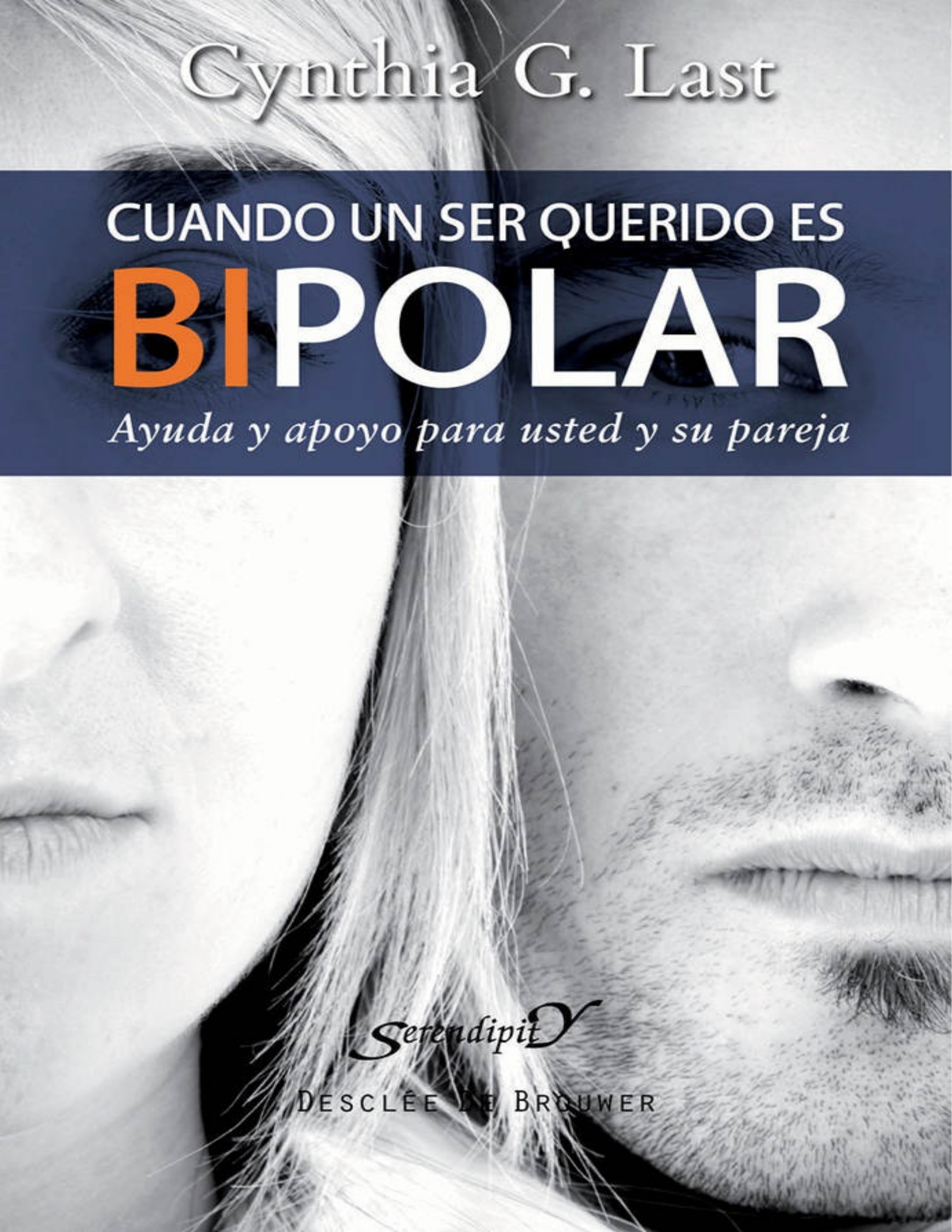




Cynthia G. Last

CUANDO UN SER QUERIDO ES
BIPOLAR

Ayuda y apoyo para usted y su pareja

Serendipit

DESCLÉE DE BROUWER

Cynthia G. Last
Doctora en Psicología

162

CUANDO UN SER QUERIDO ES BIPOLAR

Ayuda y apoyo para usted y su pareja

Crecimiento personal
COLECCIÓN
Serendipit 

Desclée De Brouwer 

Título de la edición original:
When Someone You Love Is Bipolar.
Help and Support for You and Your Partner
© 2009 Cynthia Last, The Guilford Press, New York, USA

Traducción: *Marta Pino Moreno*

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2010

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclee.com

info@edesclee.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-330-3586-8

Realización ePub: produccioneditorial.com

PRÓLOGO

Era un viernes del comienzo de la primavera, y yo acababa de regresar de un largo viaje de trabajo. Salí a cenar tranquilamente con unos amigos y allí la vi por casualidad, en el restaurante. Un amigo común nos presentó y, como se suele decir, ahí empezó todo.

Esperé un par de días para llamar a Cynthia. La primera cita fue casi mágica y, cuando tocaba a su fin, hicimos planes para la noche siguiente. A partir de ese momento pasamos casi todas las noches juntos. Intimamos mucho en poco tiempo. Enseguida me enamoré y supe que quería pasar el resto de mi vida con esta increíble mujer, que encarnaba cuanto yo deseaba en una pareja: era guapa, inteligente, afectuosa, espontánea, exuberante, apasionada y entusiasta. Me sentía muy afortunado.

Sin embargo, durante los primeros años de matrimonio, a veces Cynthia cambiaba bruscamente de estado de ánimo, sin motivo aparente. Era difícil de entender. En cuestión de minutos pasaba de un estado de simpatía y vitalidad a una actitud polemista, y al cabo de unas horas recuperaba su personalidad normal. De vez en cuando tenía también períodos depresivos que aparecían de forma más gradual y duraban varios días seguidos. A veces pensaba que Cynthia tenía un carácter difícil, que era una persona malcriada o egocéntrica. Otras veces temía que hubiesen cambiado sus sentimientos por mí.

Pero a medida que se intensificaban los cambios de estado de ánimo y aumentaba su frecuencia, comprendimos que se trataba de un trastorno grave. Recuerdo uno de aquellos días terribles, cuando mi esposa me suplicó entre lágrimas con rotundidad: “¡Por favor, líbrame de esto! ¡No quiero estar así!”. Todavía se me rompe el corazón cuando recuerdo su mirada de desesperación. Fue entonces cuando me percaté de lo mucho que sufría Cynthia, y de que necesitábamos ayuda.

Aunque solicitamos ayuda profesional, y los médicos se esforzaron todo lo posible, los primeros frutos de las consultas tardaron en llegar. En parte se debía a la renuencia de mi mujer a aceptar que padecía un trastorno bipolar. A decir verdad, a mí también me costó aceptarlo, quizá porque el tipo de trastorno bipolar que sufre Cynthia –una variedad relativamente benigna, conocida como tipo II– no se asemeja a la enfermedad que se

describe en las películas de televisión, donde aparece como una conducta verdaderamente descontrolada, sino que presenta una forma menos severa, denominada hipomanía, que a veces es sutil y resulta difícil de diagnosticar, incluso para los profesionales de la salud mental más avezados.

No obstante, a medida que las pruebas conformaron el diagnóstico bipolar tipo II, Cynthia acabó aceptándolo, al igual que yo. En cierto modo me sentí aliviado. Significaba que los sentimientos de mi mujer por mí no habían cambiado, que el problema no estaba en nuestra relación. Era una enfermedad lo que la inducía a comportarse así.

Lamentablemente, después de aceptar el diagnóstico, todavía tuvimos que afrontar nuevos obstáculos. Cynthia no respondía positivamente a la mayor parte de los fármacos con que se suele tratar el trastorno bipolar, de modo que se requirieron numerosas medicaciones y muchos años para dar con el tratamiento adecuado. Si al fin conseguimos dar con un régimen que ha estabilizado a Cynthia durante años, fue en parte gracias a los esfuerzos de los dos. Como Cynthia concede una enorme relevancia a los problemas cuantitativos, le sugerí que llevase un estricto control de las dosis diarias de medicamentos y los estados de ánimo, con el fin de dilucidar qué fármacos surtían mayor efecto. Y aunque no resultó fácil conservar el optimismo ante las numerosas decepciones que sufrimos, nunca perdí la esperanza de encontrar un tratamiento eficaz y seguí alentando a mi mujer. Al final nos gratificó saber que juntos habíamos contribuido a encontrar el tratamiento que ha hecho tanto bien a Cynthia.

Pero no fue sólo la medicación lo que ayudó a regular el estado de ánimo de Cynthia. Mi mujer y yo hemos dado otros pasos juntos como pareja. Un descubrimiento que nos resultó de gran utilidad fue el comprobar lo relevante que es evitar o minimizar, en la medida de lo posible, aquellos acontecimientos, situaciones o circunstancias que son susceptibles de provocar cambios de humor. Como conozco muy bien a mi mujer, gracias a la comunicación abierta y sincera que mantenemos, soy consciente de lo que provoca reacciones en ella, de modo que puedo ayudarle a eludir esos riesgos, a semejanza de quien guía a una persona con muletas para que evite las grietas de la acera. Es algo que ahora hago de forma rutinaria porque se ha convertido en un hábito.

No pretendo decir que no haya tenido que sacrificarme para contribuir a controlar la enfermedad de mi mujer. No obstante, fueron sacrificios menores que, en la mayor parte de los casos, han supuesto cambios en el estilo de vida. Por ejemplo, como descubrirá en este libro, regirse por una determinada rutina es muy importante para propiciar la estabilidad anímica, lo que significa que los viajes suelen ser un problema para las personas con trastorno bipolar. Por ello Cynthia y yo no viajamos tanto como

quisiéramos. En cambio, solemos hacer excursiones breves, de ida y vuelta en el mismo día, a sitios que no conocemos; de este modo no se frustra por completo nuestro afán aventurero.

Tampoco nos quedamos en las fiestas hasta tan tarde como a mí me gustaría. No declinamos las invitaciones; sólo nos marchamos una o dos horas antes de lo que habría sido normal en el pasado, porque Cynthia y yo sabemos que una pauta de sueño coherente es esencial para la estabilidad anímica. Pequeñas modificaciones como ésta resultan tan beneficiosas que cuesta creer que hayan supuesto sacrificio alguno.

Durante los años en que Cynthia sufría frecuentes episodios anímicos bruscos, llevábamos una vida social irregular. Por lo tanto, yo tenía poca gente a la que recurrir cuando me sentía solo. A decir verdad, descubrí que la mejor estrategia para sobrellevar la situación no consistía en hablar con otras personas, sino en dedicar tiempo a mis aficiones e intereses, que me ayudaban a desconectar. Todo el mundo necesita una válvula de escape y un modo de reponer energías para afrontar un desafío como un trastorno bipolar. Yo lo encontré en las actividades que siempre me habían parecido rejuvenecedoras y que mantuvieron su cariz positivo, en parte, porque mi mujer nunca cesó de recordarme la importancia de preservar esa faceta de mi vida. Así fue y así es todavía hoy.

Por mi parte, también animo y apoyo a Cynthia en su dedicación al trabajo. Su vida profesional –la práctica como psicóloga clínica, la investigación y la escritura– siempre ha sido una fuente de satisfacción y alegría para ella y, por suerte, su trayectoria ha sido próspera a pesar de la enfermedad. Por ejemplo, incluso en el peor momento de una grave depresión que sufrió hace años, escribió un trabajo que resultó premiado con una beca de investigación. En cierto modo, creo que a veces el trabajo era algo que le permitía escapar de sí misma, al igual que mis aficiones me aportaban distracción. Conscientes de ello, nos apoyamos constantemente en nuestro desarrollo personal y profesional. El trastorno bipolar es un hecho de nuestra vida en común, pero nunca lo ha abarcado todo. Cada uno de nosotros lleva también su propia vida individual y cultiva sus intereses y objetivos, al tiempo que protegemos nuestra vida de pareja.

Creo firmemente que el hecho de que mi mujer padezca un trastorno bipolar nos ha unido y consolidado más que otras parejas, debido a que hemos tenido que luchar juntos contra este dragón. Valoramos mucho los buenos momentos y nos respetamos mucho; nunca nos infravaloramos. Creo también que soy mejor persona por haber tenido que ayudar a mi esposa a afrontar esta enfermedad. He aprendido a escuchar, a ser compasivo, a darme de corazón, sin esperar necesariamente nada a cambio.

Cynthia y yo llevamos 22 años juntos y celebramos nuestro vigésimo aniversario de boda el otoño pasado. Aunque recibimos muchos regalos en aquel día especial, el mejor regalo es lo que hemos creado juntos. Con mucho amor y esfuerzo, hemos logrado alcanzar una vida estable y maravillosa.

Mi esposa ha escrito este libro para usted y para su pareja con la esperanza de que se beneficien de lo que hemos aprendido sobre la convivencia con el trastorno bipolar. Si hubiéramos tenido un libro como éste que nos hubiera asesorado en el camino, estoy seguro de que habríamos sufrido mucho menos.

Como se suele decir, la vida y el amor nunca son fáciles, pero valen la pena. El esfuerzo conlleva la recompensa de una vida estable y maravillosa. Nosotros lo logramos, muchos pacientes de Cynthia lo han logrado, y confío en que usted y su ser querido lo consigan también.

