

A: Qué es Trastorno Bipolar?

Por: Lisa Selbst

Trastorno bipolar, anteriormente conocido como enfermedad maníaco-depresiva depresiva, es una enfermedad cerebral que causa fluctuaciones inusuales en el estado de ánimo de una persona. Estas fluctuaciones son muy distintas a los cambios de humor normales que la mayoría de la gente experimenta. Las personas con trastorno bipolar suelen tener cambios de humor muy fuertes que pueden afectar todos los aspectos de su vida, incluyendo el trabajo, relaciones, escuela, hasta puede implicar abuso de sustancias e intentos suicidas. Sin embargo, el trastorno bipolar es tratable, y la mayoría de las personas diagnosticadas con el mismo llevan una vida sana, activa y exitosa.

Mundialmente, hay 27 millones de personas que padecen de trastorno bipolar, según el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH), los números son más elevados, ya que las estadísticas de los niños aún no están incluidas. El trastorno bipolar se desarrolla típicamente en la adolescencia tardía, o adultez temprana. Es poco reconocido, o se diagnostica erróneamente, dando lugar a un sufrimiento innecesario durante años antes de ser diagnosticado y tratado adecuadamente. El trastorno bipolar es una enfermedad crónica, que debe ser abordada y tratada a lo largo de la vida de la persona, al igual que cualquier otra enfermedad crónica, tales como la diabetes y enfermedades del corazón.

Síntomas de Trastorno Bipolar

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH) las personas con trastorno bipolar experimentan estados emocionales inusualmente intensos que se producen en períodos distintivos llamados episodios de estado de ánimo. NIMH describe un estado anímico demasiado alegre, eufórico, o irritable como episodio maníaco; y un estado muy triste y desesperado como un episodio depresivo. A veces, un episodio incluye síntomas de manía y depresión, resultando en un estado mixto. Las personas con trastorno bipolar también pueden ser explosivas e irritables durante un episodio.

Los síntomas de manía, o un episodio maníaco incluyen:

- **Un período extendido de sentirse "elevado", o de humor excesivamente feliz**
- **Humor extremadamente irritable, o con agitación**
- **Distractibilidad (se distrae fácilmente)**
- **Pensamiento muy acelerado y veloz, habla apresurada y presionada**
- **Incremento en actividades dirigidas hacia una meta, tal como iniciar proyectos**
- **Disminución en la necesidad de dormir**
- **Creencia poco realista en sus capacidades, grandiosidad**
- **Impulsividad**
- **Comportamientos de alto riesgo, tales como compras excesivas, y/o actividad hipersexual**

Los síntomas de depresión, o episodio depresivo incluyen:

- Un largo período de sentirse preocupado, o vacío
- Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba
- Sensación de cansancio o de estar "lento"
- Concentración pobre
- Dificultad para recordar, y en la toma de decisiones
- Cambios de apetito, y en los hábitos de dormir
- Pensamientos sobre muerte, suicidio, o intento de suicidio. Los pensamientos de suicidio pueden ocurrir tanto en episodios maníacos, depresivos o mixtos.
- Estar inquieto, y/ó irritable

B: Los Niños y Adolescentes con Trastorno Bipolar **Por Rob Friedman, M. D.**

Si usted es padre o madre y sospecha, ó le han dicho que su hijo puede estar sufriendo de trastorno bipolar, sin duda, estará en alguna parte del proceso de entender lo que eso significa para usted, su hijo y el resto de su familia, ahora y en el futuro.

No todos los niños con cambios de humor, o rabietas, padecen de trastorno bipolar. El tema de trastorno bipolar en niños y adolescentes es confuso, incluso dentro de la comunidad médica. Es comprensible que como padre, usted puede estar confundido. Inicialmente, hay reacciones de desorientación y confusión, pero es importante que los padres no permitan que su propia confusión y temor interfieran en la búsqueda de la ayuda adecuada para su hijo, o hija para darle la oportunidad de vivir una vida feliz, plena y saludable. La auto-educación puede recorrer un largo camino para ayudar a su hijo y su familia. En este capítulo, vamos a examinar por qué hay tanta confusión acerca del trastorno bipolar en niños y adolescentes, para aclarar algunas de las cuestiones relacionadas con esto, y tratar de proporcionar una guía para usted y su familia. Con la información correcta, usted estará preparado para obtener el tratamiento e intervención más adecuados para su hijo y su familia. Con la debida orientación y el tratamiento adecuado, le proporciona a su hijo la mejor oportunidad de vivir una vida feliz, saludable, satisfactoria y exitosa.

El Trastorno Bipolar es un Trastorno Cerebral

Es muy difícil para nosotros pensar en el cerebro de la misma forma en que pensamos acerca de cualquier otro órgano de nuestro cuerpo, tales como el corazón, la piel, el páncreas, o los pulmones. Cuando uno de estos órganos funcionan mal como resultado de una enfermedad, no se le atribuye un estigma negativo. Por ejemplo, si alguien sufre de presión arterial alta, los amigos y parientes no aconsejarían que simplemente el o ella utilice su mente para lograr una presión más baja en la sangre. Si uno sufre de cáncer de piel, nadie esperaría que uno haga desaparecer el cancer por fuerza de voluntad. Si alguien sufre de diabetes, no sugeriríamos que la persona solo utilice su cerebro para lograr que su páncreas regule correctamente los niveles de azúcar en la sangre. Si alguien tiene pulmonía, nadie esperaría que él o ella usen su mente para combatir el virus, o la bacteria causante de la misma.

Cuando uno sufre de una enfermedad cerebral, no es fácil medir los cambios en los pensamientos, sentimientos y comportamientos; los cuales con frecuencia son más difíciles de controlar.

Cuando hay una enfermedad del cerebro, la misma causa cambios químicos, celulares y estructurales que, hasta muy recientemente, han sido difíciles de observar y medir. Dado que estos cambios son difíciles de observar y medir, por lo cual la gente tiene dificultad para creer que tales cambios sean reales. La idea de que debemos ser capaces de controlar nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos, junto con la falta de evidencia de que algo sea alterado físicamente en el cerebro de las personas con pensamientos, sentimientos, y comportamientos fuera de orden, han resultado en el prejuicio y estigma

de que las personas con enfermedad mental, o cerebral, deben ser capaces de tener control sobre los pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales que sufren. Esto es alimentado por nuestros propios temores de no poder controlar nuestros propios pensamientos, sentimientos o comportamientos, sin hacer la distinción entre un cerebro que funciona normalmente, y un cerebro que padece una enfermedad.

Durante las últimas dos décadas, con los avances en la tecnología y el desarrollo de sofisticadas técnicas de imagen cerebral, los cambios en el cerebro de personas que padecen de enfermedades mentales son más observables, medibles y estudiados. Aunque tales técnicas científicas se utilizan en la investigación de enfermedades cerebrales, en la mayoría de los casos, estas técnicas no están todavía disponibles para examinar los cerebros de las personas para los efectos de evaluar, diagnosticar, y tratar personas individuales que sufren de algún tipo mental o enfermedad cerebral.

Después de años de investigación, aunque todavía se sabe relativamente poco sobre el funcionamiento del cerebro, hay algunas cosas que hemos aprendido acerca de enfermedades cerebrales, tal como el trastorno bipolar. Sabemos que a menudo, hay factores determinantes genéticos que se encuentran en el ADN heredado, los cuales modulan la producción y liberación de sustancias químicas, y entre células cerebrales que tienen impacto sobre su funcionamiento. Los cambios en nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos pueden ser el resultado, según cuales regiones del cerebro se vean afectadas, Si bien hay muchos productos químicos que son llamados "neurotransmisores", algunos de los neurotransmisores conocidos comúnmente incluyen serotonina, dopamina, acetilcolina y norepinefrina. Ya sea causada completamente por la genética, o por una interacción entre factores ambientales, y nuestro ADN heredado, pueden haber cambios estructurales y químicos en el cerebro que alteren nuestra forma de pensar, sentir y comportarnos. Cuando estos pensamientos, sentimientos y conducta alterados son reconocidos como anomalías, se denominan como síntomas. Cuando un conjunto de síntomas tiene un impacto negativo en su funcionamiento, se denomina como una enfermedad, o trastorno. En el pasado, antes de que tuviéramos una forma de vincular estos síntomas de deficiencias en los pensamientos, sentimientos y comportamiento de la estructura física del cerebro, se le atribuía a la "mente" y se veían como resultado de un trastorno mental. Al parecer, gran parte de la confusión y el estigma que rodea a estas enfermedades podría resolverse si empezáramos a entenderlas tal como son: enfermedades del cerebro, o trastornos cerebrales.

La Genética y Medio Ambiente

El trastorno bipolar se entiende como un trastorno cerebral genéticamente determinado, que resulta en una alteración de los pensamientos, sentimientos y comportamientos propios que no son fácilmente controlados por la voluntad del individuo. Existe un riesgo de cuatro a seis veces mayor de que un niño desarrolle trastorno bipolar si ese niño tiene un padre, o hermano con trastorno bipolar. A pesar de que un niño puede estar en un rango de cuatro a seis veces mayor de riesgo de desarrollo de trastorno bipolar cuando su padre o hermano lo padecen, en comparación con la población general, la mayoría de los niños cuyos padres o hermanos tienen trastorno bipolar no lo desarrollarán. La nutrición, ejercicio, cantidad adecuada de sueño, evitar situaciones excesivamente estresantes en su vida, ausencia de traumas y sustancias que puedan ser tóxicas para el cerebro, tales drogas y alcohol, posiblemente puedan prevenir, ayudar a

retrasar la aparición, o minimizar el impacto del trastorno bipolar en algunas personas genéticamente vulnerables.

Es difícil argumentar contra la idea de que las personas son responsables de su comportamiento. Si somos capaces de entender que los comportamientos del niño o adolescente resultan, o son influenciados por una enfermedad cerebral, por causas ajenas a su propia voluntad, puede ayudar a los padres, hermanos, maestros, amigos y médicos a mantener una postura de empatía y compasión, reduciendo al mínimo las tendencias hacia la frustración, el enojo y el rechazo. En última instancia, las emociones negativas pueden ser parte de los problemas ambientales que afectan negativamente a un niño o adolescente con trastorno bipolar, lo cual posiblemente contribuya a resultados menos positivo para ellos y su familia. Con el fin de mantener dicha postura, se necesita mucha paciencia y autocontrol, destacando la necesidad del cuidado personal y recursos de apoyo. Es importante entender que no siempre será posible de alcanzar ese nivel de ecuanimidad y mantenerlo, pero es útil reconocer esto como objetivo ideal para orientarse en la crianza de sus hijos.

Según la American Academy of Child Psychiatry, si un gemelo tiene trastorno bipolar, existe la posibilidad de un setenta por ciento de que el otro gemelo lo desarrolle también.

El Diagnóstico de Trastorno Bipolar en Niños y Adolescentes

Aquí es donde la mayor parte de la confusión sobre el trastorno bipolar en niños y adolescentes comienza. Hace treinta años, el trastorno bipolar en niños y adolescentes era una rareza. En los últimos diez años, ha habido un aumento en el diagnóstico de trastorno bipolar en niños y adolescentes, con uno por ciento, o aproximadamente un millón de niños y adolescentes en los Estados Unidos diagnosticados actualmente (Trastorno Bipolar: una guía para ayudar a los niños y adolescentes por Mitzi Walt) Hay cierta controversia en cuanto a si las estadísticas reflejan un mejor reconocimiento de un trastorno que siempre ha estado ahí, un aumento real en la incidencia del mismo, una integración más con respecto al trastorno en niños y adolescentes, o alguna combinación de estos tres factores.

Sin embargo, es muy difícil para un padre saber y aceptar que el estado de ánimo de su hijo, o comportamiento, podría ser resultado de una grave enfermedad psiquiátrica. Como padres, queremos que nuestros hijos sean "normales", y luchamos con la aceptación de la noticia de que el comportamiento de nuestro hijo podría caer fuera del rango de lo que se considera "normal", sin importar cuál sea el diagnóstico. De repente, nuestras esperanzas, sueños y deseos para nuestros hijos se ven amenazados. Para empeorar las cosas, como es el caso de gran parte del mundo de la ciencia médica y la investigación, en cuanto más aprendemos, más nos damos cuenta de lo mucho que no sabemos. Es importante que su hijo sea evaluado por un médico cualificado y actualizado, con quien usted se sienta cómodo y tenga confianza.

En el pasado, el trastorno bipolar se llamaba "Manic Depression" o "trastorno maníco-depresivo". Estos términos son sinónimos, pero hoy en día, nos referimos a la condición como "trastorno bipolar". El mismo se sospecha cuando hay síntomas de un episodio maníco, o "manía". así como "episodio depresivo", o "depresión". Estos episodios

pueden ser leves, moderados o graves. Cuando muy severo, los episodios depresivos o maníacos pueden ir acompañados de percepciones erróneas de la realidad, o síntomas psicóticos, tales como las creencias delirantes o alucinaciones. Uno de los problemas con el reconocimiento y diagnóstico de trastorno bipolar es que por algún período de tiempo, una persona que parezca estar maníaco, otras veces puede parecer estar deprimido por un período de tiempo, en otras ocasiones teniendo un humor normal, o estado de ánimo eutímico durante un tiempo variable. Este patrón se llama trastorno bipolar, Tipo I. Si el episodio maníaco es algo sutil, se refiere como "hipomanía", ya que no puede haber absolutamente alcanzado el umbral de diagnóstico de una auténtica "manía". En lugar de ser diagnosticado con trastorno bipolar tipo I, uno puede ser diagnosticado con trastorno bipolar tipo II. Cuando hay episodios depresivos leves que alternan con episodios hipománicos esto a veces se llama "ciclotimia." Cuando alguien tiene síntomas sugestivos de un trastorno bipolar, pero los síntomas no se ajustan a ninguno de los subtipos anteriores, se clasifica como trastorno bipolar no especificado (NOS).

Añadiendo aún más a la confusión, a veces estos cambios de humor pueden durar semanas o meses, mas en otras ocasiones, dichos cambios pueden ocurrir con una frecuencia mayor, lo cual se conoce como trastorno bipolar de "ciclaje rápido". Cuando los cambios de humor suceden muy frecuentemente, como varias veces al día durante varios días seguidos, se le llama "ciclaje ultra rápido". Esto es bastante confuso a veces. Inclusive, las personas pueden tener estados de ánimo maníacos y depresivos que se solapan y presentan a la vez. Esto se llama un "episodio mixto" de trastorno bipolar.

Para añadir luz sobre este asunto, parece que hay una trayectoria de desarrollo de los síntomas del trastorno bipolar de la niñez a la adultez. En la infancia, son más comunes los síntomas de estados mixtos y de cicladores ultra rápidos. Conforme los niños con trastorno bipolar van creciendo, los síntomas probablemente cambian a un modelo de ciclador rápido. A medida que aumenta la edad, hacia finales de la niñez y la adolescencia temprana, es probable que haya alguna separación de los estados mixtos hacia el maníaco-depresivo más clásico, y el patrón de episodios hipománicos, o maníacos que se alternan con el estado de ánimo normal y episodios depresivos, patrón que sigue siendo más común en la edad adulta.

Echemos un vistazo más cercano a los síntomas de los episodios maníacos y depresivos.

Los síntomas de un episodio de manía incluyen:

- Estado de ánimo muy elevado, expansivo, demasiado alegre, ó irritable
- Disminución de la necesidad de dormir
- Pensamientos muy acelerados, "racing thoughts"
- Habla apresurada, rápida, presionada
- Autoestima exagerada, ó "grandiosidad"
- Implicación excesiva en actividades placenteras de alto riesgo
- Aumento en la actividad física, mental y energía
- Aumento significativo de interés sexual, "
- Disminución en la capacidad para concentrarse y enfocarse
- Distractibilidad (se distrae muy fácilmente)

Los síntomas de un episodio de depresión incluyen:

- Tristeza frecuente, llanto, ó irritabilidad persistente
- Disminución en el interés por actividades que solían ser interesantes, ó encontrarse incapaz de disfrutar de las mismas.
- Sensación de indiferencia, sentimientos de desesperanza, sensación o sentimiento de culpabilidad sin motivo
- Disminución de energía
- Aislamiento social, apartado, retraído ante los demás
- Alta sensibilidad al rechazo real o percibido de los demás
- Baja autoestima, ira, u hostilidad
- Concentración pobre, dificultad para concentrarse
- Bajo rendimiento académico
- Cambios de apetito, con aumento o disminución de peso
- Cambios en los hábitos de sueño, con un aumento o disminución en la duración del sueño
- Dolores de cabeza, de estómago, u otros malestares físicos sin motivo.
- Pensamientos de muerte y /ó suicidio.

Con el fin de diagnosticar con exactitud el trastorno bipolar en niños y adolescentes, hay que tomar en cuenta todo lo anterior, y lo ponerlo en el contexto de la medida, duración y frecuencia de los síntomas. Es importante diferenciar si los estados de ánimo y comportamientos que se reportaron o experimentaron caen dentro del rango normal de la conducta del niño, o cruzan el umbral hacia la anomalía. Condiciones médicas, suplementos naturales, o los efectos secundarios de medicamentos que podrían imitar los síntomas del trastorno bipolar deben ser considerados. Otro estado de ánimo, o trastornos psiquiátricos, así como el uso ilícito de drogas y alcohol también pueden tener síntomas que pueden confundirse, o co-ocurrir con los síntomas del trastorno en niños y adolescentes.

Muchos de los síntomas del TDAH, (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) otro trastorno común en la infancia, es ejemplo de la superimposición de síntomas del trastorno bipolar en niños y adolescentes. La impulsividad, hiperactividad y distracción, síntomas característicos del TDAH, son un subconjunto de los síntomas encontrados en trastorno bipolar. Irritabilidad, así como las conductas desafiantes, suelen estar presentes en los niños con TDAH y trastorno bipolar. Es útil reconocer que la elevación del estado de ánimo, grandiosidad, una menor necesidad de sueño, y un incremento en el interés sexual o comportamiento, son características muy sugestivas de trastorno bipolar, y generalmente no son parte de la presentación del TDAH. Otra pista es que los síntomas del TDAH están siempre presentes, mientras que los síntomas de falta de atención, distracción, hiperactividad e impulsividad, de estar presentes en trastorno bipolar, tienden a fluctuar con los episodios de manía y depresión. Sin embargo, ochenta y cinco por ciento de los niños y adolescentes con trastorno bipolar, tienden a padecer de TDAH, por lo que esta distinción no siempre es útil.

Otro dilema que causa confusión en el diagnóstico, implica el uso de drogas y alcohol, especialmente en adolescentes. A veces, los efectos de las drogas y el alcohol pueden imitar los síntomas de los episodios maníacos o depresivos del trastorno bipolar. Otras veces, cuando un adolescente se encuentra en medio de un episodio maníaco o depresivo, pueden ser más propensos a experimentar con drogas y/o alcohol, añadiendo otra capa a la dificultad de diagnosticar con precisión el trastorno bipolar en adolescentes y adultos jóvenes. Una cosa está muy clara; el uso de drogas ilícitas y alcohol en presencia de trastorno bipolar debe estar completamente prohibido. No sólo complica el cuadro diagnóstico, pero su uso es añadir "leña al fuego" de un cerebro ya afectado por una grave enfermedad, y sin duda, va a empeorar los síntomas y la evolución de la misma. Trastornos de ansiedad, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastornos del espectro autista, el trastorno de estrés postraumático, y el TDAH son algunos de los otros problemas psiquiátricos comunes que se pueden presentar con síntomas que pueden confundirse, o co-ocurren con el trastorno bipolar en niños y adolescentes.

Una evaluación diagnóstica exhaustiva y completa, que incluya un examen físico, análisis de sangre, pruebas de drogas, antecedentes médicos completos, uso de suplementos y medicamentos, historial psicosocial y conductual completo del funcionamiento en el hogar, la escuela y la comunidad, con especial atención a las fluctuaciones en los estados de ánimo, comportamientos, sentimientos, rendimiento, sueño, apetito, energía y el nivel de actividad durante su vida, es parte esencial de llegar a un diagnóstico correcto y preciso. Entrevistar a los niños, así como sus padres, con el aporte colateral de los maestros, amigos y otros familiares que también son susceptibles puede ser útil.

Finalmente, si los retos diagnósticos anteriores no son suficientes, el diagnóstico de trastorno bipolar en niños y adolescentes no está exento de controversia. Como se mencionó anteriormente, en la última década, ha habido un aumento dramático en el diagnóstico del trastorno en la infancia. Mientras que algunos padres se resisten a la identificación del trastorno bipolar en niños, otros padres pueden buscar un diagnóstico como una forma de explicar el comportamiento de sus hijos, aunque los problemas tengan que ver más con problemas de conducta de crianza, en lugar de trastorno bipolar. Sin embargo, otros niños pueden ser diagnosticados con trastorno bipolar debido a la presencia de rabietas severas y arrebatos junto con otras conductas disruptivas que justifican la intervención, pero no hay otra categoría de diagnóstico que es un mejor ajuste en la categorización de los síntomas. Los investigadores han comenzado recientemente a examinar el subconjunto de niños que se le pueda dar un diagnóstico de trastorno bipolar, pero a quienes no se define claramente los episodios de manía y depresión. Tal vez algunos de estos niños se superponen con las presentaciones de cicladores ultra-rápidos y rápidos de trastorno bipolar en niños y adolescentes, mientras que otros pueden presentar de manera diferente. Hay algunos niños que presentan irritabilidad severa persistente y continua junto con una baja tolerancia a la frustración, lo que lleva a los estallidos emocionales frecuentes y graves no son acordes con el desarrollo para su edad, que pueden ir acompañados de síntomas de tristeza, ansiedad, distracción, pensamiento acelerado, insomnio y agitación. Estos niños pueden estar en una trayectoria de desarrollo diferente que los niños con trastorno bipolar clásico. Ellos pueden estar en riesgo de desarrollar trastornos depresivos, de ansiedad, y trastorno bipolar sin haber llegado a la edad adulta. Una nueva entidad diagnóstica, llamada trastorno disruptivo de desregulación de estado de ánimo, debe identificar y describir estos niños.

Independientemente de la etiqueta, los niños con estos síntomas, así como sus padres, hermanos y otras personas alrededor de ellos sufren en gran medida, y los impedimentos de que estos niños sufren son graves. Es necesaria una mejor comprensión de estos niños, así como las intervenciones y tratamientos efectivos para mejorar los síntomas de los que sufren.

En resumen, no todos los que tienen "cambios de humor" padecen trastorno bipolar. Aunque es un reto, una evaluación completa realizada por un médico calificado puede ayudar a aclarar las cuestiones relacionadas a los cambios de humor, y facilitar el establecimiento del diagnóstico o diagnósticos correctos, lo cual llevará a las recomendaciones para mejores intervenciones y tratamientos. Si resulta que su hijo está correctamente diagnosticado con trastorno bipolar, es muy importante que su hijo sea tratado efectivamente. El trastorno bipolar no tratado, o tratado incompletamente, puede dar lugar a consecuencias terribles. Existen tratamientos muy eficaces que pueden mejorar, o controlar los síntomas y permitir que su hijo tenga todas las oportunidades para llevar una vida productiva, completa, y exitosa.

Curso y Resultado de los Niños y Adolescentes con Trastorno Bipolar

Una nueva investigación sobre el trastorno bipolar en niños y adolescentes se está llevando a cabo, y nuevos datos se está aprendiendo todo el tiempo. A partir de 2005, 28 estudios sugieren que de 40% a 100% de los niños y adolescentes que sufren un episodio maníaco generalmente se recuperará del mismo en uno, o dos años. Sin embargo, según el Diario de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, de los que no se recuperan, hasta un 60-70% experimentará una recurrencia de un episodio en 10-12 meses (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Volumen 44, Número 9, páginas 846-871). Además, muchos de estos jóvenes experimentan frecuentes fluctuaciones en sus estados de ánimo, a menudo con episodios depresivos o mixtos, de manera permanente. Los factores asociados con una peor evolución en el desenlace de estos niños y adolescentes incluyen una edad temprana de inicio, larga duración de la enfermedad, episodios mixtos, ciclaje rápido, presencia de síntomas psicóticos, falta de tratamiento, y un pobre cumplimiento del tratamiento con medicamentos. Alrededor del 20 - 25% de los niños y adolescentes con trastorno bipolar y el Trastorno Bipolar tipo II son propensos a progresar a Trastorno Bipolar I en adultos. Entre los episodios, muchos de estos jóvenes experimentan lo que se llama síntomas subsindromales, o síntomas de humor y comportamiento que van más allá de lo que se considera normal, pero no son lo suficientemente severos como para catalogarse un episodio completo. Para los niños y adolescentes, 30% del tiempo, ocurren cambios de humor completo entre manía y depresión, probablemente se producirá una vez o menos por año; mientras que el 50% de las veces, los cambios de humor podrían ocurrir más de cinco veces por año. Casi el 40% de las veces, el estado de ánimo alternado entre depresión y manía se producirá más de 10 veces al año, y en un 24%, se ocurren más de veinte veces por año ("Estudio Longitudinal por 4 años de Niños y Adolescentes con Trastornos del Espectro Bipolar: el Curso y Resultado de la Juventud Bipolar (COBY), American Journal of Psychiatry, Volumen 166, páginas 795-804.

