico, le convencí para quedarnos con el portátil, a pesar de que era una compra hipomaniaca).

Así que en los últimos siete años he sido espectadora del trastorno bipolar de mi padre y he vivido en primera persona alguna de sus consecuencias. Pero en el último año he sido yo la que ha empezado a vivir algo similar.

Todo empezó con una depresión bastante fuerte, a mi parecer por culpa de un problema en la facultad. Estaba muy cansada, comía poco, no hablaba casi nada y tenía pensamientos obsesivos de fracaso.

Evidentemente, mamá y papá identificaron rápido lo que me sucedía. Es la ventaja de tener un padre bipolar: te diagnostican a la primera.

El psiquiatra me dijo que era muy pronto para hablar de trastorno bipolar en mi caso, que, de momento, para llamar a las cosas por su nombre, sólo podíamos hablar de depresión. Así que me dio un antidepresivo «fiojito» (en sus propias palabras). Al cabo de dos meses, como no hubo resultado, el psiquiatra

decidió darme litio y un antidepresivo un poco más potente. Y en dos meses más me puse bien.

El psiquiatra, al cabo de un tiempo, me retiró el antidepresivo y me recomendó seguir con el litio durante un par de años «por si acaso».

Como he visto lo que ha sufrido mi padre, he aceptado el «por si acaso». De momento, no tengo un trastorno bipolar, pero soy muy consciente de que tengo bastantes números de tenerlo.

Más vale prevenir que curar, y casi me da miedo que en un par de años el psiquiatra me pueda retirar el litio y yo me ponga hipomaniáca.

He leído varios libros y sé mucho sobre la enfermedad. A pesar de eso, si he de tener la enfermedad, lo aceptaré y haré todo lo posible por vivir una vida normal.

Mi padre es un ejemplo para mí. Su forma de enfrentarse a la enfermedad y seguir siendo un buen esposo y un buen padre, además de un reputado profesional, me van a servir para, si fuera el caso, hacer frente a lo que venga. Al fin y al cabo, parecerme a él no es precisamente lo peor que podía pasarme.

*Emma, 22 años.*



## Capítulo XIV

### EMBARAZO Y TRASTORNO BIPOLAR

Hasta hace poco existía el convencimiento, por parte de la comunidad científica, de que la inmensa mayoría de psicofármacos tenían un gran riesgo teratogénico (es decir, de inducir malformaciones o patologías al feto). Afortunadamente, el método científico nos permite —prácticamente nos obliga— a replantear y reformular constantemente el estado de conocimientos, y hoy en día sabemos que el problema de teratogenicidad asociado a los psicofármacos no es, ni mucho menos, tan importante.

De entre los fármacos más utilizados para el tratamiento de los trastornos bipolares, el valproato es el que tiene un mayor riesgo teratogénico —sobre todo de afectación del tubo neural—, por lo que se evita sistemáticamente en mujeres que deseen quedarse embarazadas, ya que es importante que en el mismo momento de la concepción la mujer no esté tomando ningún producto con potencial teratogénico. La carbamacepina también tiene un riesgo teratogénico importante, aunque inferior.

Se ha hablado mucho sobre los riesgos asociados al litio. El mayor riesgo de malformación por litio es el de anomalía de Ebstein, una enfermedad cardiológica que se puede identificar en el feto con ecografías y que permite intervención quirúrgica en el bebé. Esta anomalía se da en uno de cada veinte mil casos en la población general, y su riesgo para hijos de pacientes que toman litio durante el embarazo es algo mayor: uno de cada mil. Es decir, no es un aumento demasiado elevado. Hay que tener en cuenta, no obstante, que en pacientes embarazadas que toman litio el ginecólogo no debe, en ningún caso, indicar dietas bajas en sal o diuréticos (ambas estrategias son relativamente comunes, ya que la mujer gestante suele presentar un aumento de la presión arterial).

Los antidepresivos clásicos y la fluoxetina han demostrado ser seguros. Y los datos disponibles sobre antimaníacos apuntan en la misma dirección.

Con todo, el tratamiento más seguro —para la madre y el feto— durante el embarazo es la terapia electroconvulsiva.

A pesar de todo lo indicado anteriormente, se debe seguir valorando muy seriamente mantener la medicación durante el embarazo, ya que, del mismo modo que determinadas medicaciones pueden afectar al feto, no hay que olvidar que una recaída de la madre —sobre todo si es maníaca— va a tener una repercusión en la salud del feto. Una paciente maníaca rara vez va a cumplir las estrictas recomendaciones para llevar un embarazo saludable: dormir lo suficiente, comer de forma regular, no ingerir tóxicos, acudir a los controles ginecológicos, etcétera. Por otra parte, es posible que los cambios bioquímicos que se dan durante la manía en la gestante puedan afectar al feto, aunque este punto necesita más investigación.

Por otra parte, debemos señalar que el riesgo —para cualquier mujer— de presentar una depresión posparto no es nada desdeñable (aproximadamente ocho de cada diez madres presentan tristeza después del parto, mientras que un poco menos del 10 por ciento de pacientes puede presentar depresión posparto). En el caso de mujeres con un trastorno bipolar, existe también la posibilidad de que presenten manía posparto, y la probabilidad de depresión posparto en ellas es bastante mayor que en la población general. Concretamente, el riesgo de una recaída tras el parto en una paciente bipolar no medicada es superior al 50 por ciento. Una madre deprimida no puede, en la mayoría de los casos, facilitar el desarrollo cognitivo y emocional del niño, sobre todo en edades muy tempranas.

Por lo tanto, no tomar medicación durante el embarazo también puede implicar un riesgo para el feto y debemos evaluar siempre cuál de las dos opciones es más favorable. Una opción intermedia útil para algunas pacientes es retirar la medicación únicamente durante los tres primeros meses de embarazo, que es cuando ocurre la organogénesis (es decir, cuando se forman los órganos del feto), y luego reintroducir la medicación en el cuarto mes, evitando de este modo que la paciente esté demasiado tiempo sin medicación y, por otra parte, muchos riesgos teratogénicos (pero no todos).

Respecto a la lactancia, por lo general no es recomendable dar el pecho si se está tomando medicación (sobre todo litio, pues la leche contiene entre un 30 y un 100 por ciento de los niveles plasmáticos del fármaco), ya que existe el riesgo de estar medicando al bebé y, por lo tanto, de intoxicarle.

#### RECUERDE QUE...

- Al potencial riesgo teratogénico del tratamiento hay que contraponer el riesgo de descompensarse durante la gestación.
- El litio es un fármaco relativamente seguro, al igual que algunos antidepresivos y antipsicóticos; los antiepilépticos comportan más riesgos.
- En caso de descompensación durante el embarazo, está especialmente indicada la terapia electroconvulsiva.

## Capítulo XV

### CÓMO CONVIVIR CON UNA PERSONA BIPOLAR ;Y NO ENFERMAR EN EL INTENTO!

El hecho de que uno de sus miembros padezca un trastorno bipolar provoca en el grupo familiar muy distintas reacciones que van desde la negación absoluta hasta la sobreprotección. Como puede imaginar el lector, ambas actitudes pueden afectar negativamente el curso del propio trastorno bipolar, ya que son potencialmente generadoras de estrés.

La negación de la enfermedad es una actitud muy característica de los pacientes bipolares que se da especialmente durante las fases maníacas e hipomaníacas, pero que se puede presentar en cualquier momento de la enfermedad. Algunas familias también adoptan una actitud negadora de la enfermedad a modo de protección de ellas mismas, ya que suponen que admitir la enfermedad de uno de sus miembros es una forma de abrir la caja de truenos y puede acabar por poner en evidencia la enfermedad de otros miembros del grupo familiar en principio sanos. En otros casos, tras la actitud de negación se esconde un sentimiento de culpabilidad acerca de la enfermedad; muchos padres escasamente informados pueden llegar a pensar que el trastorno que

padece su hijo es debido a algo que ellos han hecho o han dejado de hacer, por lo que negarlo es una forma de protegerse de la culpa.

La familia negadora atribuye cualquier síntoma a la voluntad del paciente. Así, si está profundamente deprimido y no se mueve de la cama se le acusa fácilmente de «vago», «dormilón», etcétera, y si está maníaco se le acusa de «rebelde» o «salvaje».

La actitud de la familia negadora ante la medicación suele generar mucho estrés en el paciente y a menudo le lleva a abandonar su tratamiento. Son característicos comentarios del tipo «tanta medicación te va a dejar zombi», «pareces un drogata», «te vas a quedar enganchado» o «eres un cobarde que intenta solucionarlo todo en la vida con pastillitas».

Por ello, educar a la familia es tan importante como educar al paciente, ya que puede constituirse tanto en el mejor aliado como en el principal obstáculo para un buen tratamiento. En nuestro grupo, tenemos una psicóloga exclusivamente dedicada a educar a las familias, en formato de grupos. Hasta ahora, los resultados son más que destacables. Las familias informadas acerca de la enfermedad acaban por tener menor estrés, culpabilizan menos a sus hijos y consiguen con ello un mejor curso de la enfermedad.

En el extremo opuesto a la negadora se halla la familia sobreprotectora. En este caso, se tiende a interpretar cualquier cosa que le suceda al paciente, o cualquier cosa que haga o piense, en clave de la enfermedad. Esta actitud termina en una conducta muy opresiva hacia el paciente, de máxima vigilancia, que —obviamente— acaba por generarle mucho estrés, agobio y, por consiguiente, actitud de rechazo hacia la enfermedad y lo que le rodea.

La familia sobreprotectora interpreta como inicio de recaída cualquier discusión con el paciente o cualquier actitud de éste que no coincida exactamente con lo que ellos piensan. Es típico que hagan de las clásicas discusiones generacionales entre padres e hijos parte de la enfermedad o argumenten normas que, en principio, no deberían tener que ver con la misma.

Algunas conductas que serían ejemplo de sobreprotección o de sobreimplicación serían:

- El padre que, ante el recién estrenado piercing o tatuaje de su hija, la acusa de estar iniciando una fase maníaca.
- La esposa que, durante una de las características riñas conyugales, acusa al marido de estar «irritable, probablemente mixto».
- Los padres que justifican a su hijo vago y pasota creyendo que está deprimido.
- Los padres que preguntan cuatro veces al día a su hijo bipolar si ya tomó su medicación; es lógico que se preocupen por su salud, pero una actitud de control excesivo puede acabar por agobiar al afectado. Lo mejor sería un cuidado constante pero con cierta distancia.

#### RECUERDE QUE...

- La negación o la sobreprotección son reacciones habituales por parte de la familia, pero ambas son disfuncionales.
- La educación de la familia es clave para un buen pronóstico del trastorno bipolar.

### **El fin del mundo (relato de un familiar)**

A veces ves por la televisión situaciones absolutamente increíbles, gente que soporta un sufrimiento espantoso o una injusticia durante años y te preguntas cómo han llegado a ese punto. Cómo aguantan. Por qué resisten.

La respuesta es porque hasta la tormenta más dura se inicia con una sola gota. Muchas situaciones absolutamente dantescas se inician con una leve alteración de la normalidad, que en principio es soportable. El siguiente cambio también es sutil, y lo soportas igualmente. El quinto y sexto cambios, que sin duda tus amistades ya consideran grotescos, te parecen normales, porque los comparas con la situación inmediatamente anterior (que probablemente también era extrema). Al cabo de un tiempo, te sorprendes a ti misma llevando una vida que no es la tuya, sufriendo un día a día desolador. Pero ya es demasiado tarde.

Esto es lo que nos ocurrió a mi marido y a mí respecto al trastorno bipolar de nuestro hijo Samuel. Negamos lo evidente. Preferimos cerrar los ojos. Nos enrocamos en una situación sin salida. Y cuando abrimos los ojos era demasiado tarde: nuestra vida ya no era nuestra. Era una vida enferma.

Os pongo en antecedentes: mi marido Jordi y yo somos ambos profesores universitarios. Él es catedrático de historia antigua y yo soy filóloga. Nos conocimos a los 27 o 28 años y empezamos a convivir al cabo de dos años. No nos decidimos a tener un hijo hasta pasados varios años, cuando yo ya tenía 35. Antes de nacer Samuel tuve dos abortos involuntarios, y cuando me quedé embarazada por tercera vez tenía mucho miedo. Pero, por fortuna, todo salió bien.

Samuel nació sano y precioso. Escogimos el nombre en honor del dramaturgo irlandés Samuel Beckett, porque es uno de

nuestros preferidos y porque Jordi y yo nos conocimos en una representación de *Esperando a Godot*, una de sus obras de teatro más conocidas.

Samuel fue un buen estudiante, y un niño con muy buen carácter; nunca tuvo ningún problema en la escuela, ni se vio envuelto en ninguna pelea. Es verdad que no tenía muchos amigos y que, de algún modo, vivía absorto en su mundo interior. A los 12 años ya leía los clásicos de la literatura española. A los 14 prefería leer a Larra o Azorín que jugar a pelota. Quizás les pueda parecer extraño, pero tienen que pensar que en casa, si una cosa ha habido han sido libros, y el fútbol nunca nos interesó (aunque Jordi sigue eventualmente al Espanyol, sobre todo si juega contra el Barça).

Las notas de Samuel eran extraordinarias. A los 18 ingresó en la Universidad Central de Barcelona para estudiar derecho. Su primer año en la facultad fue, simplemente, triunfante en cuanto a notas, aunque es cierto que su vida social era inexistente. Aunque eso era habitual en Samuel.

Pero fue precisamente tras ese primer año cuando la conducta de Samuel empezó a cambiar. Puede parecer una tontería, pero en lo primero que me fijé fue en un cambio brusco de intereses literarios. Supongo que por deformación profesional, o porque en casa estamos todos obsesionados con los libros. Si a los 14 Samuel ya leía a los grandes de la literatura española, a los 17-18 estaba leyendo los grandes autores de la literatura inglesa y norteamericana, con especial devoción por Faulkner, Hemingway y Miller. Y, de golpe, empezó a leer libros de literatura fantástica, que nunca le habían interesado hasta entonces. Concretamente, se obsesionó con Tolkien. No le di mucha importancia. Aunque detesto este tipo de literatura, no hay nada

intrínsecamente malo en ella. Además, Tolkien era inglés de adopción, y del mismo modo que podía leer a Lewis Carroll o a Kingsley Amis, podía leer a Tolkien. Ni Jordi ni yo nos preocupamos por su nueva devoción obsesiva con *El señor de los anillos*. Muchos chavales jóvenes se apasionan por estos libros. Es una etapa, supongo. Además, la obsesión por Tolkien tenía un aspecto muy positivo; hizo que Samuel entrara en contacto con el Club Tolkien de la Universidad y empezara a relacionarse con gente, algo insólito en él.

Poco a poco, Samuel iba dedicándose menos a los estudios y más a los libros de Tolkien. A veces pasaba días sin ir a la Universidad, leyendo libros o metido en Internet, en foros... sobre Tolkien, claro.

Samuel se acostaba y se levantaba tarde. Inmediatamente después de comer se iba de casa, sin dar explicaciones. Empezó a gastar mucho dinero en maquetas y muñecos para un juego de rol, y empezó a acumularlos en su habitación. Cuando digo «mucho dinero», me refiero a muchísimo, según he sabido después. Cada uno de estos escenarios puede costar entre cuarenta y sesenta euros. Y algunos de los muñecos —sobre todo algunos que compró por Internet— le han costado más de cien euros. Jordi y yo hemos estimado que la «manía Tolkien» nos ha costado más de dos mil euros. Pero, en aquel momento, pensamos que era sólo una tontería juvenil; al fin y al cabo, hasta entonces, Samuel no se había gastado ni un duro en nada que no fueran libros (y ni eso, porque en casa tenía más de los que podía leer).

Cuando un lunes regresamos Jordi y yo tras pasar el fin de semana fuera, nos encontramos con que Samuel había invadido la sala de estar con sus objetos de Tolkien: la mesa grande esta-

ba cubierta por una inmensa y muy elaborada maqueta llena de castillos, bosques y muñecos (pasado el susto hasta me gustó). Había puesto nuestros DVD en cajas y ocupado los estantes con sus libros y DVD sobre literatura de fantasía. Le preguntamos por qué había hecho eso. Samuel contestó que aquella también era su casa y que sus libros tenían tanto derecho como los nuestros a estar en las estanterías comunes. Respecto a la enorme maqueta de la mesa, nos dijo que en su habitación le faltaba espacio.

Jordi y yo decidimos darle permiso para dejar la maqueta donde estaba, durante una semana. Al fin y al cabo, podíamos comer en la mesa de la cocina.

No hace ni falta decir que la maqueta siguió allí mucho más de una semana. Pero eso también tenía un aspecto positivo: los amigos del Club Tolkien venían a menudo a jugar a los juegos de rol, y Jordi y yo estábamos felices de ver que, finalmente, Samuel se relacionaba con gente de su edad.

Samuel se pasaba conectado a Internet hasta altas horas de la madrugada. Al parecer, participaba en varios foros de la ATA (Asociación Tolkien de Argentina) y otras asociaciones de todo el mundo.

Una mañana me levanté a las siete, como de costumbre, y encontré a Samuel todavía vestido, conectado a Internet, jugando una partida en línea de no sé qué nombre raro... Intenté hablar con él. Me dijo que estaba cansado y se fue a la cama. Se levantó a las cuatro de la tarde. Jordi y yo hablamos con él. Bajo su punto de vista, no había nada malo en pasar la noche conectado a Internet. Al fin y al cabo, nunca le habíamos regañado por leer hasta la madrugada, y él sabía que a Jordi y a mí, sobre todo a mí, también nos sucedía que a

veces empezábamos un libro y no lo podíamos dejar hasta que lo terminábcamos. Visto así, tenía razón. De todos modos, le pedí que intentara dormir más, y aceptó mi consejo.

Al cabo de dos semanas, en las que se había comportado bastante bien, Samuel nos contó cómo había discutido con algunos de sus compañeros del Club Tolkien y había decidido, junto con otros tres compañeros, crear una escisión del mismo. Así que habían fundado el Tolkien Mellyn Club; «mellyn», al parecer, significa «amigos» en sindarín, la lengua noble de los elfos que el propio Tolkien había inventado. El problema es que los miembros del Tolkien Mellyn Club no tenían local para reunirse. Samuel me pidió reunirse en casa, tres veces a la semana. Le dimos permiso; mejor en casa que fuera. Por otra parte, Jordi y yo habíamos sido comunistas cuando éramos jóvenes, así que estábamos familiarizados con las escisiones internas, las corrientes divergentes (sin ir más lejos, Jordi había sido trotskista y yo no) y las discrepancias ideológicas: juegos juveniles.

A partir de ahí, su conducta se volvió más obsesiva si cabe; volvía a pasar las noches casi sin dormir, al parecer intentando convencer a la Asociación Tolkien España para que reconociera el Tolkien Mellyn Club como el único Club Tolkien de Levante. Me explicó, sin darle importancia, que enviaba emails amenazadores, en sindarín claro, a los miembros de su anterior club.

Todo aquello me pareció ya excesivo. Decidí que debíamos consultar con un profesional de la salud mental. El marido de una compañera de departamento es psicopedagogo y se ofreció a hablar con Samuel. Samuel no quiso. Así que fui yo sola a ver al psicopedagogo, Germán. Éste me dijo que lo que estaba haciendo Samuel era bastante común en chicos de su edad, aunque quizás algo obsesivo, pero eso se explicaba porque has-

ta entonces había tenido poca vida social y ahora estaba recuperando el tiempo perdido. En cualquier caso, lo más preocupante era el abandono de la carrera (hacía ya tres meses que Samuel no pisaba la facultad). Me recomendó que, si quería que Samuel me escuchara, debía acercarme a él; quizás no sería una mala idea participar en alguna de las reuniones del Tolkien Mellyn Club.