Con mis mejores deseos para usted y su familia,

BARRY M. RUBIN

AGRADECIMIENTOS

Las buenas ideas llegan en los momentos más inesperados. La idea de este libro surgió durante un apagón que se produjo a causa de un fuerte huracán. Como no teníamos muchas cosas con que entretenernos –sin ordenador y sin televisión, con los restaurantes y cines cerrados–, cogí un bolígrafo y un papel y esboqué un esquema de un libro sobre el trastorno bipolar. Me planteé combinar una doble perspectiva sobre la enfermedad, la de mi experiencia tanto personal como profesional.

La decisión de “salir del armario” –revelar que padezco un trastorno bipolar (aunque una modalidad leve)– no fue fácil, como pueden imaginar. Sopesé las consecuencias potenciales de este paso, y hubo una persona que me ayudó especialmente en dicho proceso: mi colega Lori Grabois, doctora en medicina. Por su perspicacia y sinceridad, le estoy profundamente agradecida.

Hubo otras personas que me ayudaron mucho durante el tiempo en que escribí este libro. Quiero dar las gracias especialmente a la doctora Ana Kelton-Brand, amiga y colega, por servirme de caja de resonancia cuando necesitaba comentar con alguien algunos de los asuntos abordados en el libro. Agradezco también a la doctora Priti Kothari su revisión del texto del Capítulo 4 sobre tratamientos médicos. Quisiera expresar también mi amor y agradecimiento a mi marido, Barry Rubin, por las múltiples funciones que ha desempeñado para llevar a buen término este libro: comentarios sobre el material del libro, la escritura del prólogo y su apoyo durante todo el proceso. Asimismo quiero manifestar mi más sincera gratitud a las dos maravillosas editoras de The Guilford Press, Kitty Moore y Christine Benton, que me ayudaron a sacar el mejor fruto de mi trabajo, aportando cada una sus mejores cualidades.

También quiero aprovechar la oportunidad para mencionar al extraordinario grupo de profesionales que tuve la suerte de tener como mentores en otras etapas de mi trayectoria profesional. Me refiero a los doctores David H. Burlow, Michel Hersen, David J. Kupfer y el ya fallecido Joaquim Puig-Antich. Todos ellos han influido enormemente en mi desarrollo profesional, modelando, entre otros aspectos, mi enfoque de los problemas clínicos.

Gracias también a todos mis familiares, sobre todo a mi padre, Morton Last, a mi

madre, Sally Mailman, y a mi hermana, Maxine Last, por ayudarme a sobrellevar mis cambios anímicos a lo largo de los años. A pesar de las circunstancias, nunca dejaron de apoyarme.

Por último, estoy muy agradecida a los pacientes con los que he tenido el privilegio de trabajar, así como a sus parejas. Sus victorias y derrotas son una gran enseñanza que ayuda a enriquecer la vida de otras personas.

INTRODUCCIÓN

Kevin describe la vida de Ashley como una montaña rusa. A veces está animada y eufórica, pletórica de energía y entusiasmo, exultante de alegría. Otras veces sucede justo lo contrario: decae su estado de ánimo, se vuelve apática, lo ve todo negativo y cree que nunca acabará su desdicha.

Cuando Ashley se siente bien, actúa de forma impulsiva –se acelera, gasta dinero sin control, bebe en exceso– y no piensa en las potenciales consecuencias negativas de sus actos. Kevin ha intentado llamarle la atención cuando está así, pero Ashley se enfada y le acusa de ser un muermo chapado a la antigua. Así que, durante esos períodos, Kevin ha aprendido a callar sin bajar la guardia, como un bombero a la espera de la siguiente llamada de emergencia.

Cuando Ashley está deprimida, también hay muchos problemas. Tiene dificultades en el trabajo: falta algunos días, no consigue acabar las tareas y se aísla de sus compañeros al mantener cerrada la puerta de su despacho. Le preocupa la posibilidad de perder el empleo, y, aunque Kevin intenta tranquilizarla, lo cierto es que a él también le preocupa. ¿Se las arreglarían sin el salario de su mujer? ¿Se encontraría bien si estuviera todo el día en casa, en lugar de salir y estar ocupada, o se deprimiría todavía más?

Ashley sufre un trastorno bipolar, también conocido como enfermedad maníaco-depresiva. Y si bien los estados de ánimo de Kevin no divergen mucho de los altibajos de cualquier persona normal, se ve arrastrado por la montaña rusa de su mujer. A Kevin le cuesta sobrellevar los cambios anímicos impredecibles de Ashley, al igual que las secuelas de tales fluctuaciones. El trastorno bipolar les dificulta enormemente la vida cotidiana, tanto en lo que concierne al cumplimiento de las expectativas laborales como a la relación con familiares y amigos, el cultivo de las aficiones e intereses o incluso, en ocasiones, el desarrollo de funciones tan básicas como dormir, comer o arreglarse.

Si su cónyuge o su pareja sufre esta enfermedad, no es un caso excepcional. El trastorno bipolar afecta a más del 3% de nuestra población. Aunque se da en niños y adolescentes, generalmente aparece en la edad adulta. Es igual de frecuente en hombres y mujeres y afecta a todos los grupos étnicos, raciales y culturales, a todas las religiones y niveles económicos. Y se da en todo el planeta.

Algunas mentes privilegiadas de gran talento sufren este trastorno, incluidos algunos políticos, artistas, actores, músicos y escritores de renombre mundial. Winston Churchill, Ernest Hemingway, Vincent van Gogh y Robert Schumann son sólo algunos de los individuos extraordinarios que padecieron esta enfermedad. No obstante, a la mayor parte de las personas que tienen este problema no necesariamente se las considera extraordinarias. Al igual que Ashley y probablemente su pareja, son personas corrientes

que quieren llevar una vida normal.

Debido a mi experiencia profesional y personal con la enfermedad, estoy familiarizada con los objetivos y aspiraciones de los pacientes bipolares. En mi trabajo como psicóloga clínica he tratado durante más de veinticinco años a individuos con este trastorno y a sus familias. Y lo que es más importante, padezco esta enfermedad, aunque por suerte se trata de un tipo relativamente leve.

Pasé por alto la evidencia durante todo el tiempo posible. Digo que “pasé por alto la evidencia” porque, tal como he señalado, al haber diagnosticado y tratado el trastorno bipolar en mi ejercicio profesional, sabía bien cómo se manifiesta la enfermedad. Sin embargo, este conocimiento no me ayudó a aceptar que mi problema no eran “rarezas de la personalidad” ni una simple depresión. Desde una visión retrospectiva, resulta evidente que padezco un trastorno bipolar desde la adolescencia, si bien no se me diagnosticó correctamente hasta después de los treinta años, y hasta los cuarenta no llegué a asimilarlo.

Como he sufrido esta enfermedad durante gran parte de mi vida y he tratado a muchos pacientes y a sus familias, conozco los efectos que provoca esta dolencia no sólo en la persona que la padece, sino también en sus seres más cercanos, sobre todo los cónyuges y las parejas. En mi situación he visto cuánto ha afectado a mi marido esta enfermedad durante más de veinte años, pues lo he visto sufrir conmigo en mis episodios anímicos, día tras día, semana a semana, con la impotencia de no poder cambiar mi estado. Afortunadamente, en cuanto logré aceptar el diagnóstico, pude recibir el tratamiento adecuado –la medicación correcta y las estrategias más propicias de autoayuda– para evitar que el péndulo oscilase excesivamente en una u otra dirección. Ahora mi marido y yo llevamos una vida estable.

La impotencia es una de las sensaciones que tienen los cónyuges y parejas de los pacientes de trastorno bipolar. El miedo y la preocupación son también emociones comunes. Resulta terrorífico, para aquellas personas que tienen un ser querido que padece la forma más severa de esta enfermedad, presenciar la conducta descontrolada que se da durante los estados de euforia maníaca y sobrellevar las horrendas secuelas de una conducta gravemente arriesgada. También es espantoso ver a la pareja o el cónyuge en los momentos bajos, cuando llega a ser incapaz de seguir la rutina normal y se desanima tanto que la muerte parece la única respuesta.

Es descorazonador ver la brusca oscilación anímica de un ser querido. Si usted es una persona especialmente sensible o empática, sentirá el dolor emocional que aqueja a su cónyuge, y posiblemente sufra también problemas anímicos (no de la misma magnitud

que los del trastorno bipolar, pero también reales y dolorosos) a causa de su convivencia con alguien que padece esta enfermedad.

Por otro lado, puede que le irrite el efecto que causa en usted (y, si tienen hijos, en el resto de la familia) la oscilación anímica de su pareja. Kevin se siente así. Su familia debe afrontar las consecuencias económicas del trastorno bipolar de Ashley —debido a la pérdida de horas de trabajo y al gasto excesivo—, así como los efectos que causa la enfermedad en los dos hijos pequeños, cuyo cuidado suele recaer en Kevin, sobre todo cuando Ashley ha bebido o está deprimida. La relación entre Ashley y su marido es, por decirlo suavemente, tensa, al igual que la relación de la pareja con los amigos y familiares: Ashley se queda sola en casa cuando está deprimida, al igual que hace en el trabajo. Debido a esta situación, como no es para menos, Kevin está irritable e irascible.

A Kevin y Ashley les preocupa el futuro por otro motivo: el trastorno bipolar es, en gran medida, una enfermedad genética. Si usted tiene hijos, es lógico que le preocupe la posibilidad de que padezcan la enfermedad, y, si ve en ellos algún signo de esta dolencia, se sentirá terriblemente culpable. Si se encuentra en esta situación, debe saber que en el siglo xxi se han logrado importantes avances en el tratamiento del trastorno bipolar, tanto en terapias farmacológicas como psicológicas, de modo que no debe temer tanto por los hijos ni sentirse culpable, y su pareja tampoco.

Los sentimientos de vergüenza y el secretismo también suelen formar parte de la experiencia del paciente bipolar y de su pareja. La ocultación de las oscilaciones anímicas a los demás —amigos, jefes, empleados o familiares— puede ser una tarea colosal y agotadora. Si las oscilaciones anímicas no se pueden ocultar, debido a la conducta maníaca que ocurre fuera del hogar o a la conducta depresiva que impide que su pareja atienda correctamente sus responsabilidades, como acudir al trabajo, puede que usted se sienta avergonzado.

Con frecuencia irá con pies de plomo, a la espera del siguiente episodio anímico, al tiempo que se esforzará en mantener la estabilidad de su pareja. Intentará protegerla de las situaciones y los asuntos más molestos, cargando usted con todo el peso de los problemas para impedir que su pareja “estalle”. Esta enorme carga puede resultar sumamente estresante, pero se preocupa tanto por la enfermedad de su pareja que no tiene tiempo de pensar en los efectos que causa en usted. En consecuencia, su propio bienestar emocional pasa a un segundo plano.

Y precisamente eso, su bienestar, es el principal motivo por el que decidí escribir este libro: el afán de contribuir a que quienes no padecen la enfermedad afronten (y minimicen, espero) los desafíos que plantea la convivencia con un ser querido bipolar.

Aunque se han escrito muchos libros para los que sufren este trastorno, casi ninguno se dirige a usted y otras personas como usted, los cónyuges y parejas de los pacientes bipolares.

En este libro expongo todo cuanto sé sobre la convivencia con un paciente bipolar y la ayuda que se le puede ofrecer: desde las experiencias de mis pacientes y sus familias hasta los últimos avances de la investigación, pasando por la trayectoria personal de mi matrimonio. Este libro no sólo le ayudará a sobrellevar la enfermedad de su pareja, sino que le aportará estrategias útiles para contribuir a que controle mejor las oscilaciones anímicas. Al ayudar a su pareja, se ayudará también usted.

Mi marido me ha ayudado a superar numerosos períodos de depresión e hipomanía, pero nunca parece dispuesto a tirar la toalla. He visto esa misma reacción en los cónyuges de los pacientes con los que trabajo. De todas las parejas que conozco que están afrontando el trastorno bipolar, no conozco a ninguna que se haya divorciado (al menos hasta donde yo sé). Evidentemente, mi marido no es el único que lucha contra esta enfermedad con alguien como yo.

Como usted también convive con una persona que padece un trastorno bipolar, estoy segura de que hará cuanto esté en su mano para que perdure la relación. A veces sé que puede parecer imposible. Si su pareja sufre una variante grave de la enfermedad –causa problemas graves durante los episodios maníacos y queda incapacitada, o algo peor, cuando está deprimida–, habrá momentos en que usted sienta que no lo soporta más. Pero sabe tan bien como yo que esos períodos no duran eternamente. Y más allá de esas situaciones está la persona que usted quiere, la persona con la que decidió –y todavía desea– compartir la vida.

No renuncie a su sueño. Como verá en este libro, está en su mano hacer muchas cosas para llevar una vida así con su pareja. Aunque el camino sea pedregoso y esté lleno de obstáculos, encontrará algunos puntos de apoyo, lugares firmes y seguros donde podrán sostenerse, saltar y avanzar juntos.