El trastorno bipolar en niños y adolescentes se caracteriza por episodios cambiantes entre manía y depresión, mientras que entre estos episodios, los síntomas de depresión, síntomas mixtos, así como los rápidos cambios de estado de ánimo son frecuentes. El desafío para los padres, y médicos, es ser capaces de diferenciar un niño normalmente taciturno, de un niño que presenta síntomas de un trastorno que necesita tratamiento. Aunque no es fácil, es una tarea importante, ya que cada año que pasa con trastorno bipolar no tratado, los tratamientos eficaces se hacen más difíciles, al igual que la recuperación completa.

De no ser tratada, esta enfermedad del cerebro puede dar lugar a alteraciones graves en el funcionamiento escolar, en el trabajo, las relaciones interpersonales, y salud física; así como causar estragos familiares, con seres queridos, y amigos. No es de extrañar que muchas personas con trastorno bipolar terminan en la cárcel. El trastorno bipolar puede resultar en una muerte prematura debido a los comportamientos de alto riesgo, tal como el uso de drogas y alcohol, así como por accidentes, suicidio, y complicaciones médicas de pobre salud física. Una de cada cuatro personas con trastorno bipolar intentan suicidarse, a veces con resultado de lesiones debilitantes, mientras que uno de cada diez personas con trastorno bipolar logra suicidarse.

Tratamiento para Niños y Adolescentes con Trastorno Bipolar

En varias formas de psicoterapia, o terapia “de hablar”, es importante y valioso incluir al niño ó adolescente, con sus padres y otros miembros de la familia. Es importante que todos en la familia se eduquen sobre trastorno bipolar y se mantengan al tanto de la información actual, y nuevos hallazgos, ya que hay investigaciones ocurriendo en muchos países a través del mundo. La consejería y orientación es esencial para padres y hermanos. Uno debe tener en mente que aunque pueda parecer que el niño o niña está en control de su comportamiento, mucho del mismo es una manifestación de una enfermedad del cerebro sobre la que el niño tiene poco, ó ningún control. Inclusive, el niño ó niña puede estar echándose la culpa de su comportamiento difícil y decepcionante. Experimentar el coraje, frustración, decepción, y rechazo de aquellas personas a las que el niño es más cercano y dependiente para su seguridad física y emocional puede contribuir negativamente al desenlace de un curso de vida desde ya dificultoso. Aunque es razonable esperar que los familiares experimenten muchos de estos sentimientos, si se trabaja unidos, como familia, con el consejo de un profesional capacitado, ó terapeuta, pueden modular dichos sentimientos, facilitando su expresión de manera positiva y de ayuda.

A pesar de ser algo que a los padres no les guste escuchar y frecuentemente experimenten resistencia, es que los medicamentos recetados son la herramienta principal del tratamiento para estabilizar el ánimo de niños y adolescentes con trastorno bipolar. Hay varios medicamentos aprobados por la administración de droga y alimento (Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento de trastorno bipolar en niños y adolescentes. Los mismos incluyen litio, y los antipsicóticos de segunda generación (Second Generation Antipsychotics, SGA) Risperdal, Abilify, Seroquel, Zyprexa. Sin embargo, es importante mantener en mente que muchos medicamentos para tratar enfermedades en niños, incluyendo cáncer, pueden tener aprobación de FDA para adultos, pero no para niños. Muchas veces, extrapolamos el uso de estos medicamentos en niños y adolescentes. Hay varios otros medicamentos que se han usado en niños y

adolescentes, con varios niveles de éxito. Incluyen los anticonvulsantes Depakote, Tegretol, Trileptal, Topamax., Neurontin, y Lamictal; así como otros SGA's, tales como Clorazil, y Geodon. Muchos de estos medicamentos se usan solos, o en combinación, dependiendo de las experiencias únicas de cada individuo.

El uso de medicamentos antidepresivos, tales como los inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina (SSRI, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) incluyendo Prozac, Zoloft, Paxil, Celexa, y Lexapro. Aunque ayudan tratando síntomas depresivos en niños y adolescentes, posee riesgos serios cuando se usan en el intento de tratar síntomas depresivos de niños ó adolescentes. La activación, desinhibición, provocar un episodio maníaco, y el empeoramiento de los síntomas de ánimo, no son resultados poco comunes. Si estos medicamentos fueran a usarse, requieren un monitoreo muy cauteloso. (Ver sección de tratamiento con medicamentos.)

Como no es inusual que el trastorno bipolar esté presente con otros desórdenes psiquiátricos, más comúnmente ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), ó desórdenes de ansiedad; en ocasiones se indican las combinar medicamentos para tratar múltiples desórdenes. El tratamiento puede ser muy retante, ya que los síntomas de un desorden pueden empeorar cuando se están tratando los síntomas del otro desorden.

Cada medicamento, ó combinación de ellos tiene sus pros y contras, altas y bajas, riesgos y beneficios. Es esperado el uso de distintos medicamentos, o combinaciones de ellos bajo diferentes circunstancias, en distintos períodos de tiempo. Cada medicamento puede tener un efecto no deseado en alguna otra área del cerebro, u otras partes del cuerpo, con el potencial de causar efectos secundarios. Estos efectos pueden variar desde molestas temporeras a corto plazao, a problemas permanentes a largo plazo. Sin embargo, sólo porque haya un riesgo de desarrollar cierto efecto secundario, no significa que uno lo vaya a desarrollar. Uno también debe tener en mente que hay serios riesgos potenciales al no usar medicamentos para tratar los síntomas de trastorno bipolar. Educarse sobre estos medicamentos, discutir varias opciones de tratamiento, y alternativas con un psiquiatra para niños ó adolescentes en el cual usted confie son los primeros pasos. Si se recetan medicamentos, es crucial participar en citas médicas de seguimiento con el psiquiatra de niños ó adolescentes, para poder monitorear los síntomas y respuesta al tratamiento, así como el potencial para efectos no deseados. Así puede asegurarse de que su niño reciba toda oportunidad para obtener el mejor tratamiento disponible.

El Conocimiento es Poder

Aunque no sea obvio, los niños y adolescentes con ánimo inestable debido a trastorno bipolar están frecuentemente asustados sobre cuán fuera de control se sienten. Aunque retante, es importante que los padres hagan todo lo posible por mantener el rol del adulto.

Mantener la calma ante situaciones agobiantes, y reaccionar al comportamiento descontrolado de su hijo de manera considerada y racional como modelo de estar “en control” no siempre es fácil. Sin embargo, tal postura puede tener un impacto significativo en aumentar las posibilidades de un desenlace positivo para su niño y su familia. Ellos sienten que su niño lo necesita y depende de usted para tomar las decisiones correctas mientras lo guía a través de la niñez, hacia la adultez. Aprenda lo



más que pueda de las fuentes confiables disponibles, y tome las mejores decisiones que pueda para la salud, seguridad y futuro de su niño.

C: Medicamentos en el Tratamiento para Trastorno Bipolar

Por: Tom Jensen, MD

Los medicamentos son la base fundamental para poder construir un plan de tratamiento completo y efectivo para individuos con trastorno bipolar. Aunque los medicamentos en sí no son tratamiento suficiente, es más difícil para los demás elementos trabajar efectivamente si el paciente está batallando constantemente con cambios de ánimo súbitos, manías, depresiones, estados mixtos, o ansiedad severa.

Este capítulo no intenta ser una guía al recetar, pero sí describir los principios del tratamiento con medicamentos, e informar al consumidor de las situaciones más relevantes de cada medicamento que ellos, o algún familiar, esté tomando. Como la mayoría de los consumidores, usted debe estar más familiarizado con los nombres de marca de estas medicinas, así que escogí usar los nombres de marca en el artículo, no sin proveer una tabla que también muestre el nombre genérico de cada una. Adicionalmente, no me he limitado a sólo discutir indicaciones aprobadas por FDA para cada medicina. La razón de esto es que aunque la aprobación de FDA sí indica que el manufacturero realizó y produjo estudios para demostrar efectividad en una condición dada, (por ejemplo, manía aguda, ó depresión); los manufactureros ven la aprobación de FDA como una decisión de negocios, así como una médica. Proveer fondos para estudios sobre una indicación específica de la FDA es costoso, y por lo tanto sólo las drogas nuevas tienden a recibir dichos fondos para obtener la aprobación. El que FDA no haya aprobado para una indicación específica no significa de ningún modo, que la droga no sea efectiva para esa condición; simplemente que la droguería que la hizo no produjo los estudios para tener el endoso de FDA para esa condición específica. A veces, las drogas que no tienen indicación son básicamente las mismas que sí recibieron aprobación. Por ejemplo, Seroquel XR recibió la indicación para depresión bipolar. Esto ocurrió mientras Seroquel perdía su patente, y por consiguiente, una versión genérica estaría disponible. El manufacturero creó una versión de liberación más lenta, la cual llamó “XR”, y produjo el estudio para depresión bipolar. Con ese estudio en mano, Seroquel XR puede ser mercadeado para depresión bipolar; pero Seroquel, la misma droga pero en fórmula de liberación rápida, no puede hacerlo.

Discutiré efectos secundarios comúnmente vistos con cada medicamento. Dicho eso, es imposible listar todo efecto secundario para todo medicamento, en un capítulo de esta índole. Por eso me he enfocado en los más comunes, y los más serios. Como regla general, cualquier medicamento discutido aquí puede causar náusea, vómitos, dolor de cabeza, reacciones alérgicas, somnolencia, ó falta de sueño. Así que no mencionaré estos efectos secundarios repetidamente para todos los medicamentos.

Con respecto a las interacciones de cada uno de estos medicamentos, no es posible entrar a todas en este capítulo. Lo que aconsejo a consumidores y familiares, es usar algún programa de computadora sobre “interacción de drogas” en cualquier momento que se añada otra medicina; ya sea una psiquiátrica, sin receta, ó antibiótico. Hay muchos programas así en la red. Mucha gente encuentra el de www.drugs.com bastante fácil de usar, así que típicamente lo recomiendo. Si no tiene computadora disponible, discuta todas las medicinas, recetadas y sin receta, con su doctor y farmacéutico.

Para poder discutir y entender el tratamiento con medicamentos para trastorno bipolar, uno debe entender los distintos estados de ánimo y fases de la enfermedad. Por muchos años, he explicado a mis pacientes que de yo haber nombrado esta enfermedad, la habría llamado trastorno cuatripolar, porque en realidad hay cuatro estados que la gente con la enfermedad experimenta. El estado en el cual quisiéramos pasar el más tiempo posible, es el estado eutímico, que traduce del latín “ánimo verdadero”, “ánimo normal”. Un ánimo normal estable y consistente es deseable. Además, cuando se monitorean estados de ánimo durante el curso de tratamiento, es importante notar cuánto del tiempo el paciente se siente normal, no sólo cuánto está en los estados de ánimo alterados.

Para empezar, miremos las distintas categorías de trastorno bipolar, así como lo que define cada estado de ánimo. Actualmente, hay cuatro tipos de trastorno bipolar definidos en el DSM-IV. Los describiré abajo, pero debo enfatizar que hay fuerte evidencia genética de que son distinciones artificiales, y que, de hecho, es una enfermedad de espectro.

Trastorno Bipolar Tipo I es caracterizado por uno, o más episodios maníacos. Un episodio depresivo, u hipománico no es requerido para caer bajo esta categoría, pero ocurre con frecuencia. Trastorno Bipolar Tipo II es caracterizado por no tener episodios maníacos, pero sí hipománicos, con al menos un episodio depresivo mayor. Las hipomanías son esencialmente, manías que no causan impedimento severo en el estilo de vida, pero la distinción es bastante gris en la vida real.

Trastorno ciclotímico, o ciclotimia, es un historial de una ó más hipomanías, con períodos depresivos que no llenan el requerimiento para depresión mayor.

Trastorno Bipolar No Especificado es una categoría pobremente definida, que esencialmente incluye la gente que no encaja en ninguna de las categorías de arriba.

Aunque no sea una categoría de diagnóstico todavía, se ha considerado incluir Bipolar Tipo III. Esto se referiría a gente que únicamente tuvo una manía inducida por una medicina (por ejemplo, un antidepresivo).

Ciclaje, o ciclado rápido es añadido al diagnóstico si ocurren cuatro, ó más episodios durante período de un año.

Un episodio maníaco se define como un período de ánimo inusualmente elevado, expansivo, ó irritable, que dura al menos una semana, con tres, o más de los siguientes síntomas:

- Sentido inflado de confianza en sí mismo, ó grandiosidad.
- Reducción en horas de sueño.
- Hablar presionadamente.
- Vuelo de ideas.
- Fácil distractibilidad.
- Mayor involucrimiento en actividades orientadas hacia un objetivo.
- Agitación física, ó psicomotora.
- Involucrimiento excesivo en actividades placenteras con alto potencial de malas consecuencias.

Si el ánimo es sólo irritable, entonces se requieren cuatro de estos síntomas, en vez de tres.

Un episodio hipománico es similar a una manía, pero menos severo y sin daño significativo a la vida del paciente.

Un episodio de depresión mayor es un período de dos, ó más semanas con ánimo bajo, ó irritable asociado con por lo menos cinco de estos nueve síntomas:

- Problemas al dormir.
- Pérdida de interés en sus actividades cotidianas.
- Pensamientos negativos, ó de culpabilidad.
- Pérdida de energía, concentración pobre.
- Cambios en el apetito.
Aspecto físico lento, llamado lentitud psicomotora.
- Pérdida de libido.

Para caer bajo esta categoría, los síntomas deben ser lo suficientemente severos como para dañar su funcionamiento en la vida cotidiana.

La definición de un estado mixto es una condición híbrida, con rasgos simultáneos de manía y depresión. Por ejemplo, uno puede experimentar el ánimo bajo e irritable de la depresión, pero grandemente amplificado por las ideas fugaces, y alta energía de la manía. También hay otras combinaciones de síntomas maníacos y depresivos que ocurren. Lo importante es saber que probablemente, ésta es la experiencia psicológica más incómoda que una persona pueda sufrir. La persona en el estado mixto frecuentemente no lo reconoce, concluyendo que la gente y circunstancias en las que está son intolerablemente irritantes, en vez de concluir que el problema reside en su propia irritabilidad. Muchas veces, el grado en el cual se sienten agitados e irritados es extraordinario, frecuentemente asociado con profundos pensamientos suicidas. Creo que un alto porcentaje de los suicidios completados en pacientes bipolares ocurren bajo el estado mixto, y que tratar estos estados efectivamente es crítico para prevenir el peor desenlace de todos en esta enfermedad: el suicidio. Los medicamentos antidepresivos tienen una tendencia a inducir, ó empeorar estados mixtos. Algunos médicos creen que ésta es la razón más común por la cual personas cometen suicidio varios días, ó semanas durante el intento de antidepresivo. Los criterios oficiales del DSM requieren que uno simultáneamente cumpla el criterio diagnóstico para manía y depresión. Esta definición tan estricta pone el estándar demasiado alto, y en mi punto de vista, deja escapar el hecho de que estados mixtos más leves, caracterizados por depresión con algunos síntomas maníacos, ó manía con algunos síntomas depresivos, es extremadamente común. Este estado es altamente poco reconocido por doctores y pacientes. El fallo de no reconocerlo puede resultar en desiciones incorrectas al medicar, que entonces empeoran el estado mixto.

Al inicio, los pacientes típicamente se presentan a tratamiento bajo una fase maníaca, depresiva, ó mixta, aunque algunos buscan tratamiento durante un momento de ánimo normal (eutimia). Al poner prioridades terapéuticas, e introducir los medicamentos según el orden dictado por esas prioridades, se obtienen resultados óptimos. Un paciente agudamente maníaco necesita rápidamente ser llevado a un estado normal, ó como

mínimo, a un estado levemente hipománico, para que no tomen decisiones o se envuelvan en comportamientos destructivos. Pacientes que estén en un estado mixto extremadamente irritable, necesitan rápidamente ser estabilizados de tal manera que no actúen o expresen inapropiadamente la rabia que acompaña frecuentemente este estado, ó cometan suicidio. Los pacientes deprimidos necesitan que su depresión sea tratada, pero sin provocar un estado mánico, ó mixto, como los antidepresivos muchas veces suelen hacer.

En mi experiencia, el tratamiento para la mayoría de los pacientes bipolares es mejor logrado en cuatro fases:

- 1- Rápidamente estabilizar una manía, ó estado mixto, para evitar comportamientos peligrosos ó inapropiados, y consecuencias a largo plazo de los mismos.
- 2- Introducir agentes que son probables a poder atenuar los ciclos de ánimo, y reducir su frecuencia a través del tiempo, opuesto a sólo suprimir agudamente los síntomas de manía, ó estado mixto.
- 3- Tratar la depresión residual, de persistir luego de las fases 1 y 2.
- 4- Tratar condiciones coexistentes (más comúnmente, ansiedad y ADHD).

Antes de discutir cómo llevar a cabo el tratamiento en cuatro fases, es importante discutir primero las clases de medicamentos, ejemplos de cada uno, con sus ventajas y desventajas en general. Como no existe medicamento perfecto, “que sirva a todos por igual”, continuamente tomamos decisiones balanceando riesgos, beneficios, efectos secundarios, y la probabilidad de éxito para cada uno de los tres estados de ánimo alterado (mánico, depresivo, mixto). No hay tal cosa como medicamento libre de efectos secundarios, ó medicamento sin riesgos. Sin embargo, por los efectos devastadores del trastorno bipolar no tratado, la decisión de no medicar es típicamente no aconsejable, y lleva a desenlaces pobres. Con esta enfermedad, ciertamente parece que un ciclo suscita al otro, y que el fallo en estabilizar el ánimo es asociado con el empeoramiento de la enfermedad a través del tiempo. Es desgarrador ver individuos muy tratables con esta enfermedad, que se enfocan tanto en los efectos secundarios y riesgos de medicamentos, que no aceptan tratamiento apropiado y efectivo. Como resultado, a través de los años, se vuelven progresivamente más enfermos.

A menos de que la seguridad dicte lo contrario, otro principio importante es que los medicamentos deben ser introducidos uno a la vez, ajustados cuidadosamente para optimizar su efecto, y dando tiempo suficiente para que trabajen, antes de añadir otro. La razón para esto es simple. Si el médico rápidamente introduce múltiples drogas, no sabría decir cual de ellos está trabajando, y cual de ellos está específicamente causando algún efecto secundario.

Las clases de medicamentos que discutiremos son las siguientes: estabilizadores de ánimo antipsicóticos, estabilizadores de ánimo, medicamentos para tratar la fase depresiva, medicamentos anti-ansiedad, y medicamentos para ADHD.

Yo opino que lo nuevo, no siempre es mejor. Cuando una droga nueva recibe aprobación de FDA para cualquier condición, es importante para el fabricante correr la voz sobre la droga. Las campañas de mercadeo son muy bien pensadas, y

diseñadas para ser efectivas. Los representantes de la compañía manufacturera tienen una tendencia de acentuar lo positivo y no hablar sobre un punto importante: la aprobación de FDA de estos medicamentos no requiere compararlos con drogas existentes, sólo con el placebo (píldora de azúcar). Así que, por cierto, el que la droga nueva sea superior a drogas viejas es un asunto de conjetura. Además, es historia de la farmacología, que drogas nuevas sean introducidas y algunos efectos secundarios a largo plazo, o poco frecuentes, no se noten hasta que la droga lleve años en el mercado. Por esto, una regla que sigo es usar medicamentos viejos primero, a menos de que haya una razón que me obligue a intentar los nuevos con un paciente particular.

Estabilizadores Antipsicóticos

He decidido separar los estabilizadores antipsicóticos de los demás estabilizadores de ánimo porque tienen características distintas, ventajas, y desventajas que los estabilizadores de ánimo tradicionales. Los estabilizadores antipsicóticos son las drogas a las que primero acudimos para manía aguda, o estados mixtos, particularmente formas severas de estos estados que amenacen la seguridad, lugar del paciente en el hospital, o riesgo de hospitalización. Sus ventajas incluyen que pueden ser rápidamente introducidos, rápidamente ajustados, y muchas veces pueden, al precio de algunos molestos efectos, controlar una manía aguda, o la agitación de un estado mixto en 24 a 72 horas. Este efecto rápido no es compartido con los demás estabilizadores de ánimo. Ante el advenimiento de los estabilizadores antipsicóticos, un paciente agudamente mánico típicamente se hospitalizaba por muchas semanas, mientras el estabilizador de ánimo tradicional lentamente tomaba control. Otra ventaja se encuentra en pacientes que experimentan alucinaciones, paranoia, y delirios (creencias falsas de que están ocurriendo cosas, cuando en verdad no están pasando), u otros síntomas de inhabilidad para distinguir entre aquello que es real, y lo que no lo es (definición de psicosis). Los estabilizadores de ánimo antipsicóticos son los mejores agentes para tratar dichos síntomas psicóticos. Sin embargo, estos estabilizadores antipsicóticos también tienen sus desventajas. Los miembros de esta clase, con la excepción de Abilify y Saphris, tienden a promover aumento de peso, y a veces, hasta el Abilify o Saphris lo hacen. Ocasionalmente, dicho aumento de peso es marcado, y puede llevar a obesidad, hasta Diabetes Tipo II. Además, muchos de estos medicamentos son altamente sedantes. Ésta es una ventaja ya que podemos poner al paciente agudamente mánico a dormir, así se rompe la manía. La sedación puede ocurrir durante el día, lo cual es una desventaja no deseable. Otra desventaja es que, en contraste a los estabilizadores de ánimo tradicionales, no hay evidencia de que los estabilizadores antipsicóticos alarguen el tiempo entre ciclos, y por lo tanto, posiblemente no mejoren el curso de la enfermedad a largo plazo. Ésto es un punto aún debatido, pero en mi experiencia por más de 20 años, de tratar a miles de pacientes bipolares, he desarrollado la creencia de que los estabilizadores de ánimo antipsicóticos carecen de esta importante característica.

Dos efectos secundarios de los antipsicóticos a considerarse, son los llamados EPS, y un efecto llamado acatisia. EPS significa “extrapyramidal side effects” (efectos secundarios extrapiramidales). Lo extrapiramidal se refiere a la anatomía cerebral donde estas drogas trabajan para causar este efecto (afuera= extra, pirámide= una área específica del cerebro envuelta en regular movimiento y tono muscular.) Este efecto se caracteriza por rigidez en los músculos, que es completamente reversible. Al nivel que afecte los músculos faciales, se puede tener una expresión inexpresiva, o la apariencia enmascarada que

asociamos con Parkinson's Disease. Al nivel que envuelva el cuello, uno puede tener una reacción que deja el cuello tieso y virado hacia un lado, hasta que el efecto sea atacado, o el medicamento se vaya. A veces, con más frecuencia en niños, puede envolver los músculos que mueven los ojos, entonces los ojos pueden parecer enrollados hacia arriba en la cabeza (crisis oclógira), que a veces se confunde con una convulsión. Este efecto secundario usualmente se reversa fácilmente con medicamentos de efecto resecaante, o con propiedades anticolinérgicas, tales como Benadryl, o Cogentin. También su doctor debe discutir qué hacer si tiene ese efecto en el momento que un antipsicótico sea recetado.