Aunque al principio la idea me pareció una locura, cuando hablé con Jordi decidimos intentarlo. Y para mi sorpresa me empezó a interesar el tema. Al fin y al cabo, Tolkien había sido también profesor universitario de literatura. Por otra parte, como filóloga me pareció apasionante leer la obra de un escritor que había inventado varias lenguas, con su gramática completa.

Samuel me aceptó en su club encantado. Era la única forma de comunicarme con él, ya que no hablaba de ningún otro tema.

Samuel llevaba varios días levantándose temprano y conectándose a Internet casi sin desayunar. El problema ahora es que seguía acostándose tarde. Pero «por algo se empieza, al menos tiene disciplina para levantarse», pensamos nosotros.

Las reuniones del Tolkien Mellyn Club eran bastante interesantes, pero Samuel siempre intentaba imponer su opinión a toda costa y generalmente lo conseguía. Para mi sorpresa, ahora era un líder. Cuando hablaba, con un discurso complejo y veloz, sus compañeros casi siempre le escuchaban y asentían. Yo intentaba hacer lo mismo, pero era difícil porque cada vez incluía más palabras en sindarín. «Vaya don de lenguas», recuerdo que pensé.

Samuel había cambiado, en parte para bien: ahora tenía amigos, era sociable y gracioso, y tenía don de gentes. Incluso se

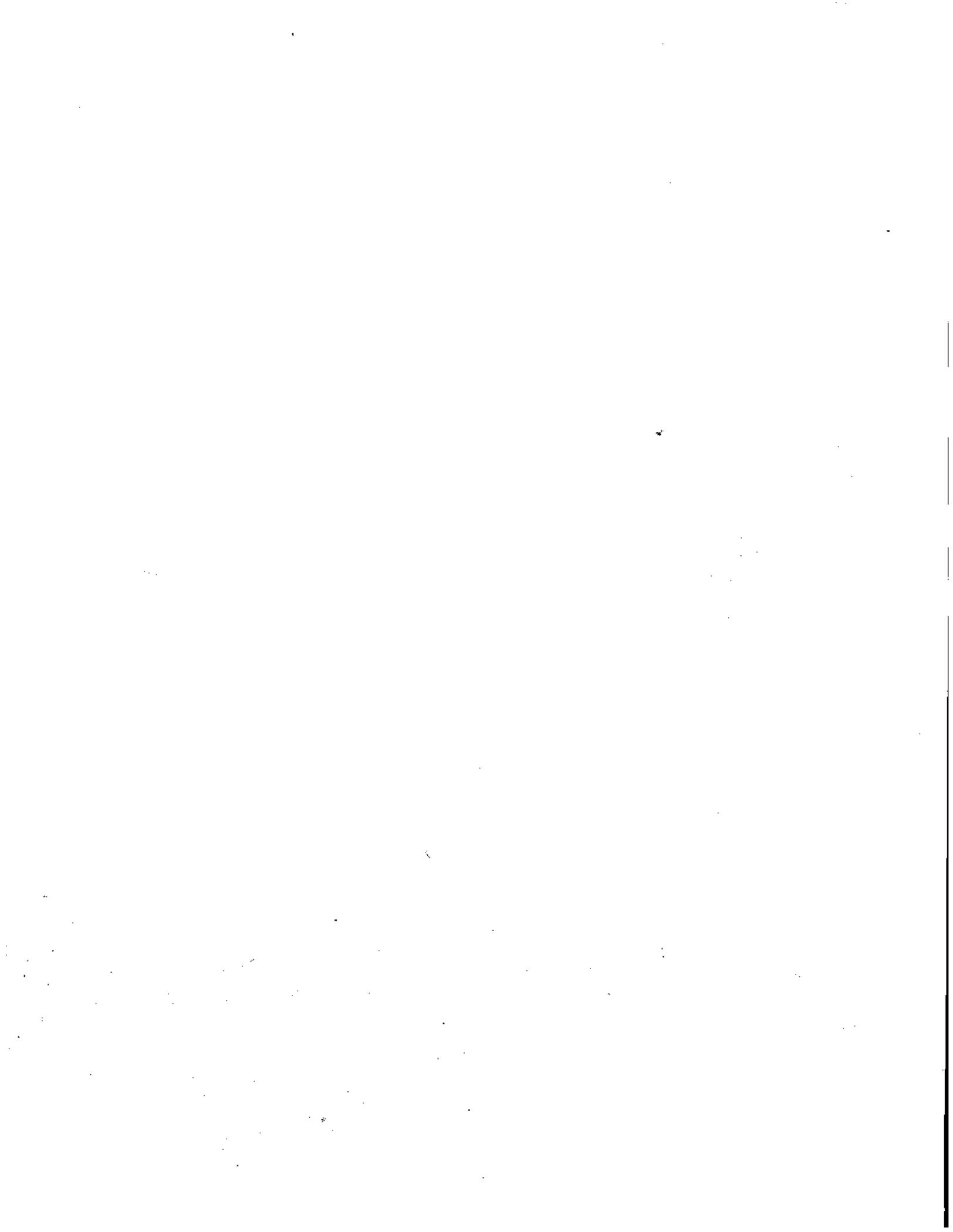
fue a pasar un fin de semana a Zaragoza con una chica que había conocido en un foro de Tolkien por Internet. El lado negativo era el hecho de que había abandonado la carrera y no quería volver a la facultad porque «estaba llena de traidores». Pero no sería la primera persona en perder un año de universidad. Al menos ahora se relacionaba con gente y se le veía feliz.

Hasta que todo explotó en una reunión del Tolkien Mellyn Club en la que alguien llevó la contraria a Samuel. Se puso a gritar como un poseso, rompió parte de la maqueta y echó a todos sus compañeros de casa, llamándoles «nibin» («mezquinos», en sindarín).

Se encerró en su habitación y se quedó encerrado ahí durante dos días, haciendo mucho ruido. Cuando salió, llevaba el pecho desnudo y en él había pintado la palabra «ilúve» («totalidad» en sindarín).

Jordi y yo comprendimos, sin duda demasiado tarde, que Samuel estaba enfermo. No sin problemas, le convencimos para llevarle al hospital (le dijimos que alguien importante quería hablar con él, y para nuestra sorpresa se lo creyó). Acabó ingresado, con el diagnóstico de manía psicótica.

Cuando regresamos Jordi y yo a casa, después de dejar a Samuel ingresado, tuvimos ambos una sensación muy peculiar; no hacía ni cinco horas desde que habíamos salido hacia el hospital, pero la casa nos parecía como ajena. Era esa extraña sensación que tienes cuando entras en un lugar que ha sido muy familiar para ti, pero que no visitas desde hace tiempo. Era nuestro comedor, con su maqueta de Tolkien y su desorden reciente, pero no lo era. Era la habitación de Samuel, con sus pósteres de mundos de fantasía y su ordenador aún encendido, pero no lo era. Sin decir nada, empezamos a desmontar la ma-



Conocí a Pablo a los 15 años y me enamoré perdidamente de él. Era el chico ideal: guapo, divertido, inteligente, buen estudiante y buen deportista. Y muy romántico. Todas las de la clase íbamos detrás de él, creo, pero yo me adelanté. Empezamos a salir más o menos formalmente a los 17 años. Luego llegó la universidad; él ingeniería y yo económicas. Pablo se graduó en sólo cuatro años, cuando la carrera duraba cinco. Yo me gradué en siete, porque repetí varias asignaturas. A poco de terminar la carrera, nos casamos. Pablo tenía un empleo muy bueno, con mucha proyección. Fuimos muy felices; al año me quedé embarazada de mi hija, Mariana, y al poco de mi hijo, Jesús. En aquel momento decidimos que sería mejor que yo me ocupara de los niños y Pablo siguiera trabajando. Ahora creo que no fue una buena decisión.

Pablo estaba como obsesionado con su trabajo. La realidad es que le iba muy bien y ganaba mucho dinero, pero cada vez le dedicaba más horas. Al cabo de un par de años, Pablo decidió dejar su empresa y montar su propia consultora. Apparentemente era una buena idea. Pero ahora veo que fue el principio del fin. Pablo dedicaba aún más horas a su trabajo, quitándolas del tiempo que nos dedicaba a los niños y a mí e incluso robándolas de sus horas de sueño. Al cabo de unos meses, su consultora había crecido, tenía seis empleados y había duplicado en un año su facturación. A los dos años, Pablo fue elegido empresario del año por la Cámara de Comercio de la ciudad y se animó a crear una segunda empresa de gestión administrativa. Esto no hizo sino empeorar las cosas, pues estaba casi siempre fuera de casa y no llamaba nunca. Cuando llegaba por la noche estaba callado, como absorto en sus cosas. Cenaba rápido y enseguida se enganchaba al ordenador, a

preparar planes de negocio, memorándums y, según supe más tarde, jugar a la bolsa por Internet. Rara vez se iba a dormir antes de las dos o las tres de la mañana, aunque seguía levantándose a las seis y media de la mañana. Los fines de semana la cosa no mejoraba. Cuando hablaba lo hacía siempre de trabajo. Estaba irascible, cortante, brusco. Era como si los niños no existieran para él; nunca jugaba con ellos y si les dirigía la palabra generalmente era para decirles de mala manera lo que habían hecho mal. Si íbamos a comer con amigos, siempre bebía demasiado y entonces sí que hablaba... generalmente para humillar al resto de comensales, haciéndoles ver lo buen empresario que él era y lo «inútiles» y «mediocres» (siempre en sus palabras) que eran ellos. No hay ni que decir que nuestros amigos dejaron de llamarnos al cabo de poco tiempo. Éste no era el Pablo que yo había conocido: su capacidad de liderazgo se había transformado en agresividad y prepotencia, su habitual buen humor y carácter alegre, en sarcasmo. Su energía en hiperactividad. Su capacidad para planificar, en ideas de grandeza. Apenas dormía.

Al cabo de pocas semanas, Pablo bebía a diario. Me enteré luego de que consumía también cocaína, en grandes cantidades, según me confesó después, «para tener la mente clara en el trabajo». Adelgazó. Sus ojos tenían una mirada especial, penetrante pero ausente, no sé bien cómo definirla. Descuidó por completo su aspecto físico.

Pero eso no era lo peor. Pablo tenía la idea de que sabía leer «el flujo universal del dinero» y utilizaba ese «conocimiento» para hacer todo tipo de inversiones arriesgadas y apuestas deportivas por Internet que, invariablemente, nos conducían a perder grandes sumas de dinero. Su empresa y su consultora entraron en franca crisis.

Intenté hablar con él: hacerle ver lo erróneo de su conducta, lo absurdo de sus inversiones... fue peor. Pablo me contestó airadamente, lo recuerdo con todas las palabras: «Tú qué coño vas a saber, economista de pacotilla, si bastante esfuerzo te costó acabar la carrera y no has ejercido en la puta vida... señora mamita de sus hijitos... Maruja de los cojones... Ahora la señorita sabe más que el Empresario del Año... métete en tu ropa, tu plancha y tu cocina... y dame las gracias».

Aquello fue un mazazo. Humillante. Cogí cuatro cosas y a los niños y me fui de casa. Mi hermana me acogió. Se lo conté todo. Para mi sorpresa, ella y su marido ya hacía prácticamente un año que se daban cuenta de lo mal que estaba Pablo. Me sentí tonta; parecía ser la última en enterarme de lo que pasaba en mi propia casa.

Mi cuñado Ramón es médico, aunque no ejerce y trabaja en un laboratorio farmacéutico. Me dijo que probablemente Pablo era un alcohólico o tenía problemas de depresión o personalidad. Que, en cualquier caso, debía consultar con un psiquiatra. Se ofreció a hablar con él. Yo acepté desesperada.

Ramón fue a visitar a Pablo a casa al cabo de algunos días, porque Pablo fue aplazando la visita, dándole largas con cualquier excusa, hasta que al final Ramón se presentó por sorpresa. Lo que me contó después parecía sacado de un cuento de terror. En sólo una semana, la casa estaba destrozada. Pablo había movido los muebles del comedor de tal forma que quedaba una pared completamente desnuda, en la que había dibujado extraños gráficos (los pude ver después, cuando le ingresamos) y fórmulas matemáticas. El suelo de la casa estaba lleno de papeles, colillas de cigarrillo (y eso que él nunca había fumado), restos de comida y latas de Red Bull. En la mesilla de

noche Pablo había dejado, descuidadamente, dos rayas de cocaína (tuvo la cara dura de invitar a Ramón a consumir, y al negarse éste, se las tomó él, como si nada). El ordenador estaba desmontado; Pablo le contó que su anterior empresa le había introducido un decodificador espía en el disco duro y tuvo que desmontarlo. La cocina no estaba mejor: el microondas estaba también desmontado y el resto de la cocina absolutamente desorganizado. Ramón se fijó en que todos los grifos estaban taponados con silicona y le preguntó a Pablo por qué. Se limitó a contestarle «no lo entenderías, no sabes nada de ingeniería». Las habitaciones de los niños, según pude ver luego, estaban intactas, exactamente como las había dejado yo. Durante el ingreso, Pablo les contó a los doctores que sus hijos eran ángeles que podían vivir con el cuerpo en un sitio —en este caso con su madre— y el espíritu en otro —con él—. Por eso dejó sus habitaciones preparadas para ellos.

Ramón intentó hacerle ver lo anormal que era su conducta, y que quizás estaba enfermo. Al oír esa palabra, Pablo le contestó de forma destemplada: «¿Enfermo? ¿Loco? Y lo dice usted, doctor sin pacientes... asalariado de mierda... para hablar conmigo deberías pedir turno, gilipollas... hombre, qué... ¿te estás tirando a la putita de mi mujer, ahora que está en tu casa? Ahora lo entiendo todo... a ti siempre te gustó ella, siempre me envidiaste... ahora me ingresas y te quedas con ella y con mis empresas y proyectos... un plan perfecto, doctor Zhivago, vago de mierda». Acto seguido Pablo cogió a Ramón por los brazos, con una fuerza que le sorprendió a él mismo, algo más corpulento. Pablo tenía una energía descomunal y le empujaba sin parar hacia la puerta: cuando se intentó resistir, le pegó un puñetazo y le echó de casa.

Ramón regresó muy nervioso y me lo contó todo. Estaba aún peor de lo que creíamos. Yo me eché a llorar desesperada. Cuando mi hermana, Ramón y yo nos hubimos calmado, llamamos a un amigo médico de Ramón, que nos dijo que había que llevarle a urgencias por la fuerza... ¿Pero cómo hacerlo?

Por suerte o por desgracia, no tuvimos que tomar ninguna decisión... Al cabo de veinticuatro horas, desesperados por la respuesta de la guardia urbana y la policía, que nos dijeron que hacía falta una orden judicial para derribar la puerta del piso, en el que creíamos que se había encerrado, nos llamaron del Hospital Provincial... Pablo estaba en urgencias, en observación psiquiátrica.

Al parecer, Pablo había sido detenido por la policía tras organizar un altercado en un gran centro comercial: entró en la zona de informática de forma airada, y se puso a gritar proclamas acerca de una conspiración de Microsoft y Apple para controlar sus finanzas y apoderarse de sus empresas.

Cuando llegamos, Pablo ya le había contado al psiquiatra cómo creía que las grandes multinacionales de la informática manipulaban su acceso a Internet para hacerle perder dinero, pero que tenía un plan para vencerles. Me impresionó mucho verle en la sala de urgencias, atado a la camilla, ya que se había agitado y había intentado agredir a los guardias y a los médicos. Acabó ingresado.

Al cabo de unos días tuve una entrevista con el psiquiatra que trataba a Pablo. Lo que me dijo cambió mi forma de ver las cosas: Pablo padecía un episodio de manía psicótica, parte de un trastorno bipolar de tipo I. Así que realmente estaba enfermo, como sospechábamos. Fue la primera vez que escuché la palabra «bipolar», que ahora forma parte de mi vida.

Pablo estuvo ingresado dos semanas; los médicos me dieron permiso para empezar a visitarle a partir del quinto día. Pablo era otra persona: estaba sedado y tenía pinta de ir drogado, pero aunque su discurso seguía siendo incoherente, su mirada era menos rara que hacía sólo diez días.

Cuando salí del hospital fuimos juntos a visitar a un psiquiatra especialista en trastornos bipolares. Confirmó el diagnóstico. Debía de verme muy angustiada con el caso, porque quiso hablar conmigo a solas. Me explicó que el trastorno bipolar es una enfermedad mental grave pero tratable, y que a pesar de que sea crónica existían medicaciones para que lo que había sucedido no se repitiera, al menos no con la misma gravedad. Me recomendó que ambos nos visitáramos con un psicólogo especialista en trastornos bipolares.

La visita con el psicólogo me aclaró muchas cosas: Pablo no era responsable de su conducta durante al menos los dos últimos meses. Estaba bajo los efectos de la manía, y era la enfermedad la que tomaba las decisiones por él. Algo parecido ocurría con el consumo de cocaína y alcohol; había que ponerlo todo en el contexto de la enfermedad. Y, para acabar, aunque me resultara especialmente duro, tenía que intentar olvidar todos los enfrentamientos y malas palabras por parte de Pablo, ya que él no era responsable de los mismos.

Pablo me pidió perdón, al cabo de unas semanas. Llorando. También pidió perdón a Ramón. Estaba muy avergonzado de su conducta, a pesar de que los doctores intentaban explicarle que se debía a una alteración bioquímica. Además, nos habíamos arruinado; antes de la manía éramos una familia con bastantes posibles, y ahora estábamos casi en números rojos, con la casa destrozada y con Pablo sin trabajo. Todo eso hundió a

Pablo: se deprimió. Tardó cuatro meses en salir de la depresión. Mi familia nos ayudó mucho. La familia de Pablo nos dio la espalda. Al cabo de unos años nos hemos enterado de que su abuelo paterno había muerto por suicidio, aunque la familia lo había guardado en secreto. Su padre tampoco creo que esté muy bien, pero no se visita con un psiquiatra.

Pablo seguía visitándose con el psiquiatra —una vez cada dos meses— y el psicólogo —una vez cada quince días—. Cuando le dieron permiso para trabajar, buscó trabajo en una empresa en la que había trabajado hace años; no tenía un lugar de máxima responsabilidad y estaba razonablemente bien pagado.

Quizás mi suerte fue que Pablo entendió enseguida la gravedad de la situación. Admitió la enfermedad y toma la medicación a rajatabla.

Su conducta ha cambiado espectacularmente, no ya si la comparo con la manía, sino incluso cuando la comparo con el Pablo de dos años antes de la enfermedad. Ahora limita mucho más el tiempo que dedica al trabajo, me consulta las cosas y hablamos de todo. Además, yo he empezado a trabajar en una empresa —nos hacía mucha falta el dinero— y creo que ahora me respeta más. El trato con los niños es excelente; ahora tienen un muy buen padre.

Creo que el psicólogo le ha prohibido que se conecte a Internet a partir de las seis de la tarde, y eso también ha sido un gran cambio.

A mí me ha costado un poco perdonarle por todo lo que hizo; es decir, le perdoné enseguida en voz alta, pero han tenido que pasar varios meses para que deje de estar enojada y rencorosa. Yo también estoy yendo a un psicólogo para aprender

a manejar la enfermedad de Pablo. Y voy también a un grupo de familiares de bipolares, donde me encuentro con personas en situaciones similares. Finalmente, entiendo el porqué de muchas cosas, ya no sólo de la manía, sino de antes.