CUANDO UN SER QUERIDO SUFRE UN TRASTORNO BIPOLAR

Shelly está muy preocupada por su novio, Peter, a quien han diagnosticado un trastorno bipolar. Durante los últimos meses ha tenido una conducta muy extraña, como si fuera una persona totalmente diferente. Cambia de estado de ánimo en un abrir y cerrar de ojos: está animado y bullanguero y de pronto se vuelve irritable, se enfada y la emprende contra ella. Tiene dificultades para dormir; pero en lugar de encontrarse agotado, dice que se siente “acelerado” y que las ideas le dan vueltas en la cabeza. Shelly cree que debe de ser cierto, porque Peter habla muy rápido y atropella las palabras, hasta el punto de que ella casi no le entiende.

Shelly sabe que Peter ha sufrido depresiones, pero lo que tiene ahora no semeja una depresión. ¿Qué significa que Peter padece un “trastorno bipolar”? Shelly estaba convencida de que iban a casarse y tener hijos algún día, pero ahora está muy preocupada por su futuro.

La palabra “bipolar” da mucho miedo, sobre todo cuando se emplea para describir a un ser querido. Lo sé porque, como psicóloga, diagnostico la enfermedad en mi ejercicio profesional y veo las reacciones de los pacientes y de sus familias. Lo sé también porque mi marido y yo hemos tenido que oír la palabra aplicada a mí.

Cuando me dijeron por primera vez que tenía un trastorno bipolar, reaccioné con asombro e incredulidad. “¿Cómo? ¿Que soy maníaco-depresiva?”, le pregunté al médico, sin dar crédito a lo que acababa de oír. “¿Cómo es posible? Tengo marido, una actividad profesional y amigos. Tiene que ser un error”. Pero no era ningún error. Aunque mi marido estaba tan asombrado como yo, puso cara de valiente, como es propio de él cuando afronta una adversidad. Con todo, no podía ocultar que, al igual que Shelly, estaba preocupado por nuestro futuro.

Puesto que llevaba años diagnosticando y tratando el trastorno bipolar, sigue extrañándome que “pasase por alto” mi propio diagnóstico. He entrecomillado “pasase por alto” porque, a decir verdad, creo que realmente sí sabía lo que me ocurría; pero no quería asumirlo. Al fin y al cabo, nadie quiere padecer un trastorno bipolar; tampoco los psicólogos. Pero después de culpar a las situaciones y a las demás personas de mis alteraciones anímicas, al fin tuve que afrontar la verdad ineludible: la culpa era mía, o mejor dicho de mi enfermedad.

Exteriorizar la culpa es un mecanismo por el cual los pacientes bipolares intentan comprender lo que les sucede. Y es también uno de los motivos por los que muchas personas que padecen esta enfermedad no se diagnostican. Se obstinan en que no les pasa nada y rehúsan consultarse con un profesional de la salud mental. Puede que su pareja llegue a decir: “No soy yo quien tiene el problema; ¡lo tienes tú!”.

Pero usted sabe que no lo tiene usted. De hecho, si usted es como muchos cónyuges y parejas de los pacientes bipolares, tendrá un temperamento o una personalidad tipo muy diferente de la experiencia bipolar. Si tuviera que aventurar alguna conjetura (basada en 25 años de experiencia con pacientes bipolares y sus parejas), diría que usted debe de ser una persona estable y predecible por naturaleza, que tiende a “minimizar” las cosas, en lugar de reaccionar de forma exagerada. En suma, usted probablemente es, por así decirlo, la proverbial calma en medio del temporal. Si se parece a muchas parejas de pacientes bipolares que he conocido, debe de ser también un buen “cuidador”, una persona a la que le satisface atender a los demás. Estas cualidades –su estabilidad y su naturaleza cuidadora– pueden ser uno de los motivos por los que su pareja lo eligió a usted. También pueden ser uno de los motivos por los que usted eligió a su pareja: su personalidad le pareció estimulante y la relación le brindaba la oportunidad de desarrollar su faceta de persona entregada a los demás.

Pero no quiero generalizar. Es cierto que los opuestos no siempre se atraen. Puede que le atrajese el temperamento animoso de su pareja porque se asemejaba, en cierto modo, al suyo. En tal caso, si su pareja entra por primera vez en una fase depresiva, es posible que usted se sienta engañado, ni capaz ni deseoso de afrontar la vertiente negativa de las oscilaciones anímicas.

Convivir con un ser querido que padece un trastorno bipolar es una tarea imponente. Tal vez usted es un tipo de persona con la solidez emocional necesaria para afrontar las dificultades que plantea el trastorno bipolar. O acaso no se sienta especialmente fuerte, estable o apto como cuidador natural; en este momento se siente abrumado y confuso. En cualquier caso, supongo que nadie le habrá aconsejado sobre cómo afrontar los desafíos que se le plantean.

Afortunadamente, debido a mi experiencia profesional y personal con esta enfermedad, estoy en condiciones de ayudarle. En este libro le ofrezco abundantes sugerencias y estrategias prácticas para las ocasiones en que quiera ayudar a su pareja y no sepa cómo, y cierto apoyo emocional para aquellos momentos en que no se sienta con fuerzas para emprender esta labor. Antes de continuar, el primer paso es cerciorarse de que su ser querido padece realmente un trastorno bipolar, así como identificar correctamente el tipo

de trastorno bipolar de que se trata.

Nadie recibe con alegría un diagnóstico de trastorno bipolar. Es una enfermedad grave que tiene el potencial de destruir a los individuos y causar estragos en las familias. Pero si su pareja padece esta enfermedad, la oportunidad de llevar con ella la vida que ambos desean pasa, necesariamente, por recibir y aceptar (véase el capítulo 3) el diagnóstico.

Aunque le parezca que es el fin, el diagnóstico del trastorno bipolar es el comienzo. Es el comienzo de la comprensión de la montaña rusa en la que vive su pareja, y es también el comienzo de la ayuda adecuada para paliar la enfermedad. Eso es lo que nos sucedió a mi marido y a mí, y espero que les suceda también a usted y su pareja.

Estados de ánimo normales y anormales

La enfermedad maníaco-depresiva –como se denominaba inicialmente el trastorno bipolar– fue descrita por primera vez a finales del siglo XIX por Emil Kraepelin, un psiquiatra alemán. Si ha visto la película *Mr. Jones*, con Richard Gere, puede formarse una idea de la concepción kraepeliniana de esta enfermedad. La película muestra a un joven que no se ha tratado un trastorno bipolar y sufre altibajos extremos: depresiones suicidas y manías psicóticas (totalmente alejadas de la realidad).

Si bien la película contiene una buena descripción de la enfermedad maníaco-depresiva psicótica severa, la concepción actual de este trastorno es mucho más amplia. Hoy se cree que existe un espectro de trastornos bipolares en el que se incluyen diversas formas de la enfermedad, algunas de las cuales son mucho más leves y menos dramáticas que el tipo que padecía Mr. Jones. Tengo la suerte (aunque a veces, en la lucha contra esta enfermedad, no siempre me siento tan afortunada) de padecer una de las formas más leves y menos perjudiciales del trastorno.

¿Qué es un estado de ánimo?

Al margen de la forma que adopte el trastorno bipolar (aspecto que abordaré más adelante), ante todo se trata de un trastorno del estado de ánimo. ¿Qué es un estado de ánimo? Si bien no existe una definición inequívoca y generalizada de este concepto, la mayor parte de los profesionales de este ámbito probablemente aceptaría la idea de que es un estado –o sentimiento– emocional persistente y dominante. Los sentimientos (felicidad, tristeza, enfado, aburrimiento, celos) pueden ser fugaces, pero cuando perduran e impregnan casi todo lo que percibimos y hacemos, entonces son estados de ánimo.

Todos tenemos la experiencia de los estados de ánimo buenos y malos. Hemos tenido

etapas en que sentimos que las cosas van bien y otras en las que nos sentimos un poco tristes. Las variaciones anímicas se producen sin razón aparente, como cuando nos levantamos con el pie izquierdo, o pueden ser reacciones ante los acontecimientos, como cuando sucede algo positivo o negativo.

En los pacientes con trastorno bipolar los cambios anímicos van mucho más allá de esta norma. Los buenos momentos, en lugar de proporcionarles una agradable sensación de bienestar, les hacen sentir demasiado eufóricos o irritables, lo que les provoca dificultades en sus relaciones o les induce a meterse en problemas. En los períodos de bajón anímico se encuentran gravemente deprimidos, a veces hasta el punto de la incapacitación o la preocupación por el suicidio. Cuando los estados de ánimo son extremos y se manifiestan en las dos direcciones opuestas señaladas –los momentos “altos” o estado maníaco o hipomaníaco (levemente maníaco), y los momentos “bajos”, el estado depresivo–, nos hallamos ante un caso de trastorno bipolar.

¿Cómo son los cambios de estado de ánimo durante la manía y la hipomanía?

El estado anímico que se siente durante los episodios de manía y la hipomanía es elevado o irritable, o bien ambas cosas, como en el caso de Peter, a quien me he referido al comienzo de este capítulo. En su punto extremo, un estado de ánimo elevado puede ser eufórico, extático o frenético. Algunos de mis pacientes han descrito este sentimiento como algo similar a lo que se siente cuando uno se enamora. A veces el ánimo está “más alto” de lo normal –está elevado, “extremadamente contento”–, pero no hasta el punto de la euforia. Yo lo describiría como “muy animado”.

En los momentos maníacos o hipomaníacos, su pareja puede mostrarse muy jovial y bromear de un modo que no es habitual en ella (haciendo juegos de palabras o diciendo tonterías), sonreír y reír mucho (más que de costumbre), cantar (posiblemente aunque no suene música) o caminar con andares inusuales, dando saltos o a paso muy rápido. Oirá en boca de su pareja comentarios sobre lo “maravillosas” que son las cosas o lo “estupendamente” bien que se siente aunque no haya ocurrido nada especial.

No obstante, un estado de ánimo elevado puede transformarse en un estado de irritación o enfado, o incluso ira, en algunos individuos bipolares, y la alteración anímica puede ser en todo momento irritable, sin momentos “altos”. Observará que su pareja se mete en altercados con facilidad, no sólo con usted sino posiblemente también con desconocidos, y le dará incluso la impresión de que busca el conflicto. Puede que su pareja insulte a los demás (o que se sienta fácilmente insultada u ofendida) o grite o chille por cualquier cosa. A veces la beligerancia pasa de lo verbal a lo físico, lo que puede

derivar en confrontaciones físicas susceptibles de incurrir en roces con las autoridades. En otros casos la ira no es tan intensa, pero el paciente se irrita o enfada constantemente y está siempre muy susceptible. Cuando me pongo así, mi marido dice que no se puede hablar conmigo.

¿Cómo es un estado de ánimo depresivo?

En cambio, el estado de ánimo que predomina en la depresión es la tristeza. Este sentimiento se puede comunicar de diversos modos. Puede que su pareja emplee la palabra “triste”, o que diga que está “deprimida”, “de bajón” o “con el ánimo por los suelos”. A veces, en cambio, el sentimiento se describe como vacío, aturdimiento o aburrimiento extremo. Algunos pacientes dicen que la experiencia es como estar atrapado en un túnel sin luz al final. Otros se sienten como si una nube negra o un velo les cubrieran la cabeza. Puede que su pareja le diga que siente un dolor emocional insoportable, un sentimiento que algunos pacientes me han descrito como algo similar a cuando a uno “se le rompe el corazón”. En lugar de verbalizar estos sentimientos, puede que su pareja llore, como signo de lo que le sucede por dentro.

Los estados de ánimo anormales, aunque son una condición necesaria, por sí solos no constituyen un indicador de un trastorno bipolar. Para tener un trastorno bipolar, la persona debe sufrir *episodios anímicos*, períodos de tiempo definidos que se caracterizan no sólo por los estados de ánimo anormales, sino también por otros síntomas.

Episodios maníacos e hipomaníacos

Los síntomas de la manía y la hipomanía, entre los que se incluyen los estados anímicos anormales, se enumeran más abajo en una tabla.

Según nuestro sistema de diagnóstico psiquiátrico (basado en las pautas del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, cuya última revisión importante –DSM-IV– data de 1994), los episodios maníacos e hipomaníacos se caracterizan por un estado de ánimo persistentemente elevado o irritable, junto con tres o cuatro de los demás síntomas mencionados en la tabla: tres síntomas si el estado de ánimo es elevado, cuatro síntomas si es irritable. Además, deben darse todos los síntomas a lo largo de ese mismo período de tiempo. Para que se trate de un episodio hipomaníaco, los síntomas deben persistir al menos 4 días; en un episodio maníaco, deben prolongarse durante 7 días, salvo en caso de hospitalización, cuando cualquier duración cuenta como episodio.

¿En qué se diferencian la manía y la hipomanía?

Como se puede ver en la tabla siguiente, los síntomas de los episodios maníacos e

hipomaníacos son exactamente los mismos. Se preguntará, por tanto, cuál es la diferencia. Hay tres diferencias que debe conocer. En primer lugar, los episodios hipomaníacos no interfieren en la funcionalidad (por ejemplo, en la capacidad de trabajar o de relacionarse con otras personas) tanto como los episodios maníacos. En mi caso, como comentaré más adelante, la hipomanía no repercute negativamente en mi vida laboral.

En segundo lugar, los episodios hipomaníacos, por definición, nunca contienen rasgos psicóticos –es decir, delirios (creencias fijas infundadas e irracionales) o alucinaciones (oír, ver, oler o sentir algo que no existe)–, fenómenos que en cambio son frecuentes en los episodios maníacos. Por último, los episodios hipomaníacos nunca requieren hospitalización; por el contrario, los episodios maníacos a veces sí la requieren, para impedir que la persona se haga daño o dañe a otras personas (véase el capítulo 8).