Un efecto secundario mucho más sutil, muchas veces no reconocido propiamente, es la acatisia. La acatisia puede ser definida como un sentido de inquietud: puede ser físico, caracterizado por la inability de permanecer sentado y quieto, estar moviéndose constantemente, o caminando de un lado a otro. También puede ser mental, caracterizado por inquietud mental marcada, agitación, incomodidad extrema, y arrebatos de rabia. Al nivel que se manifieste mentalmente, es frecuentemente confundido con un empeoramiento de manía, o un estado mixto. Uno debe entrevistar cuidadosamente al paciente para distinguir estas dos condiciones, y aún así puede ser difícil diferenciar. A veces, si no podemos decidir, usaremos un medicamento que reverse la acatisia como una dosis de prueba. La razón por la que necesitamos diferenciar es que la respuesta a un empeoramiento de hipomanía, manía, o estado mixto es usualmente un aumento en la dosis del antipsicótico, lo cual es método incorrecto para el paciente que está teniendo acatisia. Los medicamentos típicamente usados para tratar acatisia incluyen los mencionados arriba para EPS, y también unas drogas anti-ansiedad llamadas benzodiazepinas, tales como Ativan y Klonopin. Adicionalmente, pueden usarse drogas que estimulen la dopamina, tal como el medicamento Amantadine, pero estas drogas estimulantes de dopamina (dopaminérgicas) se usan sólo en caso de acatisia crónica, no para la aparición súbita de la misma.

Finalmente, los estabilizadores antipsicóticos tienen factor de riesgo para dos efectos secundarios serios, aunque poco frecuentes. Primero, pueden causar un desorden llamado discinesia tardía (Tardive Dyskinesia, TD) que es un desorden en el cual pueden desarrollarse movimientos involuntarios, más comúnmente envolviendo la boca, labios o lengua, aunque puede ocurrir en cualquier otra parte del cuerpo. Muchas veces, empieza con movimientos de menear la lengua, dando apariencia de "bolsa de gusanos" cuando el paciente saca la lengua. El chasquido de labios también es una manifestación común, aunque estos movimientos pueden extenderse a otras áreas de la cara, hasta envolver el cuello, hombros, y otras áreas del cuerpo. Es importante que el médico que lo recete monitoree si surge este efecto secundario cuando estos medicamentos sean usados, particularmente a nivel de largo plazo.

Un segundo efecto secundario muy raro, aunque serio, se llama síndrome neuroleptico maligno (Neuroleptic Malignant Syndrome, NMS), una emergencia médica amenazante a su vida. Se caracteriza por un aumento en la temperatura corporal, al punto de ser peligroso (puede subir a más de 104 grados Fahrenheit). A su vez, los músculos se vuelven muy tiesos, que probablemente genere algo del calor contribuyente al alza en temperatura, aunque la mayor parte de ella es posiblemente causada porque el mecanismo que regula la temperatura en el cerebro no esté funcionando bien. Las contracciones musculares prolongadas pueden llevar a la ruptura de células musculares

que entonces liberan proteínas llamadas enzimas musculares a la sangre. En cantidades suficientes, estas enzimas pueden más o menos bloquear los elementos filtrantes de los riñones y conllevar fallo de riñón. El paciente muchas veces se vuelve confundido, y la presión sanguínea puede variar grandemente. A menos que uno interprete dicho efecto secundario como razón para nunca aceptar tratamiento con un antipsicótico, este efecto secundario es extremadamente raro. Las estadísticas certeras son difíciles de encontrar, y varían mucho, pero un número bastante citado, es que ocurre en 0.2% de los pacientes tratados con antipsicóticos. Dicho eso, este número incluye los antipsicóticos viejos, los cuales típicamente no usamos ya. Esos medicamentos viejos son mucho más probables de causar NMS que los agentes descritos en este capítulo. NMS es una emergencia médica seria requiriendo tratamiento inmediato en sala de emergencia.

Así que, ¿qué hace que un medicamento sea antipsicótico? La respuesta es tanto sencilla, como lo es compleja. Una de las primeras hipótesis envolviendo químicos en el cerebro, y enfermedad mental, era la “Hipótesis de Dopamina.” Esta hipótesis ha resistido la prueba del tiempo, y es que la actividad excesiva en el neurotransmisor llamado dopamina, puede llevar a síntomas psicóticos. La hipótesis ha sido respaldada por el hecho de que las drogas que bloquean la dopamina, reducen la psicosis (antipsicóticos), mientras que las drogas que estimulan la dopamina, pueden inducir psicosis (cocaína, anfetaminas). Los síntomas psicóticos incluyen alucinaciones (ver, escuchar, oler cosas que no están ahí); delirios (falsas ideas de que algo está ocurriendo, a pesar de amplia evidencia de que no lo está, por ejemplo que el CIA implantó un artefacto de monitoreo en su cerebro); pensamientos de transmisión (noción de que la televisión o radio está transmitiendo sus pensamientos, y otros los pueden percibir), paranoia (la idea fija de que otros guardan malas intenciones hacia uno, a pesar de evidencia de lo contrario, y otros casos en los que la fantasía, o lo irreal, no puede ser distinguidos de lo que sí lo es.)

A través del tiempo, varios receptores de las proteínas envueltas en la transmisión de señales provocadas por la dopamina han sido identificados. Uno de esos receptores, el receptor D2, se nombró como el más importante en el desarrollo de psicosis.

Los antipsicóticos bloquean los receptores de dopamina, y por tanto tratan la sobreestimulación de las neuronas de dopamina que crean la psicosis. Los antipsicóticos viejos, que no se usan mucho hoy en día, bloqueaban más de los tipos de receptores de dopamina (además del D2); pero los más recientes, son más selectivos hacia el receptor D2. Como resultado de esta selectividad, tienen menor incidencia de ciertos efectos secundarios, incluyendo discinesia tardía, y NMS. Ejemplos de los medicamentos más viejos, que no discutiremos en este capítulo, incluyen Haldol, Thorazine, Trilafon, Mellaril, y Prolizin.

Los antipsicóticos discutidos aquí a veces son llamados antipsicóticos “atípicos”, también “bloqueadores de D2”. Las tablas mostradas abajo demuestran el grado en el cual cada medicamento causa los efectos listados, y son indicados con signo de suma. El número de signos indica mayor probabilidad de que los efectos listados ocurran. Cada uno de estos medicamentos será discutido brevemente en respecto a las características relevantes que pueden impactar el escoger entre un agente u otro: propiedades sedantes, tendencia a causar efectos extrapiramidales (EPS) y acatisia, propiedades de aumento de peso, y propiedades antidepresivas.

Nombre de Marca	Nombre Genérico	Efectos Antidepresivos	Sedación	Efectos Anticolinérgicos	Aumento de Peso	Acatisia
Zyprexa	Olanzapine	++	+++	+	+++	+
Risperdal	Risperidone	+	+	+	++	++
Geodon	Ziprasidone	+	++	++	++	+
Seroquel	Quetiapine	++	+++	+	++	+
Abilify	Aripiprazole	++	+	+	0 to +	++++
Saphris	Asenapine	UNKNOWN	++	+	0 to +	++
Invega	Paliperidone	+	+	+	++	++
Fanapt	lloperidone	+	+	+	++	++
Clozaril	Clozapine	++	+++	+++	+++	0 to +

Zyprexa es mi droga a la que acudo para manía aguda, o estados mixtos agudos con agitación. Es altamente sedante, y por lo tanto puede usarse para dormir a un paciente mánico. Usualmente, esto rápidamente rompe la manía. En mi experiencia, tiene baja incidencia de EPS, o acatisia. Sin embargo, tiene alta propensión a promover aumento de peso. No todos los pacientes ganan peso al usarlo, pero aquellos más probables a experimentar este efecto usualmente se declaran en las primeras semanas de tratamiento al demostrar un asombroso aumento de peso. Aunque no tiene aprobación de FDA para la fase depresiva de trastorno bipolar, mi experiencia es que muchas veces trata bastante efectivamente los síntomas depresivos, o de estados mixtos. La dosis de Zyprexa puede variar, desde tan poco como 5mg al dormir, hasta 10mg dos veces al día, o más.

Risperdal es menos sedante que Zyprexa, y por lo tanto, una buena opción para individuos que cumplen el criterio del trastorno bipolar y están psicóticos, sin estar mánicos o deprimidos. También para pacientes bipolares con rasgos psicóticos que puedan requerir una dosis de antipsicótico en el día, y no quieren estar sedados. Como es menos sedante, usualmente no lo utilizo en pacientes agudamente mánicos a los que rápido quiero poner a dormir. Risperdal es más probable a causar EPS o acatisia que Zyprexa, ya que es, generalmente hablando, un bloqueador de dopamina más potente que Zyprexa. Risperdal ciertamente puede promover aumento de peso, pero en mi experiencia, es menos probable de hacerlo que Zyprexa. Risperdal no tiene aprobación de FDA para la fase depresiva del desorden bipolar. En mi experiencia con la droga, parece ser menos probable a tratarla que Zyprexa, Abilify, Seroquel, o Geodon.

Geodon es un medicamento más sedante que Risperdal, pero menos que Zyprexa. Geodon tiene una incidencia bastante baja de EPS, o acatisia. Puede promover aumento de peso, pero parece ser mucho menos probable de hacerlo que Zyprexa. Muchas veces, es lo suficientemente sedante para tratar manías agudas. Además, como parece ser menos probable de promover aumento de peso, puede ser buena opción para personas que requieran tratamiento con antipsicóticos a largo plazo. Geodon no tiene aprobación de FDA para la fase depresiva de trastorno bipolar, pero parece ser similar a Zyprexa y Seroquel para la depresión. Vale la pena notar que Geodon puede bajar la velocidad a la cual el impulso eléctrico de un marcapasos viaje por el corazón. Si ciertas condiciones preexistentes están presentes, ó si se están usando ciertos medicamentos, esto puede ser peligroso. Un EKG debe ser realizado antes de usar Geodon para asegurarse de que sería seguro comenzarla.

Seroquel es un antipsicótico casi igual de sedante que Zyprexa. Por lo tanto, es una buena opción para tratar manía aguda. Su tendencia a causar EPS, o acatisia es similar a la de

Zyprexa. Puede causar aumento de peso, y en mi experiencia su propensión a hacerlo está entre Zyprexa y Risperdal. La nueva versión de liberación lenta, llamada Seroquel XR, recibió aprobación de FDA para la fase depresiva de trastorno bipolar. Dicho eso, no hay razón lógica para presumir que la versión XR sería mejor que la versión mucho menos cara. La versión XR llega a su nivel en sangre más alto, más o menos 3.5 horas luego de ser tomada, y ese pico es más bajo que el de la versión regular, que rápidamente se absorbe completa. Esto puede ser una razón para usar la formulación de liberación extendida en personas que requieran una dosis en todo el día. La concentración menor puede resultar en menos sedación. Sin embargo, si el objetivo es el tratamiento de manía aguda, y poner la persona a dormir, el Seroquel regular con su efecto sedativo más rápido, parece ser una mejor opción y es mucho menos caro.

Abilify es un estabilizador antipsicótico que para la mayoría de la gente, no es muy sedante. Tiene la propiedad interesante de activar receptores de dopamina en dosis bajas, y bloquearlos en dosis altas. Esta propiedad puede demostrar activación tipo anfetamina en dosis bajas, lo que realmente puede ser un problema si alguien está mánico, o mixto. En mi experiencia, su tendencia a causar EPS es baja, similar a Zyprexa. Sin embargo, tiene una diferencia notable en su incidencia más alta de acatisia, comparado con los demás estabilizadores antipsicóticos. No poco frecuentemente, veo casos en los que acatisia fue confundida con manía, y la dosis de Abilify se aumentó, resultando en una profunda agitación e incomodidad. Abilify tiene la posibilidad más baja en su clase para causar aumento de peso, por lo cual es comúnmente la droga a la que acudimos para personas que crónicamente necesitan un antipsicótico, pero tienen problemas de aumento de peso. Dicho eso, la experiencia de muchos especialistas de trastorno bipolar es que es menos efectivo que los otros antipsicóticos para la estabilización de ánimo. Abilify tiene la aprobación de FDA para la fase depresiva de trastorno bipolar, y en mi experiencia, es la mejor droga en su clase para esto. Raramente uso Abilify para manía aguda porque típicamente no es suficientemente sedante como para inducir sueño en tales individuos. Además, como mostrado arriba, puede activar en bajas dosis, y con la alta incidencia de acatisia, es difícil distinguir entre activación, acatisia y manía en pacientes cuya habilidad para describir lo que están sintiendo está comprometida por la manía aguda.

Saphris es un antipsicótico relativamente nuevo con aprobación de FDA para manía bipolar y estados mixtos. Es verdaderamente un nuevo antipsicótico, con una molécula única, distinto a los demás antipsicóticos nuevos que son variaciones menores de una droga más vieja. Es lo suficientemente nueva para que su verdadero rol en el tratamiento de desorden bipolar esté por verse. Los estudios iniciales sólo comparan con placebo, y muestran una incidencia baja, similar a Abilify en aumento de peso, con incidencia mucho menor de acatisia que Abilify. También es un tanto sedante, así que puede promover el dormir mejor, si es tomado a la hora de acostarse. Presentemente, lo uso sólo en casos que he fallado con Abilify por sus efectos secundarios, esperando que la droga lleve más tiempo, para ver cómo compara con agentes existentes. Saphris se administra por debajo de la lengua, por eso se absorbe muy rápido. Sin embargo, el sabor es bastante malo, y esto puede hacer que cumplir en tomarlo sea un problema. Si la droga prueba ser tan buena como el mercadeo inicial proclama, se convertirá en un gran jugador para el tratamiento de desorden bipolar.

Invega es un antipsicótico recientemente aprobado por FDA para esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Es lo suficientemente nuevo para que su papel verdadero en el tratamiento de desorden esquizoafectivo y trastorno bipolar aún no esté claro. En término de sus demás propiedades, estructuralmente es bastante similar a Risperdal, y fue lanzado por la misma compañía que hace Risperdal, cuando el mismo estaba a punto de ser genérico. Una ventaja sobre Risperdal, es que es de liberación extendida, así que para personas que requieren dosis “a toda hora”, son menos dosis necesarias. Actualmente, no estoy usando la droga para manía aguda, ya que estoy por ver su ventaja sobre agentes más viejos, y soy altamente escéptico de que vaya a demostrar verdaderas ventajas sobre su droga madre, y mucho menos cara: Risperdal.

Fanapt es el segundo antipsicótico recientemente aprobado por FDA para esquizofrenia. Está por verse si tendrá algún rol en trastorno bipolar, ó desorden esquizoafectivo. Como Geodon, puede bajar la velocidad de los impulsos eléctricos que van del marcapasos a través del corazón. Al tiempo de esta publicación, yo diría que Fanapt solo tendría lugar en el tratamiento de trastorno bipolar bajo un protocolo de investigación, o cuando más datos salgan para demostrar su papel al tratar este trastorno.

Lurasidone es el antipsicótico atípico más reciente en el mercado, y está esperando una decisión en relación a su aprobación de FDA para trastorno bipolar. Es tan nuevo, que no tengo manera de compararlo a los demás antipsicóticos, y lo estoy tratando como la mayoría de las drogas nuevas: la usaré cuando otras intervenciones establecidas fallen.

Clozaril fue el primero de los antipsicóticos atípicos o “bloqueadores de D2”. Es fuertemente sedante, con baja tendencia de causar EPS, o acatisia, aunque sí puede causar aumento de peso. Su efecto en la fase depresiva de trastorno bipolar no está completamente claro. Este es más o menos el último recurso de antipsicótico porque tiene muchos efectos secundarios, con uno particularmente severo, que es la supresión de la habilidad de la médula ósea de hacer las células blancas en sangre, llamadas neutrófilos, que batallan infecciones. Esto es un efecto secundario lo suficientemente común, como para que para el principio del tratamiento, se requieran laboratorios de sangre, hasta cuando se ha tolerado la droga por largo tiempo. Luego se requieren laboratorios mensuales. Esta droga está disponible sólo participando de un programa que checa el conteo de neutrófilos antes de cada receta. Las fatalidades no son poco usuales en esta droga. Para propósito de este capítulo, yo diría que si todo lo demás falla, esto puede ser discutido con su doctor, pero es extremadamente raro que todo lo demás falle y tengamos que ir donde esta droga. Adicionalmente, puede ser considerada cuando discinecia tardía es desarrollada con otros antipsicóticos, pero un antipsicótico sea requerido para ese paciente en particular.

Estabilizadores de Ánimo

Los estabilizadores de ánimo tradicionales incluyen ambos el litio, y un grupo de drogas desarrolladas para tratar la epilepsia, llamadas anticonvulsantes. No es para nada inusual simultáneamente tener que usar varios estabilizadores de ánimo en un paciente, pero tales estabilizadores deben ser introducidos uno a la vez, y cuidadosamente ajustarlos, en vez de empezar múltiples drogas a la vez. La tabla abajo resume estos medicamentos. Entonces, se discute cada uno en orden. Las gráficas abajo muestran el nivel al cual cada medicamento causa los efectos listados, y son indicados por signo de suma (positivo).

Litio fue la primera droga efectiva para el tratamiento de trastorno bipolar. Permanece como una droga muy útil, trabajando en algunos individuos cuando más nada funciona. Ha habido gran debate a décadas desde su descubrimiento sobre cómo trabaja, pero actualmente se piensa que trabaja a nivel del “reloj biológico”, en un compuesto llamado factor neurotrófico derivado de cerebro (BDNF, Brain Derived Neurotrophic Factor), junto con el volumen de glicógeno beta synthase kinase con phosphatidylinositol, (para los neuroquímicos entre nosotros.) Independientemente de cómo trabaje, es particularmente efectivo con personas sin ciclaje rápido, aunque no se piensa tan efectivo en personas con ciclaje rápido. Desafortunadamente, el litio tiene riesgos dificultosos a largo plazo, además de efectos secundarios inmediatos problemáticos, que típicamente nos causa reservarlo para usarse cuando otros agentes hayan fallado.

Nombre de Marca	Nombre Genérico	Efectos Antidepresivos	Sedación	Efectos Renales	Efectos en Tiroides	Efectos en el Hígado	Efectos en la Médula Osea
Eskalith	Litio	++	+	++	++	++	0
Depakote	Valproic Acid	0	+	0	0	0	0
Lamictal	Lamotrigine	+++	0	0	0 to+	0	0
Neurontin	Gabapentin	0	++	0	0	0	0
Tegretol	Carbamazepine	0++	++	0	+++	0	+++
Trileptal	Oxcarbamazepine	0	+	0	+	0	+
Zonegran	Zonisamide	++	+	0	+	0	0
Keppra	Leviteracetam	+++	+	0	+	0	0

Entre los principales riesgos a largo plazo, están daño a la glándula tiroide, que está envuelta en la regulación de energía, ánimo, metabolismo, y otras funciones de vida esenciales. Típicamente ocurre gradualmente, así que cuando las personas están bajo litio, se hacen pruebas de sangre para monitorear la glándula tiroide, y la medicina se para de usar cuando las pruebas de sangre indican desarrollo de problemas. Una de las tres pruebas de sangre comúnmente ordenadas (TSH, T3, y T4), es el TSH que funciona como un sistema de alerta temprana. Generalmente hablando, antes de las hormonas tiroides (T3 y T4) bajar a niveles subnormales, el TSH sube en un esfuerzo para hacer que la tiroide dañada produzca más hormonas. En general, un TSH es realizado en un mes dentro del intento de litio, luego cada 4 meses de ahí en adelante, por el tiempo que se use la droga. Los médicos varían en la frecuencia que ordenan el T3 y T4, pero la regla general, es hacerlo anualmente si el TSH se mantiene normal. De la glándula tiroide estar dañada a un nivel suficiente (daños pequeños suelen ser reversibles), y del litio ser la única droga que funciona para una persona, a veces tenemos que aceptar ese efecto secundario. Si éste fuera el caso, se tiene que tomar medicamento de reemplazo de tiroide por el resto de la vida.

El daño al riñón era un efecto secundario común durante los primeros años de uso de litio. Esto debido a no tener disponible resultados de sangre confiables, ni buenas preparaciones de litio, así que frecuentemente la gente estaba experimentando niveles sanguíneos tóxicos para los riñones. Con las preparaciones modernas y pruebas de sangre cada cuatro meses, es un efecto secundario poco frecuente que tiende a ocurrir luego de décadas usándose. La excepción de esto, son en personas con sobredosis de litio. Tales sobredosis pueden causar un considerable daño a los riñones. La prueba de

sangre primordialmente usada para monitorear los riñones es el nivel de creatinina, que es un indicador de cuán bien estén filtrando los riñones.

Es importante que los niveles de litio se midan y ajusten para asegurar ambos la suficiente cantidad de litio en sangre para que funcione, y evitar niveles que sean tóxicos. Más comúnmente, los niveles de litio se mantienen en el rango de 0.8 hasta 1.2ng/dl aunque algunas personas responden bien a niveles más bajos.

Los problemas más comunes con el litio son los molestos efectos secundarios inmediatos de los que muchos pacientes se quejan. En aquellos que son propensos al acné, puede empeorarlo significativamente. Aunque todos tenemos hasta cierto grado, un leve temblor en las manos, el litio puede aumentarlo (usualmente en grado sutil, aunque otras veces resulta severo). Este temblor puede tratarse con una droga llamada Propanolol, que bloquea los receptores de adrenalina responsables por el temblor. Las personas bajo litio pueden ponerse muy sedientas, necesitando estar bien hidratadas. Esto puede requerir ir frecuentemente al baño. Raramente, esto puede llevar a problemas de electrolitos (balance de sales) en la sangre, así que el doctor va a necesitar checar los electrolitos, con las demás funciones renales, a base de cada cuatro meses. Los niños puestos bajo litio pueden revertir a orinarse en la cama. En personas mayores, ó aquellos cuya función renal está comprometida, la dosis puede tener que ser ajustada a una más baja.

En adición a ser eliminado por los riñones, el litio es también excretado en el sudor. Esto puede convertirse en problema para atletas de resistencia, tales como corredores de maratón, que sudan mucho en su entrenamiento. Uno puede tener un nivel de litio completamente normal, entonces una vez se comience el entrenamiento, el nivel puede bajar por el sudar. Inversamente, uno puede ajustar la dosis de litio de la persona que es atleta, y si la persona dejara de entrenar, el nivel puede escalar, ya que no estarán emitiendo mucho sudor.

Generalmente, el litio no causa aumento de peso, a menos de que uno satisfaga la sed con bebidas con muchas calorías. El agua debe ser la bebida a escogerse, y el consumo de calorías líquidas no se debe incrementar según el aumento de sed. El litio también puede interactuar con drogas para controlar hipertensión, llamadas tiazidas, hidrocortiazidas, ó Diazide. Si un internista cambia la dosis de tiazida, el nivel de litio puede cambiar, causando enfermarse.

Algunas personas muestran buena respuesta antidepresiva al litio, y ciertamente se usa para depresión no bipolar por esta razón. Un rasgo distintivo del litio es que tiene los datos más fuertes de cualquier estabilizador de ánimo para la reducción de suicidio. También hay algunos datos que argumentan que los pacientes responden mejor al litio cuando se comienza pronto después del comienzo de la enfermedad. Un subgrupo de pacientes son respondedores sobresalientes al litio, ya que alcanzan un alivio de síntomas casi completo. Estos pacientes tienen rasgos clínicamente distintivos, tales como el predominio de manía eufórica en vez de manía irritable, buena recuperación entre episodios, y la falta de otras enfermedades psiquiátricas, como alcoholismo ó desórdenes de ansiedad. El uso de litio ha declinado en recientes años, en gran parte por sus percibidos riesgos mayores y el mercadeo de las farmacéuticas que hacen las drogas. Sin

embargo, todo paciente con trastorno bipolar probablemente debería intentar el litio en algún momento, a ver si es un respondedor sobresaliente.