En definitiva, creo que Pablo es ahora mejor persona, marido y padre que hace dos años. Se conoce muy bien a sí mismo y sabe cuándo parar. Vuelve a ser el hombre fabuloso del que me enamoré.

No sé si esto es gracias a la enfermedad. Creo que no. Pero el hecho de estar enfermo le ha obligado a tomar más conciencia de sí mismo, a medir las consecuencias de sus actos y a disfrutar de las pequeñas cosas positivas de la vida.

No creo que vuelva a ser Empresario del Año. Pero es un marido para toda la vida.

*Carmen, 45 años.*



## Capítulo XVI

### TRATAMIENTO

*La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento,  
sino también en la destreza de aplicar  
los conocimientos en la práctica.*

ARISTÓTELES

#### LOS FÁRMACOS

Existen tres tipos de tratamiento para el trastorno bipolar: los fármacos, las terapéuticas biofísicas (como la terapia electroconvulsiva, entre otras) y la psicoterapia. La diferencia es que los fármacos son imprescindibles, las terapias biofísicas son para casos de mala respuesta a los fármacos y la psicoterapia puede ser un complemento adecuado para algunos pacientes.

Pero ¿qué fármacos y qué psicoterapia? En otras palabras, ¿cómo sabemos los profesionales si un determinado fármaco es eficaz en el trastorno bipolar? Mediante la realización de ensayos clínicos. Un ensayo clínico es un experimento científico en el que se administra a dos grupos de pacientes con una misma patología dos tratamientos distintos (o un tratamiento comparado con la ausencia de tratamiento), a fin de extraer conclusiones sobre cuál de los dos es más eficaz y más seguro. Para realizar un ensayo clínico es necesario que los pacientes den su aprobación por escrito, una vez se les ha explicado en

qué consiste el experimento. La participación de un paciente es del todo voluntaria y puede abandonar el ensayo cuando lo crea preciso, sin tener que dar explicaciones y sin que eso redunde en la calidad del tratamiento que recibe. Este tipo de experimentos —generalmente realizados con cientos o hasta miles de pacientes en todo el mundo— son los que nos permiten saber qué tratamientos funcionan y cuáles no. En el fondo, es una forma que tiene la comunidad científica de proteger a los pacientes y evitar que se comercialice cualquier tipo de tratamiento ineficaz o inseguro. Los ensayos clínicos en pacientes se realizan una vez el fármaco en cuestión se ha mostrado seguro en animales de experimentación y en voluntarios sanos.

Respecto al uso de remedios naturales, homeopatía o flores de Bach, y en general de pretendidos tratamientos que no han sido debidamente testados, no podemos sino desaconsejar su uso, ya que no hay ninguna base empírica o científica que lo apoye. Dicho de otro modo: su eficacia no está demostrada. Es por ello que los profesionales honrados nunca utilizamos este tipo de remedios. ¿Cómo llamarían ustedes a alguien que tratara un cáncer o un infarto con reiki, meditación u homeopatía? Seguramente le llamarían delincuente, estafador o algo parecido. ¿Por qué, entonces, parece que con los trastornos mentales vale todo? ¿Por qué encontramos normal —y hasta enriquecedor— que en la psiquiatría convivan postulados científicos con otros puramente ideológicos sin ningún tipo de evidencia que los apoye? ¿Consideramos acaso que los trastornos mentales no son enfermedades médicas o que son menos graves? Como usted ya sabe, el trastorno bipolar puede provocar un gran sufrimiento, merma de la calidad de vida y hasta la

muerte, generalmente por suicidio. Las personas que padecen un trastorno bipolar tienen derecho a un tratamiento de calidad, validado científicamente, y en ningún caso la homeopatía, la acupuntura o las terapias naturistas o místico-orientalistas cumplen estos criterios. Del mismo modo que sería un engaño y un atentado a la dignidad de los pacientes oncológicos proponerles un tratamiento basado en la meditación o en la «vivencia del dolor» —y, lamentablemente, como profesionales nos hemos encontrado con estos casos—, también lo es proponerle a un paciente bipolar un tratamiento con productos naturales no testados científicamente, homeopatía, etcétera. Todo esto es válido también para las terapias psicológicas: el psicoanálisis, las terapias dinámicas o humanistas no han demostrado ninguna utilidad en los pacientes bipolares y, por lo tanto, en ningún caso se debe emplear este tipo de terapias en el trastorno bipolar. A fecha de hoy, las únicas intervenciones psicológicas que cuentan con evidencia científica en su favor son la psicoeducación (del paciente y la familia), la terapia interpersonal de ritmos sociales y, en menor medida, la terapia cognitivo-conductual.

Nosotros recomendamos siempre el uso de medicaciones e intervenciones psicológicas aprobadas para el tratamiento del trastorno bipolar, debidamente testados y que se someten a un estricto control de eficacia y seguridad. De todos modos, si usted decide tomar remedios herbales u homeopáticos debe recordar en cualquier caso que a estos productos no se les exige demostrar su eficacia (es decir, si funcionan) ni su seguridad (es decir, si son potencialmente dañinos) y que esto le expone a un riesgo importante de recaída.

#### RECUERDE QUE...

- Medicaciones y psicoterapia son tratamientos adecuados para el trastorno bipolar; la medicación es imprescindible, mientras que la psicoterapia suele ser un complemento necesario.
- El uso de remedios cuya eficacia no ha sido demostrada (homeopatía, flores de Bach, etcétera) está del todo desaconsejado.

#### PARA LA DEPRESIÓN

Una depresión es un estado patológico que debe ser tratado. Por varias razones. La primera y la más importante: para evitar su consecuencia más dramática, el suicidio. La inmensa mayoría de pacientes bipolares que realizan un intento de suicidio lo hacen cuando están deprimidos. Tratar correctamente una depresión bipolar es la mejor manera, por lo tanto, de evitar el riesgo suicida. Otra razón muy obvia para tratar una depresión bipolar es evitar el sufrimiento. La mayoría de nuestros pacientes definen la depresión como «el peor sufrimiento que le puede tocar vivir a un ser humano» o la peor etapa de su vida. Aun así, algunas personas postulan, a partir de posiciones absolutamente teóricas y acientíficas, ideas tales como que el sufrimiento es la manera que tiene lo divino de entrar en contacto con lo humano o que la depresión es una forma que tiene nuestra psique de hacernos saber que algo no funciona y que, por lo tanto, debe ser «vivida intensamente» más que tratada. Este tipo de ideas son del todo absurdas: consideramos al ser humano lo suficientemente apto para manejar su relación con la idea de lo divino —si es que desea vivirla— sin necesidad de intermediarios do-

lorosos y, por otra parte, consideramos la depresión bipolar como una enfermedad orgánica ajena a la relación del ser humano consigo mismo y completamente pertinente al balance neuroquímico de su cerebro. En este sentido, recordando lo que decíamos al principio del libro, la depresión no es un problema de la mente, sino una enfermedad del cerebro. En la medida en que es el órgano que produce la mente, los procesos mentales del individuo quedan afectados transitoriamente por la depresión, pero ello no significa que la «causa» sea la mente. La mente siempre es una consecuencia del cerebro. La mente deprimida es una consecuencia del cerebro deprimido. Tratar la depresión bipolar, como cualquier psicopatología, significa devolverle al individuo la libertad que la enfermedad le ha robado, no lo contrario.

Para tratar la depresión bipolar usamos fármacos de origen muy diverso: antipsicóticos con efecto antidepressivo y estabilizador, como la quetiapina, estabilizadores de predominancia antidepressiva, como la lamotrigina, y antidepressivos como los que se utilizan para la depresión unipolar —depresión sin hipomanía, manía o estados mixtos—, utilizados de un modo distinto, generalmente en combinación con un estabilizador del humor. Los tratamientos utilizados habitualmente para el tratamiento de la depresión bipolar son los siguientes:

### Antidepressivos

El uso de antidepressivos en la depresión bipolar es todavía un tema que genera cierta controversia entre los especialistas, ya que se ha argumentado que usarlos puede facilitar la aparición de

manía, hipomanía, episodios mixtos e incluso ciclación rápida, mientras que no usarlos deja al paciente muy expuesto al riesgo de suicidio y a la cronificación de determinados síntomas. En general, existe el consenso de que son necesarios en algunos casos, pero deben prescribirse con prudencia, dado el riesgo que comportan de provocar un cambio brusco de la depresión a la manía. Por ello, siempre debe ser el psiquiatra —y no el médico generalista, y mucho menos el propio paciente— el que prescriba antidepresivos en una depresión bipolar, ya que su manejo es algo más complejo que en el caso de otro tipo de enfermedades. Existen varios tipos de antidepresivos, que repasaremos a continuación:

### 1. *Antidepresivos tricíclicos*

Los antidepresivos tricíclicos se encuentran entre los psicofármacos sobre los que disponemos de mayor información y experiencia, ya que fueron descubiertos a finales de la década de los cuarenta y desde entonces han sido ampliamente utilizados. Los antidepresivos tricíclicos se llaman así por su particular estructura molecular, en la que destaca un núcleo de tres anillos. El primer tricíclico que se descubrió fue la imipramina, lo cual significó un gran avance en los conocimientos de la fisiopatología de la depresión.

En el caso de la depresión bipolar, los tricíclicos que más se utilizan son la imipramina (Tofranil), la clomipramina (Anafranil) y la amitriptilina (Triptyzol), que tienen una acción bastante similar. En general, podemos afirmar que los antidepresivos tricíclicos son los más potentes, pero también los que comportan un mayor número de efectos secundarios y un ma-

por riesgo de viraje maníaco, por lo que suelen reservarse para los casos más graves, o bien para los casos que no responden a otros fármacos.

### □ *¿Cómo funciona un antidepresivo tricíclico?*

La mayoría de los antidepresivos tricíclicos basa su acción en la disminución en la recaptación de serotonina y adrenalina, inhibiendo su recaptación en la misma medida. Ya hemos visto que tanto la serotonina como la adrenalina son dos neurotransmisores que juegan un papel muy importante en la depresión bipolar.

El problema de los tricíclicos es que no son unos fármacos «finos», sino todo lo contrario; son el Harry el Sucio de la farmacopea antidepresiva, ya que son muy poco selectivos: aparte de mejorar la transmisión serotoninérgica y noradrenérgica, alteran muchos otros neurotransmisores —por ejemplo, reducen la actividad colinérgica, y ya veremos que eso puede traer problemas—, por lo que tienen muchos efectos secundarios.

Cabe destacar que la ingesta de alimentos no afecta a la eficacia de los tricíclicos —es decir, se pueden tomar con las comidas o no—, pero son incompatibles con el consumo de alcohol (pero, igualmente, alguien que padece un trastorno bipolar o una depresión no debe beber).

### □ *Efectos secundarios*

Lo avanzábamos hace dos líneas: los efectos anticolinérgicos de los antidepresivos tricíclicos pueden ocasionar problemas y, de hecho, se desaconseja este tipo de fármacos en personas de edad avanzada (imagine el lector a Harry el Sucio ejerciendo de monitor

geriátrico y comprenderá el porqué de esta afirmación). No sólo eso; sabemos que los tricíclicos tienen también actividad antihistamínica y antiadrenoceptores, rasgos que no contribuyen en nada a mejorar la depresión y, por el contrario, pueden inducir un gran número de efectos secundarios. Los efectos indeseables que más comúnmente aparecen con el consumo de tricíclicos son:

- ❑ Sequedad de boca.
- ❑ Estreñimiento.
- ❑ Visión borrosa.
- ❑ Retención de orina.
- ❑ Problemas cognitivos.
- ❑ Problemas cardiovasculares (hipotensión, taquicardia y arritmias): la mayoría de los antidepresivos tricíclicos pueden producir distintas alteraciones del ritmo cardíaco y otros efectos cardiovasculares que, aunque son infrecuentes, desaconsejan su uso en pacientes con problemas cardiológicos. La hipotensión asociada a los tricíclicos es la que conocemos como hipotensión postural y se caracteriza por mareos repentinos al realizar un movimiento brusco (por ejemplo, levantarse súbitamente).
- ❑ Vértigo.
- ❑ Aumento de peso.
- ❑ Temblores.
- ❑ Somnolencia.
- ❑ Hipertensión ocular.
- ❑ Disfunciones sexuales.

Los efectos secundarios pueden aparecer al cabo de pocas horas de la primera toma. Por desgracia, prácticamente todos los

antidepresivos —tricíclicos o no— inician su acción terapéutica —empiezan a «funcionar»— mucho más tarde (al cabo de dos o tres semanas), lo que implica pedirle mucha paciencia a una persona deprimida que está en un estado desesperado. De hecho, en los dos o tres primeros días, el paciente puede tener la falsa percepción de que los fármacos le han empeorado, al ser éste el periodo de mayor intensidad de los efectos secundarios y no encontrar ninguna mejora anímica. Es imprescindible, por lo tanto, que tanto el paciente como su entorno sean conscientes de ello para poder esperar a que empiece la mejoría y no abandonar el tratamiento precozmente.

## 2. *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*

Hacia los años ochenta apareció en el mercado un nuevo tipo de antidepresivos, los ISRS, una especie de versión mejorada de los tricíclicos, con similar eficacia terapéutica y menos efectos secundarios. Los ISRS, también llamados antidepresivos de segunda generación, ofrecen muchas posibilidades para tratar la depresión bipolar, al tener un potencial de inducción de viraje maníaco menor que los tricíclicos y tener un perfil de interacción mucho más favorable, lo que significa que su manejo es menos complejo a la hora de tomarlos en combinación con otros fármacos. Los ISRS lograron, gracias a ello, una rápida introducción en el mercado y ganaron una gran popularidad, no solamente en ambientes médicos, en lo que se llamó «el boom Prozac» (tomando el nombre de la marca más popular del más popular de los ISRS: la fluoxetina). Precisamente esta estrategia de márketing se ha girado algunas veces en contra de los ISRS, que en no pocas ocasiones han sido banalizados como

drogas de la felicidad. Esto no es así en absoluto; dado que un antidepresivo ISRS no es, en absoluto, un estimulante, no tendrá ningún efecto sobre alguien que no esté deprimido. La Tabla 17 nos muestra los ISRS más utilizados y sus nombres comerciales.

*Tabla 17*

ISRS MÁS COMÚNMENTE USADOS	
SUSTANCIA ACTIVA	NOMBRE COMERCIAL
Fluoxetina.	Prozac, Adofen, Reneurón, Astrin, Nodepe y genéricos.
Sertralina.	Besitrán, Aremis, Sealdin y genéricos.
Paroxetina.	Seroxat, Motiván, Frosinor, Casbol y genéricos.
Fluvoxamina.	Dumirox.
Citalopram.	Seropram, Prisdal y genéricos.
Escitalopram.	Cipralext, Essertia.

□ *¿Cómo funcionan los ISRS?*

La principal diferencia entre los ISRS y los tricíclicos se basa en que los primeros, como su nombre indica, bloquean exclusivamente (de forma selectiva) la recaptación de serotonina en la membrana neuronal, sin alterar otros neurotransmisores. Por este motivo, tienen menos efectos secundarios sedativos, anticolinérgicos y cardiovasculares que los antidepresivos tricíclicos, por una

marcada disminución en la unión a receptores histamínicos, colinérgicos y adrenérgicos.

Como en el caso de los tricíclicos, la ingesta de alimentos no afecta la biodisponibilidad de los ISRS.

#### □ *Efectos secundarios*

Aunque ya hemos señalado que los ISRS son mucho mejor tolerados que los tricíclicos, ello no implica, por desgracia, que estén exentos de causar molestias a quien los toma. Estas molestias, generalmente, son más importantes en los primeros días de consumo y se van aliviando con el tiempo. La Tabla 18 nos muestra los efectos secundarios más comunes para cada ISRS.

*Tabla 18*

EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ISRS (RELACIÓN NO EXHAUSTIVA)	
SUSTANCIA ACTIVA	EFECTOS SECUNDARIOS COMUNES
Fluoxetina.	Témblor, mareo o sudoración; alteraciones gastrointestinales (pérdida del apetito, digestiones pesadas, diarrea o náuseas), cefalea (dolor de cabeza).
Sertralina.	Náuseas, diarrea, digestiones pesadas, temblor, vértigos, incremento de la sudoración, sequedad de boca y disfunción sexual (principalmente eyaculación retardada).



Paroxetina	Náuseas, sequedad de boca, estreñimiento cefalea, temblores, mareos, somnolencia, malestar estomacal, diarrea, estreñimiento, dolor de estómago, pirosis (acidez estomacal), sequedad en la boca, aumento de la sudoración, dolor o irregularidad en la menstruación.
Fluvoxamina.	Somnolencia, sequedad en la boca, malestar estomacal, cefalea, diarrea, estreñimiento, indigestión, temblores, problemas de eyaculación.
Citalopram.	Malestar estomacal, diarrea, vómitos, dolor de estómago, somnolencia, temblores, sequedad en la boca, aumento de la sudoración, pérdida del apetito.
Escitalopram.	Los mismos que citalopram.

Aunque son fármacos muy parecidos entre sí, existen pequeñas diferencias entre los distintos ISRS: la sertralina, por ejemplo, tiene riesgo bajo de interacciones, y por ello es uno de los fármacos más utilizados en gente mayor o en personas que toman varias medicaciones, la paroxetina es el que tiene un perfil más ansiolítico, la fluvoxamina es más antiobsesiva (y se utiliza relativamente poco en los trastornos bipolares), mientras que el citalopram podría ser el que tenga un menor potencial para provocar una hipomanía o una manía, quizás a costa de ser algo menos potente que el resto. Existe, afortunadamente, una versión mejorada del citalopram, con mayor potencia: el escitalopram. Sin duda, la estrella del grupo de los ISRS continúa siendo la fluoxetina, por su gran eficacia y seguridad. Ello explica por qué es el antidepresivo más utilizado y por qué existen tantos genéricos (en España se comercializan más de quince gené-

ricos de fluoxetina). Un genérico es básicamente la misma sustancia que un medicamento con nombre comercial, con la misma eficacia pero a un precio menor, ya que no ha tenido que pagar patente ni los gastos de investigación, pues, sencillamente, se comercializa cuando la patente de un determinado fármaco expira.

Aparte de usarse en los trastornos afectivos, los ISRS se utilizan también en otras enfermedades psiquiátricas como los trastornos por ansiedad generalizada, las crisis de pánico, la bulimia y el trastorno obsesivo-compulsivo.

### *3. Antidepresivos heterocíclicos, duales y no selectivos*

Este tipo de antidepresivos constituye una familia heterogénea; parte de ellos, como la maprotilina (Ludiomil) o la venlafaxina (Vandral, Dobupal), tienen una estructura molecular similar a la de los antidepresivos tricíclicos, mientras que otros, como la trazodona (Deprax) y el bupropión (Zintabac, Quonem) son claramente distintos. La mirtazapina (Rexer, Vastat) y la duloxetina (Cymbalta) también pertenecen a este grupo heterogéneo. Finalmente, existe un antidepresivo selectivo pero para la noradrenalina, que es la reboxetina (Norebox e Irenor). Su uso en la depresión bipolar varía mucho: mientras que la maprotilina y la trazodona no se utilizan prácticamente nunca, la venlafaxina es un fármaco ampliamente utilizado, que ofrece muy buenos resultados incluso con depresiones bipolares muy resistentes, mientras que el bupropión se utiliza poco en nuestro medio porque está indicado en el tabaquismo pero su coste no está sufragado por la Seguridad Social. La venlafaxina se reserva generalmente para casos de no-respuesta, sobre todo porque, entre los antidepresivos «modernos», es de los que tienen un mayor riesgo de inducir viraje maníaco.