Síntomas de la manía y la hipomanía

- Un estado de ánimo elevado o irritable (o ambos).
- Confianza extrema en uno mismo o engreimiento exagerado.
- Menor necesidad de sueño.
- Locuacidad o “verborrea” (como cuando la persona habla atropelladamente).
- Pensamientos acelerados.
- Distrabilidad.
- Incremento de la productividad en casa, en el ámbito escolar o el trabajo; incremento de la sociabilidad y/o la sexualidad; inquietud física (impaciencia, desasosiego, sobresaltos).
- Conductas arriesgadas que indican impulsividad y/o escaso juicio, como el gasto incontrolado, el juego excesivo, la conducción en estado de embriaguez, las aventuras extraconyugales o la participación en planes de “enriquecimiento rápido”.

En realidad, los episodios hipomaníacos pueden resultar sumamente agradables para las personas que tienden a presentar un estado de ánimo más elevado que irritable y que no sufren las consecuencias de una conducta arriesgada grave. Y no sólo es agradable para el individuo que se encuentra en ese estado anímico. Los estados de ánimo hipomaníacos pueden ser contagiosos. A los demás les suele gustar estar cerca de los individuos sociables, ocurrentes, seguros de sí mismos, que contagian cierto “bienestar”. (De hecho, creo que fue mi carácter hipomaniaco lo que enamoró a mi marido y que ésa es la faceta que ve cuando piensa en mí).

Para comprender mejor cómo son la manía y la hipomanía, veamos algunas cosas que comentan las parejas y los cónyuges de los pacientes que sufren este tipo de episodios:

“Mi mujer está constantemente echándose flores, diciéndole a todo el mundo lo estupenda que es. No parece ella”.

Una mayor confianza en uno mismo o un engrimiento exagerado (“grandiosidad”) es común en los estados maníacos e hipomaníacos. En la manía la grandiosidad puede alcanzar dimensiones delirantes, cuando la persona se cree con poderes especiales o conocimientos inusitados, o piensa que es una persona muy importante o famosa, o que tiene relación asidua con alguna persona famosa o importante.

“Sólo duerme 4 horas diarias, pero está pletórico de energía”.

Una menor necesidad de sueño –no sólo se duerme menos, sino que se necesita dormir menos– es un rasgo característico de la manía y la hipomanía. En la manía esta alteración del sueño suele ser más profunda (muy escasas horas o falta total de sueño) que en la hipomanía.

“Mi mujer parece distraerse por cualquier cosa”.

La fácil distracción con cualquier estímulo del entorno es un síntoma común durante los episodios maníacos e hipomaníacos. A su pareja puede costarle mucho concentrarse, porque se distrae enseguida con visiones o sonidos irrelevantes.

“Normalmente conduce de forma muy responsable, pero ahora acelera mucho y conduce de manera muy ofensiva y agresiva”.

Los pacientes maníacos e hipomaníacos están, por así decirlo, “acelerados”. Pueden pensar más rápido, hablar más rápido, caminar más rápido y, como en este caso, conducir más rápido. De hecho, le oírán decir a su pareja que las cosas no ocurren con suficiente rapidez, y le instará a que avance más rápido en cualquier cosa que usted haga.

La conducción temeraria no sólo es un reflejo del ritmo más rápido que caracteriza la manía y la hipomanía, sino que constituye también una conducta arriesgada con consecuencias potenciales muy negativas: multas de tráfico, accidentes automovilísticos o algo peor.

“Mi esposa se ha obsesionado con el trabajo, pero debo decir que saca adelante muchísimas cosas”.

El incremento de la productividad –en el hogar, en el centro escolar o en el trabajo– puede ser un efecto beneficioso de la hipomanía, siempre que se oriente a los objetivos (hacia un fin concreto que merezca la pena) y no se convierta en algo demasiado obsesivo (cuando se eluden otras responsabilidades debido a la implicación excesiva en una sola actividad).

“Gasta dinero como si le quemase en los bolsillos”.

Gastar demasiado –es decir, por encima de las posibilidades económicas– es una preocupación muy común en las parejas de pacientes bipolares. En los episodios maníacos e hipomaníacos, su pareja puede incurrir en gastos incontrolados o en el juego excesivo. Al igual que la conducción temeraria u otros tipos de actividades arriesgadas, ésta es una conducta impulsiva que refleja una falta de sensatez, cuyas consecuencias pueden ser dolorosas y duraderas (como la acumulación de deudas importantes).

“Llama a mucha gente con la que hace años que no habla”.

El incremento de la sociabilidad es un rasgo frecuente de los estados maníacos e hipomaníacos. Tal vez observe que su pareja envía muchos correos electrónicos o habla excesivamente por teléfono, u organiza muchos más planes sociales que de costumbre. A veces el incremento de la sociabilidad adopta un cariz inapropiado, pues el paciente se toma confianzas con desconocidos o llama por teléfono en plena noche.

“Ha aumentado su impulso sexual”.

Algunos pacientes experimentan un incremento de la libido en los episodios maníacos o hipomaníacos. En esos momentos su pareja puede desear un contacto sexual más frecuente con usted. Tampoco es extraño que los hombres, en concreto, acudan compulsivamente a las barras americanas o estén excesivamente absortos en la pornografía. Tener aventuras extramatrimoniales es una conducta arriesgada, de motivación sexual, que también se da en estos pacientes (abordaré este asunto en el capítulo 8).

“Está muy inquieta, no para, está muy nerviosa”.

La agitación física puede darse tanto en los estados maníacos como en los hipomaníacos, pero suele ser más acusada en la manía. Por ejemplo, durante la hipomanía, su pareja puede estar muy inquieta y quejarse de que siente desasosiego, pero aun así es capaz de permanecer en un punto durante un período de tiempo. La agitación maníaca es más difícil de eludir: su pareja camina sin parar por la casa, incapaz de permanecer en un sitio mucho tiempo, y se retuerce las manos de nerviosismo.

“Mi marido de repente se ha obsesionado con la limpieza. Se pone a limpiar la casa incluso en plena noche”.

Como he señalado anteriormente, el incremento de la productividad –en el hogar, en el centro escolar o en el trabajo– es un indicio de que ha comenzado un episodio maníaco o hipomaníaco. Recuerde que los maníacos e hipomaníacos van acelerados. Si no se distraen y el pensamiento no se ve perturbado, pueden hacer muchas cosas en un tiempo

sorprendentemente breve. No obstante, en este caso, el paciente tiene dificultades para dormir, está nervioso y lleno de energía a horas inadecuadas. Por eso se dedica a las tareas del hogar a altas horas de la noche.

“Dice que los pensamientos se suceden demasiado rápido”.

Los pacientes maníacos o hipomaníacos suelen quejarse de que se les agolpan las ideas, los pensamientos o las imágenes (mentales). Puede que su pareja lo describa como una cinta de audio/CD o de vídeo/DVD que se reproduce en el modo de avance rápido. La velocidad del pensamiento puede plasmarse también como habla acelerada (véase más abajo).

“Habla más rápido de lo normal, como si tomase speed”.

La verborrea –la necesidad de hablar mucho y muy rápido– es un síntoma de manía e hipomanía, y puede ir de la mano de los pensamientos acelerados (pensamientos rápidos, habla rápida). Como en el caso de Peter, al que presentamos al comienzo de este capítulo, no es raro que los pacientes acaben atropellando las palabras. En los casos más graves, el habla puede llegar a ser tan rápida que resulta difícil entender lo que dice el paciente. En cualquier caso, es casi imposible mantener una conversación bidireccional con una persona que se halla en este estado; el habla constante impide el diálogo.

Aunque yo ya no sufro episodios hipomaníacos auténticos, gracias a la medicación que tomo (véase el capítulo 4 sobre la medicación), recuerdo cómo eran. Como he señalado anteriormente, me encontraba muy animada, aunque me volvía irritable si me desafiaban o si algo no salía como yo quería. Por ejemplo, recuerdo que en una ocasión me enfadé mucho (sería más exacto decir que me puse *furiosa*) y levanté la voz a un empleado de una librería porque un libro mío que acababan de publicar estaba embalado en cajas, en lugar de estar ya colocado en los estantes.

Durante esos períodos me sentía también muy segura de mí misma, energética (hacía ejercicio), sociable (llamaba a viejos amigos) y creativa (tenía muchas ideas sobre la decoración de la casa, nuevos trabajos de investigación, nuevos libros, etc.). Me gustaba esa modalidad de mí misma y, como ya he dicho antes, a mi marido también. (¿Nos perdemos mi marido y yo esos estados anímicos elevados que ha atenuado la medicación? En cierto sentido, sí. Pero dado que “todo lo que sube baja”, decidimos que esos momentos no merecían la pena, puesto que iban seguidos de los inevitables momentos depresivos).

Durante los episodios hipomaníacos también pensaba con mayor claridad y era más productiva. Dicho de otro modo, la hipomanía era beneficiosa para mi trabajo. No soy la

única que lo ve así. Muchos colegas y pacientes bipolares me dicen que han sentido lo mismo.

Pero no todas las hipomanías son así. Para algunas personas persistentemente irritables, los estados de enfado afectan de forma muy negativa a las relaciones, tanto en casa como en el trabajo. Las dificultades para pensar, debido a la aceleración del pensamiento y/o la distraibilidad, afectan a la capacidad de asumir las responsabilidades (atender a los hijos, desempeñar el trabajo, ocuparse del hogar). La impulsividad y la insensatez les inducen a hacer cosas de las que posteriormente se arrepienten.

Las manías tienen efectos aún más perjudiciales. Por definición, la alteración anímica y los síntomas asociados son lo bastante graves para menoscabar *notablemente* la funcionalidad (el trabajo, las tareas del hogar o las relaciones o actos sociales habituales del paciente). Y recuerde que los pacientes maníacos pueden tener también síntomas psicóticos: delirios o alucinaciones. Los delirios y alucinaciones maníacos suelen girar en torno a temas relacionados con una autoestima exagerada (tener poderes especiales o sobrenaturales, asumir la identidad de una persona a la que se percibe como alguien con mayor estatus, creer que existe una relación especial con una deidad o un famoso), o bien son persecutorios, lo que la mayor parte de la gente denomina “paranoides”.

Ahora que se ha formado una idea de lo que son la manía y la hipomanía, veamos la otra cara de la moneda, los episodios depresivos.

Episodios depresivos

Los síntomas de la depresión, entre los que se incluyen los estados anímicos anormales, se enumeran en la tabla siguiente.

Síntomas de la depresión

- Estado de ánimo depresivo.
- Pérdida de interés por todas, o casi todas, las actividades, así como del placer que podrían producir.
- Alteración del apetito o pérdida/aumento de peso.
- Trastornos del sueño o sueño excesivo.
- Agitación física o ralentización.
- Sentimientos de inutilidad o culpa (una culpa excesiva o inadecuada).
- Cansancio o falta de energía casi permanentes.
- Ralentización del pensamiento, dificultad de concentración o incapacidad para tomar decisiones.
- Pensamientos reiterados sobre la muerte o el suicidio o algún intento de suicidio.

Un episodio depresivo se define por la presencia de cinco de los síntomas anteriores – uno de los cuales tiene que ser el estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés por

las actividades— al menos una vez, casi todos los días, durante al menos 2 semanas. Además, los síntomas deben provocar mucha angustia a la persona o interferir en un área importante de la funcionalidad, como el rendimiento laboral o escolar o las relaciones con otras personas (como usted).

Ahora que ya sabe lo que constituye un episodio depresivo, veamos lo que dicen las parejas y los cónyuges de los pacientes que los experimentan:

“Mi marido ya no quiere hacer nada. Ha perdido todo el interés por las cosas que antes le gustaban”.

Una pérdida de interés por las actividades habituales (y del placer derivado de ellas) es un rasgo muy común de la depresión. Su pareja se quejará de que las cosas que antes le gustaban ahora son “aburridas”, ya no le parecen interesantes o importantes. La pérdida de interés por las cosas puede formar parte de un estado general de apatía que suelen padecer las personas deprimidas (por ejemplo, para ellas, un acto tan sencillo como ducharse requiere un esfuerzo descomunal). La pérdida de interés y la apatía pueden extenderse también a la interacción social, lo que conlleva el alejamiento de su pareja respecto de usted y de otras personas. Puede que su pareja presente también una disminución de la libido y, posiblemente, disfunción sexual (disfunción eréctil en los hombres; incapacidad para el orgasmo en las mujeres).

“Mi mujer casi no come y está adelgazando mucho”.

La pérdida del apetito y la disminución del peso (no intencionada) son síntomas comunes de la depresión, aunque también pueden darse el incremento del apetito y el aumento de peso. Los pacientes que presentan un incremento del apetito ansían determinados tipos de alimentos, como carbohidratos o dulces.

“Se despierta muy temprano, varias horas antes de levantarse”.

La alteración del sueño es un síntoma frecuente de la depresión. Puede manifestarse como una disminución del sueño —dificultades para conciliar el sueño o para dormir con continuidad, o bien una tendencia a despertarse antes que de costumbre— o como un incremento del sueño, denominado “hipersomnia”. Además de dormir mucho por la noche, los pacientes con hipersomnia duermen siestas durante el día. Cuando no duerme, la persona deprimida suele tener una “relación de amor” con la cama, lugar en el que pasa períodos de tiempo excesivos.