Depakote es un anticonvulsante que trabaja como estabilizador de ánimo. No está claro el porqué los estabilizadores anticonvulsantes funcionan, aunque el pensamiento actual es que puede ser que no trabajen a nivel de receptores, pero en un nivel más básico dentro de las células nerviosas, en compuestos llamados “mensajeros secundarios”, ó que pueden disminuir la velocidad con las que las neuronas “disparan”. Adicionalmente, hay evidencia en muchos de los estabilizadores de ánimo anticonvulsantes, de proteger las neuronas en algunas áreas del cerebro de una muerte prematura, y que este “efecto neuroprotector”, particularmente en un área del cerebro llamada amígdala, puede ser parte importante de su mecanismo de acción. Dichas propiedades neuroprotectoras parecen existir en todos los anticonvulsantes.

Depakote ha sido un pilar en el tratamiento de desorden bipolar, por lo menos durante dos décadas. Parece ser una droga efectiva para ambos pacientes de ciclaje rápido, y pacientes de ciclaje no rápido. Es más comúnmente dada en una versión de liberación lenta llamada Depakote ER, que está disponible en forma genérica. Más comúnmente, todo el Depakote ER se toma a la hora de dormir, para evitar efectos secundarios diurnos, tales como sedación. Depakote no tiene problemas de daño al riñón. Sin embargo, se metaboliza en el hígado, y ocasionalmente puede ocurrir un daño al hígado. Similarmente, en ocasiones resulta en daño a la médula ósea, presentado como una disminución del número de células blancas combatientes de infección en la sangre, llamadas neutrófilos. Al igual que el litio, los niveles en sangre de Depakote son importantes. Los laboratorios definen los niveles terapéuticos de Depakote entre 50 y 100 ng/dl, y señalan un nivel por encima de 100 mng/dl, como uno potencialmente tóxico. Dicho esto, aquellos de nosotros que tratamos muchos pacientes bipolares, a veces encontramos que necesitamos los niveles en sangre entre 100-120 ng/dl. Para la mayoría de la gente, esto es bien tolerado. Si un médico tiene que lograr estos niveles más altos, puede encontrarse con la situación de que un médico de cuidado primario no sea familiar con esta práctica, y se asuste cuando lo vea. Tales preocupaciones deben ser referidas al psiquiatra.

Los efectos secundarios de Depakote incluyen el potencial para sedación y aumento de peso. El aumento de peso puede ser una razón por la que tengamos que parar el Depakote, al igual que con los antipsicóticos atípicos discutidos previamente. Además, el Depakote puede llevar a enfermedad de ovarios poliquísticos en mujeres. Parece ser que Depakote es frecuentemente no efectivo en tratar la fase depresiva del desorden bipolar.

Tegretol se ha usado aún más tiempo que Depakote para trastorno bipolar. Tiene una propiedad desafortunada, llamada “auto-inducción”. Esto significa que cuando comenzamos Tegretol, causa al hígado producir más de las enzimas necesarias para poder descomponerlo. A su vez, esto puede llevar a la necesidad de hacer aumentos considerables en la dosis, cada una a dos semanas por los primeros meses de tratamiento. Durante este período, los niveles de otros medicamentos también pueden fluctuar. Como el Depakote, Tegretol puede llevar a daño en el hígado ó médula ósea.

Una modificación química menor de Tegretol lleva al Trileptal, una droga que no tiene la propiedad de auto-inducción. Más allá de eso, la probabilidad de daño al hígado, ó

médula ósea, es reducida por dicha modificación. Ya que estas propiedades hacen la droga mucho más fácil y segura para usarse, típicamente usamos Trileptal por encima de Tegretol. Aunque hay algunos pacientes que sólo responden al Tegretol, la experiencia sugiere que son un pequeño subgrupo.

Trileptal parece funcionar bien en ciclaje rápido, así como ciclaje no rápido. Daños al hígado y la médula ósea son sumamente raros, así que la mayoría de los médicos no monitorean rutinariamente los conteos en sangre y funciones del hígado, para detectar posibles daños al mismo. Aunque no se ha establecido un nivel terapéutico específicamente para desorden bipolar, sabemos que un nivel terapéutico para epilepsia está generalmente entre 10 y 30 ng/dl.

Los estudios que establecieron que Trileptal funciona para trastorno bipolar fueron realizados en Europa, a principio de los 1980's. En un centro, usaron muestras de 900mg de Trileptal al día, con el otro usando 1,200mg. No se sacaron niveles en sangre, y los dos centros obtuvieron resultados similares. Dicho esto, los neurólogos frecuentemente usan dosis substancialmente más altas de Trileptal para mantener los niveles en sangre en los 20's. Aunque no existan estudios, la experiencia clínica es que algunas personas con desorden bipolar requieren más de 1200mg al día para responder a este medicamento. Por lo tanto, en personas no responsivas, es mi hábito checar niveles en sangre y empujar la dosis hacia arriba para alcanzar niveles en los 20's, antes de concluir que no hay respuesta.

Hay dos interacciones droga-droga importantes que mencionar en este capítulo. La primera, es que ambos litio y Trileptal pueden afectar el balance de sales en sangre (específicamente reduciendo la cantidad de sodio). Esto puede llevar a una variedad de síntomas, incluyendo confusión. Cuando ambas drogas se usan juntas, la probabilidad de sodio bajo es aumentada. Por lo tanto, niveles de electrolitos deben medirse más frecuentemente en la combinación, que con sólo litio. Segundamente, Depakote puede bajar los niveles en sangre de Trileptal. Por consiguiente, si Depakote es añadido a un régimen de Trileptal, uno no debería sorprenderse de que se requiera una dosis más alta de Trileptal.

Parece ser que Trileptal es sólo infrecuentemente de ayuda para la fase depresiva de trastorno bipolar. Trileptal es generalmente neutral al peso, así que uno puede escogerlo sobre Depakote en individuos ya propensos a ser sobrepeso.

Lamictal es un estabilizador de ánimo anticonvulsante digno a destacar. Lo que lo distingue es el ser muy frecuentemente efectivo en la fase depresiva del trastorno bipolar. Este medicamento resultó en que muchos individuos bipolares que sufrieron depresión crónica con estabilizadores de ánimo tradicionales, no experimentarían más depresión. Adicionalmente, Lamictal es una droga efectiva en prevenir los ciclos hacia manía. Con la excepción de un efecto secundario serio, discutido abajo, parece ser bien tolerado, con la mayor parte de la gente sin quejarse de efectos secundarios. Más allá de eso, en un estudio, a los individuos bipolares en los que se añadió al régimen de medicamentos, reportaron sentir que pensaban más claramente al usarlo.

El riesgo primordial de Lamictal es una reacción de piel muy seria llamada Síndrome Steven Johnson. Esto puede progresar a un rash amenazante a su vida, llamado necrosis

epidermal tóxica (Toxic Epidermal Necrosis). Cuando la droga fue aprobada por primera vez, la velocidad a la cual las dosis eran aumentadas era un tanto agresiva, lo cual resultó en una incidencia de este efecto en aproximadamente 1% de los adultos.

Más recientemente, el incremento en dosis más pequeñas es mucho más lento. Aunque los datos son difíciles de encontrar, Glaxo Smithkline, su fabricante, ahora reporta una incidencia de reacción de sólo 0.1%.

Actualmente, los valores recomendados al comenzar Lamictal están programados en la tabla siguiente:

Tiempo	Para Pacientes Que Usan Valproate	Para Pacientes Que <u>No Usan</u> Carbamazepine, Phenytoin, Phenobarbital, Primidone B, Valproate	Para Pacientes Que <u>Sí Usan</u> Carbamazepine, Phenytoin, Phenobarbital, Primidone B y <u>No Usan</u> Valproate
Semanas 1 y 2	25mg (un día si y otro no)	25mg al día	50mg/día
Semanas 3 y 4	25mg al día	50mg/día	100mg/día (dividido en 2 dosis)
Semana 5 y hasta Mantenimiento	Aumentar de 25-50mg/día Cada 1 a 2 semanas	Aumentar 50mg/día Cada 1 a 2 semanas	Aumentar 100mg/día Cada 1 a 2 semanas
Dosis Mantenimiento	100-200 mg/día con Valproate solamente 100-400 mg/día con Valproate y otra droga que induzca glucuronidación (en 1 ó 2 dosis divididas)	225-375mg/día (dividido en 2 dosis)	300-500mg/día (dividido en 2 dosis)

Es importante destacar que los niños son más propensos a desarrollar el Síndrome Steven Johnson, así que se debe tomar precaución particular con esta población. La droga tiene gran utilidad en este grupo de edades, por lo que no debe ser rechazada enseguida por este riesgo.

Desafortunadamente, hay muchos psiquiatras que están temerosos a ser demandados por desarrollarse Síndrome Steven Johnson, y como resultado, nunca ofrecen la opción de Lamictal a sus pacientes. Esto es una farsa al tratamiento, ya que la mayoría de la incapacidad por trastorno bipolar es relacionada a las depresiones, no las manías, y Lamictal es muy efectivo para las depresiones.

Adicionalmente, no hay estudios para definir cual es el nivel en sangre terapéutico de Lamictal para trastorno bipolar. Como resultado, la mayoría de los psiquiatras no miden sus niveles en sangre, y ni siquiera se acercan a las dosis cómodamente usadas por neurólogos (de 300 a 500 mg al día es típico en adultos). Los niveles en sangre terapéuticos de Lamictal generalmente se piensan estar entre 3 a 15 ng/dl. Dicho eso, es mi experiencia, y de muchos de mis colegas quienes, como yo, tratan pacientes bipolares en general, particularmente casos resistentes a tratamiento, que mientras las propiedades antidepressivas de Lamictal frecuentemente se declaran a sí mismas en niveles menores de 5 ng/dl, las propiedades antimánicas no parecen ser óptimas a estos niveles más bajos. Cuando estoy tratando de prevenir manías con Lamictal, intento niveles en sangre en el

rango de 8 a 12 ng/dl, que pueden requerir de 300 a 500mg en adultos. Mientras esto entra de lleno en el rango rutinariamente usado en la neurología, muchos psiquiatras no están familiarizados con este nivel de dosis y se asustan cuando lo ven. Si usted ó su ser querido tiene una versión particularmente dificultosa de esta enfermedad, y los niveles en sangre no fueron empujados a los niveles arriba mencionados, puede considerar ver a alguien que primordialmente trate trastorno bipolar y como resultado, tenga una mayor zona de comodidad con la droga.

Neurontin es otro anticonvulsante que a veces se usa para trastorno bipolar. Había mucho entusiasmo sobre él como estabilizador de ánimo hace más de 10 años atrás, cuando se rumoraba (un rumor no respaldado por ningún dato real) que era un buen estabilizador de ánimo. Los psiquiatras se apresuraron a recetarlos, y los resultados fueron mixtos. Mirando atrás de nuestra experiencia actual con la droga, es frecuentemente efectiva para la ansiedad que la mitad de los pacientes bipolares sufren, pero no parece ser muy buena para el ciclaje de manía y depresión del trastorno bipolar. Aquellos que concluyeron que era un buen estabilizador de ánimo pueden haber estado confundiendo las propiedades anti-ansiedad con verdadera estabilización de ánimo. Como resultado, su uso será discutido más tarde, bajo los medicamentos anti-ansiedad.

Topomax es otro medicamento que se rumoraba ser útil para trastorno bipolar. Sí parece haber un subgrupo de respondedores muy bueno a Topomax. Sin embargo, son un subgrupo bastante pequeño. Un problema para estar pendiente al usar Topomax, son efectos secundarios cognitivos (de pensamiento), en particular, la dificultad para encontrar palabras al hablar. He visto también un número de niños que al usarlo, han desarrollado dificultades al leer, y en las matemáticas. En general, Topomax es mejor reservado para uso anticonvulsante ó como droga para tratar el comer en atracones, pero raramente como medicamento para trastorno bipolar. Zonegram es un anticonvulsante más nuevo, rumorado a ser un buen estabilizador de ánimo. No hay suficientes datos para decir si funciona ó no. Como es el convulsante más “como Lamictal”, ocasionalmente lo he intentado en personas que respondieron a Lamictal, pero luego desarrollaron rash. He hecho esto tan pocas veces, que no puedo arriesgar adivinar cuán frecuentemente efectivo sea.

Keppra es otro anticonvulsante que a veces funciona en trastorno bipolar. Debido a que no hay muchos datos sobre este medicamento, debería reservarse para casos que no han respondido a terapias más establecidas. Dicho eso, una respuesta a esta droga, cuando todas las demás han fallado, puede cambiar vidas.

Habiendo descrito estabilizadores de ánimo antipsicóticos frecuentemente usados en la Fase 1 del tratamiento definido arriba, y los estabilizadores de ánimo tradicionales frecuentemente usados en la Fase 2 del tratamiento, medicamentos que traten cualquier depresión residual (Fase 3), son considerados ahora.

Como previamente discutido, la mayor parte de los médicos tratando trastorno bipolar están de acuerdo en que los antidepresivos tienden a empeorar el curso de la enfermedad a través del tiempo, además que también tienen una tendencia fuerte a inducir manías, ó estados mixtos. Por supuesto, hay excepciones a esta regla general. El nivel al que induzcan estados mixtos severos, pueden precipitar un intento de suicidio. Por esta razón, tratamos de evitar antidepresivos en las personas con trastorno bipolar, y cuando

los tenemos que usar, tratamos de hacerlo como intervención a corto plazo. Adicionalmente, en el estudio de seguimiento a plazo más largo que se ha hecho, llamado estudio STEP-BD, los antidepresivos, simplemente no funcionaron.

Así que, cómo tratamos la depresión bipolar sin usar antidepresivos? Hay varios “trucos de la práctica” que pueden ser útiles. Las tres intervenciones más estándares utilizan medicamentos ya discutidos: Lamictal, Seroquel, ó Abilify. Cada una de las opciones para tratar depresión bipolar es típicamente añadida al régimen existente de estabilización de ánimo, entonces ajustado para tratar síntomas depresivos. En el caso de Lamictal, uno puede entonces empujar la dosis a niveles descritos arriba, y entonces tratar reducirlos, ó dejar otros estabilizadores de ánimo.

Como previamente mencionado, Lamictal puede ser notablemente efectivo en la fase depresiva de esta enfermedad, así como en prevenir ciclos hacia manía. Si uno sufre frecuentemente de la fase depresiva, y no ha tenido un intento adecuado de Lamictal, esto realmente debe ser considerado.

Seroquel y Abilify se discutieron arriba como como “estabilizadores de ánimo antipsicóticos”. Ha resultado que Abilify es un antidepresivo bastante bueno en la gente con depresión bipolar, hasta en personas sin historial de manías. La misma advertencia que uno debe monitorear en caso de acatisia aplica también cuando es añadido para depresión.

Métodos Naturales

Dos métodos “naturales” han demostrado ser útiles en estudios para depresión bipolar. El primero, dosis altas de ácidos grasos Omega-3, en forma de aceite de pescado. Los estudios originales, realizados en los 1990’s, observaron dosis en el rango de 3 a 6 gramos al día (3,000 a 6,000 mg al día). Típicamente, uno toma las cápsulas de aceite de pescado, ó líquido, con cada comida. Siguiendo estos estudios iniciales, muchas compañías han hecho preparaciones de aceite de pescado y mercadean particularmente algunos tipos que tienen algunos ácidos específicos de Omega-3. No existen datos fuertes de que la “carga” de ácidos grasos conlleve una mejor respuesta, pero tampoco hay datos de lo contrario. Las dosis en los estudios originales no eran de estos aceites de pescado “diseñados”; más bien, eran del aceite de pescado básico. Hay dos cosas importantes que observar al comprar aceite de pescado. Los mejores son de recubrimiento entérico, significando que no liberan el aceite hasta que haya pasado por el estómago. Esto puede minimizar los malos sabores si uno eruputa luego de tomarlo. Algunas preparaciones, que tienden a ser caras, son embotelladas en un ambiente libre de oxígeno para que el aceite de pescado no oxide. Este tipo de aceite de pescado no huele, ni sabe a pescado, y con frecuencia puede ser cómodamente ingestado como líquido. Actualmente, creemos que el aceite de pescado trabaja al hacerse parte de una membrana de las neuronas, así aumentando una propiedad llamada fluidez, que ayuda a transportar cosas hacia adentro y hacia afuera de las mismas más eficientemente, y por lo tanto, a transmitir señales más efectivamente.

El segundo método natural, que nunca se adoptó muy bien en Estados Unidos, es un compuesto llamado inositol. Hubo dos estudios hechos en Israel en los que inositol fue añadido al régimen tomado por pacientes bipolares que ya no estaban maníacos, pero sí deprimidos. Inositol a veces es llamado “vitamina B8”, ya que es como un tipo de

Vitamina B, aunque no oficial. Estructuralmente, es similar a la glucosa. El inositol está presente, en altas cantidades, en las membranas de las neuronas, y está envuelto también en el funcionamiento de neuronas de serotonina. Un dato muy reconocido es que las neuronas de serotonina juegan un rol en la depresión. El efecto secundario principal del inositol en dosis altas, parece ser heces sueltas en algunos individuos; aunque una vez tuve un paciente que parecía ponerse hipománico al tomarlo.

Otros Métodos

Un método de medicina para el cual existe un solo estudio de su uso para depresión bipolar, es Mirapex (Pramipexole es el nombre genérico), el cual está aprobado por FDA para enfermedad de Parkinson's, y síndrome de piernas inquietas (Restless Leg Syndrome); aunque algunas veces, también se usa para un tipo de dolor de cabeza llamado migraña en racimo. Mirapex funciona estimulando receptores de dopamina.

Empecé a intentar Mirapex hace 8 años atrás, para pacientes con depresión profunda, en los cuales nada más había funcionado. Como estimula receptores de dopamina, estaba muy preocupado de inducir psicosis (como no infrecuentemente lo causa en pacientes de Parkinson's), ó manías. Dicho eso, ahora tengo experiencia extensa con la droga en pacientes bipolares, y aún estoy por observar alguien ponerse psicótico, tampoco mánico. La respuesta parece ser muy buena, similar a Lamictal, y generalmente lo uso en pacientes que fallaron con Lamictal. Típicamente, empiezo con 0.25 mg al día, ó dos veces al día con el tiempo. Esto no es para nada un método estándar para tratar depresión bipolar, pero lo he incluido, ya que ha sido efectivo para tantos pacientes en los cuales todo lo demás había fallado. Otra opción, que está siendo intentada en algunos centros, es la ketamina como tratamiento para depresión refractaria. La administración es actualmente realizada en un ambiente de cuidado altamente monitoreado, similar a una unidad de cuidado intensivo. Como resultado, es muy caro, con los tratamientos en San Diego costando un promedio de \$1800 cada uno. Han dicho que es milagroso en algunos pacientes, pero al momento, es realmente una de esas últimas opciones “desesperadas”.

Métodos Sin Medicamentos

Hay métodos sin medicamentos, aunque sí biológicos, para tratar la depresión bipolar. El más viejo es la terapia electro-convulsiva (ECT, Electro Convulsive Therapy). Envuelve el uso de un pulso eléctrico para inducir una convulsión, mientras el paciente está anestesiado. Típicamente, se usa en series de 6 a 12 sesiones. Frecuentemente, esto pone a la persona deprimida en una manía, entonces estabilizadores de ánimo tradicionales son usados para tratarla. Encuentro que esto es raramente necesario, y trato de evitarlo, ya que la norma en depresión bipolar, es que regresa, y pacientes que requieren tratamiento a largo plazo con ECT a nivel de “mantenimiento”, muchas veces se quejan de daño progresivo a su memoria.

Un tratamiento “como ECT” que no parece causar daño a la memoria es la estimulación magnética transcraneal, (TCMS, Transcranial Magnetic Stimulation), ó la estimulación magnética transcraneal repetitiva, (rTMS, Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation). Para ambas TCMS, y rTMS, se aplica una serie de pulsos magnéticos en áreas precisas del cerebro. El tratamiento ha sido aprobado por FDA para depresión, aunque no

específicamente para depresión bipolar. Es muy caro, ya que usualmente las compañías aseguradoras no pagan los tratamientos, que son hechos múltiples veces a la semana. Además, parece que los fallos del equipo no están del todo resueltos. Aunque el tratamiento es prometedor, pareciendo ser libre de efectos secundarios, los índices de respuesta en pacientes reales no parecen acercarse a lo que fue reportado en los estudios que llevaron a la aprobación de FDA.

Otro tratamiento biológico para la fase depresiva de trastorno bipolar, es la estimulación cerebral profunda (Deep Brain Stimulation), desarrollada por un grupo en Canadá. Actualmente, está disponible sólo a través de un estudio de Emory University en Atlanta. Se insertan microelectrodos en un “nido” de células nerviosas específico dentro del cerebro. Una vez encontrada la frecuencia y amplitud apropiadas para los impulsos eléctricos, esto parece tratar la depresión. La técnica quirúrgica es clave para su éxito, y también puede pasar algún tiempo en lo que esta técnica es aprobada por FDA.

Privación de sueño

Bajo supervisión médica, puede ayudar a salirse de un estado deprimido. La razón que esto solamente debe ser realizado con un doctor recetándolo, es que uno rápidamente puede ir de deprimido, a maníaco, ó mixto al seguir la privación de sueño.

Aunque el enfoque de este capítulo es en los medicamentos, una discusión no estaría completa sin mencionar un tipo de terapia llamado terapia cognitivo-conductual (CBT, Cognitive Behavioral Therapy), que también puede ser de ayuda para depresión bipolar. Hay evidencia de que ejercitarse con regularidad puede mejorar el ánimo. En muchos individuos con trastorno bipolar que se ponen más depresivos en invierno, caminatas bajo el sol, ó el uso de una luz artificial de espectro completo, llamada luz de fototerapia, puede ser de ayuda. Es importante usar la luz de fototerapia cuidadosamente, bajo la supervisión de un psiquiatra, ya que la sobre exposición a la luz puede precipitar una manía, ó estado mixto.

Luego de realizar las fases 1 al 3 del tratamiento, como descritas arriba, entonces uno puede necesitar atender enfermedades adicionales o comórbidas que viajen con el trastorno bipolar. La más común de éstas es ansiedad, con un 50% de gente con trastorno bipolar sufriendo un desorden de ansiedad diagnosticable. Sin entrar excesivamente en detalle, incluyen desorden de ansiedad generalizada (GAD), (preocupación excesiva sobre múltiples áreas de la vida); desorden de pánico (envuelve ataques distintivos de extrema ansiedad, frecuentemente asociados con las sensaciones de estar faltar de aire, ritmo cardíaco más rápido, sentimiento de ruina inevitable, sudar, ó temblar); fobias, y desorden obsesivo-compulsivo (OCD). Las obsesiones son pensamientos intrusivos, no deseados, resistidos, y muy agobiantes para el paciente. Son diferentes a los pensamientos negativos, ó ruminaciones de una depresión, ya que no siempre están primordialmente enfocados en algún contenido negativo, ó deprimido. Las compulsiones son comportamientos que uno siente necesitar hacer una y otra vez, a pesar de que consuman mucho tiempo, interrumpan el funcionamiento diario, y sirvan un propósito pequeño, o inútil.

Hasta ahora, GAD es el desorden de ansiedad más común que viaja con trastorno bipolar. El tratamiento de desorden de ansiedad generalizada recae en la psicoterapia

cognitivo-conductual, y a veces, medicamentos. Comúnmente, se usan agentes en una clase de drogas llamadas benzodiazepinas (Klonopin, Ativan, Serax, Valium, Xanax). Tales medicamentos pueden crear hábito, y llevar a síntomas de síndrome de abstinencia al parar de usarlos. Todos ellos tienen tendencia a ser sedantes, así que al empezarlos, se debe ser cauteloso al manejar su vehículo. Alguna literatura sugiere que Klonopin también ayuda a estabilizar el ánimo. Por esta razón, probablemente sea la benzodiazepina más comúnmente usada en pacientes ansiosos con desorden bipolar.