### □ *¿Cómo funcionan estos antidepresivos?*

El lector ya se habrá dado cuenta de que esta categoría es, de algún modo, un «cajón de sastre» que agrupa los antidepresivos que no encajaban en otras categorías. Por ello, el mecanismo de acción de cada uno de estos antidepresivos es muy distinto. La maprotilina y sobre todo la reboxetina inhiben bastante selectivamente la recaptación de noradrenalina, lo cual significa que son antidepresivos muy «activadores». La trazodona tiene un mecanismo de acción que está más relacionado con inhibición de la recaptación de serotonina —se parecería más a los ISRS, por lo tanto— y se caracteriza por tener un perfil más ansiolítico y por su poder para inducir el sueño. Por ello, se utiliza bastante como hipnótico, sobre todo en pacientes deprimidos unipolares de edad avanzada, en los que las benzodiazepinas están desaconsejadas (por facilitar los problemas cognitivos y de memoria y por tener riesgo de provocar problemas respiratorios y caídas). En el caso de pacientes bipolares, dicho uso no estaría justificado. El bupropión inhibe, sobre todo, la recaptación de dopamina, pero también la de serotonina y noradrenalina en menor magnitud. Precisamente por su acción dopaminérgica, está muy indicado para pacientes que tengan que interrumpir algún hábito tóxico —dependencia de cocaína o, especialmente, tabaquismo— al intervenir en los mecanismos de recompensa dopaminérgicos que median en las adicciones. Es más, como ya hemos comentado, en España el bupropión no se comercializa como antidepresivo sino como medicación contra el tabaquismo, aspecto en el que es muy eficaz. No es aconsejable recetarlos a pacientes bipolares estabilizados o en fase maníaca, por el potencial riesgo de inducción de manía, aunque sí podría estar indicado en las fases depresivas.

Respecto a la venlafaxina, su mecanismo de acción es dual y pasa por la inhibición selectiva de la recaptación de serotonina y noradrenalina, lo que facilita que sea uno de los antidepresivos de acción más rápida, pero también que tenga un mayor potencial de inducción de viraje maniaco.

La duloxetina es el antidepresivo de aparición más reciente. Su acción es también dual, potenciando por igual a la noradrenalina y la serotonina. Es destacable su uso en pacientes con dolor neuropático.

#### □ *Efectos secundarios*

La trazodona puede producir somnolencia, como ya se ha indicado, astenia, hipotensión, dolor de cabeza, vértigo, sequedad de boca y problemas digestivos. En general, estos efectos son transitorios y no requieren la interrupción del tratamiento.

La principal ventaja del bupropión reside en que es el antidepresivo que menos hipotensión produce. Su mayor desventaja es su capacidad para provocar convulsiones (similares a un ataque de epilepsia). Sin embargo, si se administra adecuadamente, éstas sólo aparecen en un paciente de cada mil.

La maprotilina no tiene demasiados efectos secundarios, aunque cabe destacar las alteraciones del sueño, el estreñimiento y la sequedad de boca.

Respecto a la venlafaxina, sus efectos secundarios más comunes incluyen molestias digestivas, sequedad de boca, aumento de la sensibilidad de la piel a la luz solar, cambios en el apetito o peso, dolor de cabeza, estreñimiento, dificultad para orinar o necesidad de orinar con frecuencia, visión borrosa, cambios en la capacidad o deseo sexual y aumento de la sudoración.

La mirtazapina tiene como efectos secundarios más destacados el aumento del apetito, y por lo tanto de peso, y la somnolencia. Por ello, algunos psiquiatras utilizan estos efectos secundarios «a favor del paciente», es decir, recomendando mirtazapina para depresiones que cursan con insomnio y disminución del apetito.

Respecto a la duloxetina, es un fármaco no recomendado para pacientes con enfermedad renal o insuficiencia hepática (algo que también ocurre con muchos otros antidepresivos). Entre sus efectos secundarios destacan las náuseas, la sequedad de boca, estreñimiento o diarrea, acidez de estómago, pérdida del apetito, pérdida de peso, fatiga y somnolencia.

#### 4. *Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs)*

Los IMAOs son un tipo de antidepresivos muy eficaces pero escasamente utilizados, sobre todo debido a una particularidad: su peculiar mecanismo de acción, como veremos más adelante, obliga a los pacientes que están tomando IMAOs a tener que someterse a una dieta muy estricta, para evitar tomar alimentos que interaccionen con los mismos, ya que, de no hacerlo, los efectos adversos podrían ser muy graves. Debido a este motivo, estos fármacos han caído en cierto desuso. De hecho, en la actualidad, en España sólo se comercializan dos antidepresivos IMAOs, cuando en el pasado disponíamos de algunos más.

##### □ *¿Cómo funcionan los IMAOs?*

Los IMAOs son unos fármacos con un mecanismo de acción muy amplio y algo complejo. La monoaminooxidasa A

(MAO-A para los amigos) es la responsable de la degradación de la norepinefrina, la serotonina y la tiramina, mientras que la monoaminoxidasa B (MAO-B) es más selectiva en el metabolismo de la dopamina. Si inhibimos este factor de degradación MAO —que, como su nombre indica, es exactamente lo que hacen los inhibidores de la MAO— aumentará la concentración de todas estas sustancias en el espacio intersináptico (espacio entre una neurona A y otra B), con lo que mejorarán los síntomas depresivos. Su máximo efecto terapéutico se logra cuando el IMAO consigue inhibir la actividad de la MAO en un 80 por ciento, lo que habitualmente sucede tras dos semanas de tratamiento. Como tantas otras cosas en la vida, la inhibición de la enzima MAO puede ser irreversible o reversible. Las primeras IMAO eran todas irreversibles. Es decir, una vez que el fármaco se unía a la MAO lo hacía para siempre, con lo que la enzima quedaba paralizada irreparablemente, sin permitir la recuperación de la actividad enzimática en la terminal nerviosa, facilitando la síntesis de nuevas enzimas, con lo que la actividad del cerebro no se «normaliza» hasta al cabo de aproximadamente dos semanas. Por esta razón, después de interrumpir el tratamiento con IMAOs, se debe esperar dos semanas antes de volver a una dieta normal o empezar a tomar un fármaco que aumente el riesgo de crisis hipertensiva, lo que incluye prácticamente a todos los demás antidepressivos.

Existen dos subtipos de enzimas: MAO-A y MAO-B (tampoco aquí la ciencia es generosa en acrónimos). Estas enzimas difieren en su distribución en el organismo. Los IMAO tradicionales inhiben tanto la MAO-A como la MAO-B. Aparentemente, la acción antidepressiva se fundamenta en la inhibición de la MAO-A.

Lo malo es que la inhibición irreversible de la MAO permite la acumulación de tiramina y se pierde el metabolismo protector de primer paso que protege contra la tiramina de las comidas. Una acumulación de tiramina aumenta de forma espectacular el riesgo de crisis hipertensivas, por lo que un paciente que esté tomando IMAOs debe evitar a toda costa en las comidas este tipo de alimentos (véase Tabla 19). Por este motivo, a pesar de su gran eficacia, estos fármacos han sido poco utilizados; aunque lo cierto es que en la depresión bipolar tienen un riesgo bastante alto de inducir un viraje (hipo)maníaco.

#### □ *Efectos secundarios*

Los IMAOs más utilizados son, sin duda, la fenelzina —IMAO irreversible que dejó de comercializarse en España a mediados de los noventa—, la tranilcipromina (Parnate) y la moclobemida (Manerix) —un IMAO reversible que permite una dieta normal y ser sustituido más rápidamente por un antidepresivo de otra familia que la fenelzina o la tranilcipromina—.

Todos estos fármacos pueden provocar sequedad de boca, hipotensión, disfunciones sexuales o molestias digestivas. La moclobemida puede inducir visión borrosa, mareos, dolores de cabeza, náuseas, problemas hormonales y aumento de peso.

Pero, sin lugar a dudas, el principal y más temido efecto secundario de los IMAOs es la crisis hipertensiva que pueden desencadenar si se toman en combinación con determinados alimentos (Tabla 19) o fármacos (Tabla 20). La crisis hipertensiva se puede identificar fácilmente por un aumento o disminución súbita de la frecuencia cardíaca (palpitaciones), dolor

de cabeza muy intenso, rigidez de cuello, fobia a la luz, dilatación de las pupilas, sensación de mucho calor con la piel fría, sudoración excesiva, náuseas, vómitos, sangrado nasal y dolor en el pecho. En el caso de que se produzca esta complicación, el paciente debe acudir de inmediato a urgencias, ya que, en los peores casos, esta hipertensión puede provocar un infarto cerebral, que puede llegar a provocar incluso la muerte.

*Tabla 19*

**ALIMENTOS QUE SE DEBEN EVITAR SI SE ESTÁ TOMANDO IMAOS (RELACIÓN NO EXHAUSTIVA)**

- Alimentos fermentados o curados.
- Queso.
- Embutidos (cecina, mortadela, salami, chorizo, salchichas, salchichón).
- Paté (foie-gras).
- Carnes, aves o pescados que estén ahumados o escabechados (arenque, caballa, salmón, sardinas, atún).
- Hígado (ternera, buey y pollo).
- Salsa de soja.
- Extractos de carne (pastillas para el caldo, etcétera).
- Tofu.
- Fruta demasiado madura (sobre todo plátanos y aguacates).
- Cerveza, vino tinto (y también algunos blancos) y otras bebidas alcohólicas.
- Refrescos de cola.
- Bebidas refrescantes edulcoradas con Ciclamato.
- Café, té.
- Chocolate.

*Tabla 20*

**FÁRMACOS QUE SE DEBEN EVITAR SI SE ESTÁ TOMANDO UN IMAO (RELACIÓN NO EXHAUSTIVA)**

- Fármacos habituales para el resfriado.
- Antihistamínicos (fármacos para la alergia).
- Antidepresivos ISRS, tricíclicos o venlafaxina.
- Estimulantes (efedrina, pseudoefedrina, fenilefrina).
- Analgésicos narcóticos como la meperidina.
- Otros analgésicos como el propoxifeno.
- Medicamentos betabloqueadores (como el acebutolol, atenolol, bataxolol, penbutolol, carteolol, bisoprolol, pindolol, metoprolol, timolol, sotalol, nadolol o propranolol).
- Medicamentos para la diabetes (insulina, acetohexamida, clorpropamida, tolazamida, tolbutamida, glibenclamida o glipizida).
- Medicamentos para la hipertensión, incluyendo diuréticos y guanetidina.
- Medicamentos para la enfermedad de Parkinson, como la levodopa.
- Relajantes musculares.
- Medicamentos tiroideos.
- Algunas vitaminas.

\* Nota: recuerde que debe consultar a su médico ante cualquier nueva prescripción.

## **Lamotrigina**

Aparte de los antidepresivos, en los últimos años ha aparecido una nueva opción en el tratamiento de la depresión bipolar. Se trata de la lamotrigina (Lamictal, Labileno, Crisomet), un fármaco anticonvulsivo —utilizado, por lo tanto en el tratamiento de la epilepsia— que se ha mostrado muy eficaz para prevenir las

recaídas depresivas en el trastorno bipolar y útil para tratar algunas depresiones bipolares. Su principal ventaja reside en que, al no ser un antidepresivo al uso, no tiene prácticamente ningún riesgo de provocar un cambio de fase (un viraje maníaco), por lo que es un fármaco muy seguro incluso para aquellos pacientes con máximo riesgo de viraje. Como inconveniente podemos citar que, por su peculiar perfil de efectos secundarios, la lamotrigina debe introducirse muy lentamente, de tal manera que —como media— sólo podemos alcanzar las dosis deseadas (unos 200 miligramos por día) a partir de las ocho semanas de tratamiento, ya que sólo podemos aumentar la dosis a razón de 25 miligramos/día por semana, lo que ralentiza demasiado el tratamiento. Por eso la lamotrigina es mejor fármaco para prevenir las depresiones que para tratarlas.

#### □ *Efectos secundarios*

Probablemente el efecto adverso más importante de la lamotrigina es la reacción alérgica en forma de sarpullido severo que pueden presentar entre dos y diez de cada cien pacientes, aunque este riesgo se puede minimizar aumentando las dosis de forma muy lenta semana a semana, como ya hemos indicado. Sin embargo, en los casos más graves, si no se detecta a tiempo, el paciente puede llegar a presentar una reacción dermatológica mucho más grave, conocida como síndrome de Steven-Johnson, que puede causar incluso la muerte del afectado si no se controla debidamente. Por ello, debemos alertar a todos nuestros pacientes que toman lamotrigina que deben vigilar si durante las primeras semanas de tratamiento aparecen en su piel granitos rojos o picores, y si ello sucede deben avisarnos cuanto antes

(sobre todo si dichos granitos aparecen en mucosas, como la boca). Otros efectos secundarios —realmente infrecuentes, ya que la lamotrigina suele ser muy bien tolerada por nuestros pacientes— serían somnolencia, malestar estomacal, vómitos, diarrea, cambios en el equilibrio, cambios en la percepción del sabor, cambios en el apetito y dolor de cabeza.

## Otros tratamientos farmacológicos para la depresión bipolar

Aparte de los antidepresivos tradicionales y de la lamotrigina, existen otros tratamientos que están empezando a demostrar eficacia en el tratamiento de la depresión bipolar. Entre ellos destacan dos fármacos que, en principio, habían sido concebidos como antipsicóticos o antimaníacos, pero posteriormente han demostrado también eficacia en el tratamiento de la depresión bipolar. Se trata de la olanzapina (Zyprexa) y especialmente la quetiapina (Seroquel), que usadas en dosis moderadas pueden ser de gran utilidad en determinados tipos de depresión bipolar, especialmente si hay irritabilidad. Posteriormente revisaremos ambos fármacos con mayor detalle en el apartado dedicado al tratamiento farmacológico de la manía, pero baste destacar que son muy útiles sobre todo en pacientes con un gran riesgo de viraje, con tendencia a sufrir ciclación rápida o que habitualmente presentan síntomas psicóticos.

El litio, el valproato y algunos otros fármacos pueden usarse para las depresiones bipolares, aunque lo más común es que se usen para la prevención más que para el tratamiento agudo.

#### RECUERDE QUE...

- Los antidepresivos, especialmente los ISRS y la venlafaxina, son tratamientos adecuados para la depresión bipolar, pero deben ser usados con cautela, por el riesgo de provocar un cambio a manía o ciclación rápida.
- Otros tratamientos cada vez más usados son la lamotrigina, la olanzapina y la quetiapina.

#### PARA LA MANÍA

### Neurolépticos clásicos

La historia del tratamiento de la manía está estrechamente unida a la del tratamiento de cualquier psicosis (aunque la manía no siempre puede considerarse como psicosis) debido sobre todo a que, durante mucho tiempo, no se diferenció claramente entre los distintos tipos de psicosis. Así, durante la segunda mitad del siglo XIX, los psiquiatras de la época intentaban tratar —con escaso éxito, nos tememos— a sus pacientes con sustancias como el opio, la morfina, la cocaína, el hachís o la codeína —con lo que el ambiente de una sala de ingreso debía asemejarse más a una *rave* ilegal que a un hospital—, además de con tintura de digital, el hidrato de cloral y bromuros. Más tarde, en la primera mitad del siglo XX, se intentaron utilizar otras técnicas, como causar fiebre por paludización, aplicación de tuberculina o inducción de abscesos con trementina y otras técnicas de choque (como duchas heladas o comas insulínicos).

En la segunda mitad del siglo aparecen los primeros neurolépticos, que representaron un cambio importantísimo en la manera en la que la sociedad veía a los enfermos psiquiátricos y permitieron que muchos pacientes pudieran hacer una vida relativamente normal sin tener que permanecer ingresados de por vida en un hospital psiquiátrico. Hasta la última década del siglo xx, los neurolépticos clásicos como la clorpromazina, la perfenazina, la tioridazina, el haloperidol o la clotiapina jugaban un papel vital en el tratamiento de la manía. Tras la aparición de los antipsicóticos atípicos, más seguros, con eficacia comparable y menos efectos secundarios, tan sólo los dos últimos siguen siendo de cierta utilidad en el tratamiento actual de la manía, y por ello conviene comentarlos brevemente.

### *¿Cómo funciona un neuroléptico?*

Convengamos que Suecia es un lugar frío, con muchas horas de oscuridad y con fútbol de escasa calidad. Lund es un pueblecito sueco que se encuentra prácticamente en la frontera con Dinamarca. Los autores de este libro hemos estado allí y hemos podido constatar que hay una única sala de cine, dos bares y ninguna bolera. La oferta lúdica no debía de ser mucho mayor en 1957, cuando el equipo de farmacólogos liderado por el doctor Arvid Carlsson en la Universidad de Lund descubrió —probablemente por aburrimiento o tratando de destilar vodka en el laboratorio— que la dopamina era un neurotransmisor cerebral. Además, se sabía que las anfetaminas, que potenciaban la acción de la dopamina, empeoraban considerablemente la sintomatología psicótica. Como dormirse en los laureles podía tener como resultado la muerte por congelación, unos años más tarde, en 1963, el propio

Carlsson —que había emigrado a la Universidad de Gotemburgo en busca de algo de acción, posiblemente al no haber encontrado ningún billete para Santo Domingo o Tenerife— y la doctora Margit Lindqvist demostraron en investigaciones con animales que los niveles cerebrales de dopamina variaban al administrar neurolépticos. Estos descubrimientos, unidos a otros similares realizados en Estados Unidos, fueron claves para entender la fisiopatología de la psicosis (es decir, cómo funciona el cerebro de alguien cuando se pone psicótico) y cómo debe funcionar un tratamiento antipsicótico. Y, a grandes rasgos, un tratamiento neuroléptico clásico funciona bloqueando el receptor dopaminérgico  $D_2$ , aunque este hallazgo ha sido largamente discutido con posterioridad, ya que, de hecho, los síntomas negativos de la esquizofrenia están precisamente relacionados con un déficit de función dopaminérgica en la corteza prefrontal. En todo caso, este bloqueo de receptores dopaminérgicos  $D_2$  en los ganglios basales parece producir gran parte de los efectos extrapiramidales, mientras que, curiosamente, otras complicaciones frecuentes como la distonía se explican como consecuencia de un exceso de producción de dopamina, que sería debido a una liberación compensatoria del propio cerebro. Como ven, ni los fármacos aparentemente más sencillos son simples. Los autores de este libro hemos tenido el privilegio de participar en reuniones científicas con el profesor Carlsson, que obtuvo el Premio Nobel por su descubrimiento.

### 1. *Haloperidol*

El 11 de febrero de 1958 el doctor Bert Hermans, miembro del equipo de farmacólogos del doctor Paul Janssen, descubre un producto aparentemente más potente que la clorpromazina, que

en aquella época era el mejor neuroléptico existente. Aunque habían iniciado las investigaciones dispuestos en principio a encontrar un buen fármaco analgésico —para calmar el dolor—, no se puede decir que la síntesis del R1625 (nombre de trabajo de la molécula) fuera casualidad: antes de ella habían sintetizado y probado 438 productos similares que no les acabaron de convencer. Tampoco era demasiado convincente el nombre de R1625 —ignoramos por qué, nos parece un nombre con gancho— y acabaron llamando a la molécula, obviamente, haloperidol.