“Mi mujer siempre ha sido una persona muy decidida. Ahora no es capaz de tomar ni la más mínima decisión”.

Las personas deprimidas suelen tener dificultades para pensar. Piensan más despacio (y posiblemente, en consecuencia, hablan más despacio), tienen dificultades de concentración, o bien, como la esposa de este hombre, se vuelven muy indecisas. Es posible que su pareja se queje también de que se distrae con facilidad o de que tiene problemas de memoria.

“Mi novio se queja constantemente de lo cansado que está, y la verdad es que da esa impresión, parece que no tiene energías”.

La fatiga constante, aunque se duerma bastante, es un rasgo común de la depresión. A veces los pacientes se ralentizan físicamente. Por ejemplo, caminan o hablan más despacio que de costumbre. (Puede darse también lo contrario, es decir, que la persona esté físicamente agitada; si su pareja está impaciente o tiene dificultades para permanecer quieta, lo más probable es que esté sucediendo esto).

“Se menosprecia constantemente”.

Los sentimientos de inutilidad y autoodio suelen ser una parte frecuente de la depresión. Es posible que su pareja también se sienta culpable y se responsabilice de cosas que no son culpa suya, o se recrimine una determinada situación, como la de ser una carga para usted a causa de la depresión.

“Mi marido dice una y otra vez que desea la muerte”.

Los deseos de muerte y, lo que es más trágico, los actos de autoagresión no son raros en personas deprimidas (véase el capítulo 2). Estos pensamientos y actos están impulsados por sentimientos de desesperación. Los pacientes creen que el dolor emocional que sienten nunca acabará. (Me referiré a lo que se debe hacer en una situación así en los capítulos 8 y 9).

He sufrido muchos episodios depresivos desde que padezco el trastorno bipolar. No obstante, en esta etapa de mi vida, como estoy habituada, tengo ya instrumentos para afrontarlos, y sé que acabarán, y como están modulados en gran medida por mi entorno familiar y los medicamentos que tomo, afronto los días de ciclo bajo con esperanza, al menos al principio de cada jornada.

Sin embargo, no es así como me sentía cuando era mucho más joven, ni como se siente la mayoría de las personas deprimidas. La esperanza no es un rasgo característico de la depresión, y probablemente no es así como describe su pareja sus depresiones en el momento actual (aunque espero que mejoren las cosas cuando usted y su pareja pongan en práctica las estrategias y los consejos de este libro). Muy al contrario, como he

señalado antes, la desesperanza es algo que sienten muchas personas deprimidas, y recuerdo que yo lo sentía muy intensamente durante la adolescencia y cuando tenía entre veinte y treinta años. En aquella época, aunque nunca intenté suicidarme, recuerdo una desesperación tan fuerte que sólo deseaba cerrar los ojos, dormir y no despertar. (Mientras escribo esto me cuesta creer que eso fuera cierto en el pasado, porque, afortunadamente, hace mucho que no me siento así).

Cuando una persona está deprimida, las percepciones se distorsionan y el pasado, el presente y el futuro semejan sombríos: nunca ha ocurrido ni ocurrirá nada bueno. Da la impresión de que todo es distinto. El mundo parece gris, los colores se apagan (es lo contrario del estado maníaco o hipomaníaco, cuando los colores se ven, en muchos casos, mucho más brillantes).

A diferencia de la manía y la hipomanía, en la depresión todo parece más lento. El pensamiento se ralentiza, al igual que el habla y el movimiento. Seguramente su pareja le dirá que se siente pesada o como si tuviera encima algún peso que la oprime. El tiempo parece también más lento. Una hora semeja una eternidad.

Los episodios depresivos, como muchos episodios maníacos, pueden tener rasgos psicóticos. A menudo los delirios y alucinaciones se relacionan con temas depresivos, como la culpa, los defectos personales o el castigo merecido (por ejemplo, “soy tan malo que Dios me castiga”).

Episodios mixtos

La manía, la hipomanía y la depresión son tres tipos de episodios de alteración anímica que probablemente padecerá su pareja, pero debe saber que muchas personas –en torno al 40% de los individuos con trastorno bipolar– tienen episodios mixtos, que consisten en síntomas maníacos y depresivos. Es decir, durante los episodios mixtos los criterios para la detección de la manía y la depresión coinciden *en el mismo período de tiempo*.

Gwen, un ama de casa de 39 años con trastorno bipolar, pasa por un episodio mixto. Su marido dice que su estado de ánimo se altera rápidamente. Pasa de estar risueña y animada a llorar, y luego vuelve a reír y a estar alegre. Tiene síntomas de manía –menor necesidad de sueño, pensamiento acelerado, verborrea– y está físicamente agitada, pero tiene también síntomas de depresión: menos apetito, pérdida de interés por sus actividades habituales e ideas suicidas.

En realidad, Gwen ejemplifica tres cosas que son comunes a los episodios mixtos: rápida alternancia de estados anímicos, agitación física e ideas suicidas.

Los episodios mixtos pueden ser difíciles de detectar. Debido a la presencia de síntomas depresivos, se podría diagnosticar incorrectamente el cuadro como una depresión. No conviene que esto suceda, porque el tratamiento de la depresión es diferente del que se requiere para los episodios mixtos que forman parte del trastorno bipolar. De hecho, los estudios indican que las medicaciones antidepresivas que se utilizan habitualmente para tratar la depresión pueden precipitar el desarrollo de episodios mixtos en personas con tendencias bipolares. También se ha observado que provocan un “ciclo rápido” en el trastorno bipolar, es decir, abrevian el período comprendido entre los episodios de alteración anímica, de manera que llegan a producirse cuatro o más (episodios maníacos, hipomaníacos, mixtos o depresivos) al año.

El diagnóstico: trastorno bipolar de tipo I y tipo II

Los episodios de alteración anímica constituyen el fundamento para diagnosticar el trastorno bipolar, y los tipos de episodios que padezca su pareja determinan que se le aplique uno de dos posibles diagnósticos. Bipolar tipo I (“bipolar I”) indica que ha habido al menos un episodio maníaco o mixto. Bipolar tipo II (“bipolar II”) es el tipo de trastorno bipolar que tengo yo. Significa que tengo un historial de episodios hipomaníacos y episodios depresivos, pero no he sufrido episodios maníacos ni mixtos.

Es importante comprender que si su cónyuge ha tenido episodios depresivos, pero no maníacos ni hipomaníacos (o mixtos), por definición no tiene trastorno bipolar. En tal caso, el diagnóstico adecuado será un *trastorno depresivo grave*. Aunque la depresión bipolar y la “depresión unipolar” (término utilizado para describir las depresiones cuando no existe un historial de manía, hipomanía o episodios mixtos) tienen en común varias cualidades similares, la distinción entre las dos es importante, particularmente por las implicaciones del tratamiento. Como he señalado antes, esto es relevante sobre todo en lo que respecta a la medicación. El tratamiento farmacológico de la depresión grave es diferente del enfoque que se adopta para la depresión maníaca, aunque ésta a veces incluya episodios depresivos.

Como los episodios maníacos y mixtos son, por definición, más graves que los episodios hipomaníacos, los pacientes bipolares tipo I pueden verse más incapacitados en su enfermedad que las personas que sufren el trastorno bipolar tipo II. Digo que “pueden verse más incapacitados” porque los individuos bipolares tanto del tipo I como del tipo II pueden sufrir episodios depresivos igual de graves. Recuerde que la distinción entre las dos enfermedades se basa únicamente en la presencia (o ausencia) de episodios maníacos y mixtos.

Ahora bien, las personas que sufren el mismo tipo de enfermedad bipolar pueden diferir en los síntomas y en los efectos que causa la enfermedad en su vida. Por ello, tanto en el bipolar I como en el bipolar II la gravedad de la afección se designa como “leve”, “moderada” o “grave”. Todd tiene un trastorno bipolar I leve: nunca ha tenido síntomas psicóticos, ni ha intentado suicidarse ni ha sido hospitalizado a causa de esta enfermedad. Y aunque a veces pase por situaciones difíciles, puede seguir trabajando. En cambio, Elizabeth tiene un trastorno bipolar I grave. Tiene alucinaciones espantosas en algunos episodios y ha intentado agredir a su marido en varias ocasiones. La han hospitalizado varias veces y ya no puede trabajar.

Ben y Kayla tienen trastorno bipolar tipo II, pero las similitudes acaban ahí. Ben ha sufrido infinidad de depresiones largas y graves, mientras que Kayla sólo ha tenido un episodio leve de depresión, que duró sólo dos meses. Ben, a diferencia de Kayla, se mete en problemas cuando está en fase hipomaniaca, debido a su conducta arriesgada: juego incontrolado, aventuras extraconyugales y consumo de drogas como la cocaína. (El trastorno bipolar a menudo coexiste con el consumo abusivo de sustancias, un tema que abordaré más adelante en este capítulo y de nuevo, pormenorizadamente, en los capítulos 7 y 8). En cambio, Kayla se vuelve muy productiva y está muy concentrada en sus períodos hipomaniacos.

El trastorno ciclotímico

Aunque el trastorno ciclotímico no se considera exactamente un tipo de trastorno bipolar, el gráfico de síntomas, que presenta altibajos, es algo con lo que debe familiarizarse. El trastorno ciclotímico está formado por períodos de síntomas hipomaniacos que alternan con períodos de síntomas depresivos, pero los síntomas depresivos no cumplen todos los criterios de un episodio depresivo. Un ejemplo de esto sería que su pareja tuviese sólo tres, en lugar de los cinco síntomas necesarios de la depresión, o que los síntomas depresivos no estuviesen presentes casi todos los días. Una cosa más sobre el trastorno ciclotímico es que, a diferencia del trastorno bipolar, la afección debe estar presente *al menos 2 años* antes de que se diagnostique.

Si su pareja sufre ciclotimia y no trastorno bipolar, sigue siendo importante que usted lea este libro. Gran parte de la información que se recoge en estos capítulos puede aplicarse a usted y su pareja, exactamente igual que a los casos de trastorno bipolar. Además, dado que las investigaciones indican que un tercio de los pacientes ciclotímicos acaban desarrollando un trastorno bipolar II (esto no significa que su pareja se cuente entre los pacientes que van a desarrollar un trastorno bipolar, sino que la probabilidad es

mayor que en alguien que nunca ha tenido ciclotimia), la aplicación de los instrumentos expuestos en los capítulos siguientes puede ayudar a impedir que las oscilaciones anímicas de su pareja deriven en un trastorno más grave.

Asimismo, quisiera referirme brevemente al “trastorno afectivo estacional”. Puede que haya oído o leído este término en los medios, en artículos de prensa o en la televisión. El término se emplea para describir los síntomas depresivos que sienten algunas personas en determinadas estaciones, generalmente en los meses de invierno (“tristeza invernal”) en los estados nortños.

Yo sufría tristeza invernal cuando vivía en un clima nortño. Y como sabía que el mejor tratamiento para ello era la terapia lumínica, acudía a una cabina de rayos ultravioleta para elevar el estado de ánimo (y de paso conseguir un bonito bronceado). En última instancia, parte de mi decisión de trasladarme a Florida se basó en la idea de que se disiparían las depresiones si vivía en un clima más soleado. Desgraciadamente, dado que lo que padecía era un trastorno bipolar, el traslado a Florida no fue la solución.

Pero menciono aquí el trastorno afectivo estacional porque algunos estudios indican que esta afección predispone al desarrollo de ciclotimia y/o trastorno bipolar. Por tanto, si su pareja sufre este problema, siga adelante y utilice los métodos descritos en capítulos posteriores de este libro para aliviar la depresión. La mejora del problema anímico que existe hoy no sólo es una ayuda para el presente, sino que puede contribuir a prevenir futuros problemas anímicos más graves.

¿Trastorno bipolar o depresión grave?

Aunque los síntomas de la manía y la depresión mencionados en las tablas de las páginas 37 y 43 parezcan claros e inequívocos, el diagnóstico del trastorno bipolar no siempre resulta fácil. A las personas que sufren episodios hipomaniacos, episodios maniacos no psicóticos con estado de ánimo irritable (por oposición a un estado de ánimo elevado), o bien episodios mixtos, a veces se les diagnostica una depresión grave, cuando en realidad eso sólo es una parte de la afección.

Lo sé no sólo por los numerosos pacientes con trastornos anímicos que he tenido a lo largo de los años, sino también porque eso ocurrió en mi propia vida. A pesar de que el análisis de mi historial pone de manifiesto que padezco un trastorno bipolar desde la adolescencia, todos los médicos con los que me consulté desde la adolescencia, y hasta que tenía treinta y pocos años, me diagnosticaron depresión. Los episodios hipomaniacos (que indicaban que padecía un trastorno bipolar II) pasaron desapercibidos. No recibí un

diagnóstico correcto (y, en consecuencia, no recibí la ayuda adecuada para mi afección) hasta los treinta y cinco años.