En pacientes con desórdenes de ansiedad que no son bipolares, los antidepresivos inhibidores de reabsorción de serotonina (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRI) son las drogas de primera línea. Estas incluyen Prozac, Paxil, Luvox, Zoloft, Lexapro, y Celexa. Un grupo relacionado de antidepresivos, llamados inhibidores de reabsorción de serotonina y norepinefrina (Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors, SNRI) son utilizados a veces, e incluyen Cymbalta, y Effexor. Como previamente descrito, el problema de los antidepresivos en gente con trastorno bipolar es que tienden a empeorar el ciclaje de estados de ánimo, y que inducen estados mixtos. Por lo tanto, tratamos de no usarlos en pacientes con desorden bipolar. El primero de los antidepresivos serotoninérgicos en obtener aprobación de FDA fue una droga frecuentemente olvidada, llamada Anafranil, o Clomipramina. Aunque no puedo producir ningún estudio ó datos que lo prueben, ha sido mi experiencia que la droga es frecuentemente de ayuda para GAD ó OCD, en dosis relativamente bajas (25 a 50mg al acostarse a dormir, en contraste a la dosis típica de 150mg en pacientes no bipolares). Por razones que no puedo explicar, usualmente no induce estados mánicos ó mixtos, así que éste es uno de los “trucos de la práctica” que a veces es útil para pacientes bipolares ansiosos, especialmente con OCD. Sin embargo, uno primero debe intentar tratar los síntomas de OCD ó ansiedad, con algunos de los estabilizadores tales como Neurontin, ya que hasta Anafranil puede inducir estados mánicos ó mixtos.

Pacientes bipolares con desorden de pánico también son tratados con un tipo de terapia cognitivo-conductual, y algunas veces, benzodiazepinas, así como el beta bloqueador Propanolol. En mi práctica, usualmente no tengo que medicar la gente con desorden de pánico. En cambio, uso una técnica que aprendí de Aaron Beck, inventor de la terapia cognitiva. En esta técnica, el paciente es adiestrado en la oficina a intencionalmente inducir ataques de pánico, a través de la hiperventilación, y entonces a terminar esos ataques de pánico con técnicas de respiración que aumentan los niveles del suero de dióxido de carbono. Estas técnicas incluyen respirar en una bolsa de papel con un agujero en la misma, respirar a través de un túnel creado haciendo un puño no apretado con la mano de uno, y saltar respiración, una técnica menos obvia pero más difícil de aprender, en la cual uno “salta” cada 4ta respiración, al solo exhalar una segunda vez, en vez de inhalar.

Desorden obsesivo-compulsivo en conjunto a trastorno bipolar, es desde mi punto de vista, el Monte Everest del psicofarmacólogo. Cuando tenemos que usar medicamentos para OCD, los únicos que trabajan muy bien son los antidepresivos serotoninérgicos (SSRI's, Anafranil); aunque a veces, los antipsicóticos atípicos pueden jugar un papel. Para evitar inducir manías, estados mixtos, y ciclaje rápido, tratamos hacer el mayor progreso posible usando una terapia cognitivo-conductual llamada exposición gradual y prevención de respuesta (Graded Exposure and Response Prevention). En esta terapia, uno intencionalmente se expone a estímulos que ordinariamente inducirían el deseo de

realizar una compulsión. Entonces, uno utiliza técnicas de relajación para resistir la necesidad de realizar la compulsión. La mayoría de los pacientes encuentra, que si hacen esto, con mucha práctica pueden “aguantar” la urgencia de hacer la compulsión mientras está ocurriendo. Similarmente, una técnica llamada detención de pensamientos se puede usar para manejar obsesiones. Sin embargo, hay muchos pacientes bipolares con OCD que también requieren medicamentos. Mi método personal es estar seguro de que tengo un estado de ánimo “estable como una roca” usando estabilizadores de ánimo, y entonces introducir Anafranil. Uno también puede usar otros SSRI’s, pero mi experiencia es que son altamente desestabilizadores para pacientes bipolares.

Una segunda condición comórbida que se ve mucho junto a trastorno bipolar es el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD.) Hay tres subcategorías de ADHD: tipo inatentivo, tipo hiperactivo-compulsivo, y tipo combinado. Tan contra-intuitivo como puede ser tener trastorno de déficit de atención e hiperactividad tipo inatentivo, esto significa que los pacientes son inatentivos/distractibles pero no hiperactivos. De hecho, es el “sello” oficial desde que el de ADD se abolió. El ADHD hiperactivo-compulsivo se reserva para aquellos que tienen los síntomas hiperactivos-compulsivos, sin la inatención ó distractibilidad. Hasta ahora, el ADHD tipo combinado es el más común durante la niñez, y es usado para gente que es inatentiva, hiperactiva, e impulsiva. El criterio oficial del manual de diagnóstico diferencial (DSM-IV) para diagnosticar ADHD, ó cualquier otro desorden psiquiátrico, puede ser visto en www.mentalhealth.com. Reimprimir todos los criterios va más allá del alcance de este capítulo.

Sólo un estudio controlado doble-ciego con placebo fue publicado para tratar síntomas de ADHD en adultos bipolares. El mismo fue hecho en pacientes adecuadamente estabilizados con Depaote, entonces Adderall fue añadido. Adderall es una combinación de cuatro sales de anfetamina, comúnmente usada, en su versión de liberación extendida (XR), para tratar ADHD. En el estudio, se notó buena respuesta, sin desestabilización de ánimo, aunque el estudio no tenía muchos pacientes en sí.

Mi experiencia clínica es que la mayoría de pacientes bipolares con ADHD no se desestabilizan con la adición de medicamentos estimulantes para ADHD, si se sigue el método de las 4 fases de tratamiento que describí arriba. Sin embargo, si uno va fuera de dicho orden, y trata síntomas de ADHD sin primero obtener estabilidad de ánimo, entonces pueden ocurrir estados mixtos, manías, y ciclaje rápido. Aunque una discusión completa sobre el tratamiento de ADHD va más allá del alcance de este capítulo, abajo se da una descripción general.

Generalmente, los estimulantes son la droga a escogerse para ADHD. Hay opciones no estimulantes, más notablemente Strattera, ó Wellbutrin, pero el tamaño del efecto de la respuesta (cuánto ayuda, no solamente si son mejor que el placebo) parece ser considerablemente menor que con los estimulantes.

Dentro de la familia de estimulantes, hay dos tipos básicos. Las drogas basadas en anfetaminas, que trabajan bloqueando el reabsorción, e incrementando la liberación de dopamina y norepinefrina en el cerebro; mientras Ritalin, ó las drogas basadas en metilfenidato, trabajan sólo bloqueando la reabsorción de dopamina y norepinefrina. Aunque algunas personas les va mejor con una familia versus la otra, la mayoría responde

a cualquiera de las dos. Si una droga basada en anfetamina no funciona, usualmente tratamos una droga basada en metilfenidato, ó vice versa.

Dentro de cada una de estas familias hay tácticas para hacer las drogas trabajar por más tiempo. Estas tácticas incluyen desde pastillas lentas en digerirse, a parchos para la piel, a una droga que debe ser descompuesta antes de poder trabajar en una liberación de dos fases. Su doctor puede discutir y comparar éstos si se van a considerar estimulantes para su ADHD.

Este capítulo no estaría completo sin mencionar la importancia de las desiciones en su estilo de vida al manejar trastorno bipolar. Literalmente, uno puede empeorar la enfermedad bipolar envolviéndose en algunos comportamientos, y en extremo, esto puede llevar a una pérdida de respuesta a los medicamentos. Primero, es bien importante no estar repetidamente dejando sus medicamentos, ya que a veces las drogas no funcionan la segunda vez, luego de ser descontinuadas. Esto es particularmente importante para una forma más difícil de tratar de la enfermedad, y si múltiples medicamentos fueron intentados antes de usted estabilizarse. Usted puede perder su respuesta, y luego tener menos opciones disponibles, todo porque paró de tomar el medicamento.

Segundo, el trastorno bipolar es en parte, un trastorno del reloj biológico. Así que es importante mantener un patrón de sueño de ir a dormir a la misma hora todas las noches, y levantarse a la misma hora todas las mañanas. Estar “amaneciéndose” sin dormir puede causar desestabilización. Similarmente, el viajar de un lugar con poca luz de sol (el noreste en diciembre), a un lugar con gran cantidad de luz solar (Australia en diciembre), puede precipitar una manía. Si viaja a través de los hemisferios, ó a través de varios husos horarios, necesita discutir con su psiquiatra cómo reconocer y manejar un cambio de estado de ánimo como resultado de eso.

Tercero, las drogas de abuso son bien desestabilizadoras en general. Esto es cierto para todas las drogas de abuso, incluyendo cannabis. Una de las dos categorías generales de cannabis, la cannabis sativa (variedad estimulante), es mucho peor que la variedad indica (sedativa), aunque ésta es bien reconocida en inducir depresión con su uso crónico. Abuso de estimulantes, incluyendo cocaína, es muy desestabilizador, así como lo es éxtasis, la “droga de club”. Inclusive, hasta el alcohol puede precipitar una depresión. En general, si tiene trastorno bipolar, sería mejor no usar sustancias, ó al menos limitarlas al alcohol, no excediendo una copa de vino, cerveza, ó shot de licor por hora, con un máximo de dos bebidas alcohólicas en cualquier día.

Cuarto, una nutrición adecuada y ejercicio aeróbico regular, preferiblemente en las mañanas, y afuera para tomar luz solar en invierno, parecen ayudar a mantener el reloj biológico regulado, y un ánimo estable.

Para resumir, trastorno bipolar es una enfermedad que puede ser tratada efectivamente. Con tratamiento óptimo y desiciones de estilo de vida apropiadas, la mayoría de los individuos bipolares pueden tener vidas felices, saludables, y productivas. La clave es buscar tratamiento óptimo, seguir recomendaciones, no parar sus medicamentos, y tomar desiciones de vida saludables.

D:El Suicidio en Trastorno Bipolar

Por: Tom Jensen, MD

El propósito de este capítulo es describir lo que conocemos sobre el suicidio en individuos bipolares, así como describir de qué manera uno puede minimizar el riesgo de tan terrible desenlace. Hay herramientas útiles para ayudar a prevenir el suicidio en las tres intervenciones usadas para tratar personas con desorden bipolar, incluyendo factores de ambiente, medicamentos, y psicoterapia.

Hace veinte años, la estadística generalmente publicada, y verdaderamente horrorosa, era que un 20% a 25% de los individuos bipolares morían por suicidio. Sin embargo, gracias a mejores tratamientos, ha habido una reducción sustancial en el número de suicidios. Actualmente, la estadística de suicidio es de un 5% a 10%, reflejando de mejor manera que el tratamiento está teniendo un buen impacto al reducir el suicidio en personas con trastorno bipolar.

Dicho esto, un suicidio es demasiado, y hasta una cifra de 5% es aproximadamente 30 veces más alta que para la población general. Necesitamos mejorar cómo tratamos esta enfermedad, además de aplicar lo que ya sabemos para reducir dicho riesgo. Hay herramientas que sabemos son de ayuda, así que el reto es asegurarnos de que se incluyan en el tratamiento de cada persona con trastorno bipolar. Por supuesto, mientras utilizamos lo que conocemos, necesitamos continuar recaudando fondos para costear investigación sobre esta enfermedad, encontrar mejores maneras de tratarla, ó hasta prevenirla.

Desafortunadamente, no hay fórmula perfecta para predecir quién vaya a intentar suicidarse. Sin embargo, aquellos que mueren por suicidio tienen características en común. El primero, y uno de los factores riesgo más importantes, es tener un padre, madre, hermano, ó hermana que haya cometido suicidio. Éste resulta ser el mayor multiplicador para riesgo de suicidio.

Aquellos que cometen, o tratan de cometer suicidio, están típicamente en un estado de razonamiento distorsionado, en el que la víctima de suicidio se convence de que está pasando por tanto dolor, que no vale la pena estar vivo, y que aquellos a su alrededor estarían mejor sin ellos.

El segundo multiplicador de riesgo es el abuso de sustancias. La mayoría de las víctimas de suicidio tienen drogas, ó alcohol en su sistema durante ese momento.

La posesión de armas de fuego es otro multiplicador importante. El suicidio a través de armas de fuego es extremadamente común, especialmente en gente joven. La mayoría de los tiros auto-infligidos no se sobreviven, y de hacerlo; resulta en un daño cerebral severo. De hecho, sabemos que si nos concedieran una gran cantidad de fondos para reducir el número de suicidios en la comunidad, la cosa más efectiva que podemos hacer es proveer seguro para el gatillo y cajas fuertes.

El aislamiento social es otro multiplicador. Esta enfermedad frecuentemente se manifiesta en la adolescencia, al mismo tiempo que uno está desarrollando destrezas sociales, y patrones de amistad. Las personas que han estado enfermas con desorden

bipolar desde temprana edad, muchas veces se tornan tan abatidos con sí mismos, que no desarrollan destrezas sociales para hacer amistades duraderas, así que eventualmente se encuentran aislados. Hasta los familiares se agotan luego de enfrentar repetidas crisis con su hijo, hija, ó pareja con desorden bipolar. Por lo tanto, al tratar personas con esta enfermedad, es un gol importante construir una comunidad en la cual aquellos afectados encuentren apoyo, comprensión, y compañeros con los que se envuelvan en actividades significativas.

Una de las cosas que aprendimos sobre esta enfermedad en las pasadas dos décadas, es que la mitad de la gente con trastorno bipolar también tiene un desorden de ansiedad (ansiedad generalizada, fobias, desorden de pánico, desorden obsesivo-compulsivo). Esta ansiedad también parece ser factor de riesgo para suicidio. Por favor, revise el capítulo de “Tratamiento con Medicamentos”, en relación a cómo reducir la ansiedad a través de terapia cognitiva y medicamentos. Además, tome nota de que algunos medicamentos comúnmente usados para ansiedad pueden causar estados mixtos.

Finalmente, otro multiplicador es la estabilización inadecuada del ánimo, y la presencia de estados mixtos. La razón para esto, como descrito en el capítulo de medicamentos, es que necesitamos mantenernos lejos de medicinas que se conocen por inducir estados mixtos (antidepresivos, y esteroides, para nombrar los más comunes). También se debe tener un plan para medicinas que permita la detección de estados mixtos, y tratamiento agresivo por si se desarrollan.

Tal vez, uno de los mejores preventores de suicidio es ayudar a la persona a descubrir que talento poseen para dar al mundo, y ayudarlos a desarrollarlo. Resulta extremadamente difícil trabajar con el problema de aislamiento social y autoestima pobre, sin poder creer que uno tiene algo de valor para contribuir a las demás personas.

Todos quisiéramos saber las señales de advertencia de un intento de suicidio inminente. La respuesta es que en ocasiones las hay, pero a veces, el suicidio ocurre bajo un estado mixto severo, súbitamente, así que los amigos, y/o familiares no tienen manera de verlo venir. Las posibles señales de advertencia son varias, incluyendo hablar de suicidio o muerte, también pueden ser sólo referencias a la muerte. El individuo puede “poner sus asuntos en orden”, dando sus pertenencias a otros, actualizando su testamento, recogiendo su garaje lleno de objetos, y haciendo cosas que se lo harían más fácil a aquellos que deje atrás. Por supuesto, adquirir información en línea sobre cómo cometer suicidio, o investigar materiales para asistir a uno en ello son grandes banderas rojas. Otras banderas rojas incluyen ensayar, a manera de visitar el lugar en el que uno piensa suicidarse, amarrar una soga, ó disparar a sí mismo con un arma sin bala.

Que puede hacer uno para minimizar la posibilidad de que un ser querido con trastorno bipolar cometa suicidio? En adición a asegurar armas de fuego, tratar o prevenir el abuso de sustancias, puede ayudar a la persona a crear su propio grupo de apoyo, y estar especialmente vigilante con aquellos que hayan perdido un ser querido ante el suicidio, ya que hay intervenciones adicionales disponibles.

Es muy importante que aquellos con trastorno bipolar busquen tratamiento con psiquiatras capacitados para tratar esta enfermedad. Tristemente, no es seguro asumir que todos los psiquiatras la traten adecuadamente. Para poder conseguir un médico en el área

que reside, podría ser de ayuda ir donde grupos de apoyo para consumidores y preguntar “¿quién es el mejor?” Con esta enfermedad, donde el ánimo puede girar sobre una moneda, el psiquiatra tiene que poder responder cuando usted necesite hablar con él o ella.

También hay intervenciones de psicoterapias específicas que pueden ser realizadas tanto por un terapeuta, o por un psiquiatra. La terapia para trastorno bipolar típicamente debe incluir el siguiente elemento: que los pacientes, y de ser posible, los familiares, aprendan a reconocer depresión, hipomanía, manía, o estados mixtos. Es mejor usar una tabla de ánimo para detectar patrones por temporada, u otros. Además, monitorear su ánimo ayuda a la persona a reconocer que es la enfermedad haciéndole sentir mal, no sólo los eventos de su vida diaria. (Vea tabla de ánimo en la sección de referencias) Una vez la persona aprende a indentificar estados de ánimo específicos, entonces pueden recibir terapia cognitivo-conductual. De tal manera, puede aprender destrezas para manejar los sentimientos y pensamientos distorsionados de cada estado de ánimo. El terapeuta también puede trabajar con el paciente y su familia, para hacer del hogar uno más seguro. En adición a esto, los familiares pueden implementar estrategias para disminuir el aislamiento social, y ayudar a su ser querido a encontrar “su regalo”, y aplicarlo para ganar un sentido de utilidad y auto-valor. El terapeuta también puede monitorer y apoyar la adherencia a los medicamentos. Esto, ya que la no adherencia a tomar medicamentos es un dilema común para personas con trastorno bipolar, que de una vez puede conllevar hasta pensamientos suicidas.

Otra intervención puede ser tener amigos, o seres queridos que conozcan sobre la enfermedad y se eduquen sobre ella, para que puedan observar y ayudar a la persona afectada mientras experimentan los estados de ánimo alterados. En adición a esto, la pareja debe ser invitada a las citas con el psiquiatra ó terapeuta.

Adicionalmente, tener un plan escrito sobre qué hacer si usted, o su ser querido está contemplando el suicidio puede ser de ayuda. Durante la crisis no es el mejor momento para decidir a quién llamar. Un plan así debe tener varios elementos, tales como los siguientes:

- 1- Nombre y teléfonos del psiquiatra y/o terapeuta a ser llamado.
- 2- Números de teléfono de líneas telefónicas de ayuda para suicidio, o salud mental en su área.
- 3- Un recordatorio de que llamar al 911 es algo seguro que hacer si uno se siente suicida, y está teniendo dificultades en acceder su psiquiatra, o terapeuta.
- 4- Nombre y direcciones para el hospital, o sala de emergencia escogido.
- 5- Información del seguro médico para llevársela en caso de ir a sala de emergencia, o al hospital.
- 6- Lista de todos sus medicamentos
- 7- Lista de razones “para vivir”, y “por qué los pensamientos suicidas son distorsionados”, como referencia para cuando esté pensando en suicidio.

El suicidio no es la manera correcta de manejar esta enfermedad. El trastorno bipolar es tratable; además de que se logran nuevos avances todos los años. Para poder protegerse contra un intento de suicidio, hay cosas prácticas que usted, y su grupo de apoyo puede hacer. Sea su propio defensor, y asegúrese de que las ideas de prevención de suicidio que



ha leído sean parte de su tratamiento, o el de la persona enferma. Aunque la persona crea que él/ella nunca va a mejorar, recuerde que estamos desarrollando maneras nuevas de tratar esta enfermedad todos los días. Además, y más importante aún, no se rinda.

E: Echando Agua sobre un Fuego de Aceite-
Riesgos del Uso de Sustancias para Personas con Trastorno Bipolar

Por: Russ Federman, PhD, ABPP- University of Virginia

J. Anderson Thomson Jr., MD- University of Virginia

Tom Horvath, PhD, ABPP- Practical Recovery San Diego, CA

Si usted padece de trastorno bipolar, pero se abstiene del alcohol y otras sustancias, puede ser que no necesite leer este capítulo! El uso de sustancias (incluyendo cannabis, alcohol, cocaína, heroína, etc.) generalmente complica la experiencia de trastorno bipolar. Este capítulo explicará el porqué abstenerse es el curso de acción más simple y seguro. Además, proveerá información sobre cuándo usted puede considerar la moderación como potencial opción.

Dos Casos de Ejemplo:

FRANK

Frank es un hombre creativo e inteligente de 26 años de edad que ha batallado con enfermedad bipolar y abuso de sustancias a través de su joven adultez. Su enfermedad le hizo darse de baja múltiples veces de la universidad, pero perseveró, eventualmente obteniendo un bachillerato en historia. En medio de la mala economía, el único empleo que encontró fue como mesero de un restaurante en el área de la universidad. La gente joven que trabajaba en el negocio fiestaban fuertemente, y no tomó mucho tiempo para Frank unirse a ellos. Él hubiese sido el primero en decir todos los riesgos... Sin embargo, como la mayoría de nosotros, Frank quería socializar, y sus compañeros de trabajo eran sus pares disponibles. Poco tiempo después, estaba fiestando con sus colegas. Esto, luego de un largo período de estabilidad, el cual atribuye a su abstinencia de drogas recreacionales, así como tomar un estabilizador de ánimo según recetado, con una medicina para dormir. El alto consumo de alcohol y marihuana, junto al poco dormir, lo dirigieron hacia lo inevitable. Llegó a estar convencido de poseer la sabiduría de Thomas Jefferson, y se sintió impulsado de pasar por la universidad a todas horas, canalizando a Jefferson para todo aquél que lo escuchara, incluyendo las estatuas. Pensaba estar bien, quizás mejor que nunca. Aquellos que no lo entendían, eran los que realmente estaban locos.

GABRIELLE

La inestabilidad de ánimo de Gabrielle salió a la superficie más o menos a la edad de 12 años. Su ánimo era frecuentemente oscuro y tempestuoso, caracterizado por fuerte irritabilidad y problemas constantes. Para la escuela superior, la marihuana era parte de su vida diaria. Suavizaba el dolor de su ánimo depresivo y también le quitaba parcialmente el filo de su irritabilidad. Se desempeñó bien en sus calificaciones, pero escogió no ir a la universidad. En vez de eso, encontró que podía sustentarse con la venta de ropa. A la edad de 20 años, uno de sus colegas de trabajo le dió Oxycontin. Estaba curiosa, lo probó y le gustó mucho. El tipo que le suplió Oxycontin pronto la convirtió a la heroína. Funcionaba, al menos eso pensaba ella. Ya no se preocupaba por su rumbo en la vida. Sólo tenía que preocuparse sobre cómo conseguir dinero para más heroína. Luego de perder su trabajo y terminar en la calle, su familia intervino, y Gabrielle fue hospitalizada para detoxificación de heroína, además de tratamiento para dependencia en sustancias.

La intervención fue parcialmente efectiva, ya que finalmente paró de usar opioides, aunque continuó su uso intermitente de marihuana.

A través de los próximos cuatro años, Gabrielle continuó trabajando en ventas. Su ánimo había cambiado a un estado moderadamente deprimido con episodios intermitentes de fuerte irritabilidad. A la edad de 25 años, decidió empezar estudios en una pequeña universidad de artes liberales, cerca de su pueblo de crianza. Empezó el semestre en otoño, con gran esperanza de poner su vida en marcha de nuevo, pero rápidamente encontró que tenía poco en común con la mayoría de aquellos estudiantes de 18 ó 19 años de edad en sus clases generales. Ella también se volvió extremadamente ansiosa por su desempeño académico, ya que a pesar de todo, estaba fuera de práctica.

Para aliviar su angustia, empezó a fumar marihuana todas las noches. Encontró cada vez más, que al estar drogada, sus preocupaciones eran reemplazadas por un sentido de euforia y energía. Dormir se convirtió en menos importante, y regularmente estaba despierta hasta las 4 ó 5 de la mañana navegando la red cibernética, conversando en línea, y envuelta en aquello que llamara su atención y le gustara. Encontró que ya no le importaban sus calificaciones, ni siquiera asistir a clases. Esta trayectoria la llevó a un fin de semestre con promedio de 1.3 puntos y probatoria académica.

Cuando se dió cuenta de la realidad, Gabrielle se desplomaba fuertemente. Su energía eufórica fue reemplazada por desolación y vacío. Pasó la mayor parte de su tiempo en cama, y le faltaba la motivación para lidiar con los detalles más pequeños en su vida. Eventualmente, fue hospitalizada debido al deterioro de su condición, sólo que esta vez su diagnóstico fue de trastorno bipolar.

Analisis de Costo-Beneficio

Como podría ser que Frank y Gabrielle tuvieran desenlaces menos dolorosos? Miremos al rol que el uso de sustancias jugó para cada uno, realizando un análisis de costo-beneficio, comenzando con los beneficios. Para Frank, el beneficio de consumir alcohol y marihuana era simple. Él deseaba tener una vida social. El alcohol y la marihuana le permitían socializar con el grupo de personas pares más disponible para él. Para Gabrielle, el beneficio de de la marihuana era que reducía sus ansiedades sobre sus calificaciones y aceptación social.