Lo curioso del caso es que todas las investigaciones que llevaron al equipo de Paul Janssen a sintetizar el haloperidol se iniciaron con investigaciones sobre la analgesia —concretamente se intentaba modificar la estructura de la dolantina para hacerla más potente—, pero acabaron llevando al equipo a ser un puntal de la psicofarmacología, a pesar de que el propio Paul Janssen no sentía un especial aprecio por la psiquiatría ni los psiquiatras: cuenta que el único psiquiatra que conoció en la Facultad de Medicina le pareció «bastante loco» (palabras literales de Janssen, suponemos que en flamenco), por lo que sólo acudió a una clase de psiquiatría en toda la carrera.

El caso es que, modificando la estructura de la dolantina, descubrieron que las butirofenonas podían ser buenos neurolépticos y decidieron probarlas a partir de un experimento que se le ocurrió a Paul Janssen gracias a su afición al ciclismo. ¿Por qué? El lector no debe ser tan ingenuo como para pensar que el *doping* en el ciclismo es cosa de hace dos días y lo inventaron los franceses: en los cincuenta y sesenta los ciclistas solían consumir anfetaminas para mejorar su rendimiento, por lo que solían terminar las etapas, más que «locos de contento» por haber ganado, completamente psicóticos. Paul Janssen había encontrado la ma-

nera de volver psicótica a una rata: darle anfetaminas. Este descubrimiento, aparte de mantenerle entretenido unas cuantas tardes si la oferta televisiva no le fascinaba, le permitió poder experimentar sus antipsicóticos de forma segura con ratones. Un gran paso para la humanidad y un día funesto para los ratones. Sus experimentos con ratones le confirmaron que su producto era un antipsicótico. Ignoramos si llegó a probarlo en ciclistas.

El siguiente paso era probarlo en pacientes, fueran o no ciclistas. Para ello, Janssen cedió varios viales de haloperidol a un hospital de Lieja. Como el psiquiatra de la época todavía no estaba acostumbrado al uso de este tipo de medicaciones, el haloperidol estuvo abandonado varios meses en un almacén, hasta que una noche ingresó un paciente tan psicótico y agitado que «mereció» el nuevo tratamiento. A la mañana siguiente, la psicosis había desaparecido. A partir de este caso anecdótico, se empezó a usar el haloperidol de forma regular con todo tipo de pacientes psicóticos y agitados, incluidos los pacientes con síndrome de Tourette (tics). En poco tiempo, el haloperidol conquistó Europa y se decidió a dar el salto a los Estados Unidos.

El haloperidol no tuvo una buena acogida inicial en América debido, sobre todo, a que en los años cincuenta y sesenta la psiquiatría norteamericana estaba dominada por el psicoanálisis y por la idea de que la psicosis era incurable. Para acabar de arreglar las cosas, el primer ensayo clínico realizado en un hospital norteamericano fue un fracaso, sobre todo porque el psiquiatra «responsable» delegó el tratamiento de sus pacientes a... ¡su secretaria! Evidentemente, el ensayo tuvo resultados negativos, que fueron explicados a partir de la rocambolesca teoría de que existían diferencias genéticas entre los esquizofrénicos europeos y los norteamericanos (a pesar de que entre los pacientes tratados en

los Estados Unidos había hispanos y algunos de origen europeo). Ello llevó a la psiquiatría norteamericana a pensar que el haloperidol sólo funcionaba en pacientes europeos. Con lo fácil que habría sido pensar que se había hecho mal el estudio...

Afortunadamente, el paso del tiempo acabó por demostrar la gran eficacia del haloperidol en todo tipo de pacientes psicóticos (europeos o no) y se convirtió en el mejor y más extendido antipsicótico. Desde entonces, el haloperidol ha sido ampliamente utilizado para tratar los síntomas psicóticos —alucinaciones y delirios— independientemente del cuadro que los provocara (en algunos casos no son debidos a enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, sino a cuadros orgánicos). También es muy útil para tratar otros síntomas psiquiátricos, como la irritabilidad, la hiperactividad o la agresividad. Entre sus usos no psiquiátricos destaca el tratamiento de los tics musculares y la prevención de náuseas o vómitos (siempre con prescripción médica). El haloperidol se encuentra a la venta en tres presentaciones: en forma de comprimidos, de concentrado líquido para tomar por vía oral, e inyectable. En algunos países existe una cuarta forma: inyectable de liberación prolongada. El haloperidol líquido debe diluirse en leche, agua o zumo de frutas justo antes de tomarlo.

#### □ *¿Cómo funciona?*

El haloperidol ralentiza los procesos mentales (de ahí su nombre de neuroléptico) a partir de disminuir la producción de dopamina. Aún hoy es el antimaníaco con mayor rapidez de acción y quizás el más potente, por lo que todavía se usa en algunos casos, solo o junto a otros antimaníacos atípicos. El inconveniente es que puede provocar muchos efectos secundarios.

A pesar de ello, algunos de nuestros pacientes convenientemente psicoeducados se han convertido en auténticos expertos en el uso de unas pocas gotas de haloperidol para prevenir los episodios maníacos una vez que, gracias a sus conocimientos sobre sus señales de recaída, han logrado identificarlos antes de que sea demasiado tarde (con lo que se ahorran tener que tomar mucha más medicación). De todos modos, no aconsejamos esta conducta sin un entrenamiento previo ni control de su psiquiatra.

### ☐ *Efectos secundarios*

El haloperidol suele provocar somnolencia, por lo que no se deben conducir vehículos ni practicar otras actividades con un riesgo potencial mientras se está tomando este fármaco. El haloperidol puede aumentar la sensibilidad de la piel a la luz solar, por lo que si está tomando este fármaco no debe exponerse en exceso al sol sin protección. Tomando haloperidol, la orina puede volverse de color rosado o rojizo-pardo, aunque este efecto no es perjudicial en absoluto, una vez recuperado del susto inicial. Los efectos secundarios más comunes del haloperidol incluyen además: sensación de sequedad en la boca, estreñimiento, cefalea (dolor de cabeza), rigidez muscular, acatisia (piernas inquietas), lentitud de movimientos y temblores. Otros efectos secundarios algo más raros y que deben ser siempre motivo de consulta con el psiquiatra son la aparición de torsiones de la lengua, movimientos inusuales de la cara, boca o mandíbula, tambaleo al caminar, crisis convulsivas o convulsiones, frecuencia cardíaca más rápida o fuerte de lo usual, o irregular, dificultad para orinar o pérdida del control de la vejiga, dolor o decoloración de los ojos, dificultad para respirar, fiebre, erupciones en la piel, contraccio-

nes musculares severas (disonía), sangrado o moratones inusuales o coloración amarillenta de la piel u ojos.

## 2. *Clotiapina*

La clotiapina se comercializa en España con el nombre de Etumina. Se trata de un potente antipsicótico con un importante efecto sedativo, por lo que suele ser muy apropiado para facilitar el sueño de los pacientes maníacos, además de actuar contra el resto de síntomas maniformes. Su mecanismo de acción es similar al del haloperidol, y lo mismo podemos decir de sus efectos secundarios.

Los neurolépticos clásicos son unos fármacos muy eficaces en el tratamiento de la manía y, en general, de cualquier psicosis. Aclaremos un concepto —que igual puede llegar a sernos útil incluso fuera del terreno de la farmacología—: ser «eficaz» significa «conseguir tus objetivos al precio que sea», mientras que ser «eficiente» significa «conseguir tus objetivos a un precio razonable». En este sentido, podemos afirmar que los neurolépticos clásicos son eficaces, ya que:

- ❑ Disminuyen la hiperactividad.
- ❑ Mejoran las ideas delirantes y paranoides.
- ❑ Disminuyen las alucinaciones.
- ❑ Disminuyen las alteraciones de la lógica.
- ❑ Mejoran la coherencia y la organización del pensamiento.
- ❑ Disminuyen las conductas desorganizadas.
- ❑ Disminuyen la agitación.
- ❑ Disminuyen la agresividad.

No obstante, no podemos considerar que sean eficientes, ya que comportan un precio demasiado alto en forma de molestias para quien los está tomando, disminuyendo bastante su potencial calidad de vida. A su vez, precisamente la frecuente aparición de efectos secundarios difícilmente tolerables causaba mal cumplimiento terapéutico (es decir, el paciente no tomaba la medicación como le había sido prescrita). Otro efecto adverso muy grave, aunque afortunadamente raro, de los neurolépticos clásicos era el síndrome neuroléptico maligno —que consiste en un aumento de la temperatura corporal, alteración de la mayoría de las funciones vegetativas, rigidez muscular y afectación neurológica de tipo extrapiramidal—, descrito por primera vez a principios de la década de los sesenta y que puede llegar a ser potencialmente mortal. Éste era el panorama en los años ochenta: sonaba música de los Abba y los Boney M, pero los pacientes estaban demasiado rígidos para poderla bailar. Por ello, distintos laboratorios llevaron a cabo complejas investigaciones para conseguir fármacos antipsicóticos que fueran por lo menos tan eficaces como el haloperidol pero mucho más eficientes —es decir, que se toleraran mejor—, sabiendo que quien lo consiguiera habría logrado mejorar muchísimo la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos y bipolares, que pasarían a ser mucho más autónomos, sufrir menos efectos secundarios y ser más libres respecto a su enfermedad.

### **Antipsicóticos atípicos**

Así las cosas, a principios de la década de los noventa apareció en el mercado la risperidona, un fármaco de acción mixta (con in-

cidencia sobre dopamina y serotonina) que, por sus especiales características, prometía ser una medicación clave para el tratamiento de la esquizofrenia, sobre todo de aquellos pacientes en los que predominaban los denominados síntomas negativos (aplanamiento afectivo, pobreza del contenido del lenguaje, abulia, descuido personal, etcétera). La risperidona mostraba efectos terapéuticos similares a los del haloperidol y muchas ventajas respecto a éste (causaba menos molestias y combatía más síntomas). Varios investigadores en todo el mundo se aventuraron a probar este fármaco en la manía, entre ellos los autores —ya que si era similar al haloperidol, no tenía por qué no funcionar en manía—, con excelentes resultados. A la risperidona le siguieron varios fármacos que, aunque son de perfiles muy variados, tenían en común el hecho de aportar —debido a sus innovadores mecanismos de acción— grandes ventajas en el tratamiento de la psicosis y en la reducción del número de efectos secundarios. Fueron los llamados antipsicóticos atípicos: risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol y, recientemente, la paliperidona. No obstante, éstos no fueron los primeros fármacos con estas características, ya que mucho antes de los noventa ya contábamos con un muy interesante antecesor de los atípicos modernos: la clozapina.

### 1. *Clozapina*

La clozapina (Leponex) tiene una curiosa historia que justifica, en parte, que sea relativamente poco utilizada si tenemos en cuenta que es un fármaco con gran eficacia. Fue creado en 1958 por la empresa suiza Wander Laboratories, en Berna. En principio, su mecanismo de acción hizo pensar que podía ser un buen

antidepresivo —ya que su estructura era algo similar a la imipramina—, pero los primeros experimentos con animales mostraron un potente efecto inhibitor de la actividad motora, además de un cierto potencial analgésico, por lo que rápidamente se vio que se trataba de un nuevo antipsicótico. Tras unos primeros ensayos infructuosos debido a que se utilizaban dosis muy bajas, los siguientes —con pacientes esquizofrénicos— arrojaron unos resultados realmente espectaculares, por lo que el fármaco fue autorizado rápidamente, con la idea de que iba a ser una auténtica panacea en el tratamiento de estas personas, ya que había permitido en muchos casos que volvieran a una vida laboral y familiar absolutamente normal. Diez años más tarde, casi tres mil pacientes habían sido tratados con clozapina en todo el mundo, con escasos efectos secundarios. Sin embargo, en 1975, al poco tiempo de su introducción en Finlandia, empezaron a aparecer en la población lapona de este país casos de agranulocitosis (una rara enfermedad de la sangre), lo que motivó su retirada en muchos países y su utilización restringida en otros. La agranulocitosis también se conoce como leucopenia, granulocitopenia, granulopenia o neutropenia. Es una enfermedad en la cual no existe el número suficiente de glóbulos blancos sanguíneos o granulocitos. Esto puede ser causado por una deficiencia de la médula ósea para producir suficientes neutrófilos o porque la destrucción de los glóbulos blancos es más rápida que su producción. Las personas afectadas con esta condición son muy sensibles a cualquier infección, por lo que es una complicación potencialmente grave. Este problema llevó a que la clozapina desapareciera momentáneamente del mercado, refugiándose en un oscuro laboratorio. Después de varios años sin que la comunidad científica tuviera noticias de ella, reapareció en el mercado —tal y como en su

momento hicieran agentes potencialmente más peligrosos como Luis Aguilé o Georgie Dann— gracias al descubrimiento de su perfil atípico, relanzándose con un precio más elevado pero incluyendo por ley la necesidad de que su prescripción fuera tutelada por una rigurosa inspección médica y añadiendo la obligación de realizar análisis sanguíneos periódicos en los pacientes que la estaban tomando para descartar la aparición de agranulocitosis. Dicha obligación queda regulada en España por la Circular nº 10/93 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios sobre Reglamentación Específica para la Prescripción, Dispensación y Utilización de Leponex, que establece, brevemente, que únicamente los médicos psiquiatras (y no de otras especialidades) podrán recetar clozapina y que deberán realizarse analíticas de sangre antes de iniciar el tratamiento y semanalmente durante las primeras dieciocho semanas y posteriormente una vez al mes mientras los pacientes estén tomando este fármaco. Todos los pacientes que estén tomando clozapina se incluirán en un registro llevado a cabo por su psiquiatra, que lo enviará periódicamente al Servicio de Farmacovigilancia del Centro Nacional de Farmacobiología. Asimismo, el paciente deberá llevar siempre a la consulta una cartilla donde se anotarán la fecha de realización de los análisis, la dosis que está tomando, sus niveles de leucocitos y la firma del psiquiatra. Esta cartilla es imprescindible —junto con la receta— para poder comprar clozapina. La verdad es que este tipo de complicación es relativamente infrecuente, afectando tan sólo a entre el 0,3 y el 2 por ciento del total de los que lo toman, pero como es un efecto secundario grave debemos ser muy cautos. Si la clozapina ha sido reintroducida en el mercado a pesar de este problema es porque ha mostrado una eficacia superior a los neurolépticos clásicos y

menor incidencia de efectos secundarios relativamente comunes en éstos, como los temblores, la distonía o la acatisia.

#### □ *¿Cómo funciona?*

Por su estructura (es un derivado dibenzodiazepínico), la clozapina se parece más a los ansiolíticos (o benzodiazepinas) que al resto de neurolepticos. La clozapina es un antagonista dopaminérgico parcial, lo que quiere decir que bloquea sólo algunos de los receptores dopaminérgicos. Concretamente, tiene un bloqueo débil del receptor D2 y más fuerte de los D1 y D4. Precisamente por este bloqueo distinto sobre los receptores, la clozapina causa menos efectos secundarios del tipo temblor (también llamados efectos extrapiramidales). Ya que, debido a su débil unión al receptor D2, sería desplazada por la dopamina endógena. La clozapina actúa además sobre la serotonina y la histamina, y bloquea la adrenalina, lo que ayuda a tratar la ansiedad asociada a la psicosis, la agresividad y la agitación.

#### □ *Efectos secundarios*

Aparte de la agranulocitosis, la clozapina puede provocar hipotensión, somnolencia, sensación de sequedad en la boca, diarrea, estreñimiento o cefalea y aumento de apetito y peso. Otros efectos secundarios más graves, que deben motivar una consulta médica inmediata serían: estremecimientos, crisis convulsivas, dificultad para orinar o pérdida de control de la vejiga, dolor de los ojos, dolor en el pecho, calambres musculares, facilidad para presentar cardenales (que indicaría un menor número de leucocitos), malestar estomacal, vómitos, pérdida del apetito y la coloración amari-

lenta de la piel o los ojos. La clozapina puede causar un aumento del nivel de azúcar en la sangre (hiperglucemia), por lo que debemos también estar atentos a los siguientes síntomas: aumento de la sed, sofocación, piel seca, necesidad de orinar con mayor frecuencia o dificultad para respirar.

## 2. *Risperidona*

¿Recuerdan a Paul Janssen, el médico belga aficionado al ciclismo que inventó el haloperidol? La mayor parte de los mortales, habiendo ganado la fama y dinero que le debían reportar dicho descubrimiento, se habrían retirado y se habrían dedicado a gastarlo y a ver el Tour. Pero Paul Janssen era un científico en estado puro: inquieto, curioso y tenaz. Por esta razón, siguió investigando la forma de mejorar su haloperidol (y suponemos que siguió el Tour por la televisión, qué remedio). Imaginamos que durante los años setenta debió disfrutar de lo lindo viendo a su compatriota, el gran Eddy Merckx, ganar cinco Tour de Francia, pero, probablemente, dejó de disfrutar en los noventa, cuando el gran Induráin arrasaba. Quizás por este motivo, Janssen se centró nuevamente en sus investigaciones y en 1993 comercializó la risperidona (Risperdal), primer atípico moderno. Paul Janssen contaba entonces con 67 años, edad más que razonable para jubilarse, sobre todo si tienes asegurada una buena pensión, a pesar de lo cual seguía trabajando a gran nivel. Diez años más tarde, fallecía con el reconocimiento unánime de la comunidad científica como uno de los más grandes farmacólogos de la historia. Dejaba en herencia a la humanidad varios fármacos de gran importancia, según el reconocimiento de la propia Organización Mundial de la Salud. Uno de ellos es la risperidona, de

una eficacia muy similar al haloperidol, pero con menos efectos secundarios.

Cabe destacar que la risperidona también existe en una presentación muy interesante: un inyectable de acción prolongada (Risperdal Consta) que permite que el paciente únicamente deba recibir el tratamiento cada quince días (algo especialmente útil en aquellos que «olvidan» tomar su medicación). Además, a diferencia de otros antipsicóticos inyectables, al no ser una suspensión oleosa sino acuosa, el pinchazo prácticamente no duele. Anecdóticamente diremos que el fármaco tiene su nombre de mercado en homenaje al padre de Paul Janssen, Constant, también farmacólogo, que se dedicó a importar fármacos desde Hungría para distribuirlos y comercializarlos en Bélgica a través de su propia empresa y que permitió a Paul instalar un laboratorio farmacológico primero en su casa y luego en su compañía, del que más tarde iban a nacer los laboratorios Janssen.

#### □ *¿Cómo funciona?*

La risperidona es un antagonista monoaminérgico selectivo. Bloquea tanto receptores serotoninérgicos como dopaminérgicos D2 y no bloquea los receptores colinérgicos, algo esencial para disminuir el número de efectos secundarios. No obstante, a dosis muy altas, su perfil de efectos secundarios puede asemejarse bastante al de su hermano mayor, el haloperidol.

#### □ *Efectos secundarios*

Los efectos secundarios que provoca más frecuentemente la risperidona son somnolencia, mareos, náuseas, malestar estoma-

cal, vómitos, estreñimiento, cefalea, aumento de peso, aumento de la mucosidad, aumento de la salivación, rigidez muscular y enlentecimiento. A dosis altas puede provocar temblores. Dado que aumenta los niveles de la hormona prolactina, en las mujeres puede provocar distintos desórdenes hormonales como la inhibición de la menstruación (llamada amenorrea, que se normaliza al cabo de un tiempo de dejar el fármaco), la pérdida de regularidad del ciclo menstrual, secreción anormal en las mamas (galactorrea) o aumento del tamaño de los pechos (ginecomastia). La risperidona hace que la piel se vuelva mucho más sensible a la luz solar, por lo que mientras dure el tratamiento debe evitarse la exposición prolongada a la luz solar y usarse un protector. En algunos pacientes puede producirse cierto aumento de peso. Otros efectos secundarios que (raramente) puede provocar la risperidona son potencialmente graves y deben ser motivo de inmediata consulta con su médico. Son los siguientes: retorcimiento de la lengua, movimientos inusuales de la cara, boca o mandíbula, problemas para hablar, dificultad para tragar, tambaleo al caminar, crisis convulsivas, visión borrosa, frecuencia cardíaca irregular, fiebre, sarpullido (erupciones en la piel) y decoloración amarillenta de la piel u ojos.