Una causa probable por la que pasaron desapercibidos mis episodios hipomaniacos es que sólo me sometía a tratamiento cuando estaba deprimida, no cuando estaba hipomaniaca. Parece que mi caso no es el único. Las investigaciones indican que los pacientes con trastorno bipolar tienden a solicitar ayuda profesional cuando están deprimidos, pero, en cambio, no suelen visitar al médico cuando se hallan en estados maníacos o hipomaniacos (salvo en el caso de que alguien los lleve). En consecuencia, los médicos suelen ver a los pacientes cuando están en plena depresión, y, si no indagan pormenorizadamente los períodos anteriores de manía o hipomanía, pueden acabar diagnosticando una depresión grave, como sucedió en mi caso, en lugar de un trastorno bipolar. (Esto explica también que *se tarde una media de 8 años, desde el comienzo del trastorno bipolar, en dar un diagnóstico adecuado*).

Aunque los médicos indaguen los episodios anteriores de manía o hipomanía, pueden no sacar nada en limpio, porque los pacientes bipolares no suelen ser buenos historiadores en lo que se refiere a la crónica de sus etapas anímicas “elevadas”. (Éste es uno de los motivos por los que la aportación de la pareja puede ser muy valiosa en el proceso de diagnóstico, aspecto que abordaré detenidamente en el capítulo 5).

Es posible que su pareja no comunique al médico sus síntomas maníacos o hipomaniacos porque le dé vergüenza aportar esa información, aunque sea ante un profesional de la salud mental. Una conducta manirrota, el adulterio, el consumo de drogas o los altercados con la ley no son comportamientos que enorgullezcan a nadie, ni de los que se quiera hablar. Le sorprendería saber con qué frecuencia los psiquiatras y psicólogos ignoran que sucede este tipo de cosas en la vida de los pacientes, hasta que cuentan con la información que les aporta un familiar cercano; entonces las piezas del puzzle empiezan a encajar.

Es lo que ocurrió con Dana, de treinta años, que nunca le contó a su psiquiatra las tres ocasiones en que condujo en estado de embriaguez, ni tampoco los episodios de gasto incontrolado. Cuando al fin su marido Mark la acompañó a la consulta y le aportó esa información, el médico empezó a formarse una idea de lo que pasaba, es decir, que Dana tenía otra vertiente –la vertiente maníaca– en su problema anímico.

A veces no es que el paciente oculte información a los médicos, sino que no es consciente del lado maníaco o hipomaniaco de sus oscilaciones anímicas, o bien lo malinterpreta. Por ejemplo, si su pareja suele tener un estado de ánimo feliz y elevado durante los episodios hipomaniacos o maníacos no psicóticos, puede confundir (y usted

también) esos momentos con su personalidad “verdadera” o normal (en cambio, considerará que los momentos de depresión son la personalidad “no verdadera” o enferma), y, en consecuencia, puede optar por no comentar este aspecto con el médico. No es difícil comprender por qué ocurre esto. Es lógico que la gente tienda a identificarse más con sus facetas animadas, sociables, creativas y energéticas que con las facetas depresivas. Los pacientes que tienen muy escasos períodos de estado anímico normal, es decir, los que alternan entre períodos de ánimo alto y bajo, son los que tienen más probabilidad de interpretar así los momentos altos.

Otro motivo por el que los pacientes con trastorno bipolar pueden recibir un diagnóstico erróneo de depresión radica en el enfoque general que siguen algunos médicos para diagnosticar a sus pacientes, que consiste en diagnosticar el trastorno “de menores consecuencias”, es decir, el menos difícil de aceptar para el paciente. En el caso del trastorno bipolar, un psiquiatra o psicólogo puede sospechar o saber que un paciente tiene esta enfermedad, pero en cambio etiquetar el problema como depresión grave, porque resulta menos estigmatizante y tiene un mejor pronóstico asociado.

Es lo que le ocurrió a un nuevo paciente mío, de 39 años, llamado Kafi. Antes de reunirme con Kafi consulté a su psiquiatra, que me confirmó que el paciente se encontraba en un episodio maníaco de trastorno bipolar. Pero cuando me reuní con Kafi y con su mujer para comentar lo que podían hacer para mantener bajo control el trastorno bipolar, la pareja me dijo que el problema no era un trastorno bipolar. El psiquiatra les había dicho que el diagnóstico era una depresión grave.

Aunque las situaciones como ésta son minoritarias, a veces se dan, y es importante que usted lo sepa. (Y en modo alguno pretendo decir nada negativo sobre los psiquiatras. Los psicólogos y otros profesionales de la salud mental también lo hacen). Aunque es cierto que nadie quiere tener un trastorno bipolar, los pacientes deben conocer su diagnóstico, con el fin de familiarizarse con la enfermedad y buscar métodos que les sean de utilidad. Además, la información sobre la evolución, el pronóstico y la heredabilidad del trastorno puede ayudar a los pacientes y a sus parejas a tomar buenas decisiones de cara al futuro.

¿Es posible que mi pareja tenga otra cosa?

Varios trastornos psiquiátricos tienen síntomas que se solapan con los del trastorno bipolar y, en consecuencia, pueden originar incertidumbre diagnóstica. En el siguiente análisis intentaré explicar las diferencias entre dichas enfermedades y el trastorno bipolar.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica que a menudo se confunde con el trastorno bipolar. La fase aguda de la esquizofrenia –cuando se tienen delirios y/o alucinaciones– puede asemejarse al episodio maníaco con rasgos psicóticos. No obstante, existe una doble diferencia.

Por un lado, la esquizofrenia tiene un historial y una evolución diferente de la enfermedad maníaco-depresiva. Es crónica y nunca remite (la persona nunca llega a estar bien), mientras que el trastorno bipolar es episódico. En segundo lugar, en la esquizofrenia las alucinaciones y los delirios tienden a ser bastante extraños, como el pensar que otras personas pueden leerles la mente. En cambio, las alucinaciones y los delirios que se dan en la manía psicótica o en la depresión suelen ser menos extraños y más congruentes con el estado de ánimo. Esto significa que el tema en torno al que gira la psicosis coincide con el estado anímico del individuo, al igual que los delirios o alucinaciones grandiosos que se dan en la fase maníaca. Por ejemplo, cuando Deanna está en una etapa maníaca, tiene un delirio recurrente en el que ella es Dios o Jesucristo. En su último episodio maníaco, Taylor se sentía ligero como el aire, tan ligero que creía poder volar.

Sin embargo, no es extraño que los pacientes con manías psicóticas tengan alucinaciones o delirios paranoides. Estos casos pueden ser muy difíciles de distinguir de la esquizofrenia paranoide. En este punto el historial de los problemas anímicos en relación con el historial de psicosis puede ayudar a clarificar el diagnóstico. En la manía, la psicosis se da sólo en el episodio anímico, mientras que en la esquizofrenia paranoide la alteración anímica es relativamente breve en comparación con la duración de los delirios o alucinaciones.

En muchas ocasiones los cónyuges de los pacientes bipolares me han preguntado si sus parejas tienen esquizofrenia. Me lo preguntan por miedo; aunque es cierto que nadie quiere tener trastorno bipolar, se considera que la esquizofrenia es aún peor. En situaciones como ésta, lo mejor es que el médico tome la decisión. Si usted no confía plenamente en su médico, consúltese con otro, o al menos solicite una segunda opinión. (Véase el capítulo 4 en lo tocante a cómo dar con el médico adecuado).

Trastorno esquizoafectivo

El trastorno esquizoafectivo, que incluye síntomas esquizofrénicos y un episodio de alteración anímica, puede ser más difícil de distinguir del trastorno bipolar I que la esquizofrenia. La principal diferencia entre ambos radica en que el trastorno psicoafectivo requiere que, en algún punto de la enfermedad, haya un período de al

menos 2 semanas con presencia de alucinaciones o delirios *en ausencia de* síntomas anímicos destacados. Esto contrasta con los episodios bipolares que tienen rasgos psicóticos, donde las alucinaciones o los delirios sólo se dan durante el estado maníaco, mixto o depresivo.

Si su pareja tiene trastorno bipolar, no conviene que le diagnostiquen erróneamente una esquizofrenia o un trastorno esquizoafectivo, y, a la inversa, si padece alguno de estos dos trastornos, no conviene que se le diagnostique erróneamente un trastorno bipolar. Los tratamientos y las prognosis de estas enfermedades difieren. Si usted tiene una preocupación como ésta, le recomiendo fervientemente que solicite la opinión de otro médico de reconocido prestigio en esta materia.

Trastorno de la personalidad

Los trastornos de la personalidad son conductas y respuestas emocionales persistentes y desadaptativas, que surgen de una visión distorsionada de uno mismo y del mundo (otras personas y acontecimientos). Comienzan en la adolescencia o los primeros años de la edad adulta y causan angustia a los pacientes y/o perturban su funcionalidad.

Algunos tipos de trastornos de la personalidad (existen 10 tipos diferentes) pueden ser difíciles de distinguir del trastorno bipolar. Para complicar aún más las cosas, los trastornos de la personalidad suelen coexistir con el trastorno bipolar.

Aunque trasciende con mucho el objeto de este libro la posibilidad de analizar detalladamente todos los trastornos de la personalidad, o siquiera algunos, existe uno que quiero mencionar: el trastorno límite de la personalidad. Muchos de sus rasgos son bastante similares a las experiencias que tienen los pacientes bipolares: inestabilidad anímica, impulsividad (conductas arriesgadas con consecuencias potencialmente dolorosas), conductas o ideas suicidas, pensamientos paranoides e ira intensa.

Una diferencia fundamental entre el trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad (aunque, como dije antes, pueden coexistir) es que el trastorno bipolar es una enfermedad episódica, mientras que el trastorno límite de la personalidad es, como todos los trastornos de la personalidad, estable y persiste a lo largo del tiempo (por ejemplo, la persona sufre siempre estados de ánimo inestables y es siempre impulsiva). Sin embargo, debo decir que los episodios mixtos y los ciclos rápidos de la enfermedad bipolar –donde existe, si se quiere, una forma estable de inestabilidad– pueden parecerse cada vez más al trastorno límite de la personalidad.

Dado que hasta los clínicos más avezados pueden tener dificultades para diferenciar entre las dos afecciones, le recomiendo que se consulte con alguien especializado en el

diagnóstico del trastorno bipolar para dilucidar a qué enfermedad deben enfrentarse usted y su pareja (véase el capítulo 4 sobre cómo elegir al médico adecuado).

Rasgos de la personalidad

A veces observo que las parejas de los pacientes con trastorno bipolar reconocen que éstos tienen “cosas de la personalidad”, pero no entienden que la situación es mucho más grave, puesto que se trata de un problema de salud mental. Es posible que usted también vea la conducta de su pareja de este modo. Tal vez piense que su pareja es “difícil”, sobre todo si tiene una modalidad relativamente leve del trastorno bipolar, y no la vea como alguien que padece una enfermedad.

Puede que diga: “Mi mujer es un poco chillona”. Si observa que en algunos momentos, cuando su esposa se irrita y se enfada fácilmente, se dan algunos de los otros síntomas enumerados en la tabla de episodios maníacos e hipomaníacos (véase la página 37), entonces conviene que sopesé la posibilidad de que se trate de un trastorno bipolar, sobre todo si existe también un historial de depresión.

Richard quiere a su mujer desde hace 15 años, pero reconoce que tiene algunos rasgos de personalidad que dificultan la convivencia. Carolyn es muy temperamental y pierde los estribos por cualquier cosa. A veces es muy agresiva –exigente, crítica y discutidora–, mientras que otras veces se muestra hipersensible y se ofende con facilidad. Hay también momentos en que está tan transida de emoción que se vuelve irracional e impredecible. Otras veces sucede justo lo contrario: se vuelve retraída y se deprime.

Si Richard y Carolyn hubieran visitado a algún profesional de la salud mental, habrían descubierto que Carolyn padece una forma suave de trastorno bipolar II de ciclo rápido, y que existen opciones de tratamiento que podrían introducir notables mejoras en su vida. Pero como no lo han hecho, siguen viviendo con la personalidad “difícil” de Carolyn y probablemente así seguirán el resto de su matrimonio.

No deje que esto les ocurra a usted y su pareja. Las oscilaciones anímicas como las de Carolyn no son normales. Si sucede algo así en su casa, a toda la familia le conviene convencer a su pareja de que al menos se consulte con un profesional de la salud mental. Dense la oportunidad de un futuro mejor.

Consumo abusivo de sustancias

Los pacientes bipolares, sobre todo los que no se tratan sus enfermedades, suelen abusar de ciertas sustancias como el alcohol, los fármacos y/o las drogas. Abordaré a fondo esta cuestión en los capítulos 7 y 8, pero, por lo que se refiere a la cuestión

diagnóstica que plantea, quisiera decir ahora que no es posible diagnosticar con certeza ningún tipo de trastorno anímico cuando la persona está habitualmente bajo los efectos de estas sustancias. Esto se debe a que el abuso de estas sustancias produce alteraciones anímicas y una conducta impredecible. Por este motivo es necesario que su pareja esté “limpia y sobria” para que se pueda diagnosticar con certeza el trastorno bipolar. De nuevo le remito a los capítulos 7 y 8 en lo que respecta a cómo abordar el abuso de sustancias.

En este punto debería haberse formado una idea general sobre si su ser querido padece un trastorno bipolar. ¿Qué consecuencias tiene esto para usted y su pareja a corto y largo plazo? El siguiente capítulo le aportará algunas ideas sobre lo que cabe esperar del futuro.