Aunque no podamos decir con certeza, el costo de uso de sustancias de cada caso parece instigar un episodio maníaco. El análisis de costo nos lleva específicamente a la pregunta: Valió la pena el uso de sustancias? Asumimos que usted está de acuerdo de que en ambos casos, los beneficios no valían la pena de los costos.

Necesitamos reconocer que las metas que cada uno tenía (de encajar, relajarse) son metas razonables, y que también vale la pena realizar. Nuestro trabajo con individuos bipolares sugiere que el uso de sustancias es frecuentemente relacionado a uno, o más de los siguientes factores: Deseos de 1- calmar energía elevada y agitación, 2-Minimizar depresión, 3-Manejar el aburrimiento del ánimo en rango moderado, y 4-Instigar, aumentar, ó prolongar la duración del alza al sentirse hipománico. No hay nada sorprendente, ó anormal sobre querer sentirse calmado, bien (o más que bien), no desanimado, ni tampoco aburrido.

El problema de usar sustancias para lograr estos goles es que si las sustancias son efectivas (como lo son para la mayoría), resulta difícil moderar su uso, particularmente cuando el usuario tiene trastorno bipolar. Inclusive, cuando son usadas en exceso, las sustancias típicamente: 1-Pueden trabajar tan bien que algunas de nuestras demás capacidades (socializar, relajarse) se vuelven atrofiadas, 2-No funcionan tan bien a través del tiempo y pueden hasta disminuir, o llevarse lo que en un inicio proveían (usar cocaína para energía, finalmente resulta en sentirse exhausto), 3-Aumentar el riesgo de varios problemas (accidentes, infecciones, arrestos, etc.), y 4-Pueden precipitar desorden bipolar (un episodio maníaco, ó hipománico inicial, o recaídas subsiguientes).

Quizás esté pensando “Yo veo los riesgos. No dejaré que eso me ocurra a mí. Seré cuidadoso.” Para reiterar, la manera más simple de “ser cuidadoso” es abstenerse del uso de sustancias. Sin embargo, queda de usted decidir cuánto “margen de error” desea tener. Aunque hay algunos aspectos de trastorno bipolar que pueden estar fuera de su control, la abstinencia está en su completo control. Considere cómo se sentiría si su uso de sustancias fuese a resultar en un fuerte episodio maníaco, requiriendo hospitalización psiquiátrica, mientras retrospectivamente sabe que la abstinencia pudo haber prevenido todo el asunto.

Lo restante de este capítulo va a proveer información que puede ayudarle a considerar la moderación vs. la abstinencia en más detalle. También revisaremos las estadísticas sobre uso de sustancias y desorden bipolar, lo que sabemos (e hipotesizamos) sobre cómo el uso de sustancias interactúa con desorden bipolar, además de cómo lograr la moderación.

Relación entre el Abuso de Sustancias y Trastorno Bipolar

Muchos individuos hacen mal uso de varias sustancias. Si el mal uso es suficientemente frecuente, significativo, y problemático, se considera que el individuo tiene un desorden de uso de sustancias, según los profesionales en salud mental. La versión menos severa es llamada abuso de sustancias. La versión más severa es llamada dependencia a sustancias. En este capítulo, cuando usemos el término mal uso de sustancias, incluirá los desórdenes de uso de sustancias en conjunto (abuso y dependencia). Por mal uso de sustancias, nos referimos a cualquier nivel de uso de sustancias que cause problemas en su vida, aunque su nivel de uso no sea lo suficientemente alto como para ameritar diagnóstico.

A través del curso de la vida, un individuo con trastorno bipolar tiene 60% de probabilidad de tener algún desorden de uso de sustancias (abuso, ó dependencia), y un 50% de tener un problema de uso de alcohol (Tolivar, BK., 2010). Dicho de otra manera, 6 de cada 10 individuos con trastorno bipolar experimentan mal uso de sustancias, siendo lo suficientemente severo como para ameritar diagnóstico. La mayor parte de este grupo tiene un desorden de uso de alcohol, con los demás teniendo otros desórdenes de abuso de sustancias envolviéndolo marihuana, opioides, estimulantes, etc.

- *Aunque un desorden de uso de sustancias es asociado con problemas substanciales para cualquiera, los problemas son aún peores si usted tiene*

trastorno bipolar. Si usted tiene desorden de uso de sustancias, en conjunto a trastorno bipolar, es más probable a tener:

- *Pobre adherencia, ó poco cumplimiento del tratamiento*
- *Episodios más frecuentes y severos de depresión, manía, y/ó hipomanía*
- *Episodios más duraderos*
- *Más episodios de estado mixto y ciclaje rápido (más difícil de tratarse)*
- *Más problemas para dormir*
- *Mayor agresión e impulsividad*
- *Intentos de suicidio más frecuentes*
- *Más sentimientos y pensamientos suicidas*
- *Mayor ansiedad, tal como GAD (Desorden de Ansiedad Generalizada), Desorden de Pánico, ó PTSD (Desorden de Estrés Post-Traumático).*
- *Mayor probabilidad de infección (tal como Hepatitis C)*
- *Mayores complicaciones a condiciones médicas (especialmente Hepatitis C)*
- *Más hospitalizaciones*

Aunque separar causa y efecto en trastorno bipolar puede ser difícil, desde una perspectiva clínica parece estar claro que si el mal uso de sustancias disminuye, ó se detiene, los riesgos de estos problemas bajan también. Para ilustrar algunos de los problemas en la vida asociados con mal uso de sustancias y el desorden bipolar en más detalle, consideremos problemas vinculados a la Hepatitis C, y tiempo encarcelado. Antes de que se preocupe mucho, no queremos que asuma que Hepatitis y cárcel son destino para la mayoría con trastorno bipolar. Nosotros verdaderamente vemos este tipo de consecuencias en las combinaciones más severas de enfermedad bipolar y abuso de sustancias. Sin embargo, mientras sigamos con el modelo de costo/beneficio, estos los problemas siguen siendo ilustrativos.

Hepatitis C

Aunque muchas de las complicaciones de tener un desorden de uso de sustancias en conjunto a trastorno bipolar son poco sorprendentes, algunos hallazgos recientes sobre la relación entre trastorno bipolar, uso de sustancias, y Hepatitis C quizás sean poco reconocidos. Individuos bipolares con desórdenes de abuso de sustancias pueden ser 7 veces más probables a tener Hepatitis C que pacientes sin enfermedad mental. (Himmelhoch, S. McCarthy, JF., Ganoczy, D., Kilbourne, A., Goldberg, R., Dixon, L., Blow, FC., 2009). En un estudio, cerca de un tercio de los individuos diagnosticados con trastorno bipolar, junto con desorden de uso de sustancias dieron resultado positivo a Hepatitis C. Esta cifra de infección fue 5 veces más alta que con cada diagnóstico por sí solo. (Matthew, AM., Huckans, MS., Blackwell, AD., Hauser, P., 2008) Estas altas cifras de infección pueden ser resultado del uso de drogas inyectables, y comportamientos sexuales de alto riesgo mientras intoxicados, y/ó maníacos.

Tener Hepatitis C puede dificultar el tratamiento de trastorno bipolar. El problema más común del mal uso de sustancias es con el alcohol; y los pacientes de Hepatitis C que son fuertes usuarios de alcohol son más propensos a sufrir enfermedades del hígado. Pueden llegar a tener fibrosis hepática, progresión acelerada de enfermedades del hígado, e incidencia más alta de esclerosis, y carcinomas hepato-celulares, comparado con

pacientes de Hepatitis C que evitan el alcohol. En otras palabras, su hígado se encuentra más débil.(Bhattacharya, R., Shuhart, M., 2003) Sin embargo, los medicamentos usados para tratar trastorno bipolar, así como la dependencia al alcohol, pueden tener efectos adversos al hígado. Por ejemplo, el ácido valproico (Depakote) puede mejorar los desenlaces en pacientes bipolares con dependencia al alcohol, pero está vinculado con niveles más altos (por lo tanto, no saludables) de enzimas del hígado en pacientes con Hepatitis C, en comparación con aquellos que no la tienen. Por lo tanto, la salud del hígado necesita ser constantemente monitoreada, y los problemas del hígado pueden requerir ajustar dosis de medicamentos para desorden bipolar a niveles sub-óptimos.

El uso de sustancias y trastorno bipolar también complican el tratamiento para Hepatitis C. Interferon Alpha, tratamiento más efectivo para Hepatitis C, está asociado con síntomas psiquiátricos observables en pacientes bipolares, incluyendo depresión, manía, psicosis, y pensamientos suicidas.(Onyike, CU., Bonner, JO., Lyketsos, CG., Treisman, GJ., 2004) Frecuentemente, el surgimiento de enfermedades psiquiátricas requiere la discontinuación del tratamiento con Interferon. La presencia de abuso al alcohol y otros abusos de sustancias es predictor altamente negativo de la probabilidad de éxito del tratamiento con Interferon para Hepatitis C.

Tiempo en la Cárcel

Usted seguramente puede adivinar que los individuos con trastorno bipolar que hacen mal uso de sustancias terminan en la cárcel más frecuentemente. El tiempo encarcelado es más común cuando el mal uso de sustancias es combinado con trastorno bipolar. En una muestra de internos con trastorno bipolar, 3 de cada 4 estaban diagnosticados con un desorden de abuso de sustancias, comparado con sólo 1 de cada 5 en un grupo de pacientes bipolares hospitalizados.(Quanbeck, CD., Stone, DC., Scott, CL., McDermott, LL., Frye, MA., 2007)

En general, las mujeres tienen menor incidencia de desórdenes de abuso de sustancias que los hombres, con cifras más bajas de encarcelamiento. Sin embargo, la asociación de desórdenes de uso de sustancias con el arresto es particularmente alta en mujeres con trastorno bipolar. En la muestra ya citada, las mujeres con trastorno bipolar encarceladas eran 38 veces más probables a tener un desorden de abuso de sustancias que un grupo de mujeres bipolares no encarceladas recibiendo tratamiento en la comunidad. (McDermott, LL., Frye, MA., Quanbeck, C., 2007)

El trastorno bipolar es sobre-representado entre individuos frecuentemente arrestados y encarcelados. Durante el 2006-2007, en un estudio de sobre 79,000 convictos en Texas, los individuos bipolares eran 3.3 veces más probables a tener mas de 4 encarcelamientos previos. (Baillargeon, J., Binswanger, IA., Penn, JV., Williams, BA., Murray, OJ., 2009)

Así que, si el uso de sustancias causa tantos problemas para aquellos con trastorno bipolar, por qué lo hacen? La explicación es auto-medicarse; ya que la regulación del ánimo a veces resulta tan difícil, se utilizan sustancias para poder lograrla. Hay evidencia que sugiere que el uso de sustancias ocurre como esfuerzo para manejar algunos síntomas bipolares, y que inicialmente, algún alivio puede ser resultado de dicha medida.

Claro, si el “medicamento” parece estar trabajando, es fácil asumir que seguirá trabajando bajo su uso continuo. Es aquí donde hay más riesgo para problemas significativos.

Un hallazgo consistente con esta hipótesis es que los individuos con estados mixtos, y/o ciclaje rápido, son dos veces más probables a hacer mal uso de drogas y alcohol que aquellos con estados no mixtos y sin ciclaje rápido. (Sublette, EM., Carballo, J., Moreno, C., Galfalvy, HC., Brent, DA., Birmaher, B., John Mann, J., Oquendo, MA., 2009 y Tolivar, BK., 2010) La agitación y confusión interna de los estados mixtos y cambios rápidos pueden ser difíciles, por lo cual las sustancias pueden ser utilizadas para aliviar la intensidad tipo montaña rusa en tales estados de ánimo.

Contrario a la hipótesis de auto-medicación, mucho del uso de sustancias en trastorno bipolar se dirige en dirección contraria. Cuando se sienten en ánimo bajo (con necesidad de un impulso), los individuos con desorden bipolar frecuentemente acuden al alcohol, u otras drogas depresivas. Desafortunadamente, la decisión de usar alcohol por su inmediato efecto antidepresivo no toma en consideración los efectos depresivos subsiguientes. Similarmente, cuando los individuos bipolares experimentan un estado de ánimo elevado (necesitando calmarse y bajar velocidad), muchas veces acuden a estimulantes (cocaína, metanfetamina, cafeína, etc.) En vez de auto-medicarse en el alza, parecen tratar de aumentarlo, ó hacerla más duradera.

Quizás ambos el uso de sustancias y trastorno bipolar salen a relucir por algún factor, o combinación de factores en común. Ya conocemos que en ocasiones, el desorden de uso de sustancias viene primero, como promoviendo la llegada de trastorno bipolar. Es tal como si las consecuencias del uso de sustancias causaran estrés al sistema neuroquímico, y culminaran con el surgimiento de trastorno bipolar, el cual quizás podría haber no ocurrido en ausencia del uso de sustancias. Un ejemplo prominente de esta posibilidad es la aparición de una psicosis maníaca luego de usar sustancias alucinógenas. Sin embargo, en otros casos, los desórdenes de uso de sustancias parecen desarrollarse secundarios a trastorno bipolar, pareciendo resultado del mismo. Durante la fase maníaca, el uso de sustancias puede fácilmente convertirse en abuso de sustancias, ó dependencia, ya que el individuo actúa impulsivamente, falta de juicio razonable, ó previsión. El uso de sustancias muy literalmente dificulta dichas capacidades.

Probablemente, el uso de sustancias en cualquier persona requiera poca explicación: usamos sustancias porque así lo queremos! Muchos individuos describen vivamente sus experiencias de uso de sustancias como divertidas, placenteras, calmantes, excitantes, estimulantes, como un “vistazo químico del paraíso” y así por el estilo. Contra dichos placeres están pesados los costos potenciales. Desafortunadamente, para individuos con trastorno bipolar, estos últimos son más altos de lo que serían para alguien sin dicho trastorno.

Si Usted Padece De Trastorno Bipolar... Qué Debe Hacer?

Su relación con las sustancias debe encajar en algún lugar dentro del continuo:

ABSTINENCIA - USO MODERADO - ABUSO - DEPENDENCIA

Por razones que explicaremos, recomendamos fuertemente la abstinencia como curso de acción más simple y seguro para la mayoría de las personas con trastorno bipolar.

Sin embargo, el uso de sustancias es muy atractivo, así que muchos no quieren dejar los placeres asociados al mismo. Por lo tanto, muchos individuos van a querer intentar balancear los riesgos del mal uso con sus placeres. Desafortunadamente, esto es problemático para la mayoría cuando pasan de la adolescencia a la adultez. Además de eso, esta transición resulta ser la ventana de tiempo en la que más frecuentemente observamos el comienzo de trastorno bipolar.

Aquí Está el Porqué:

Primero, considere todos los factores que están dando forma al desarrollo desde la mitad de adolescencia y la mitad de los 20's: progreso hacia opciones educativas luego de la escuela superior (para muchos, es ir a la universidad), exploración de la independencia aparte de la unidad familiar, decisiones iniciales de vida, ó dirección de la misma (como escoger concentración de estudio), aclaración de los valores de uno aparte de los familiares, lidiar con la competencia en renglón académico, y en el contexto del comienzo de su carrera, exploración de relaciones sexuales y amorosas, desarrollo de las primeras etapas de la auto-suficiencia económica, etc. Obviamente, esta lista sólo ofrece un pedazo, y no lo incluye todo.

Una de las influencias más fuertes durante esta etapa de desarrollo envuelve la necesidad de encajar, y establecer fuertes conexiones interpersonales. Esto es central porque para ser exitoso en disminuir gradualmente los lazos con la unidad familiar, se necesitan nuevas conexiones a las cuales dirigirnos. La necesidad de pertenecer y ser aceptados por sus pares es particularmente importante, considerando la prevalencia del uso de alcohol dentro de la población universitaria, según el American College Health Assessment del 2010 (Evaluación de la Salud dentro de las Universidades Americanas), realizado por a American College Health Association. Este asesoramiento encontró que en la muestra aleatoria nacional de poco más de 30,000 estudiantes, un 60% reportó uso de alcohol al menos una vez en el mes anterior. Algo más relevante, es que los estudiantes percibieron que un 94% usó alcohol durante el último mes. En otras palabras, sobre-estiman el nivel de uso de alcohol de sus pares. De este grupo de bebedores, cerca de un 30%, ó casi uno de cada tres, dijo que cuando socializaba, consumía 5 ó más bebidas alcohólicas. Hemos visto que los estudiantes universitarios perciben que la mayor parte de sus pares beben alcohol, y que entre los que sí beben, casi una tercera parte se intoxican al hacerlo. Así es la vida al final de adolescencia y comenzando la adultez.

Usted puede percibir estos datos de manera distinta y decir: "Y qué sobre el 40% que reportan no usar alcohol?" Estamos de acuerdo en que sí es un número substancial. Sin embargo, resulta más poderoso el hecho de que los estudiantes "perciben" que 9 de cada 10 estudiantes bebe. En otras palabras, la abstinencia no es la norma percibida dentro de la población universitaria. Cuando reflexionamos sobre la importancia de encajar, hace sentido que muchos estudiantes se comportarán consistentemente a lo que perciben de sus pares.

Tomar decisiones alternas es mucho más difícil. Como instancia, ir a una fiesta de fraternidad y adherirse a 1 ó 2 bebidas como límite es una decisión difícil, cuando la mayoría está bebiendo mucho más. Además, cuando los pares de un estudiante están entre aquellos que no les va bien con la moderación, la afiliación al grupo puede

convertirse en un cuesta resbalosa hacia beber excesivamente. Al escoger formar conexiones cercanas con un grupo de pares que bebe, el estudiante incrementa grandemente sus propios riesgos de uso de sustancias. Si combina eso con una predisposición genética hacia desorden bipolar, tendrá una receta para los diagnósticos duales que listamos anteriormente en el capítulo.

Generalmente, encontramos en nuestra labor con adolescentes bipolares y de veintitantos años que usualmente la moderación no es estrategia exitosa para el alcohol. Más acertadamente, tiene cifras muy bajas de éxito. Si fallar en la moderación significara que uno simplemente necesita parar de beber y restringir su uso de alcohol en el futuro, entonces el desenlace de uso de sustancias sería desafortunado pero aún posible de corregirse. Pero dado que estamos mirando la precipitación del comienzo de trastorno bipolar, o la potencial exacerbación de síntomas ya existentes, entonces nos referimos a desenlaces no reversibles. Esto en sí mismo debe dar la lección!

Cambiamos un poco al considerar las realidades de un hombre de 42 años llamado Keith, quien ha vivido con trastorno bipolar por los pasados 20 años. Keith está casado, y con dos hijos desde su adolescencia. Está empleado como administrador a nivel intermedio en la industria de seguros de salud. Entre las edades de 20 a 24 años, experimentó bastante inestabilidad de ánimo, grandemente alimentada por su uso excesivo y frecuente de alcohol, así como uso intermitente de marihuana. Luego de una hospitalización y dos bajas médicas en la universidad, Keith se dió cuenta de que el uso de sustancias era su némesis. De hecho, encontró que una vez fue capaz de mantenerse alejado del alcohol y la marihuana, su inestabilidad se volvió menos severa y poco frecuente. Mientras fue progresando con su sobriedad, ocasionalmente recaía en una fase de depresión moderada que le causaba algún tipo de daño. Además, pasaba por períodos de ánimo elevado donde todo se movía muy rápido como para lograr sentirse cómodo. La diferencia a esta etapa de su vida es que Keith estaba conectado a un sistema de apoyo fuerte, saludable y duradero. Su esposa entendió las realidades de su desorden, así como lo hizo su empleador. Keith también había visto al mismo psiquiatra por 10 años, y todos ellos, envueltos en sus roles claves, fueron capaces de hacer ajustes según fuera necesario. El impacto del desorden bipolar de Keith no fue inconsecuente, pero a la misma vez, tampoco se convirtió en mayor impedimento. Era un factor presente que había aprendido a manejar.

Keith generalmente se abstenía de beber pero a veces, él y su esposa tomaban una copa de vino al cenar. A él le gustaba el vino no solo por su sabor, sino por la manera que realizaba la comida. Raramente sentía deseo por más de una ó dos copas. En las ocasiones aisladas que excedía ese límite, usualmente pagaba por ello al tener mayor dificultad para despertarse a tiempo para llegar a la oficina al comienzo de su día de trabajo. Siendo honesto, Keith reconocería que estos resbalones ocasionales de consumir demasiado alcohol nunca valían la pena. El próximo día se sentía fatigado, de mal humor gran parte del tiempo. Él lo odiaba, además de que rara vez encontró algo extraordinario sobre sus experiencias relacionadas al alcohol durante la noche anterior.

Como puede ver, Keith estaba más conectado a la satisfacción de vida que encontraba a través de la estructura, estabilidad, y la abstinencia, opuesto al entusiasmo que encontraba anteriormente a través del uso de sustancias en la universidad. Se encontraba en un punto de su vida donde la ecuación completa para su satisfacción y estabilidad era

distinta. Keith se dió cuenta que el análisis de costo/beneficio, cual finalmente entendió, señalaba hacia un mínimo uso de alcohol, ó ninguno. Simplemente, ya no valía la pena.

La historia de Keith no es poco usual, ya que trata sobre las diferencias entre los inicios de adultez y la edad media. Además, su historia recae directamente sobre nuestro consejo en cuanto al uso de alcohol. Esto es, el uso de alcohol durante la adolescencia y adultez temprana para individuos bipolares es demasiado riesgoso. La importancia de maximizar la estabilidad de ánimo durante el curso temprano del trastorno es clave.

Más tarde en la vida, el riesgo de desestabilización bipolar debido al uso moderado de alcohol es mucho menor, debido a los muchos otros factores que aumentan la estabilidad, dejándonos menos vulnerables a la seducción de la conformidad social y búsqueda de estimulación. Es importante advertir lo siguiente: hay algunos que encuentran no tener éxito con la moderación. Inclusive, parece ser que cada vez que beben, se emborrachan. Hasta consumir un poco de alcohol les estimula antojos de más. Una vez ese tren ha partido de su estación, se vuelve muy difícil poner las cosas en marcha nuevamente sin las destructivas consecuencias de una recaída al uso excesivo. Su lugar en este continuo es algo que cada uno necesita descubrir. Nuevamente, si está en un punto más temprano de su ciclo de vida, el proceso de descubrimiento en sí mismo está repleto de peligros. Contrario a esto, encontrará que la abstinencia puede ser su mejor amiga.

Hasta ahora, la mayoría de nuestra discusión se ha enfocado en el uso de alcohol. Esto es con un propósito. Cuando nosotros ampliamos el enfoque para incluir el rango más amplio de drogas populares (estimulantes, opioides, alucinógenos); regresamos de nuevo a la cuesta resbalosa, y nuestro consejo de tener de gran precaución, Sin embargo, nosotros tampoco queremos generalizar excesivamente con tanta rigidez. Vamos a ver los problemas más específicamente.

Estimulantes

Los estimulantes representan una categoría amplia de drogas que ocupa un rango desde una taza inocua de café, hasta fumar crack, o inyectarse metanfetamina intravenosamente. Los efectos no son distintos al continuo de los síntomas, desde leve hipomanía hasta una psicosis maníaca completa. Sin embargo, independiente al nivel final del continuo, la precaución es la regla a seguir. Hay personas con trastorno bipolar que no les va bien, hasta con estimulación química sumamente leve. Tienen un umbral muy bajo para la activación hipománica. La cafeína, y hasta cantidades bajas de bebidas energizantes pueden ser un poderoso agente catalizador para estos individuos. Para otros, una ó dos tazas de café, ó una bebida energizante a mitad del día no es gran problema. Aparte del leve sentimiento de activación, un nivel level de estimulación química es exactamente eso. La tarea del individuo bipolar es encontrar dónde se encuentra en el continuo. Pregúntese si una ó dos tazas de café representan una subida leve... o se sienten más como prender un fusible? Si la conclusión es que el uso muy moderado de estimulantes leves es benigno, es importante permanecer alerta sobre su peligro; especialmente en la cultura joven de hoy día, donde la cafeína y bebidas energizantes son el apoyo químico para las “amanecidas” académicas, o hasta para fiestar hasta tempranas horas de la mañana. Tomar de ocho a diez tazas de café en un día, ó 5 bebidas Red Bull en la noche no es inocuo y el desenlace puede ser mucho más fuerte de lo que usted espera.