### *3. Olanzapina*

En 1996 se empezó a comercializar la olanzapina (Zyprexa). Se trata de otro atípico con un perfil de efectos secundarios sobre el sistema nervioso mucho mejor que el de los fármacos clásicos, ya que no produce temblor o rigidez (algo característico del haloperidol y de la risperidona a dosis altas). Por otra parte, la olanzapina ha demostrado una gran eficacia como antimaníaco y como

estabilizador y, por si fuera poco, puede ser eficaz en depresión bipolar en combinación con fluoxetina (y, de hecho, en los Estados Unidos se comercializa también una «píldora combinada» de fluoxetina y olanzapina, bajo el nombre de Symbiax, que podría corresponder a un personaje de una conocida aldea gala). Por lo tanto, la olanzapina sirve para todas las fases del trastorno bipolar. Además, podría ser uno de los antimaníacos que menos viraje a depresión provoca. Una auténtica panacea con un enorme problema: el aumento de peso. Algunos pacientes pueden llegar a ganar bastantes kilos tomando este fármaco, lo que restringe su uso.

Aparte de su presentación en comprimidos «tradicionales», también existe una presentación desintegrable por vía oral (Zyprexa Velotab) —es decir, que se deshacen en la boca, como determinados caramelos que anunciaban hace un tiempo, si no recordamos mal—, por lo que no es necesario utilizar agua para tragar el comprimido, aspecto nada desdeñable en tiempos de sequía y polémicos trasvases.

La olanzapina también se comercializa en inyectable, pero a diferencia de la risperidona son inyecciones de efecto inmediato, destinadas fundamentalmente a calmar la agitación.

#### □ *¿Cómo funciona?*

La olanzapina actúa sobre muy diversos neurotransmisores (receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>2A/2C</sub>, 5-HT<sub>3</sub>, 5-HT<sub>6</sub>, dopaminérgicos D<sub>1</sub>, D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub>, D<sub>4</sub> y D<sub>5</sub>, muscarínicos colinérgicos M<sub>1</sub>-M<sub>5</sub>, adrenérgicos alfa 1 e histaminérgicos H<sub>1</sub>). Bloquea más la serotonina que la dopamina, aunque también tiene acción sobre ésta. Ello determina su perfil bastante bueno de efectos secundarios.

#### □ *Efectos secundarios*

Las personas que padezcan o hayan padecido diabetes —o tengan antecedentes familiares de diabetes—, obesidad, problemas de corazón o hígado, enfermedades de la próstata, obstrucción intestinal o glaucoma no deben tomar olanzapina. Los efectos secundarios más importantes son, como ya hemos dicho, el aumento de peso y la hiperglucemia —aumento de los niveles de azúcar en sangre—, que en ocasiones puede llegar a ser grave. Su uso en pacientes de edad avanzada debe ser cuidadoso, por la probabilidad de causar problemas cardíacos. La olanzapina puede causar un aumento de los niveles de prolactina, aunque menor que el provocado por la risperidona. Otros efectos secundarios comunes son hipotensión, dolor de cabeza, somnolencia, estreñimiento, sensación de sequedad en la boca, malestar estomacal, vómitos, diarrea, visión borrosa o poco clara, cambios en el deseo sexual, secreción ocular excesiva, salivación excesiva, dolores articulares, sensibilidad de la piel a la luz solar, sensación de hormigueo en las manos, en los pies o en otras áreas del cuerpo, problemas para controlar la orina, boca seca... Otros efectos secundarios más graves, aunque extremadamente infrecuentes, que deben ser motivo de consulta médica inmediata, son: crisis convulsivas, movimientos o sacudidas incontrolables, fiebre, rigidez, transpiración excesiva o palpitaciones rápidas o irregulares.

#### 4. *Quetiapina*

La quetiapina (Seroquel) fue el tercer antipsicótico atípico moderno en aparecer en el mercado. Ofrece ventajas similares y un

perfil de efectos secundarios algo más benigno o, para ser más exactos, claramente distinto. Es un tratamiento útil en todas las fases del trastorno, tanto para tratar la manía como la depresión, y también para prevenirlas.

#### □ *¿Cómo funciona?*

La quetiapina es un fármaco con una acción algo compleja: es a la vez un antagonista de los receptores de serotonina 5-HT<sub>1A</sub> y 5-HT<sub>2</sub>, dopamina D<sub>1</sub> y D<sub>2</sub>, histamina H<sub>1</sub> y de los receptores alfa<sub>1</sub> y alfa<sub>2</sub>-adrenérgicos. El efecto antimaníaco de la quetiapina se centraría en el antagonismo de los receptores de dopamina tipo 2 (D<sub>2</sub>). La quetiapina no tiene una afinidad significativa por los receptores muscarínicos colinérgicos o por los benzodiazepínicos, lo que en principio reduce la posibilidad de inducir sueño. Sin embargo, la somnolencia e hipotensión ortostática, que en ocasiones se presentan, podrían deberse a su antagonismo con los receptores de la histamina H<sub>1</sub> y alfa<sub>1</sub>-adrenérgicos. Su acción antidepresiva podría estar relacionada con la actividad de su metabolito activo norquetiapina, que inhibe el transportador de noradrenalina.

#### □ *Efectos secundarios*

Ya hemos dicho que la quetiapina produce relativamente menos efectos secundarios que el resto de atípicos. Es un fármaco que apenas comporta efectos extrapiramidales (rigidez, temblor, etcétera...) y que, como efecto indeseable más común, produce sedación (o somnolencia). Sobre todo provoca menos aumento de peso que la olanzapina, lo que para muchos pacientes supone una ven-

taja muy importante. El principal problema al iniciar el tratamiento con quetiapina son la hipotensión y la sedación, que pueden llevar al paciente a sentirse mareado o incluso a desmayarse. Por ello, es recomendable que todos los pacientes que estén tomando quetiapina se controlen la tensión arterial periódicamente —una vez a la semana o cada quince días—, sobre todo al inicio del tratamiento y hasta que se haya fijado la dosis ideal. Otros efectos secundarios serían: náuseas, sensación de sequedad en la boca, estreñimiento, malestar estomacal, cefalea, cansancio, aumento de la mucosidad, sarpullido (erupciones en la piel), dolor de oídos, síntomas similares a los de la gripe, inflamación en los tobillos y visión borrosa. Otras molestias que deberían ser objeto de consulta médica de inmediato son: crisis convulsivas, fiebre, contracciones musculares, frecuencia cardíaca irregular, espasmos musculares, retorcimiento de la lengua, temblores, tambaleo al caminar e incapacidad para mantenerse sentado. La quetiapina puede dificultar que el cuerpo pierda temperatura, por ello debemos tener precaución e informar al psiquiatra si vamos a exponernos a altas temperaturas o hacer deporte. Usada a largo plazo, también se asocia en algunos casos a aumentos de la glucosa en sangre, por lo que no es recomendable para pacientes diabéticos.

### 5. *Ziprasidona*

La ziprasidona (Zeldox) fue el cuarto atípico en aparecer en el mercado con la indicación para el tratamiento de la manía. A pesar de ser una molécula desarrollada hace más de diez años, no ha aparecido en el mercado hasta el año 2001, ya que las agencias reguladoras no daban su aprobación hasta determinar la importancia real de una complicación cardiológica que la ziprasidona

puede causar potencialmente. Una vez determinado que ese riesgo es asumible y que, por lo tanto, son mayores los beneficios que va a aportar la ziprasidona que los potenciales problemas asociados a la misma, el fármaco ha sido puesto a disposición de los psiquiatras y, por consiguiente, de los pacientes. Para el médico psiquiatra, una de las principales ventajas de la ziprasidona es su presentación en inyectables de acción rápida que actúan de forma casi inmediata, convirtiéndose en un recurso muy útil en pacientes agudos, ya que ocasiona menos molestias que los neurolepticos clásicos inyectados. Aparte de esta característica nada desdeñable, hay que destacar que tanto el inyectable como la presentación en comprimidos no producen prácticamente sedación ni aumento de peso, lo que repercute directamente en la calidad de vida del paciente.

#### □ *¿Cómo funciona?*

La ziprasidona es un antipsicótico atípico con pocos efectos extrapiramidales (es decir, apenas provoca temblores ni rigidez) que actúa sobre receptores dopaminérgicos (D2) e inhibe la recaptación neuronal de la norepinefrina y de la serotonina, de forma muy similar a algunos antidepresivos, por lo que, de hecho, puede tener también un efecto antidepresivo.

#### □ *Efectos secundarios*

La ziprasidona es el atípico que menos interfiere con la función sexual. Además, produce menos problemas metabólico-endocrinos (diabetes u obesidad), aunque en ocasiones se elevan los niveles de prolactina. Sin duda el problema potencialmente

más preocupante es la prolongación del intervalo QT o «síndrome de QT largo» (SQTL). El SQTL es una alteración del sistema de conducción del corazón. La alteración afecta a un proceso denominado repolarización, que es cuando se restablece la carga eléctrica del corazón después de cada latido. El SQTL puede producir un ritmo cardíaco anormal (arritmia), desmayos o pérdidas del conocimiento (síncope) y, en raras ocasiones, la muerte súbita. De todos modos, a pesar de que son frecuentes (incluso un 10 por ciento) las alteraciones leves —sin relevancia clínica— del QT con ziprasidona, este fenómeno en su forma grave es realmente infrecuente (menos de uno de cada mil pacientes). Por otra parte, no es una alteración exclusiva de la ziprasidona, ya que —aunque de forma muy excepcional— algunos antidepresivos y otros antipsicóticos como lo tioridazina (Meleril), ya retirada, y la quetiapina también pueden producir dicho fenómeno. Sin embargo, por precaución y porque disponemos de más opciones, la ziprasidona está contraindicada en pacientes con problemas cardiológicos.

Del mismo modo que ocurre con la quetiapina, la ziprasidona puede hacer más difícil que el cuerpo se enfríe, por lo que se debe consultar al doctor si se va a realizar ejercicio de forma competitiva que vaya a aumentar la temperatura corporal o si vamos a estar expuestos a altas temperaturas.

Otros efectos secundarios serían: somnolencia (aunque es el atípico que menos da), debilidad, malestar estomacal, estreñimiento o diarrea, sensación de sequedad en la boca, pérdida del apetito, dolor muscular e incremento de la mucosidad. Otros efectos secundarios que deben ser motivo de consulta médica de inmediato serían: mareos, desmayos, sarpullido o urticarias, fiebre, rigidez muscular, fruncimiento de los labios y lengua, retor-

cimiento de los brazos o piernas, erección dolorosa y de larga duración, aumento del volumen de los senos, menstruaciones irregulares, producción de leche materna y problemas de visión. En algunos pacientes se han descrito estados de excitación o de inquietud que podrían estar asociados a un posible efecto anti-depresivo de la molécula.

## 6. *Aripiprazol*

El aripiprazol (Abilify) es el penúltimo de los nuevos antimaníacos por orden de aparición. Es un fármaco eficaz en el tratamiento de la manía, sin inducir sedación. El aripiprazol tiene una acción farmacológica algo distinta al resto de atípicos, centrada en la combinación del agonismo parcial de los receptores  $D_2$  de la dopamina y  $5-HT_{1A}$  de la serotonina y el antagonismo de los receptores  $5-HT_2$  de la serotonina. Agonismo parcial significa, a grandes rasgos, que actuará al mismo tiempo de agonista (es decir, facilitará la producción de un neurotransmisor determinado) y de antagonista (bloqueará la producción). Es un mecanismo complejo pero muy interesante para su uso en manía y en mantenimiento.

Como efectos secundarios, paradójicamente, destacan la posibilidad de provocar nerviosismo o inquietud, especialmente una forma muy molesta de inquietud de piernas denominada acatisia. Otros efectos secundarios serían: cefalea, somnolencia, mareos, malestar estomacal, vómitos, estreñimiento, aumento de peso, tos, aumento de la mucosidad, temblor de las manos, erupciones en las manos, piel seca, picor en los ojos, dolor de oídos y pérdida del apetito. Al no ser un fármaco sedativo y no asociarse a un aumento de peso significativo, tiene ventajas en el tratamiento a largo plazo.

## 7. *Paliperidona*

La paliperidona (Invega) es el último producto de los laboratorios Janssen y acaba de ser comercializada en España para la esquizofrenia, aunque ya se dispone de tres ensayos clínicos en manía y se está investigando su uso en forma de palmitato inyectable de acción prolongada para una posible utilización de inyecciones mensuales preventivas, tanto para la esquizofrenia como para el trastorno bipolar. Su mecanismo de acción, eficacia y tolerabilidad son similares a las de la risperidona, ya que no deja de ser su metabolito activo, aunque las cápsulas de liberación retardada evitan los picos de concentración y sus interacciones son menores que las de la risperidona. Es todavía pronto para juzgar su utilidad en el trastorno bipolar.

### RECUERDE QUE...

- Los neurolépticos clásicos (haloperidol y clotiapina) son fármacos muy eficaces para tratar la manía, pero con unos efectos secundarios difíciles de tolerar.
- En los últimos quince años disponemos de mejores tratamientos, como la risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona y aripiprazol, y posiblemente la paliperidona.

### PARA SEGUIR ESTABLE

Ya hemos indicado varias veces a lo largo del libro la necesidad de tratamiento farmacológico de por vida. Ahora bien, usted puede plantearse: si no voy a estar toda la vida maníaco o deprimido,

¿debo tomar antimaníacos o antidepresivos hasta que me muera? Sin duda, no: su psiquiatra le va a recetar antimaníacos para tratar su manía o algunas hipomanías, las depresiones bipolares, los cuadros mixtos y la ciclación rápida (y en algunos casos para tratar la ansiedad) o bien —en pequeñas dosis— como fármacos de mantenimiento. Del mismo modo, su psiquiatra va a pautar antidepresivos siempre que lo juzgue necesario dada su sintomatología depresiva. Pero, de alguna manera, antimaníacos y antidepresivos son generalmente fármacos de quita y pon. Hay otros, sin embargo, que siempre van a estar allí, ya que son los encargados no ya de aliviar o combatir determinada sintomatología, sino de prevenir su aparición: son los eutimizantes o estabilizadores del humor. La inmensa mayoría de los pacientes bipolares toman al menos un eutimizante, y muchos una combinación de ellos. Por su naturaleza profiláctica, que implica que el paciente debe tomar estas medicaciones incluso cuando no tiene ningún síntoma, muchos abandonan el tratamiento con eutimizantes sin indicación de su psiquiatra, y esto suele llevar a constantes recaídas. Además, el litio y el valproato pueden ser empleados como antimaníacos, a dosis más altas (algo que en Europa no es muy frecuente, pero sí en Estados Unidos). Los eutimizantes más utilizados son los siguientes:

## LITIO

### ¿Qué es el litio?

El carbonato de litio es una sal, un producto natural que se encuentra en la naturaleza prácticamente en el mismo estado

en el que está en los comprimidos que se comercializan. El litio pertenece al grupo de metales alcalinos; es el más liviano de ellos. Comparte el grupo con el sodio —sal de mesa— y el potasio. Es abundante en algunas aguas minerales de manantiales alcalinos. Su estructura electrónica y la alta densidad de carga positiva en su núcleo hacen que sea una sustancia extremadamente activa. Como metal, no se halla libre en la naturaleza, sino como compuesto de sales. Es activo en forma de ion  $\text{Li}^+$ , por lo que todas las sales tienen la misma acción farmacológica. Se desconoce qué función cumple en el cuerpo, pero lo cierto es que se halla en él en concentraciones ínfimas (de 10 a 40 microgramos/litro, indetectable en una litemia, por lo que ésta, en cualquier persona que no tome litio, sería cero).



*El Salar de Atacama, en el norte de Chile, es la mina de litio más extensa del planeta.*

## ¿Por qué el litio?

Ya hemos explicado cómo se descubrieron sus efectos positivos en la regulación del estado de ánimo, hace ya más de cincuenta años, y cómo su uso se fue extendiendo progresivamente, convirtiéndose en el auténtico fármaco milagro para los pacientes bipolares en la segunda mitad del siglo xx. Aún hoy, el litio es uno de los fármacos más utilizados —sobre todo en Europa— como estabilizante. Dentro de las ventajas del litio debemos destacar no sólo su potente acción preventiva —de hecho más eficaz para prevenir la manía que la depresión—, pero también su acción antisuicida, ya que varios estudios indican que los pacientes que son tratados con litio protagonizan menos intentos de suicidio.

## Dosificación y litemias

En teoría, la dosis máxima de litio (Plenur) sería de 1.800 mg por día, y la mínima de 400, aunque prácticamente ningún paciente responde a esta dosis tan baja. En realidad, podríamos asegurar que, dadas las características profilácticas del litio, la dosis ideal sería la más alta que el paciente tolere, ya que ésta es la mejor manera de asegurarnos de que la acción profiláctica es realmente potente. Dado que el litio es un medicamento potencialmente tóxico, los pacientes tratados con este fármaco deben llevar a cabo analíticas de forma regular donde se establezcan los niveles de litio en sangre: una litemia por debajo de 0,5 mEq/l (miliequivalentes por litro) nos está diciendo que el litio no va a ser eficaz (y muy probablemente que el paciente no está tomando el fármaco con regularidad). Por el contrario, una litemia por encima de

1,5 mEq/l nos indica un riesgo importante de toxicidad. En condiciones normales, el psiquiatra va a solicitar un par de litemias por año al paciente, para control rutinario. Excepcionalmente puede solicitar nuevas litemias siempre que se varíe la dosis de litio, cuando exista sospecha de que el paciente no toma la medicación o cuando exista sospecha de intoxicación. Dado que la intoxicación por litio es un problema potencialmente grave, que en casos extremos puede llevar incluso a la muerte, siempre que exista la más mínima sospecha de intoxicación por litio el paciente debe acudir de inmediato a urgencias. La Tabla 21 nos muestra aquellas señales que nos deben hacer temer una intoxicación por litio.

El día de la litemia es aconsejable no tomar la dosis de litio de la mañana hasta que se haya procedido a la extracción de sangre. Asimismo, también es aconsejable que haya transcurrido un mínimo de doce horas desde la última toma.

*Tabla 21*

SÍNTOMAS DE LA INTOXICACIÓN POR LITIO

Debe sospechar una intoxicación por litio si está tomándolo (Plenur) y...

- Sufre náuseas o malestar digestivo importante.
- Sufre vómitos.
- El temblor de manos se acrecienta súbitamente.
- La diarrea se vuelve cada vez más importante.
- Empieza a padecer de golpe serios problemas de memoria.
- Empieza a presentar visión borrosa.
- Tiene dificultades para coordinar sus movimientos.

Ante cualquiera de estos síntomas debe acudir de inmediato a urgencias.