2

QUÉ CABE ESPERAR DEL FUTURO.

Un trastorno bipolar

Carlos está muy preocupado. Su mujer, Yvonne, está a punto de dar a luz a su primer hijo. Aunque para la mayoría de la gente el parto es un momento muy emocionante, para esta pareja es motivo de gran ansiedad a causa del trastorno bipolar de Yvonne.

Los médicos decidieron que Yvonne debía interrumpir la medicación durante el embarazo. Aunque esta medida evitaba posibles daños en el feto, dejaba a Yvonne “desprotegida”. El peligro para Yvonne se acrecienta porque, como todas las mujeres bipolares, corre un enorme riesgo de sufrir un episodio anímico justo después del parto.

¿Estará en condiciones de cuidar al recién nacido? ¿Qué hará su marido si reaparece el problema anímico y ella no puede desempeñar sus actividades? Carlos aguarda ansiosamente a ver qué les depara el futuro.

Uno de los aspectos más difíciles de la convivencia con el trastorno bipolar, tanto para la persona que lo sufre como para su pareja, es la incertidumbre en torno a la reaparición de los episodios anímicos. ¿Tendrá su pareja un nuevo episodio maníaco o depresivo? En caso afirmativo, ¿cuándo?

Como verá en este capítulo, la evolución del trastorno bipolar es muy variable. En algunos pacientes los episodios anímicos aparecen como un reloj –por ejemplo, según las estaciones o en coincidencia con ciertos tipos de acontecimientos vitales estresantes o físicamente exigentes (como tener un bebé)–, mientras que en otros casos se dan de forma inesperada; puede que exista algún factor desencadenante, pero no se detecta. Algunos pacientes bipolares tienen que luchar contra los episodios anímicos la mayor parte del tiempo, pues disfrutan de muy pocos períodos de ánimo normal, o de ninguno, mientras que otros pasan años o décadas sin sufrir ninguna recaída.

La naturaleza impredecible de esta enfermedad puede ser un gran obstáculo para hacer planes. Si su pareja no sabe cómo va a estar la semana próxima, el mes que viene o dentro de un año, no será fácil adquirir compromisos. Y dado que casi todo lo que hacemos se basa en planes de futuro, desde la vida social (“Quedamos para cenar el próximo sábado”) hasta los proyectos laborales (“Hay que entregar el informe el mes que viene”) e incluso las vacaciones (“En el verano vamos a Vermont”), la repercusión

potencial del trastorno bipolar en la vida familiar puede ser enorme.

La incertidumbre sobre el futuro puede hacerles sentir que están como en un limbo, sin posibilidad de avanzar por miedo a que un rebrote de la enfermedad les impida cumplir los planes. Aunque usted se muestre comprensivo, puede que le frustre la continua negativa de su pareja a hacer las cosas que compartían antes de que surgiese la enfermedad o cuando se sentía mejor. Si su pareja lleva cierto tiempo muy enferma, es posible que usted se haya decepcionado en tantas ocasiones que ya no albergue la esperanza de ver ninguna mejoría.

Sin embargo, el lado positivo –que también existe– es que disponemos de estrategias de autoayuda y tratamientos muy eficaces que, en muchos casos, no existían hace una década y pueden reforzar la confianza de ambos en el futuro. Con la estabilización del estado de ánimo, su pareja será más capaz de hacer planes sin la incertidumbre derivada de no saber cómo se encontrará cuando llegue el momento de cumplirlos.

En este capítulo me centraré en los factores que influyen en la evolución del trastorno bipolar. Algunos de estos factores –como la edad de comienzo de la enfermedad y el género– están establecidos y no se pueden cambiar, pero otros, como la exposición a ciertos agentes desencadenantes y la voluntad de medicarse de forma preventiva, están al alcance de su pareja. Si prestan atención a lo que se puede cambiar, usted y su cónyuge estarán en condiciones de controlar mejor esta enfermedad, influyendo positivamente en la evolución del trastorno y en su futuro como pareja.

¿Con qué frecuencia reaparecerán los episodios anímicos?

El trastorno bipolar es un trastorno recurrente con múltiples episodios que son la norma más que la excepción. De hecho, sabemos que ***casi todos los individuos que padecen esta enfermedad –más del 90%– continuarán sufriendo episodios anímicos.*** De modo que la probabilidad de recurrencia de la enfermedad es elevada.

Aunque sabemos que es sumamente probable que su pareja sufra más episodios anímicos, nadie puede decirle el número exacto ni la frecuencia con que ocurrirán. Lo que sabemos es que ***sin medicación se sufre una media de cuatro episodios cada diez años, y que el 80% de los individuos sufre una recaída en menos de tres años y en muchos casos mucho antes.***

Sé que estos datos son difíciles de digerir. Resultan especialmente duros si su pareja sufre desde hace poco esta enfermedad, o se la han diagnosticado recientemente, y pensaban que “lo peor” había pasado y que mejoraría a partir de ese momento. Aunque

no puedo afirmar tal cosa, porque desgraciadamente no es así, lo que sí puedo decirle es que hay muchos factores que influyen en la frecuencia de los episodios anímicos, factores que en muchos casos se pueden controlar.

Factores que disminuyen la frecuencia de los episodios

Como verá en la segunda mitad de este libro, los siguientes factores influyen en la disminución de la probabilidad de que su pareja sufra un nuevo episodio anímico:

- Solicitar ayuda profesional: medicación y tratamiento psicológico.
- Evitar los potenciales factores desencadenantes de los episodios anímicos.
- Seguir una rutina diaria que contemple un ciclo de sueño regular.
- Prestar atención a los primeros avisos de una alteración anímica, de manera que el problema pueda atajarse en su fase incipiente, antes de que se convierta en un episodio anímico pleno.

Hay un motivo por el que menciono en primer lugar la importancia de solicitar ayuda profesional: ***el principal recurso para evitar las alteraciones anímicas consiste en tomar medicación como profilaxis*** (es decir, como medida preventiva).

Irrupción de nuevos episodios

Debe saber que, incluso con la medicación (y el recurso a otros métodos que propicien el bienestar), su pareja puede sufrir la “irrupción” de nuevos episodios de la enfermedad. Esto puede suceder aunque el paciente haya permanecido estabilizado durante un largo período. Por ello su pareja y usted no deben confiarse en una falsa sensación de seguridad, pensando que el trastorno ha desaparecido o que “se ha curado” (esa forma de pensar, como explicaré en el capítulo 6, puede llevar a interrumpir la medicación, lo que supondrá la reaparición de la enfermedad). Imagino que a ambos les gustaría creer que es así, pero es mucho mejor pensar que la enfermedad se halla en estado de “hibernación” o latencia, porque la tendencia del paciente bipolar a sufrir nuevos episodios no desaparece. ***Una vez que se tiene un trastorno bipolar, se tiene para siempre, por mucho tiempo que logre permanecer sin sufrir un episodio anímico.***

Un factor que intensifica el ciclo: la edad

Otra desgraciada realidad del trastorno bipolar es que la duración de los períodos comprendidos entre los episodios tiende a decrecer con la edad. Se ha observado que esto sucede en los dos tipos de trastorno bipolar (I y II). Sé que esto resulta desagradable. Es algo que a mí me costó aceptar. En cambio mi marido, que es un

optimista impenitente, me dijo con razón que yo había estado mucho mejor durante los años más recientes de mi enfermedad, el período en que recibí tratamiento e introduje cambios importantes en el estilo de vida, que durante los años anteriores.

También creo que es importante recordar que, cuando los estudios ponen de manifiesto descubrimientos como éste, se basan en medias de grupos de personas, no en resultados individuales. Y, como sucede con casi todo lo que guarda relación con la evolución del trastorno bipolar, la evolución de la enfermedad varía notablemente de una persona a otra.

Con todo, si usted lee este libro en un momento en que observa que los episodios de su pareja son cada vez más frecuentes, supongo que estará muy preocupado y querrá saber si usted o su pareja pueden hacer algo para reducir esa frecuencia. En caso de que su pareja reciba atención médica, lo primero es consultar al psiquiatra si es posible introducir algún cambio en la medicación. Lo segundo será buscar los factores físicos y/o psicológicos que desencadenan o precipitan los episodios anímicos, y aunar esfuerzos para reducir la presencia de dichos factores en la medida de lo posible. Me referiré brevemente a los factores estresantes en un momento posterior de este capítulo y, más a fondo, en el capítulo 7. Baste con decir ahora que, una vez que descubre algún elemento que precipita “el estallido” de su pareja, usted puede contribuir a evitar que una chispa se convierta en un incendio.

Factores desencadenantes del trastorno bipolar y teoría del kindling

Algunos expertos creen que el motivo por el que se incrementa la frecuencia de los episodios con la edad es que se desencadenan cada vez más fácilmente o requieren un menor factor desencadenante (o ninguno). Esta explicación es coherente con la “teoría del kindling” (*kindling* significa “yesca”, aunque el término no se traduce), que se refiere a la capacidad de una enfermedad mental de llevar su propia vida. Se conjetura que, si bien el primer episodio de la enfermedad puede producirse como reacción a un factor desencadenante importante –como la pérdida del empleo o una separación muy dolorosa–, los siguientes episodios se desencadenan a causa de acontecimientos cada vez menos estresantes. A la larga, la enfermedad desarrolla la capacidad de inflamarse (como la yesca), de modo que se requiere un factor mínimamente estresante, o incluso ninguno, para iniciar nuevos episodios de la enfermedad. (A mi modo de ver, existe siempre algún tipo de factor que desencadena los episodios anímicos. Tales factores pueden parecer mínimos o no resultar estresantes para otras personas, por lo cual pasan desapercibidos, o pueden ser pensamientos o cambios hormonales –véase la página 83– que obviamente no pueden ser presenciados por un observador).

Afrontar la recurrencia

¿Cómo asumir la certeza (y la consecuente ansiedad) de que la enfermedad probablemente va a reaparecer? Con el fin de llevar algo semejante a una vida normal, creo que es muy importante adoptar la actitud de “estar aquí y ahora”. Es decir, hay que intentar vivir intensamente la vida en el momento actual, sin proyectarse hacia un futuro muy lejano.

Un buen ejemplo del vivir en el ahora para mí es el acto de escribir este libro. Mientras lo hago estoy totalmente centrada en el proceso de escritura y disfruto con ello. No pienso en acabar este capítulo (ni todo el libro). Centro toda la atención en lo que intento comunicar en este momento. Por lo tanto, justo ahora estoy completamente relajada, nada estresada.

Esta concepción de la vida tiene cierto influjo de la filosofía oriental. (Su pareja o usted, o los dos, descubrirán que las prácticas meditativas contribuyen a desarrollar esta mentalidad; véase la bibliografía recomendada a este respecto en el apartado de Recursos). La tendencia norteamericana consiste en no perder de vista el objetivo, sin centrarse tanto en el proceso como en la consecución del premio. Aunque para todos es importante tener objetivos y desear su cumplimiento, le animo a que sopesa la idea de que a usted y su pareja les beneficiaría prestar más atención al “ahora”. De ese modo ambos reducirían la ansiedad ligada al futuro, lo cual contribuiría a normalizar el presente.

¿Y qué sucede si tienen que planificar algo? Por ejemplo, pongamos que los dos quieren hacer un viaje. En una situación así, lo que sugiero a mis pacientes y a sus parejas es que intenten programar las vacaciones con pocas semanas de antelación, para mayor seguridad (suponiendo, claro está, que ambos estén bien en el momento actual). Así se reduce la ansiedad asociada a la incertidumbre de si el enfermo bipolar se encontrará bien en un momento determinado.

Sé que a veces no es viable esta propuesta. Si en su trabajo exigen que se programen las vacaciones con mucha antelación, o el lugar adonde quieren ir requiere una reserva muy temprana (como sucede cuando quieren canjear los kilómetros de viajero frecuente), no se puede ser tan flexible. Pero si está en su mano minimizar el tiempo comprendido entre la decisión de hacer algo y la fecha en que prevén hacerlo, se lo recomiendo.

¿Cuánto duran los episodios anímicos?

Al igual que la frecuencia, la duración de los episodios anímicos es sumamente variable entre los individuos. Pueden durar días, semanas, meses o incluso años. No obstante, en cada individuo la duración de los episodios tiende a ser relativamente constante.

Episodios anímicos no tratados

Los estudios desarrollados con anterioridad a la existencia de medicación para el trastorno bipolar indican que, en términos generales, la duración media de los episodios anímicos (de cualquier tipo) no tratados es de unos seis meses. Por lo que se refiere a los tipos específicos de episodios anímicos, sabemos que los episodios maníacos e hipomaníacos suelen ser más breves (duran días, semanas o pocos meses) que los episodios depresivos, que tienden a prolongarse muchos meses o, en algunos casos, más de un año.

Las investigaciones indican que las depresiones bipolares II persisten más tiempo que las depresiones bipolares I, casi dos veces más (1 año frente a 6 meses). Asimismo, en ambas formas de la enfermedad, sobre todo en el trastorno bipolar II, el porcentaje total de tiempo que el paciente pasa deprimido es mucho mayor que el porcentaje de tiempo en que está maníaco o hipomaníaco (las proporciones son 3:1 y 37:1, respectivamente para el bipolar I y el bipolar II). Así pues, si su pareja sufre un trastorno bipolar II, es probable que la mayor parte del tiempo se halle en un estado depresivo, no hipomaníaco.