Precisamente porque la cafeína, ó estimulantes herbales se perciben como cosas benignas, su riesgo de sobreusarse es fuerte. Cualquier cosa con cualidades de alterar estado de ánimo, energía y mente es potencialmente peligrosa. Si le aplica esto a sustancias más fuertes; tales como cocaína, crack, ó metanfetamina, la conclusión será clara: son sustancias adictivas, poderosas, y peligrosas. El uso seguro y moderado con estas potentes drogas es muy poco probable para la mayoría, y mucho menos para una persona con trastorno bipolar.

Y qué sobre el uso de psicoestimulantes usados para el tratamiento de ADHD (Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad)? Su uso es complicado para el individuo bipolar y debe ser monitoreado muy de cerca por el psiquiatra que los recete. Los psicoestimulantes, al igual que otras sustancias estimulantes, pueden tener el mismo potencial, o evocar los síntomas del estado de ánimo elevado. De poder ser evitados, generalmente hay mejor probabilidad de obtener estabilización de ánimo bipolar. Por otro lado, los síntomas no tratados de ADHD pueden hacer un caos en la tarea de tratar trastorno bipolar, por lo que a veces es necesario tomar un psicoestimulante recetado (tal como Adderall, Ritalin, etc.) Es suficiente decir que las opciones sobre cuándo usar psicoestimulantes para poder manejar síntomas de ADHD co-ocurriendo con desorden bipolar, es juicio del psiquiatra, ya que es conocedor de la interfase de estas dos condiciones. El individuo bipolar que usa estas drogas para estudiar mejor, ó sostener energía sin las drogas haberle sido recetadas, se está envolviendo en un comportamiento muy riesgoso.

Opioides

Un razonamiento similar con relación al riesgo le aplica a los medicamentos usados para el dolor. Actúan en el sistema nervioso para adormecerlo, incluyendo el dolor psíquico. Son adictivos, ambos fisiológica y psicológicamente, además de tener un efecto depresivo sobre el ánimo. Varios días de uso de opioides (tales como Percocet, Vicodin, etc.) luego de un procedimiento quirúrgico, es totalmente apropiado. Sin embargo, para el individuo bipolar, usar opioides para aliviar el dolor de la depresión, reemplazándolo por una breve euforia, o calmando un estado agitado, sólo le abre la puerta a una depresión más profunda, y al aumento de la dependencia al medicamento. Dado que es crucial aprender a desarrollar tolerancia hacia la depresión recurrente, hace sentido pensar que el uso frecuente de opioides resulta contraproducente para ese propósito.

Alucinógenos

Los alucinógenos son una clase amplia de drogas tales como LSD, éxtasis, mescalina, psilocibina, etc. Casi todas son producidas y vendidas en el mercado negro (ilegalmente), exceptuando sustancias que son usadas estrictamente bajo condiciones de investigación. Ya que estas drogas no son de calidad farmacéutica, usted verdaderamente nunca puede saber que exactamente está recibiendo. Aunque hubiese información confiable sobre la composición química de las drogas, la reacción de cada persona hacia un alucinógeno es única. Cinco personas pueden usar la misma sustancia y tener 5 experiencias sumamente distintas. Cuando uno tiene una mala experiencia con un alucinógeno, lo malo puede ser lo suficientemente agudo como para causar psicosis. Como ha aprendido a través de otros capítulos, existe un riesgo para episodios psicóticos en trastorno bipolar. Sabemos que a más severa la intensidad de la enfermedad bipolar, especialmente de los episodios maníacos, más probable es que tenga episodios de psicosis con alucinaciones, ó

ideas engañosas. Resulta obvio que el individuo bipolar debe alejarse de drogas conocidas por causar alucinaciones y psicosis. Esencialmente, la poca descripción de reacciones alucinógenas, y su correlación positiva con la psicosis maníaca es lo suficientemente fuerte como para excluir estas drogas del uso moderado. Los riesgos para el individuo bipolar son muchos más que las probables recompensas.

Cannabis (Marihuana)

Hay aquellos que pueden argumentar que cannabis no pertenece al grupo de alucinógenos, ya que no es una sustancia suficientemente poderosa. Pero “no suficientemente poderosa” verdaderamente se refleja en cuánto se fume. Además, con la alta tecnología de cultivación, se procesa una concentración de THC (tetrahydrocannabinol), la sustancia psicoactiva primaria del cannabis, muchas veces más fuerte que cuando la droga experimentó por primera vez el uso en amplia escala a nivel social en los últimos años de los 1960's .

El problema con cannabis es similar a lo que vemos con el alcohol, ó los estimulantes sutiles. Al igual que ellos, se percibe como bastante benigno. Es más, hay algunos estados en los que su uso es legal cuando es médicamente recetado, y otros estados donde la posesión en cantidades pequeñas representan un nivel de fechoría de nivel no muy distinto a una multa de tráfico. Esta misma percepción de sus características benignas conduce al mayor riesgo.

Vamos a imaginarnos que alguien con trastorno bipolar “se arrebata” con cannabis unas pocas veces al mes, y esencialmente no experimenta consecuencias negativas (algo así piensa.) Precisamente, porque parece estar bien con uso poco frecuente, se encuentra que su uso gradualmente duplica. Aún así, el pensamiento de drogarse más o menos una vez a la semana puede parecer menos riesgoso. Según lo que hemos visto en nuestra práctica clínica, al igual que en datos de investigación, es que el uso más frecuente de cannabis está positivamente correlacionado con ambos el surgimiento, y la recaída en trastorno bipolar. (Baethge, C., Hennen, J., Khalsa, HK., Salvatore, P., Mauricio, T., Baldessarini, RJ., 2006). En adición a esto, hay algunos con trastorno bipolar en los que el uso ocasional de cannabis les trae una veloz desestabilización de su estado de ánimo, particularmente dentro de las fases de ánimo elevado. Este bajo umbral para la inestabilidad también puede ser muy variable de una persona a otra, dependiendo de su estabilidad emocional y psicológica en general. De hecho, drogarse en un punto dentro de un año puede tener muy distinto impacto en la psiquis, que drogarse en otro punto del año. En otras palabras, hay múltiples variables en juego para el desenlace con el uso de cannabis, ninguno de los que componga una sustancia realmente predecible.

Generalmente, el uso ocasional de cannabis no es gran asunto para una persona mentalmente saludable y no bipolar. Sin embargo, esto es distinto para el individuo con trastorno bipolar. Hay riesgos de que el uso ocasional se tornará más frecuente, así como el riesgo de usarlo aún puede tener un impacto negativo para la estabilidad de estado de ánimo. Nosotros simplemente hemos visto este desenlace ocurrir una y otra vez dentro de la población deprimida. Cuando la gente con trastorno bipolar se drogan con cannabis, experimentan mayor variabilidad de ánimo, comparado con abstenerse. Una vez tengan control de la abstinencia, tienden a experimentar bienestar psicológico más estable y duradero.

Puede parecer que la información que está recibiendo en este capítulo empiece a sonar como disco rayado. Todo uso de sustancias conlleva riesgos. Con algunas drogas, los riesgos resultan más obvios, y para los que viven con trastorno bipolar, el riesgo con casi todos los medicamentos es amplificado. Quizás nuestra experiencia es similar a la de los médicos de sala de emergencia que hablan en contra de usar motoras. Lo que ven es muertes, lesiones, o desmembramientos causados por los accidentes que ocurren en ellas. Muchos de esos motociclistas pensaron: “eso nunca me va a pasar.” Sólo podemos tener esperanza de que los individuos con desorden bipolar entenderán los riesgos que señalamos, para poder reducir sus propios riesgos de desenlaces negativos.

Concluiremos con una historia real que muestra bastantes situaciones de riesgos y recompensas discutidas a través de este capítulo.

BETH, SU TRASTORNO BIPOLAR, Y CAMPAMENTO DE VERANO: UNA COMBINACIÓN CORRECTIVA

A Beth, estudiante de 22 años en tercer año de universidad, le encantaba fiestar. En un punto durante su tratamiento, estaba constantemente reportando que el fin de semana previo había incluido mucho alcohol, y poco dormir. Su adherencia al medicamento se había vuelto laxa, y continuaba teniendo frecuentes episodios de hipomanía y depresión. Verdaderamente se preguntaba si alguna vez sentiría estabilidad de nuevo. Además, estaba aumentando su preocupación sobre su capacidad de efectivamente crear un futuro productivo y satisfactorio para ella misma.

Un verano, Beth fue contratada como consejera para un campamento residencial de verano en una remota área montañosa. Inicialmente, estaba preocupada por el cambio radical en su estilo de vida; mas para su sorpresa, vió el período de estabilidad más duradero desde el comienzo de su trastorno bipolar desde hace 5 años atrás. La receta de Beth para estabilidad fue inicialmente impuesta por los requerimientos de su trabajo. Las luces se apagaban a las 10pm, y el día comenzaba a las 6:30am. También había pocas opciones para fiestar luego de horas de trabajo con sus compañeros, ya que la mayoría estaba en sus cabañas con los que acampaban. Sin mucho esfuerzo, había desarrollado un ciclo de sueño/dormir estable, con adherencia consistente al medicamento. A su vez, estaba absteniéndose de cualquier uso de drogas ó alcohol. Encontró que al final del verano, se sentía mejor de lo que se había sentido en largo tiempo. Esencialmente, llegó a la misma conclusión de Keith, pero ahorrándose bastantes años de batalla.

Ahora Beth dice: “el mejor tratamiento para trastorno bipolar es la vida de campamento”. Se ha emprendido en mantener la misma estructura de campamento desde su verano en las montañas, sosteniéndolo como ideal interno, en vez de una limitación externamente impuesta. Aunque su riesgo de recaída nunca esté en cero, le encanta y disfruta de su vida estable. Beth descubrió que la abstinencia, y estilo de vida del campamento eran sinónimos de continua salud y estabilidad para ella.

F: Embarazo y Trastorno Bipolar-

Cuidando de Ambos

**Por: Alianza de Apoyo para Depresión y Trastorno Bipolar
(DBSA- Depression and Bipolar Support Alliance)**

Janine comenzó a sentirse mal y desanimada poco después del nacimiento de su primer bebé varón, un niño saludable. A pesar de querer gatear lejos para esconderse, sentía su cuerpo muy pesado, mas cuando tenía oportunidad de acostarse, no podía dormir. Se le hacía casi imposible, aún cuando su bebé estaba durmiendo, incluso hasta cuando su esposo o madre jugaban con el bebé en otro lugar de la casa. Se preocupaba constantemente de que algo le fuera a pasar a su bebé - podría parar de respirar, ó caerse de la cuna. Lloraba sin razón aparente varias veces al día, hasta que eventualmente se preguntaba si su bebé y familia estarían mejor sin ella.

Aunque intentó esconder sus sentimientos, ambos su esposo y madre detectaron que algo andaba mal. Ella les decía que estaba bien, pero insistieron en que le dijera a su doctor que estaba llorando, preocupándose constantemente, incapaz de dormir, además de ser infeliz la mayor parte de tiempo. Ella estaba preocupada de que el doctor le dijera que era mala madre. Sin embargo, no lo hizo- la felicitó por buscar ayuda, y la diagnosticó con depresión posparto. A pesar de todo, Janine y su doctor trabajaron en conjunto para desarrollar el mejor plan de tratamiento para ella. Eventualmente, comenzó sentirse como sí misma de nuevo, y se dió cuenta de lo importante que era estar presente y saludable para su hijo. Janine no está sola, ya que una de cada diez madres nuevas experimenta síntomas de depresión posparto.

Qué es la depresión posparto?

La depresión posparto es una enfermedad médica tratable, caracterizada por sentimientos de tristeza, indiferencia, cansancio, agotamiento excesivo, y ansiedad luego del nacimiento del bebé. Los síntomas pueden aparecer tanto inmediatamente, como cuando su bebe ya tenga varios meses de edad. La depresión posparto puede afectar a cualquier mujer, independientemente de su raza o trasfondo económico. No es un defecto de carácter, ni señal de debilidad personal. Tampoco significa que haya algo mal con su capacidad de ser madre. La causa exacta de la depresión posparto es desconocida, pero ciertos cambios químicos que ocurren en el cuerpo durante y después del embarazo pueden contribuir al desarrollo de la misma.

Resulta de gran importancia recordar que la depresión posparto no es culpa suya, ni significa que usted sea una persona débil o inadecuada, y que no se podría haber evitado la misma “saliendo de eso”, ni “poniéndose los pantalones en su sitio”.

Debido a la creencia social de que el nacimiento de un bebé es el “momento más feliz en la vida”, puede ser muy difícil hablar sobre sentirse deprimida. Si está sufriendo de depresión posparto, el período de tiempo luego del parto se siente como cualquier otra cosa, menos alegre. Puede llegar a sentirse asustada, o avergonzada, por los sentimientos de que no es una buena madre, ó que el bebé estaría mejor sin usted. Inclusive, puede sentir que debe esconder esto de su familia o amigos. Sin embargo, es importante decirle a alguien, ya sea su proveedor de cuidado médico, familiar, amigo, ó miembro de la

iglesia, y buscar ayuda. Buscar tratamiento a tiempo es lo mejor que puede hacer por usted, su hijo, y su familia. Recuerde que mejorar es completamente posible.

La depresión posparto no equivale a los tiempos tristes luego de parir que algunas experimentan, lo cual es un leve sentimiento de tristeza luego de que nace un bebé, que se va por sí solo. Si estas emociones persisten luego de 2 semanas, usted podría estar sufriendo de depresión posparto, y debería buscar ayuda. No necesita sentirse avergonzada de tener una enfermedad, ni de cualquier tratamiento que necesite para mejorar- nada más de lo que sentiría si tuviese asma o diabetes, y tomara medicamentos para mantenerse saludable.

Cuáles son los síntomas de depresión posparto?

- Sentimiento de tristeza, o bajo ánimo persistente
- Incapacidad para dormir, aunque el bebé sí duerma
- Cambios de apetito, comer mucho más, ó mucho menos
- Fluctuaciones significativas de peso, no relacionadas al embarazo o parto
- Irritabilidad, coraje, preocupación, ansiedad
- Incapacidad para concentrarse y tomar decisiones
- Incapacidad para disfrutar cosas que solía disfrutar en el pasado, pérdida de interés en el bebé, pérdida de interés en su familia
- Cansancio, sentirse exhausta y pesada
- Llanto fuera de control
- Sentimiento de culpabilidad, o de ser insignificante
- Sentimiento de desesperanza y desolación
- Miedo de ser mala madre, o de que otros piensen que lo sea
- Miedo de que su bebé pase algún daño
- Pensamientos de hacer daño al bebé, o a usted misma
- Pensamientos de muerte o suicidio

Busque ayuda inmediatamente si tiene pensamientos de hacerse daño usted misma, o su bebé. Dígale a un médico, miembro de la iglesia, familiar o amigo.

Que puede aumentar mi riesgo de depresión posparto?

Aunque la depresión posparto puede afectar a cualquier mujer que recientemente haya dado a luz, hay varios factores que pueden aumentar su probabilidad de padecer la misma, tales como:

- Historial de depresión, durante, o después de embarazos previos
- Historial de depresión, o trastorno bipolar en cualquier momento
- Historial de depresión, trastorno bipolar, o depresión posparto en familiares
- Falta de apoyo de familia y amigos
- Situaciones difíciles ocurriendo al mismo tiempo de su embarazo, o parto
- Falta de estabilidad en su matrimonio o relación
- Sentirse insegura sobre su embarazo

Si está leyendo esto antes del nacimiento de su bebé, y está preocupada sobre la posibilidad de desarrollar depresión posparto, debe hablar con su proveedor de cuidado médico.

Como le hablo a mi proveedor de cuidado médico sobre la depresión posparto?

Es importante tener una relación de confianza con su proveedor de cuidado médico, y sentirse segura de su capacidad, conocimiento, e interés en ayudarla. Nunca debe sentirse intimidada por su doctor, o sentir que le está haciendo desperdiciar su tiempo. También es importante compartir toda la información que sea necesaria para ayudarla. Dígale sobre su historial médico, todos sus síntomas, y cualquier medicamento, ó “remedio natural” que esté usando.

Un doctor bien capacitado, y comprometido a ayudarla debe abordar todas sus preocupaciones, pero puede ser que usted tenga preguntas adicionales. No deje la oficina de su doctor hasta que le contesten sus preguntas. Si las cosas se vuelven muy complicadas, tome nota. Si tiene muchas preguntas, escribálas antes de su cita, para traerlas. Discuta los problemas más complicados primero, ya que puede ser que necesite tiempo adicional con su doctor.

Si usted está teniendo problemas de comunicación con su proveedor de cuidado médico, o siente que sus necesidades no están siendo satisfechas, está bien buscar otro doctor que le pueda ayudar de manera mejor.

Cuáles son mis opciones de tratamiento?

MEDICAMENTOS

Algunas madres deciden con su doctor que los medicamentos son la mejor opción. Algunos medicamentos pueden excretarse en la leche materna, pero otros son menos probables de hacerlo. Su doctor debe tener la información que necesite para ayudarla a decidir cuál es el mejor medicamento para usted y su bebé. Si tiene que dejar de lactar a su bebé, no significa que sea mala madre, sino que usted está cuidando de sí misma para poder ser la mejor madre posible.

Algunos medicamentos pueden tener efectos secundarios, tales como boca reseca, mareo, disfunción sexual, ó aumento de peso. A veces los efectos se van por sí solos, otras veces es mejor cambiar de medicamento. No se desanime si experimenta efectos secundarios- discútalos con su doctor, y verifique las opciones que tiene. Hay muchos medicamentos disponibles para tratar la depresión. Todos trabajan, pero no de la misma manera para toda la gente. Si un medicamento causa efectos secundarios, o no alivia su depresión, otro puede funcionar bien, y/o tener menos efectos secundarios, No se rinda, nunca deje de tomar sus medicamentos, o cambie la dosis, sin primero discutirlo con su doctor. Además, verifique con su doctor antes de usar remedios naturales, o sin receta médica, ya que a veces interfieren con medicamentos recetados.

PSICOTERAPIA

La psicoterapia también puede ser parte importante del tratamiento. A veces funciona por sí sola, otras veces los síntomas de depresión deben ser reducidos con otro método de tratamiento, tal como medicamentos, antes de que la psicoterapia pueda ser efectiva.

Un buen terapeuta la puede ayudar a manejar los sentimientos que está teniendo, y modificar patrones en su vida que puedan contribuir a su depresión. Escoja un terapeuta con el cual se sienta segura, y cuyo juicio usted confíe. Puede visitar un psicólogo, trabajador social, o consejero.

Cómo puede esta enfermedad afectar mi familia?

Los esposos, o familiares, también pueden ser afectados por la depresión posparto. Es igual de importante que los hombres busquen tratamiento si tienen síntomas que interfieran con su vida cotidiana. A veces, puede ser de ayuda la terapia envolviendo ambos en la pareja, o toda la familia.

Otros niños también pueden ser afectados. Puede ser buena idea que uno de los padres pase más tiempo con los otros niños, y les hable de lo que está ocurriendo de manera que puedan entender. Usted puede explicar que la depresión es “no sentirse bien”, ó “sentirse triste por cambios químicos del cerebro.” Además, explicar que está en tratamiento puede ayudarla a sentirse mejor. Quizás sea necesario que le asegure a los niños que su enfermedad no es culpa de ellos. Tal vez usted quiera preguntar a su doctor o terapeuta sobre reunirse con toda su familia, para hablar de su depresión, tratamiento, maneras en que le afecta, y qué pueden hacer. Si alguno de los niños muestra señales de depresión que interfieran con sus actividades diarias, escuela, o amistades, hable con el pediatra sobre ello.

Que puede hacer la familia para ayudar?

No tenga temor de pedir lo que necesite. Si su familia, o amigos preguntan cómo pueden ayudar, considere designar tareas cotidianas tales como:

- Quehaceres del hogar
- Cuido del bebe, u otros niños
- Pasar tiempo a solas con usted
- Educarse a sí mismo sobre su enfermedad
- Hablar con sus niños sobre su enfermedad
- Monitorear sus síntomas de depresión

Qué es la psicosis posparto?

La psicosis posparto es mucho menos común que la depresión posparto. Está caracterizada por ilusiones (pensamientos que no son lógicos ni verdaderos, tal como creer que está recibiendo mensajes por la televisión), o alucinaciones (viendo o escuchando cosas que no están ahí.) Es extremadamente importante buscar ayuda de inmediato en caso de psicosis posparto. Recuerde que es una enfermedad física, la psicosis posparto no es algo que usted pueda controlar por sí sola, pero sí algo que se puede tratar con la ayuda médica adecuada. Evitar tratamiento por vergüenza, o temor, podría conllevar consecuencias trágicas.

Qué tal si fui diagnosticada y tratada para depresión, o trastorno bipolar desde antes de quedar embarazada?

Una mujer con depresión o trastorno bipolar puede ser excelente madre- tan buena como una mujer sin dichas enfermedades. Sin embargo, una mujer con historia previa de depresión o trastorno bipolar tiene un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto, (1 en 4 la desarrolla); al compararse con una mujer sin historial previo (1 en 10 la desarrolla). Será la mejor madre que pueda ser al estar consciente de sus propios estados de ánimo, trabajar con su doctor para monitorear su enfermedad, planificar tratamiento propio durante su embarazo, cumplir con su tratamiento, y asegurarse de tener un grupo de apoyo antes de que el bebé nazca. Su red de apoyo puede incluir un grupo al que usted asista, su familia, amigos, médicos, u otras madres.

Cómo ayuda un grupo de apoyo?

Los grupos de apoyo pueden ayudarle a seguir su plan de tratamiento, proveer un foro para su aceptación y autodescubrimiento, redescubrir sus fortalezas, su humor y sentido de comunidad; además de darle oportunidad de beneficiarse de la experiencia de otros que han estado así como usted.

Cuáles son algunas cosas que puedo hacer para estar saludable?

- Mantenga citas con todos sus médicos, y siga el tratamiento recetado.
- Aprenda todo lo que pueda sobre depresión posparto y su tratamiento.
- Mantenga récord de su ánimo, cosas que le causen estrés, y su respuesta al tratamiento en una libreta o diario. Esto la puede ayudar a detectar futuros episodios con más anterioridad.
- Comparta sus pensamientos y sentimientos con otras personas.
- Tenga expectativas realistas. Trabaje en aceptarse a sí misma, tal cual es.
- No salte comidas, aunque su apetito y energía estén bajos. Coma una variedad de comidas para tener los nutrientes necesarios.
- Busque oportunidades de estar físicamente activa. Hasta caminar o subir escaleras puede ayudar a mejorar su estado de ánimo y salud.
- Desarrolle técnicas de reducir estrés, pida recomendaciones a su doctor.
- Con el tratamiento correcto, y mucho apoyo, usted podrá sentirse como sí misma nuevamente, y estar libre para disfrutar su vida con su nuevo bebé.

G: Estigma y Enfermedad Mental

Por: Muffy Walker, MSN, MBA

El diccionario Webster define estigma como “cualquier marca infame o de desgracia; signo de una falta en moral; mancha causada por una conducta no honorable, y caracterización llena de reproche.”

El primer uso reconocido de la palabra estigma ocurrió en el 1593, con su origen en la palabra del latín, stigmat- marca de estigma, sello, ó del griego stizein a tatuaje.

“Yo sé que mi hermana me ama. Sé que mis amigos me quieren. Comoquiera, aún me juzgan y el estigma de estar mentalmente enfermo todavía afecta la manera que ellos me perciben, por lo tanto... la manera en que me tratan. Como hombre soltero de 36 ños de edad, me doy cuenta que muchas personas conocen mujeres a través de su familia y amistades. Mi hermana y cuñado conocen bastantes mujeres con las cuales me llevaría maravillosamente. Sé que me aman, pero nunca hay introducciones por el estigma que perdura, hasta en aquellos más cercanos a mí. Esto me pone triste.” Bret W.