## ¿Cómo funciona el litio?

Ésta es sin duda la pregunta del millón de euros, por su frecuencia y por la dificultad para contestarla, ya que se trata de una de las cuestiones más controvertidas en farmacología y, por otra parte, una pregunta inevitable: si más de la mitad de nuestros pacientes está tomando litio, lo más lógico es que se preocupen acerca de cómo está trabajando el litio en su cerebro. No es una pregunta fácil de contestar, y cualquier terapeuta que dé una respuesta esquemática se arriesga a recibir las críticas de otros profesionales. Aun así, debido a nuestra natural inclinación a recibir críticas —algunas incluso justificadas—, nos arriesgamos a definir cuál sería —a grandes rasgos, en una versión no apta para farmacólogos quisquillosos— la forma en que funciona el litio:

- *Acciones sobre el ritmo circadiano:* llamamos ritmos circadianos a todas aquellas funciones de regulación fisiológica que siguen una pauta periódica diaria (por ejemplo, la organización del ciclo sueño-vigilia, los cambios que se suceden en la temperatura corporal durante el día, la secreción de cortisol, etcétera). Estos ritmos están alterados en los trastornos bipolares y en otros trastornos psiquiátricos. El litio ralentiza el ciclo sueño-vigilia en personas que no padecen un trastorno bipolar, por lo que se cree que la acción sobre estos ritmos podría ser, en parte, responsable de la eficacia clínica del litio.
- *Acciones sobre los neurotransmisores:* si ha leído atentamente este libro hasta ahora, ya se habrá dado cuenta de que prácticamente todos los psicofármacos alteran el funcionamiento de los neurotransmisores y seguramente no le

sorprenderá saber que el litio también lo hace. Varios estudios indican que el litio induce cambios en el sistema colinérgico (aumenta la concentración y la síntesis de acetilcolina), también en el sistema catecolaminérgico (disminuyendo la concentración, almacenamiento y liberación de dopamina y noradrenalina) y en la serotonina (aumentando su síntesis).

- ❑ *Acciones sobre el sistema endocrino:* el litio disminuye los niveles de testosterona (por lo que funciona también como antiimpulsivo/antiagresivo). Por otra parte, disminuye los niveles séricos de hormonas tiroideas (por lo que es recomendable que a todas aquellas personas que toman litio se les realicen controles periódicos de la tiroides, algo que su psiquiatra hará de forma rutinaria). Por último, aumenta los niveles de melatonina (lo que hace que muchos pacientes se vuelvan especialmente sensibles a la exposición al sol y deban evitarla).
- ❑ *Acción postsináptica del litio:* el litio inhibe la adenilciclasa-noradrenalina sensible, disminuyendo la síntesis de AMP cíclico (segundo mensajero), lo que a su vez altera la cadena de neurotransmisión. Citando a Super Ratón, héroe de nuestras meriendas infantiles, les diremos: «No se vayan todavía, amigos, aún hay más»; el litio tiene, además, el acierto de inhibir la enzima inositol-monofosfatofosfatasa que hidroliza los fosfatidil-inositoles y disminuye la formación de inositol libre. Y ahí parece estar la clave de la acción eutimizante del litio, según la mayoría de los autores (gente, por otra parte, encantadora): estas sustancias de nombre complejo provocan un fenómeno llamado neurogénesis, que, como su nombre indica, se refiere a

regeneración neuronal. Quienes toman litio aumentan el número de neuronas cerebrales y la sustancia gris, aunque eso no significa que los haga más inteligentes.

## Efectos secundarios del litio

Existe cierta leyenda negra acerca de los efectos secundarios del litio, debida —sobre todo— a que es el fármaco que mejor conocemos, ya que hace más de cincuenta años que lo estamos utilizando (no los autores, que, como todo el mundo sabe, unen a sus otras virtudes la de la juventud). Pero el hecho de que conozcamos mejor sus efectos secundarios a largo plazo no quiere decir que tenga más, sino que nos sentimos aún más seguros en su uso. Antes de empezar a enumerar los efectos secundarios potenciales del litio (que son un montón), queremos dejar bien claro que para nosotros —y es una opinión compartida por buena parte de la comunidad científica— el litio es un fármaco muy eficaz, con efectos terapéuticos que en la mayoría de los casos superan de largo sus efectos secundarios, y que constituye un elemento imprescindible para el tratamiento de muchos pacientes bipolares. Dicho esto, vamos al grano (expresión desafortunada, ya que, como veremos más adelante, el litio puede producir o empeorar el acné):

- *Efectos secundarios renales*: el litio se excreta en un 95 por ciento por el riñón, por lo que el tratamiento con litio está del todo contraindicado en la insuficiencia renal aguda. Muchos pacientes que están tomando litio presentan un aumento en el volumen de excreción de orina (es decir, orinan más), lo que se conoce como poliuria. En

la mayoría de los casos no es preocupante y sólo en rarísimas ocasiones se presenta incontinencia urinaria. Muchos pacientes presentan un aumento de la sed (polidipsia). A pesar de que se ha comentado mucho sobre los efectos nocivos del litio sobre el riñón, lo cierto es que si el litio se mantiene en rangos terapéuticos no tóxicos, los problemas renales son raros.

- ❑ *Efectos secundarios cardiovasculares:* alrededor de uno de cada diez pacientes tratados con litio puede presentar alteraciones del electrocardiograma, que en la mayoría de las ocasiones no tienen relevancia clínica y pueden desaparecer espontáneamente. Sin embargo, si la litemia alcanza niveles tóxicos se pueden presentar arritmias. Estos cambios cardiovasculares son debidos a que el litio provoca cambios en el potasio intracelular. Por ello, en muy raras ocasiones el litio puede provocar taquicardia (aumento de la frecuencia cardíaca), bradicardia (disminución), extrasístoles ventriculares o fibrilación ventricular, prácticamente siempre reversibles una vez se abandona el tratamiento con litio.

Con todo, en pacientes que sufren del corazón el litio no sería un fármaco de primera elección, y en caso de usarlo deberíamos realizar controles cardíacos más frecuentes.

- ❑ *Efectos secundarios en la tiroides:* los cambios en el nivel tiroideo inducidos por litio se presentan en entre un 5 y un 15 por ciento de los pacientes tratados durante largo tiempo con litio, y son más frecuentes en la mujer. Por ello, está indicado que el psiquiatra controle de forma regular la función tiroidea de los pacientes que toman litio (algo sencillo, pues se requiere únicamente una extracción de sangre). El problema más común es la disminución de la liberación de

hormona tiroidea o hipotiroidismo subclínico, que es del todo reversible y que, en caso de no poder retirar el litio, remite añadiendo un suplemento de tiroxina. El litio puede producir la disminución de los niveles T3, T4 y aumento de la TSH y de la respuesta de la TSH a la TRH. En raras ocasiones puede desarrollarse bocio. En los casos en que existe un problema previo de tiroides, el litio podría no ser la mejor opción.

- *Efectos secundarios neurológicos:* al iniciar el tratamiento con litio puede aparecer, en algunos casos, letargo y disminución de la espontaneidad, pero estos efectos desaparecen a medida que avanza el tratamiento. El efecto secundario neurológico más típico del litio es el temblor de manos, que puede llegar a ser muy molesto para algunos pacientes (sobre todo dependiendo del trabajo que tengan o sus aficiones: el temblor molestará más a un relojero que a un taxista, o más a alguien aficionado a decorar miniaturas que a alguien aficionado a jugar al frontón). Hay que destacar que este temblor se agrava cuando el paciente que toma litio está especialmente cansado o ansioso, o cuando bebe café. Es más probable que el temblor aparezca en pacientes que tengan antecedentes familiares de temblores esenciales. Algunos consejos para intentar minimizar el temblor serían:
  - Algunos psiquiatras tienden a dividir la dosis total en un mayor número de tomas (en vez de tomar litio por la mañana y por la noche, dividirlo en cinco tomas al día), ya que de este modo se evita que existan picos de litio en la sangre y desaparecen muchos efectos secundarios. Lo cierto es que este método no representa una buena opción para la mayoría de los pacientes, ya que

resulta muy complicado acordarse de tomar las pastillas cinco veces al día, por lo que el paciente puede empezar a olvidar alguna toma, lo que puede facilitar sus recaídas.

- Retirar por completo el café y las bebidas con cafeína.
  - Para aliviar el temblor, el psiquiatra puede prescribir beta-bloqueantes, como el propanolol (Sumial), en dosis de entre 20 y 120 mg/d. Hay que tener en cuenta que el Sumial también tiene sus efectos secundarios (sobre todo hipotensión), por lo que esta opción no siempre será válida: imaginemos por ejemplo que alguien que toma Sumial para los temblores del litio presente hipotensión y deba tomar algún fármaco para mitigarla, que a su vez le produce dolores de cabeza, que trata con un inflamatorio que implica un riesgo de úlcera, por lo que debe tomar un protector estomacal... ¡En total el paciente tomará no un fármaco sino cinco! Los profesionales debemos ser muy cautos a la hora de tratar los efectos secundarios con medicación, ya que prácticamente todas las medicaciones implican algún efecto secundario.
- *Aumento de peso:* el litio es una sal y, como tal, facilita la retención de líquidos, por lo que algunos pacientes pueden tener la sensación de que se están hinchando. Pero, por otra parte, es cierto que en algunos pacientes el litio puede producir un aumento del apetito y de la sed (polidipsia). El litio produce también una modificación del metabolismo hidrogenocarbonado, que provoca una curva de tolerancia a la glucosa semejante a la de un diabético, lo cual no quiere decir que el litio provoque diabetes.

- *Efectos secundarios dermatológicos:* el litio facilita, sobre todo en pacientes especialmente sensibles, reacciones dermatológicas como el acné, reversibles cuando se retira el tratamiento (algo que siempre debe indicar el psiquiatra). En algunos casos se agrava la soriasis —en pacientes que ya la padecían— y, en general, no está indicado prescribir litio a alguien que tenga problemas dermatológicos. El riesgo de este tipo de problemas es algo mayor en mujeres y durante el primer año de tratamiento con litio.
- *Efectos secundarios sobre el cabello:* el litio se acumula en el cabello, por lo que en algunos casos provoca cambios en el mismo (caída del cabello, cambio de textura o de color).
- *Efectos secundarios gastrointestinales:* algunos pacientes pueden presentar algún tipo de síntomas digestivos como náuseas, vómitos, deposiciones blandas o dolor abdominal. Estas molestias suelen darse durante los primeros días del tratamiento y suelen desaparecer espontáneamente. El efecto secundario digestivo que persiste prácticamente en la mayoría de los pacientes es la diarrea, que generalmente no reviste gran importancia y responde adecuadamente a dietas astringentes.

## VALPROATO

### ¿Qué es?

El valproato o ácido valproico (Depakine) es un fármaco antiepiléptico que se ha mostrado eficaz en prevenir las recaídas (sobre todo maníacas) de los pacientes bipolares. Es una molécula

la que solía emplearse como disolvente industrial y que posteriormente fue muy empleada en neurología, para el tratamiento de los pacientes epilépticos o de los procesos migrañosos. A partir de la década de los ochenta empieza a ser utilizado como antimaníaco y como eutimizante, aunque sus estudios definitivos son mucho más recientes. Se metaboliza en el hígado, donde se descompone en otro metabolito activo y útil en psiquiatría: la dipropilacetamida (Depamide).

La dosis media de valproato oscila entre los 400 y los 2.000 mg/d, y son necesarias analíticas regulares (una al año, de forma rutinaria) para monitorizar los niveles en sangre (que deben estar entre 50 y 100 mEq/l). Lamentablemente, a pesar de ser muy eficaz, el valproato cuenta con muchas interacciones (duplica el efecto de algunos fármacos) y efectos secundarios, que restringen su uso. La presentación en comprimidos de liberación lenta (Depakine Crono) es algo más tolerable.

### **Contraindicaciones y efectos secundarios**

De todos los psicofármacos, el valproato es el que mayor riesgo teratogénico (riesgo de inducir malformaciones en el feto si se toma durante el embarazo) tiene, por lo que en principio no es un fármaco adecuado para una mujer que desee quedarse embarazada o, incluso, para una mujer en edad fértil (si tenemos en cuenta que la mayoría de los embarazos en la población general no se planifican debidamente). Asimismo, el valproato está del todo contraindicado en pacientes que presenten hepatopatías (enfermedades del hígado), patologías de la sangre (discrasias) o del páncreas. Algunos pacientes presentan alergias de tipo dermatológico que,

aunque son infrecuentes, pueden llegar a ser graves. Es incompatible con el alcohol y con multitud de fármacos (como la aspirina, cuyo consumo conjunto puede provocar hemorragias).

Entre sus efectos secundarios destacan el aumento de peso, pérdida del cabello (de forma más significativa que con el litio), alteraciones hormonales como la galactorrea (secreción de las glándulas mamarias) o alteraciones de la menstruación. Algo más infrecuentes son la pérdida del apetito y las náuseas y vómitos.

## CARBAMACEPINA

### ¿Qué es?

La carbamacepina (Tegretol, aunque algunos pacientes insisten en llamarlo «tigretón», si bien la acción eutimizante de estos pastelitos estaría por demostrar, a pesar de que a muchos nos alegraron la infancia) es otro fármaco antiepiléptico muy usado en el trastorno bipolar que destaca por su acción antiimpulsiva. Tal como sucede con el valproato y el litio, es algo más eficaz para prevenir la manía y los episodios mixtos que la depresión.

### Efectos secundarios

La carbamacepina no provoca aumento de peso, temblor o pérdida de cabello como lo hacen el valproato y el litio. En cambio, sí presenta otros efectos, como diplopía (visión doble), visión borrosa, fatiga, náuseas, vértigo y problemas de coordinación motora. Los efectos secundarios son menos importantes si el

fármaco se introduce lentamente. Menos frecuentes son la leucopenia (descenso de los glóbulos blancos), los efectos dermatológicos o hiponatremia (descenso de los niveles de sodio). También puede facilitar la aparición de patologías de la sangre que pueden desembocar en anemias. Algo más infrecuentes son los problemas cardiológicos. Sus efectos teratogénicos son bastante importantes, y no se aconseja su uso en mujeres embarazadas.

En el caso de presentar vértigo, sedación o diplopía, se considera que existe riesgo claro de intoxicación y se debe acudir de inmediato a urgencias.

La carbamacepina es un inductor enzimático, por lo que disminuye la concentración de un gran número de fármacos, entre ellos los anticonceptivos orales (disminuyendo su eficacia, con lo que dejan de cumplir su función), e incluso su propia concentración.

## OXCARBACEPINA

### ¿Qué es?

Ya hemos visto que la carbamacepina tenía bastantes problemas de interacción con otros fármacos y un número no desdeñable de efectos secundarios. Existe una versión mejorada de este fármaco, llamada oxcarbacepina (Trileptal). La oxcarbacepina es un análogo estructural de la carbamacepina, pero con un perfil farmacocinético diferente que le permite interaccionar con muchos menos fármacos que la pobre carbamacepina. De hecho, la oxcarbacepina no presenta tantas interacciones importantes, ya que su metabolización no depende del citocromo P450 (aquel simpático citocromo con nombre del amigo de C3-PO en

*La guerra de las galaxias*, del que ya hablamos cuando comentábamos la respuesta a los fármacos), por lo que no modifica tanto los niveles de la gran mayoría de los fármacos. ¿Las malas noticias? No está tan claro que no altere los niveles de los anticonceptivos orales, ni de otros antiepilépticos, por lo que las mujeres que tomen oxcarbacepina, al igual que las que toman carbamacepina, deberían utilizar otros tipos de medidas anticonceptivas (o pensar en la posibilidad de una familia numerosa). Su eficacia no está claramente demostrada por ahora.

## **Efectos secundarios**

A pesar de tener menos efectos secundarios que la carbamacepina, la oxcarbacepina no está exenta de ellos. Entre los más comunes destacan los mareos, somnolencia, dolor de cabeza, problemas de visión o visión doble, cansancio excesivo, problemas digestivos, vómitos, temblores, problemas para hablar (más concretamente para encontrar las palabras adecuadas) y dificultad para concentrarse. Entre otros efectos secundarios más infrecuentes pero que nos deben hacer consultar con el psiquiatra de inmediato, encontramos: sarpullidos de color rojo con picor, crisis convulsivas, dificultades para respirar, fiebre o dolor en las articulaciones. Puede causar disminución de sodio en sangre (hiponatremia).

## **LAMOTRIGINA**

La lamotrigina ya ha quedado comentada cuando hablábamos del tratamiento de la depresión bipolar. Ya hemos visto que

tanto el litio como el valproato o la carbamacepina/oxcarbacepina son más eficaces para prevenir episodios mixtos o maníacos que episodios depresivos, mientras que la lamotrigina es el único fármaco con una potente acción preventiva de la depresión. Una sabia combinación de estos fármacos es, sin duda, la solución más adecuada para muchos de nuestros pacientes.

## OTROS EUTIMIZANTES

Aunque litio, valproato, carbamacepina, oxcarbacepina y lamotrigina son los eutimizantes más utilizados y de los que se tiene más información, no podemos dejar de comentar brevemente otros fármacos que se han ensayado —quizás con menor fortuna que los citados— como eutimizantes:

### Tiroxina

La tiroxina (Levothroid) tiene cierta acción estabilizante incluso en pacientes que no presentan un problema de tiroides propiamente dicho, por lo que forma parte —en dosis bajas— de algunas combinaciones, especialmente en casos resistentes.

Por último, cada vez se usan más los antipsicóticos atípicos como eutimizantes, es decir, como estabilizadores por sí mismos. Salvo la quetiapina, la mayoría previenen con mayor eficacia la manía que la depresión.

#### RECUERDE QUE...

- El trastorno bipolar requiere de un tratamiento de mantenimiento, incluso cuando el paciente está estable.
- El litio, el más antiguo de los tratamientos de los que disponemos, es aún uno de los fármacos más eficaces para mantener estable el trastorno bipolar.
- A pesar de sus efectos secundarios, es un fármaco muy seguro.
- Otros tratamientos, como el valproato, la lamotrigina, la olanzapina o la quetiapina son también muy útiles en el tratamiento de mantenimiento.

#### TERAPIA ELECTRO-CONVULSIVA: LA ELECTRICIDAD QUE CURA

La terapia electro-convulsiva (TEC) arrastra una leyenda negra del todo injusta. Distintas voces, ninguna de ellas procedente de ninguna sociedad científica o grupo de expertos, se han encargado de hacer proliferar el mito —del todo infundado— de que la TEC es una terapia peligrosa, o que sirve para «reprogramar» al paciente o «lavarle el cerebro», amparándose en distintas obras literarias o cinematográficas sin ninguna base real o científica. Es cierto que, cuando empezó a implantarse, allá por los años treinta, no se tomaban tantas medidas de seguridad o no se anestesiaba a los pacientes, y también es cierto que algunos regímenes dictatoriales han usado la tortura con electricidad como método de represión.

Pero todo esto no tiene nada que ver con la terapia electro-convulsiva como la conocemos hoy; la TEC es un procedimiento muy seguro (tan seguro, por ejemplo, que es la primera elec-

ción de tratamiento cuando una paciente embarazada se descompensa, ya que es inocuo tanto para la madre como para el feto).

## Breve historia de la TEC

Inducir una convulsión a un paciente para mejorar sus síntomas psiquiátricos es una técnica que se remonta hasta el siglo XVI, en el que Paracelsus (el mismo que se rebeló en contra de la consideración del enfermo mental como un endemoniado) se vale de elementos como el alcanfor para producir una «convulsión curativa» en sus pacientes. Posteriormente, en la década de los treinta del siglo pasado, se utilizan otros métodos de convulsión como el pentilinetetrazol intravenoso, que no producía tanto malestar como el alcanfor (como ve el lector, desde siempre se ha valorado el bienestar del paciente). Una técnica peculiar de la época fue la malarioterapia, introducida por el Premio Nobel alemán Wagner von Jauregg (nota: utilice esta información para impresionar a sus amigos). Esta técnica consistía en inocular la malaria a un paciente (generalmente facilitando que fuera picado por mosquitos que estuvieran infectados) para conseguir que con las altas fiebres que se asociaban a esta enfermedad remitieran los síntomas psiquiátricos. Otra técnica pionera era el coma insulínico (o cura de Sakel, en honor a su creador).

A finales de los años treinta, el médico italiano Hugo Cerletti es pionero en el uso de la electricidad con fines terapéuticos. Cerletti había sido alumno del gran Kraepelin y de Alzheimer (quien, a pesar de su nombre, no padeció nunca esta

enfermedad, sólo la descubrió). Anecdóticamente debemos comentar que Cerletti, aparte de hombre de ciencia, era —como muchos italianos— un gran aficionado a la moda y fue él quien diseñó los uniformes de camuflaje empleados por el ejército italiano en la Primera Guerra Mundial. A partir de los cuarenta, la técnica de la TEC mejora mucho al introducir los relajantes musculares, disminuyendo el riesgo de lesiones asociadas a la convulsión. En los setenta, debido a presiones por parte de la ignorancia militante (antipsiquiatría y grupos afines), empezó a considerarse la TEC como una herramienta de represión del Estado sobre el individuo y a propagarse mentiras sobre sus riesgos de inducir lesiones cerebrales, por lo que la TEC fue cada vez menos utilizada, e incluso prohibida en algunos países, dejando a muchos pacientes huérfanos de un tratamiento eficaz. En este contexto nace una de las películas que más daño ha hecho a la percepción social de los hospitales psiquiátricos, *Alguien voló sobre el nido del cuco*, que ha sido utilizada por generaciones y generaciones de indocumentados para atacar a la psiquiatría. En el fondo, es como si se utilizara *La guerra de las galaxias* para iniciar una cruzada contra la gente que sufre un problema respiratorio, como Darth Vader, con el argumento de que son peligrosos para la paz de la galaxia. Debemos admitir que en algunos países se puede haber hecho un mal uso no ya de la TEC sino de los conocimientos médicos por parte de gobiernos generalmente no democráticos, pero eso no significa que la psiquiatría o, más concretamente, la TEC sean malvadas o peligrosas en sí mismas, del mismo modo que nadie en su sano juicio culparía a Albert Einstein de criminal porque sus descubrimientos sobre el átomo dieron paso a la aparición de la bomba nuclear... Afortunadamente, el aceite

siempre flota y el sentido común casi siempre acaba prevaleciendo, y en 1977, el Royal College of Psychiatrists en Gran Bretaña y la American Psychiatric Association en Estados Unidos emiten un comunicado favorable al uso de la TEC. Este tratamiento beneficia en la actualidad a más de un millón de pacientes en todo el mundo, y es imprescindible para muchos de ellos. Los casos de lesiones por TEC son irrelevantes y, repetimos, se considera una de las técnicas más seguras, aparte de ser especialmente barata (al menos en esto no se la puede acusar de ser una técnica al servicio del enriquecimiento de las multinacionales).

### ¿En qué casos se emplea?

La TEC se emplea en casos de depresión grave resistente al tratamiento o con alto riesgo suicida, depresión psicótica, pseudodemencia depresiva (en este caso es la primera opción), depresión agitada y catatonía. Es un tratamiento exitoso para muchos pacientes que sufren manía o esquizofrenia resistente a los fármacos.

En el trastorno bipolar, la TEC ha demostrado su eficacia tanto en la manía como en la depresión resistente a fármacos, salvando la vida de muchos pacientes. En el caso de la depresión bipolar se ha descrito una eficacia del 80 por ciento —es decir, mejoran ocho de cada diez pacientes, una tasa muy superior a la de cualquier antidepresivo— y se considera, sin lugar a dudas, el mejor tratamiento antidepresivo (según los expertos). El número de sesiones necesarias para la mejora de una depresión o una manía es muy variable y oscila entre seis y veinte, generalmente a razón de tres semanales.

Su eficacia en la manía resistente (con otro 80 por ciento de eficacia) es similar.

La TEC es imprescindible para muchos pacientes con ciclación rápida y también puede ser un buen tratamiento de mantenimiento (como un eutimizante); en este caso se aplica con una frecuencia que oscila entre una vez a la semana y una vez al mes.

### **¿Cómo funciona?**

El modo en que la TEC mejora algunos síntomas psiquiátricos parece relacionado con sus efectos sobre varios neurotransmisores (los de siempre: noradrenalina, serotonina, GABA, dopamina, etcétera). Facilita los canales de calcio en las neuronas y, probablemente, permite el paso de triglicéridos al cerebro (lo que, sorpréndase, es positivo para el mismo).

La TEC también induce variaciones en los niveles plasmáticos de oxitocina, prolactina, insulina y cortisol.

### **¿Cómo se aplica?**

Advertencia previa: aunque expliquemos de un modo detallado cómo suele aplicarse la TEC, no intente hacer esto en su casa (los juegos con electricidad suelen acabar en desastre).

El tratamiento de TEC requiere en la mayoría de ocasiones un ingreso hospitalario, aunque con pacientes que realizan TEC de mantenimiento también es posible evitarlo, siempre que el centro disponga de instalaciones apropiadas

para que éstos puedan recuperarse de los efectos de la anestesia general.

Antes de empezar el tratamiento, el psiquiatra solicita varias analíticas de sangre y orina, radiografías de tórax y columna y un electrocardiograma. El paciente debe estar en ayunas un mínimo de seis horas antes del procedimiento. Antes de empezar el paciente recibe anestesia general de corta duración y un relajante muscular, lo que hace que el tratamiento sea del todo indoloro. Durante éste se monitorizan las funciones cardíacas y cerebrales (mediante registros electrocardiográficos y electroencefalográficos respectivamente) y se aplica oxigenación al cien por cien.

La TEC en sí consiste en la aplicación de corriente directa (100-130 voltios) por espacio de unos tres a cuatro segundos, lo que facilita una convulsión de duración variable (pocos segundos). La corriente se puede aplicar a través de dos electrodos (TEC bilateral) o uno solo (unilateral) situados estratégicamente en áreas muy determinadas del cráneo. Para los curiosos, el área frontotemporal en el bilateral, y el área frontotemporal y centro parietal derecha en el unilateral, pero le insistimos: no intente hacer esto en su casa. La TEC no es dolorosa.

### **¿Qué efectos secundarios tiene?**

Ningún tratamiento es inocuo. Entre los efectos secundarios de la TEC destacan sobre todo los problemas de memoria, los dolores de cabeza (sobre todo, pocas horas después del tratamiento, pero que suelen mejorar con un simple analgésico) y las náuseas.

Los problemas de memoria asociados a la TEC son del todo irreversibles al cabo de un tiempo de haber interrumpido el tratamiento, ya que no se daña ninguna estructura cerebral. La TEC unilateral provoca menos efectos secundarios que la bilateral, pero también parece menos eficaz.

#### RECUERDE QUE...

- A pesar de su mala fama, la terapia electroconvulsiva es un tratamiento eficaz y seguro.
- Puede utilizarse en todas las fases del trastorno bipolar.
- Sus únicos efectos secundarios son el dolor de cabeza y problemas transitorios de memoria.

#### Nadie voló sobre el nido del cuco

Mis depresiones empezaron a los 26 o 27 años. Yo trabajaba de profesora de literatura en un instituto, y me deprimí. El doctor dijo que era normal, en el caso de los profesores, ya que es un trabajo muy estresante. Me recuperé gracias a los antidepresivos. Al cabo de dos años me volví a deprimir. Más antidepresivos. Me recuperé. A los 30 años, mi primera subida: una alegría inmensa, una energía fantástica, mucha capacidad para enseñar a mis alumnos, las noches casi enteras leyendo... y al cabo de unos meses otra depresión. Lo que sigue es una sucesión de depresiones, hipomanías y fases mixtas en cámara rápida. He estado ingresada cuatro veces, todas por depresión. He cometido seis intentos de suicidio, pero ninguno de ellos grave. En siete años he tenido más de

treinta y cinco episodios, según mi psiquiatra. He tomado combinaciones de hasta ocho fármacos, sin éxito. Cuando me consiguieron estabilizar, lo hicieron en la depresión. Aun así he tenido mucha suerte: la suerte de encontrar un buen psiquiatra y un buen psicólogo, que me llevan tratando hace ya unos doce años. El psicólogo es mi gran apoyo. Lo considero casi un amigo (digo casi porque sé que él no dejará nunca que me considere su amiga). En todos estos años hemos trabajado mucho: lo he aprendido todo sobre el trastorno bipolar, hemos investigado hasta qué punto mis intentos de suicidio eran reales o manipulativos, qué hacer ante las ideas de suicidio, cómo recuperar la capacidad para leer, cómo evitar que mi familia de origen me manipule, cómo enfrentarme a la ansiedad, cómo actuar ante una depresión, cómo organizar mi vida... muchas cosas. Aunque a veces ha sido dura, la psicoterapia es una actividad que me enriquece mucho. Y en muchas sesiones acabamos riendo el psicólogo y yo. Es un trabajo fundamental, que agradezco mucho. Pero también es fundamental el trabajo del psiquiatra: gracias a él estoy tomando una combinación de fármacos modernos, y fue él quien me convenció de que la terapia electroconvulsiva de mantenimiento me iba a hacer bien, que era la única forma de hacer frente a mi ciclación rápida resistente.

Al principio yo era reticente a aceptar, más que nada llevada por el mal nombre de la TEC por películas como *Alguien voló sobre el nido del cuco*, que me impactó mucho de jovencita. O por todo lo que sé acerca de cómo Pinochet utilizó a sus psiquiatras afines para torturar a los disidentes con el uso de la electricidad. Pero, por otra parte, confío mucho en mi psi-

quiatra; él no tomaría ninguna decisión que fuera perjudicial o peligrosa para mí.

Así que empecé con la TEC. En un principio, te hacen unas ocho sesiones en dos semanas, lo que conocen como la «tanda base». Posteriormente, si respondes como se espera, se sigue haciendo la TEC una vez a la semana. Al cabo de un tiempo, se espacian las sesiones. Ahora hago una sesión al mes.

Y estoy mucho mejor: mis fluctuaciones son menos extremas, y no creo que haya tenido ninguna depresión desde que hago TEC, ya hace más de cinco años. Y ningún ingreso o intento de suicidio.

La TEC también tiene sus problemas: en mi caso un tremendo problema de memoria. De las clases de literatura no me acuerdo de nada. No me acuerdo de si he leído tal o cual libro o si he visto una película (en el fondo, es una ventaja poder ver todos los clásicos como si fueran estrenos; me evita ver el nuevo cine, que no me gusta). Por cierto, el otro día vi, por primera vez después de la TEC *Alguien voló sobre el nido del cuco*. Evidentemente no recordaba nada de la película, y sólo sé que ya la había visto porque me lo dijo mi ex (al parecer, en su momento fuimos juntos al cine a verla). No me gustó: nos hace un flaco favor a los enfermos mentales.

He olvidado muchas cosas de mi biografía personal. Pero aun así vale la pena.

Con el psicólogo estamos trabajando en la rehabilitación de la memoria, y en trucos para que se haga más llevadera la falta de memoria.

Soy una persona con una vida plena y aceptablemente feliz. Tengo amigos, el mejor de ellos mi ex, y me siento apoyada por ellos. Hago cosas que me gustan: leo, voy a confe-

rencias sobre temas que me interesan, hago natación, voy al cine y voy al teatro. Soy muy consciente de que tengo un trastorno bipolar, pero también soy muy consciente de que lo peor ya pasó (toco madera). Tomo el tratamiento de forma automática, sin pensarlo. Y eso que en total son unas quince pastillas. Del mismo modo, voy a recibir tratamiento de TEC una vez al mes. Ya sé que el día de la TEC no puedo hacer ninguna otra cosa, pero sería mucho peor, por ejemplo, estar en diálisis.

No soy en absoluto religiosa, pero sí que he aprendido a aceptar lo que venga en la vida y a hacer frente a las adversidades. Y a resignarme cuando hace falta.

Ahora mismo estoy en paz con la vida. Puedo reír y puedo emocionarme. No me quejo.

*Victoria, 42 años.*

## MÁS TRATAMIENTO: EL PSICÓLOGO

Ya hemos visto antes que el tratamiento farmacológico de las enfermedades mentales es algo relativamente reciente en la historia (menos de sesenta años), y lo mismo ocurre con los descubrimientos que muestran que los trastornos bipolares tienen causa orgánica. Hasta esos descubrimientos, la humanidad se las arreglaba como podía para tratar las enfermedades mentales (ya hemos visto lo que le ocurrió a Fernando VI), y también para entenderlas, propiciando la aparición de infinidad de teorías especulativas sobre los trastornos psiquiátricos que no tenían ninguna base científica. Así, la ignorancia llevó a la humanidad

durante un tiempo a considerar que las personas afectadas de trastornos psiquiátricos estaban embrujadas o poseídas, con lo que el tratamiento de elección era la hoguera o el exorcismo. Algo más tarde, cuando aún no se conocía el origen orgánico de las enfermedades psiquiátricas, a finales del siglo XIX y principios del XX, las teorías —pero no los experimentos— del brillante médico vienés Sigmund Freud sitúan el origen de la enfermedad mental en los conflictos inconscientes del individuo, prácticamente todos de origen sexual, y el tratamiento pasa a ser el psicoanálisis, algo menos doloroso que el exorcismo pero igual de ineficaz en el caso de los trastornos bipolares.

Con todo, hay que reconocerle ciertos méritos al psicoanálisis, ya que constituye una piedra angular de la cultura occidental, sin la que sería imposible explicar la mayoría de los movimientos artísticos —e incluso algunos movimientos políticos— del último siglo, así como su uso como instrumento de introspección. El problema es que la introspección no parece curar ninguna enfermedad mental.

Del mismo modo hay que tener en cuenta que el propio Freud formulaba que debía haber un origen orgánico de la enfermedad mental, que él no se propuso definir debido a las limitaciones técnicas de la época. Este hecho deja en absurda la vieja polémica de la psiquiatría entre biologicistas (que sitúan la causa de las enfermedades mentales en una disfunción del cerebro, siempre a partir de estudios científicos) y psicodinámicos o psicologicistas, que sitúan la causa de las enfermedades mentales en los conflictos psicológicos, traumas infantiles o en la sociedad, generalmente sin tener ninguna evidencia científica de ello; si bien es una teoría que es más fácilmente comprensible para todo el mundo, también crea mucha culpabilidad entre quienes pade-

cen una enfermedad mental. El caso es que Freud, padre del psicoanálisis, era en realidad ¡un biologicista!, lo cual deja sin sentido aquellos posicionamientos teóricos que en la actualidad intentan defender la vigencia de la teoría psicoanalítica para explicar los trastornos psiquiátricos en el siglo XXI... ¡ya que serían más freudianos que Freud!

## Psicoeducación

Las técnicas psicoeducativas han demostrado su eficacia —aplicadas junto a los fármacos— en enfermedades tan distintas como la diabetes, el asma o las enfermedades cardiovasculares. En todas estas enfermedades, como en los trastornos bipolares, es fundamental dotar al paciente de herramientas y conductas que faciliten una mejor adaptación a la enfermedad y un adecuado manejo de los síntomas, y por otra parte facilitar estrategias que hagan más fácil la convivencia con el trastorno. La psicoeducación es una técnica, pero ante todo es una actitud: la del profesional que trata de implicar al paciente en su tratamiento, dejando de este modo de ser un sujeto pasivo para pasar a ser parte activa en la evolución favorable de su enfermedad. Y, por otra parte, la psicoeducación responde también a un derecho fundamental del ser humano: el derecho a la información. La psicoeducación del paciente bipolar la debe llevar siempre a cabo personal especializado (psicólogos, psiquiatras o enfermeras psiquiátricas) con una larga experiencia en el cuidado del paciente bipolar. La psicoeducación es más útil si se lleva a cabo cuando el paciente está eutímico, ya que las alteraciones cognitivas y conductuales propias de la depresión y la (hipo)manía impiden un adecuado procesa-

miento de la información. La psicoeducación del paciente bipolar incide sobre cinco áreas:

- Mejora de la conciencia de enfermedad, aceptación del diagnóstico y manejo del estigma social.
- Mejora del cumplimiento terapéutico y manejo de los efectos secundarios.
- Detección e intervención precoz ante una recaída.
- Manejo del riesgo de los tóxicos.
- Regularidad de hábitos y manejo del estrés.

La psicoeducación ha demostrado su eficacia en la reducción del número de episodios de todo tipo y de hospitalizaciones, por lo que hoy en día se la considera como un tratamiento psicológico prácticamente imprescindible en el caso de los pacientes bipolares. Existe un manual de psicoeducación para el trastorno bipolar publicado en español (véase *www.bipolarclinic.org*).

## Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual fue desarrollada por el norteamericano Aaron Beck a mediados de los años sesenta, destinada a tratar pacientes deprimidos (unipolares, no bipolares). Según el enfoque cognitivo, la depresión hace que los pacientes presenten una alteración de su pensamiento consistente en tener una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, lo que se conoce como tríada cognitiva. La terapia cognitivo-conductual tiene por objetivo que la persona recupere la objetividad de su juicio y aprenda a pensar de un modo no depresivo. La terapia

cognitivo-conductual ha sido adaptada con éxito cuestionable al trastorno bipolar, pues no puede demostrar su eficacia preventiva a largo plazo.

## Terapia interpersonal de ritmos sociales

En los últimos años, el brillante grupo de la Universidad de Pittsburgh liderado por los doctores Frank y Kupfer ha puesto en marcha un nuevo tipo de psicoterapia para el trastorno bipolar, que ya ha demostrado su eficacia en la prevención de fases depresivas. Dicho modelo se inspira en parte en la terapia cognitiva y en el hecho de que la regularidad de hábitos es esencial en el trastorno bipolar.

### RECUERDE QUE...

- La psicoterapia es siempre un complemento a la medicación. Nunca un sustituto de la misma.
- No todas las psicoterapias sirven para el trastorno bipolar: el psicoanálisis, por ejemplo, no ha demostrado su eficacia.
- Las técnicas con más evidencia tras de sí son la psicoeducación (para pacientes y familiares), la terapia interpersonal y, en menor medida, la terapia cognitivo-conductual.

Como si de una montaña rusa se tratara, quien padece un trastorno bipolar vive debatiéndose entre la euforia y la tristeza, entre la manía y la depresión, a lo largo de los años. Esta enfermedad psiquiátrica, una de las más comunes —dos millones de personas aproximadamente en España—, afecta a los mecanismos cerebrales encargados de regular el estado de ánimo, haciendo que éste sea patológicamente inestable. No se trata de un simple cambio de carácter, sino de algo mucho más complejo que requiere tratamiento.

Dos de los mayores especialistas en el tema, Francesc Colom y Eduard Vieta, explican en estas páginas las pautas médicas y psicológicas para conocer y tratar el trastorno, de tal manera que los pacientes puedan mejorar su vida.

- ¿Cómo sé si soy bipolar?
- ¿Afecta el trastorno por igual a hombres y mujeres?
- ¿De qué origen es su causa principal?
- ¿Hay alguna dieta que tenga eficacia terapéutica?
- ¿Para qué sirve el litio?

Una enfermedad cíclica tan vieja como el hombre, que en su día sufrieron célebres personajes como Van Gogh, Dickens o Churchill.

DE LA EUFORIA A LA TRISTEZA: EL TRASTORNO BIPOLAR  
101114133P 9788427347846



9 784273 478446  
Dentro de 10 días, tu librería de confianza y tu compra habitual.

[casadellibro.com](http://casadellibro.com)

librería  de los libros

[www.casadellibro.com](http://www.casadellibro.com)