El estigmatizar a los demás ha estado vigente por siglos. Los criminales, esclavos, y traidores; tenían una marca tatuada, cortada, o quemada en la piel para poder identificarlos visiblemente como personas defectuosas, o moralmente contaminadas. Dichos individuos serían evitados, o rechazados particularmente en lugares públicos.(1) Separando y juzgando grupos por color, religión, orientación sexual, o condiciones médicas (lepra), y funciones de habilidad mental para establecer un “nosotros contra ellos”. Discrimen, rechazo, intolerancia, inequidad y exclusión; todos resultan de ser estigmatizado.

Ervin Goffman definió estigma como un atributo, comportamiento, o reputación que es socialmente desacreditante en alguna manera particular: causa que un individuo sea mentalmente clasificado por otros como indeseable, un estereotipo rechazado, en vez de uno normal y aceptado.

Desafortunadamente, aquellos con enfermedad mental son blanco para el estigma apuntar. La incidencia de enfermedad mental varía de un 26.4% (Estados Unidos) a 8.2% (Italia). Si combina otros grupos estigmatizados, prácticamente tenemos un mundo de gente odiándose de un grupo a otro.

Este capítulo se enfoca en el estigma puesto en aquellos con enfermedades mentales, los mitos envueltos, cómo combatir este fenómeno, y dónde conseguir ayuda en caso de usted encontrárselo.

Cuatro de las diez causas de incapacidad a nivel mundial son desórdenes mentales. Según la Encuesta de Replicación del Estudio de Comorbidad Nacional, (National Comorbidity Survey Replication Study), aproximadamente 1 en 3 estadounidenses experimenta un desorden de salud mental en cualquier año. Esto equivale a 75 millones de individuos. Cerca de la mitad de todos los estadounidenses experimentará algún tipo de desorden de salud mental en algún momento de su vida. Es probable que usted, o alguien que conozca, tenga o experimente un problema psicológico.

El costo directo de servicios de salud mental, el cual incluye presupuesto para tratamiento y rehabilitación, es aproximadamente de \$69 billones en Estados Unidos. Costos indirectos, que se refieren a productividad perdida en el trabajo, escuela, y casa, se estiman en \$78.6 billones. (2)

El estigma asociado a enfermedad mental añade a la carga sobre salud pública, y de la enfermedad mental en sí. En términos generales, estigma es la pérdida de estatus, y el discrimen estimulado por estereotipos negativos sobre personas marcadas como que tienen enfermedad mental. (3)

La enfermedad mental puede atacar a cualquiera! No conoce límite de edad, estatus económico, raza, color, o credo.

La rama de la medicina ha logrado un progreso increíble durante este siglo en ayudarnos a entender, curar, y eliminar las causas de muchas enfermedades, incluyendo desórdenes mentales. No obstante, mientras los doctores continúan resolviendo algunos de los misterios del cerebro, muchas de sus funciones siguen siendo un rompecabezas. Hasta en los centros de investigación más vanguardistas, nadie entiende por completo cómo funciona el cerebro, o por qué falla. Sin embargo, investigadores han determinado que muchos desórdenes mentales son probablemente el resultado de algún desbalance químico del cerebro. Estos desbalances pueden ser heredados, o pueden desarrollarse a causa de estrés excesivo, o del abuso de sustancias.

A veces, es fácil olvidar que nuestro cerebro, como todos nuestros otros órganos, es vulnerable a enfermedades. Personas con desórdenes mentales frecuentemente exhiben muchos tipos de comportamiento, tales como tristeza e irritabilidad a los extremos; y en casos más severos, alucinaciones y total aislamiento. En vez de recibir compasión y aceptación, las personas con desórdenes mentales pueden experimentar hostilidad, discrimen, y estigma. (4)

“A los 12 años, invité a mi amigo a que visitara para jugar a una cita. Su papá dijo que no, que ellos iban a visitar a la abuela. Unos minutos después, otro niño lo invitó a jugar. El padre dijo que sí, y se fueron juntos.” Court R.

Los efectos del estigma son especialmente dolorosos y dañinos a la autoestima de uno. Deja a las personas con enfermedades mentales sintiéndose “marginadas” por la sociedad. De hecho, es la interpretación subjetiva la que afecta los sentimientos de pertenecer de la persona; aunque el estigma percibido sea real, ó no.

“Soy una joven niña en Tehran. Como estoy enferma, mi familia piensa que tendré suerte si un hombre mayor estará de acuerdo en casarse conmigo.” (15)

Por qué será que nosotros, como sociedad, estigmatizamos nuestros amigos, familia, y otros miembros de la comunidad? Podría ser por falta de, y/o mala educación, información falsa, ignorancia, necesidad de sentirse superior. Los medios también deben tomar responsabilidad por perpetuar las ideas erróneas sobre enfermedad mental. La televisión, y periódicos impresos tienden a enfocarse en aquellos que cometen crímenes de violencia; en vez de aquellos que sí contribuyen a la sociedad. Estos crímenes no son

frecuentes, pero son sensacionalizados en programas de variedades, portadas de revista, y los titulares en dichos medios.

“La enfermedad mental no juega rol en la mayor parte de los crímenes violentos cometidos en nuestra sociedad. El asumir que cualquier, y toda enfermedad mental conlleva en sí el potencial casi certero para violencia se ha invalidado en muchos estudios.

Investigación actual demuestra que personas con enfermedad mental severa tienen 2.5 veces más probabilidad de ser víctimas de violencia que otros miembros de la sociedad. Esto ocurre más frecuentemente cuando factores como pobreza, estilos de vida transitorios, y abuso de sustancias están presentes. Cualquiera de estos factores hacen de una persona con enfermedad mental, una más vulnerable ante ataques, y aumenta la posibilidad de asalto, ó respuesta violenta en defensa propia. “(5)

Como la mayoría de los grupos contra los cuales se estigmatiza, hay muchos mitos alrededor de la enfermedad mental. Según la Alianza Nacional para la Investigación de Esquizofrenia y Depresión (National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression, NARSAD), éstos son los diez al tope de la lista.

Mito #1: Los trastornos psiquiátricos no son verdaderas enfermedades médicas como problemas del corazón, o la diabetes. La gente con enfermedad mental sólo es “loca”.

Hecho: Trastornos cerebrales, así como los problemas del corazón y diabetes, son enfermedades médicas legítimas. La investigación muestra que hay causas genéticas y biológicas para desórdenes psiquiátricos, y que pueden ser tratados efectivamente.

“Sí, discriminan contra nosotros; no cuentan con nosotros. Nuestra sociedad en Irán no tiene capacidad para nosotros; me refiero a que no existe entendimiento cultural hacia nosotros en nuestra propia sociedad. Nos ridiculizan, insultan, y nos hacen daño. Yo desearía que pudieran entender que los pacientes psiquiátricos son como otros pacientes, como pacientes de cáncer o problemas cardíacos, y que pueden vivir sus vidas.” (15)

Mito #2: Las personas con enfermedad mental severa, como esquizofrenia, usualmente son peligrosas y violentas.

Hecho: Estadísticas demuestran que la incidencia de violencia en personas con un desorden cerebral no es mucho más alta que en la población general. Aquellos sufriendo una psicosis, así como en la esquizofrenia, frecuentemente son más temerosos, confundidos y desdichados, que violentos.

Mito #3: La enfermedad mental es resultado de una pobre, o mala crianza.

Hecho: La mayoría de los expertos concuerda que una susceptibilidad genética, combinada con otros factores de riesgo, culminan en trastorno bipolar. En otras palabras, las enfermedades mentales tienen causa fisiológica.

Mito #4: La depresión resulta de una personalidad débil, un defecto en el carácter, y las personas deprimidas podrían salirse de eso si intentaran lo suficiente.

Hecho: La depresión no tiene nada que ver con ser vago, ni débil. Es resultado de cambios en la estructura química del cerebro, ó funcionamiento del mismo, y los medicamentos y/o psicoterapia frecuentemente ayudan a la gente en recuperarse.

Mito #5: La esquizofrenia significa múltiple personalidad, y no hay manera de controlarlo.

Hecho: La esquizofrenia se confunde mucho con desorden de personalidad múltiple. Sin embargo, es un desorden cerebral que le roba a la gente su habilidad para pensar clara y coherentemente. Los estimados 2.5 billones de estadounidenses con esquizofrenia padecen síntomas desde aislamiento social, hasta alucinaciones y delirios. Los medicamentos han ayudado a muchos de éstos individuos a tener vidas satisfactorias y productivas.

Mito #6: La depresión es parte normal del proceso de envejecimiento.

Hecho: No es normal que adultos envejecientes estén deprimidos. Algunas señales de depresión incluyen: una pérdida de interés en actividades, problemas al dormir y letargo. La depresión en envejecientes frecuentemente pasa desapercibida, y es importante para estos adultos mayores y sus familiares, el reconocer el problema y buscar ayuda profesional.

Mito #7: La depresión, y otras enfermedades, tales como desórdenes de ansiedad, no afectan a niños o adolescentes. Cualquier problema que ellos tengan es parte de su crecimiento.

Hecho: Los niños y adolescentes pueden desarrollar enfermedades mentales severas. En los Estados Unidos, uno en cada diez niños y/o adolescentes tiene un desorden mental suficientemente severo como para causar disminución en habilidad o funcionamiento. Sin embargo, sólo aproximadamente 20% de estos niños recibe el tratamiento necesario. Sin tratamiento, estos problemas pueden empeorar. Cualquiera de ellos que hable sobre suicidio debe tomarse muy en serio.

Mito #8: Si usted tiene una enfermedad mental, puede eliminarla a fuerza de voluntad propia. Ser tratado para desorden psiquiátrico significa que el individuo de alguna manera ha “fallado” ó es débil.

Hecho: Una enfermedad mental seria no se puede quitar a fuerza de voluntad propia. Ignorar el problema, tampoco hace que se vaya. Toma valentía el buscar ayuda profesional.

Mito #9: La adicción es un estilo de vida y demuestra falta de voluntad propia. Las personas con problemas de abuso de sustancias son moralmente débiles, o “malos.”

Hecho: La adicción es una enfermedad que generalmente resulta de cambios en la química del cerebro. No tiene nada que ver con ser una “mala” persona.

Mito #10: La terapia electroconvulsiva (Electro Convulsive Therapy –ECT), anteriormente conocida como “tratamiento de shock”, es dolorosa y barbárica.

Hecho: ECT ha dado una nueva oportunidad de vida a muchas personas que sufren de debilitante y severa depresión. Es utilizada cuando otros tratamientos, tales como psicoterapia o medicamentos, fallan o no es posible utilizarlos. Los pacientes que reciben ECT están dormidos bajo anestesia, de tal manera que no sientan nada.

“Estas percepciones erróneas, pueden hacer daño irreparable a gente con enfermedades legítimas que deberían, y pueden ser tratadas.” dijo Herbert Pades, M.D. Presidente del Consejo Científico de NARSAD.

A pesar del número alarmante de gente afectada con enfermedad mental, las estadísticas muestran que solo un tercio de estos individuos busca tratamiento.

Según el Dr. Thomas Insel, del Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH), la psiquiatría es la única rama de la medicina donde hay más estigma por recibir tratamiento para sus enfermedades, que por tenerlas.

Existen muchas razones para las discrepancias de comportamiento en la búsqueda de ayuda, más el estigma que puede prevenir a las personas de recibir la ayuda que necesitan. Individuos con algún desorden de salud mental pueden sentirse similarmente condenados y avergonzados por tener un problema psicológico o emocional. (6)

Esta barrera para conseguir ayuda puede tener un efecto en ola. Tal vez, algunos individuos intenten manejar su “problema” a través de drogas o alcohol, los cuales sólo exacerbarán la enfermedad al aumentar los sentimientos de tristeza y desánimo. Sin tratamiento, la enfermedad sólo empeora, causando más aislamiento, dolor emocional, y angustia. En algunos casos, el suicidio podrá parecer como la única opción.

El estigma impide la recuperación al erosionar el estatus social del individuo, su red social, y autoestima, los cuales contribuyen a desenlaces pobres, incluyendo desempleo, aislamiento, búsqueda de tratamiento tardía, síntomas refractorios a tratamiento, curso prolongado, y hasta hospitalizaciones que podrían ser prevenidas. (7)

El espiral en descenso y sus comportamientos impacta a todos. El familiar, amigo, o jefe que está privado de saber sobre la enfermedad de la persona, puede malinterpretar sus comportamientos, juzgándolo erróneamente una vez más.

“En 1994, estaba estudiando neurofarmacología en el Wake Forest University School of Medicine en Winston-Salem, NC. Un día, un técnico de laboratorio me sacó a un lado para quejarse de su mamá, quién era “mánico-depresiva.” Yo le dije; “Bueno, también soy “mánico-depresiva”, quizás pueda ayudar.” Por lo tanto, hablamos. Unos días después, mi consejero, el “Dr. C”, me llamó a su oficina. Me dijo que no me permitiría terminar mi PhD en su laboratorio, y que me daría un grado de maestría terminal porque “la gente con trastorno bipolar no tienen éxito en las ciencias”. No sólo era esto el principio del final de mi carrera científica, sino que precipitó una cascada de eventos míseros.”

Sheryl S.

Retando el Estigma

El estigma no tiene que ser inevitable, aunque sea poderoso. Países alrededor del mundo están uniendo fuerzas para combatir el estigma y sus efectos dañinos. Se están llevando a cabo campañas, legislación, educación pública, y movilización de comunidades en esfuerzos anti-estigma. El cambiar los sistemas de creencias de aquellos que infligen estigma es sólo un aspecto para producir cambio. El segundo, sería cambiar las creencias negativas internalizadas sobre los estigmatizados.

La mayoría de las campañas anti-estigma se enfocan en educar al público, aumentar el nivel de reconocimiento sobre los mitos de enfermedades mentales, y promover tratamiento y servicios. Obviamente, las campañas varían de acuerdo a los fondos disponibles, acceso a tecnología, y necesidades demográficas específicas. En muchos casos, se utilizan celebridades como portavoces para ayudar a transmitir el mensaje.

A continuación, varios ejemplos:

- La campaña anti-estigma “*You Know ME*”, en Alaska, utiliza un musher nativo de Alaska como portavoz para anuncios televisivos, cartas de colección, periódicos, pósters, y radio: www.mhtrust.org.
- En junio 11 de 2009, Wayne Cho completó la Carrera *8207km Cross-Canada* para aumentar reconocimiento de la ansiedad y depresión. Estas debilitantes enfermedades afectan gran número de personas, y pueden causar gran daño físico, mental, y emocional; no sólo a los individuos afectados, sino también aquellas personas más cercanas. Wayne Cho ha batallado un desorden de ansiedad por muchos años, así que conoce demasiado bien el estigma al que personas que sufren enfermedades mentales están sujetas. Su jornada para lograr sus sueños, la gente que conoció en su camino, y los millones de personas que son afectadas por enfermedad mental mundialmente, han inspirado a Wayne a retar el estigma que rodea dichos desórdenes.
- La actriz Glen Close tiene la campaña “*Bring Change 2 Mind*” con un Anuncio de Servicio Público (ASP), dirigido por Ron Howard. <http://www.bringchange2mind.org>
- “*Fidgety Fairy Tales: El Musical de Salud Mental*”, es un musical original de 40 minutos producido por el Minnesota Association for Children Mental Health (MACMH) www.macmh.org
- “*In Our Own Voice (IOOV)*”, es un programa informativo de alcance único, desarrollado por la Alianza Nacional Sobre Enfermedad Mental (National Alliance on Mental Illness, NAMI), que ofrece conocimiento más profundo sobre la recuperación que es posible para gente con enfermedad mental severa. El programa va dirigido a satisfacer la necesidad de iniciativas informativas, hechas por consumidores al poder, para forjar un estándar de calidad en la educación sobre enfermedad mental, de aquellos que ya han pasado por eso; de tal manera que pueda ofrecer oportunidades genuinas de empleo, motivar la

autoconfianza y autoestima de presentadores, y enfocarse en la recuperación y mensaje de esperanza: www.nami.org

- La serie de libros *Iris, The Dragon* fue desarrollada en el 2000 por Gayle Grass en Ontario, Canadá. Fue creada para ayuda a reducir las actitudes negativas que están asociadas a la enfermedad mental, y para generar entendimiento y consciencia de los problemas mentales en niños: www.iristhedragon.com
- “1 de cada 4”, desarrollada en Andalucía, España, es una campaña para aumentar conciencia en el público sobre las enfermedades mentales para poder reducir el estigma y discrimen experimentado por personas con enfermedad mental. www.1decada4.com
- *SANE Stigma Watch*, una iniciativa de SANE Australia, un organismo para la salud mental a nivel nacional, monitorea los medios australianos para asegurar una representación precisa y respetuosa de las enfermedades mentales. Logra esto al monitorear, corregir, y denunciar representaciones erróneas en los medios sobre enfermedades de salud mental: www.sane.org
- La Asociación Nacional Para la Salud Mental (National Association for Mental Health, MIND), provee información a nivel nacional para Inglaterra y Gales. Sus actividades promueven los valores de autonomía, igualdad, conocimiento, y participación en la comunidad para toda la gente, especialmente aquellos con enfermedades mentales. El grupo hace campañas para mejorar las políticas y actitudes de los cuerpos de gobierno de Reino Unido, logrando desarrollar iniciativas altamente exitosas para consumidores de salud mental a nivel local.

Por qué nos debemos preocupar?

Los medios de comunicación masiva son fuentes que alcanzan vastas audiencias diariamente; incluyendo television, películas, radio, periódicos, publicidad, e internet.

- El estadounidense promedio ve cuatro horas de television al día.
- En el 2008, se vendieron 1.36 billones de taquillas de cine.
- En el 2007, fueron rentados 1.71 millones de DVD's, y se vendieron sobre 1 billon de ellos.
- El usuario promedio de internet pasa 61 horas al mes usándolo. (Febrero 2009) (8)
- Los medios de comunicación masiva tienden a mostrar a las personas con enfermedad mental de manera inadecuada, tal como siendo violenta y peligrosa.
- “Peligro” es el tema de noticias de periódicos más común relacionao a gente con enfermedad mental. (9)
- Un estudio de la programación de televisión “prime time”, encontró que las personas mostradas con enfermedad mental eran 10 veces más probables a ser caracterizadas como un criminal violento, que como un personaje no violento sin desorden mental. (10)

Los medios no sólo pintan a los criminales como personas mentalmente enfermas, sino que propagan y expanden más allá el estigma al desvirtuar a la gente mentalmente enferma como poco probables de recuperarse. El uso de caricaturas, anuncios, y películas ridiculiza a los mentalmente enfermos, invalidando sus problemas.

Los periodistas de todo tipo de medio juegan un rol cada vez más importante en formar la comprensión del público y el debate sobre problemas de salud. El programa Rosalyn Carter Fellowships for Mental Health Journalism, creado en 1996, es parte de un esfuerzo nacional para reducir actitudes negativas y discrimen asociados con las enfermedades mentales. El programa de investigación está dirigido hacia aumentar el reportaje más preciso sobre problemas de salud mental; ayudar a los periodistas a producir trabajo de calidad que refleje un entendimiento sobre problemas de salud mental al estar expuestos a recursos establecidos en el campo; y desarrollar un cuadro de periodistas mejor informados en medios impresos y electrónicos. (11)

Desafortunadamente, en un estudio realizado en conjunto por la Universidad de Indiana y la Universidad Columbia, los investigadores no encontraron ningún cambio en el prejuicio y discrimen hacia las personas con enfermedad mental seria, o problemas con abusos de sustancias, a pesar de la aceptación mayor del público hacia las explicaciones neurobiológicas para estas enfermedades. (12)

Investigaciones recientes han encontrado que:

- 48.6 % del público no está dispuesto a trabajar voluntariamente junto con alguien que tenga depresión.

“Cuando un nuevo colega fue contratado en mi oficina, estaba segura de que estaba batallando con una depresión. Pasaron meses en lo que me confesó que estaba diagnosticado con trastorno bipolar. Mantuve la información estrictamente confidencial. Luego, debido a complicaciones con su salud y medicamentos, mi colega exhibió comportamientos en el trabajo que hicieron sentir incómodas a otras personas. El buscó apoyo médico, y me dió permiso para compartir su diagnóstico con nuestros colegas, esperando que fueran comprensivos. Sus respuestas me horrorizaron: “Él sólo está usando ese diagnóstico como manera de mantener su trabajo!” “Yo no creo que debería trabajar aquí, para eso están los cheques de incapacidad...”

Aunque no batallo con trastorno bipolar a nivel propio, sí tengo historial de depresión y ansiedad. Le dije a nuestro Consejo de Directores que estaba profundamente ofendida por estos comentarios, y que el personal necesitaba entrenamiento de sensibilidad ante problemas de salud mental. No recibí respuesta.

A pesar de que esta experiencia dañó nuestro sentir hacia la compañía y sus empleados, la luz al final del túnel es que estamos contentos planificando pasar juntos el resto de nuestras vidas. Así que, había una razón para que él llegara a mi vida, y de terminar pasando un tiempo tan oscuro en nuestro lugar de empleotenia que conocerme. Afortunadamente, su salud está mucho mejor actualmente.

- El porcentaje de personas que asocian enfermedad mental con violencia se ha doblado desde 1956. (13)
- “El prejuicio y discriminación en los Estados Unidos no se está mudando.”, dijo Bernice Pescosolido, sociólogo de IU, investigador líder en esta área. “Es más, en algunos casos, puede estar aumentando. Es tiempo de dar marcha atrás para detenernos y re-pensar nuestro acercamiento al asunto.”
- “Frecuentemente, los defensores de salud mental terminan “cantando al coro”, dijo Pescosolido. “Necesitamos involucrar a grupos en cada comunidad que hablen de estos problemas, que de una manera u otra, afectan casi a toda familia en Estados Unidos. Esto es en el mejor interés de todos.”

Este artículo de investigación sugiere que los esfuerzos de reducción de estigma se enfocan en la persona, en vez de en la enfermedad; y enfatiza las habilidades y competencia de personas con problemas de salud mental. Pescosolido dice que grupos cívicos bien establecidos- grupos normalmente no envueltos con problemas de salud mental- podrían ser muy efectivos en crear conciencia en la gente sobre la necesidad de inclusión, así como la importancia de aumentar la dignidad y derechos de ciudadano en personas con enfermedades mentales. (14)

Combatiendo el Estigma

Entonces, ¿qué podemos hacer nosotros para combatir el estigma? SAHSA tiene una “Estrategia de las 4P’s”, entiéndase: Praise (Alabar), Protest (Protestar) Personal Contact (Contacto Personal), Partnership (Colaboración). He aquí cosas específicas sobre qué hacer, o no:

1. En una encuesta reciente por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA), 79% de los encuestados creían que buscar y recibir apoyo de familiares y amigos reduce los sentimientos de estigma.
2. Comparta su experiencia sobre desorden mental. Su historia puede transmitir a otros que tener un trastorno mental no es algo sobre lo cual sentirse avergonzado.
3. Ayude personas con enfermedad mental a re-ingresar a la sociedad. Apoye sus esfuerzos de obtener lugar de vivienda y empleo.
4. Esté pendiente al lenguaje que utiliza:
 - No use “etiquetas”, o términos genéricos: “retardados”, “nuestros enfermos mentales”
 - No use diagnósticos psiquiátricos como metáforas: “situación esquizofrénica”
 - No use palabras despectivas: “psico”, “loco”, “chiflado”, “lento”, “tarado”, “alocado”, “chalado”.
 - No se refiera a una persona por su diagnóstico: él es bipolar; diga él tiene trastorno bipolar.
5. Documente el estigma en la prensa siempre que le sea posible.
6. Los medios también ofrecen nuestra mejor esperanza de erradicar el estigma debido a su poder para educar e influenciar opinión pública; así que recuerde agradecer a los periodistas cuando hacen su labor bien.

7. Envíe cartas, haga llamadas, haga correos electrónicos a las partes ofensivas.
8. Pídale a sus líderes locales, regionales, y nacionales que tomen postura al respecto.
9. Apoye los esfuerzos de denunciar estigma en los medios.
10. Edúquese a sí mismo- la eliminación del estigma comienza con usted.
11. Hágase voluntario, únase a una campaña.