El “cambio” maníaco-depresivo

Más de la mitad de los pacientes bipolares pasa directamente de un episodio de trastorno anímico a otro sin la aparición de un período intermedio de ánimo normal. El orden del “cambio” –de la manía (o episodio mixto o hipomanía) a la depresión o de la depresión a la manía (o episodio mixto o hipomanía)– tiende a ser el mismo en cada persona. Por ejemplo, yo me rijo por el esquema hipomanía-a-depresión, es decir, mis momentos altos se dan antes y van seguidos inmediatamente por los momentos bajos. (Ése es uno de los motivos por los que me tomo tan en serio la medicación; los momentos altos no merecen la pena, debido a los inevitables momentos bajos que vienen a continuación).

El consumo abusivo de sustancias prolonga los episodios

Como explicaré en un momento posterior de este capítulo, y de nuevo en otros capítulos posteriores de este libro, cuando se desarrollan los episodios anímicos muchos pacientes abusan del alcohol, las drogas o los medicamentos, sustancias que prolongan (y agravan) los episodios.

La buena noticia es que, con los tratamientos existentes en la actualidad tanto para el trastorno anímico como para el consumo abusivo de sustancias, no hay motivo para que nadie, incluida su pareja, tenga que soportar varios meses de angustia. Como verá, existen medicamentos muy eficaces que surten efecto en períodos relativamente breves de tiempo, así como diversos tipos de terapias psicológicas que reducen la duración de los episodios anímicos.

¿Cómo reacciona usted cuando su pareja sufre un episodio?

Muchos de los familiares con los que entablo contacto me dicen que sienten la necesidad de permanecer casi todo el tiempo con su pareja enferma durante los episodios anímicos, para tener la certeza de que todo está bien. Aunque comprendo este sentimiento, no es bueno para su salud mental velar constantemente por su pareja (en el capítulo 10 encontrará un análisis de lo que debe hacer para cuidarse). Aunque usted desempeña una función esencial en la salud mental de su pareja, en última instancia es ella (y su médico) la responsable de su estado emocional.

Tampoco es de gran ayuda para su pareja que usted la vigile permanentemente. Si se trata de un episodio depresivo, sus desvelos constantes pueden hacer que su pareja se sienta como una carga, o reforzar en ella los sentimientos de desesperanza e inadecuación. Si su pareja está hipomaniaca o maniaca, puede tener la sensación de que usted la “controla” y/o se inmiscuye en sus planes, y puede enfadarse o resentirse por ello.

¿Cuándo debe estar presente y cuándo debe replegarse? ¿Cómo ayudar sin ser demasiado invasivo o entrometido, o sin agotarse hasta el punto de no poder cuidar más de su pareja ni de sí mismo? Abordaré este asunto detalladamente en la segunda mitad de este libro.

Cuatro datos que usted y su pareja deben conocer

- El trastorno bipolar es una enfermedad crónica, recurrente, que en la actualidad no tiene cura.
 - Aunque un paciente puede pasar un largo período de tiempo sin síntomas de la enfermedad, la propensión a sufrir episodios anímicos no desaparece.
 - La medicación es esencial para evitar nuevos episodios de la enfermedad (en los capítulos 4 y 6 encontrará más datos sobre la importancia de la medicación).
 - El estrés suele favorecer la recurrencia; por tanto, reducir el estrés y mitigar su impacto (cuando es inevitable) son factores importantes para la estabilidad anímica; véase el capítulo 7.
-

¿Cómo estará mi pareja en los períodos comprendidos entre los episodios?

¿Cómo estará su pareja entre los episodios? ¿Volverá completamente a la normalidad? ¿Será necesario que usted vaya con cuidado para evitar el desencadenamiento de un nuevo episodio? ¿Cómo se sentirá su pareja? ¿Cómo actuará? Veamos algunas respuestas a estas preguntas.

Recuperación completa y recuperación parcial

Algunos pacientes (la mayoría, según algunos estudios, si bien otros arrojan porcentajes de entre el 25% y el 35%) experimentan una recuperación completa tras un episodio anímico. La recuperación completa equivale a tener el trastorno “en remisión”. Esto significa que su pareja puede estar libre de síntomas de alteración anímica y ser

capaz de desarrollar su actividad al nivel anterior al episodio anímico, ni mejor ni peor. Esto suele denominarse “retorno a la línea base”.

Otras personas sólo consiguen una recuperación parcial tras un episodio anímico. Si éste es el caso de su pareja, ya no cumplirá todos los criterios necesarios de un episodio anímico, pero seguirá teniendo síntomas inquietantes, y/o su funcionalidad laboral o social puede verse afectada de alguna manera.

La recuperación parcial es más común en los episodios de la enfermedad que presentan rasgos psicóticos incongruentes con el estado anímico; es decir, delirios o alucinaciones que no giran en torno a los “temas” depresivos o maníacos; por ejemplo, cuando su pareja cree que sus pensamientos se transmiten a los demás o que éstos pueden leerle la mente.

El hecho de que los pacientes con trastorno bipolar II no presenten, por definición, rasgos psicóticos en sus momentos altos, y que su probabilidad de sufrirlos en las depresiones sea menor que en los pacientes con trastorno bipolar I, indica que tienen más probabilidades de lograr una remisión completa entre los episodios anímicos. En mi ejercicio profesional he observado que esto es cierto en la mayor parte de los casos, incluido el mío.

Depresión doble

Si su pareja ha tenido una remisión parcial tras un episodio de depresión grave, es probable que se repita una situación similar tras los episodios futuros. A veces esto se debe a la existencia de una “doble depresión”. Los individuos que sufren una doble depresión –períodos de depresión leve (distimia) además de episodios de depresión más grave que se diagnostican como depresión grave– pueden tener síntomas depresivos después de pasar por un episodio de depresión grave. Para ellos, la recuperación del estado anterior al episodio depresivo equivale a una vuelta a un estado de distimia.

Recuperación parcial que conduce a una recuperación completa

Algunos pacientes pasan por un período de recuperación parcial que al final conduce a una recuperación completa. A corto plazo esto supone estar un tiempo de baja y/o reanudar gradualmente la actividad laboral. Es lo que le sucedió a Mary Ann.

Mary Ann era profesora a tiempo completo en una facultad de Humanidades. Sufrió el primer episodio maníaco a los 28 años, por lo cual estuvo hospitalizada. Cuando se estabilizó y salió del hospital, observó que no podía volver a trabajar a tiempo completo, porque no soportaba el estrés asociado a impartir clase a cuatro cursos por semana. Con

la aprobación del decano, redujo su carga docente a dos clases durante el semestre de primavera. Al llegar el otoño se sentía mucho mejor y pudo volver a asumir el antiguo horario.

Se encuentra en remisión, pero ¿podrá volver a relacionarse con los demás?

A los pacientes puede costarles mucho volver a relacionarse con los demás aunque se encuentren en un período de remisión. Es posible que les avergüence la conducta que mostraron durante un episodio anímico o que no sepan cómo explicar su aparente “ausencia”, o tal vez teman reanudar la relación con la gente por miedo a sufrir otro episodio. En ocasiones transcurre demasiado tiempo y se pierde el contacto. Es lo que le ocurrió a Katie y Matt.

Durante el último episodio de depresión grave, Katie abandonó por completo toda relación social, incluido el tiempo que pasaba con su novio, Matt. Cuando acabó la depresión y volvió a sentirse como antes, intentó restablecer la relación con Matt, pero los daños causados eran demasiado grandes y ella no fue capaz de arreglar las cosas. En consecuencia, Katie y Matt decidieron separarse.

No piense que esto es lo que va a ocurrir con su relación. Por ejemplo, mi marido y yo llevamos 22 años juntos y celebramos este año nuestro vigésimo aniversario. Y no somos los únicos: muchos pacientes bipolares y sus parejas sobreviven a los episodios anímicos y continúan juntos cuando el episodio remite. Lo mejor que puede hacer su pareja para proteger su salud y la de la relación, por supuesto, es reducir la probabilidad de sufrir nuevos episodios mediante la medicación y las estrategias de autoayuda que contribuyen a prevenir las oscilaciones anímicas.

Trayectoria degenerativa

Antes de dar por cerrado el tema de la recuperación entre episodios, debo decirle que hay un pequeño porcentaje de pacientes que, por desgracia, presenta una trayectoria degenerativa que conlleva una funcionalidad cada vez más maltrecha después de cada episodio.

Marjorie ha observado que su marido, Horward, después de sufrir tres episodios mixtos en cinco años, se parece cada vez menos a la persona que fue. Ya no es capaz de desempeñar su trabajo administrativo y ha asumido un cargo menor que, a pesar de que no está tan bien pagado, le provoca menos estrés. Y aunque antes era una persona muy sociable, ahora le produce una intensa ansiedad estar con otras personas, hasta el punto de que los amigos de la pareja se han ido distanciando.

Si usted se encuentra en una situación similar, entiendo lo difícil que debe de ser para usted. Cuando un ser querido pierde funcionalidades a causa de cualquier tipo de enfermedad crónica, es muy triste y a la vez muy estresante. Tendrá que asumir usted las funciones que antes desempeñaba su pareja y renunciar a aspectos de la vida que antes compartían. Es posible que cambien también sus sueños de futuro. Esto no significa que no tengan cosas con las que ilusionarse, sino que deben adaptar sus expectativas, un tema del que ocuparé en un momento posterior de este libro.

¿Por qué se desencadenan los episodios anímicos?

Los episodios anímicos pueden surgir a raíz de numerosas situaciones o factores estresantes de carácter físico o ambiental.

Alteración del ciclo sueño-vigilia

Como ya señalé en el capítulo 1, la reducción del sueño puede ser un síntoma de manía, hipomanía y depresión, pero también puede contribuir a su desarrollo. En concreto, es bastante común que la disminución de las horas de sueño provoque la manía o la hipomanía o convierta la hipomanía en manía.

Después de pasar varias noches en vela a causa de la enfermedad de su hijo, el estado de ánimo de Aisha se volvió hipomaniaco. Aunque Brent conocía las consecuencias potenciales de la reducción del sueño, trabajó hasta altas horas en un proyecto especial que debía terminar al final de la semana. El brote hipomaniaco rápidamente derivó en un episodio maniaco. Charlie y su mujer, en las últimas vacaciones, salieron a menudo por la noche con otras parejas que viajaban con ellos en un crucero. Al cabo de dos noches de poco descanso, Charlie se puso hipomaniaco.

(Dado que la reducción del sueño puede elevar el estado anímico, la privación del sueño se ha utilizado como tratamiento de la depresión bipolar. Sin embargo, como verá en el capítulo 4, este método puede provocar hipomanía, de modo que debe utilizarse con cautela y siempre bajo la supervisión de un médico).

Dado que el sueño insuficiente se correlaciona claramente con el comienzo de los episodios anímicos, los estudios indican que *cualquier alteración o cambio* en el ciclo normal de sueño-vigilia es perjudicial, aunque la persona acabe durmiendo el número de horas habitual. Esto significa que acostarse y levantarse más tarde que de costumbre no es aconsejable en los pacientes bipolares. Es mucho mejor tener un horario de sueño regular, preferentemente igual en días laborables y fines de semana.

Otras alteraciones del ciclo habitual de sueño-vigilia también pueden resultar

problemáticas. Por ejemplo, no es extraño que los pacientes bipolares tengan dificultades para adaptarse a los cambios de horario de invierno y verano. El cambio de husos horarios en los viajes puede desencadenar también episodios anímicos.

A Steve le encanta viajar con su mujer, Linda, pero sabe que los cambios abruptos y radicales a zonas horarias diferentes puede provocarle un estado maníaco. Por tanto, en lugar de viajar a lugares muy lejanos, escogen puntos que sólo supongan una o dos horas de cambio horario. Además, antes de iniciar un viaje, Steve altera gradualmente su horario de sueño-vigilia, para acostumbrarse a la “nueva hora” antes de llegar al lugar de destino. Por ejemplo, si va a viajar del Medio Oeste a Nueva York, empieza a retrasar la hora de acostarse una semana antes del viaje, en incrementos diarios de 15 minutos, hasta que se adapta a la hora estándar de la Costa Este.

Cambios de rutina

Los cambios de rutina, al margen de los que afectan al ciclo de sueño-vigilia, también pueden repercutir en el desarrollo de los episodios anímicos. De hecho, el efecto de este factor en parte constituye el fundamento de un tipo de terapia psicológica que, según se ha observado, resulta eficaz para los individuos bipolares: la terapia del ritmo social e interpersonal, de la que hablaremos en el capítulo 4.

Por muchos motivos, las vacaciones son difíciles para mí. En primer lugar, suelen conllevar un cambio de huso horario. Aunque no se dé este cambio, tengo dificultades para dormir en cualquier lugar que no sea mi dormitorio. Por último, es evidente que mi rutina diaria normal se ve completamente alterada cuando estoy fuera de casa. Sin embargo, como a mi marido le gusta viajar, he desarrollado métodos para sobrellevar algunos de estos problemas. Al igual que Steve y su mujer, procuramos viajar a sitios que no conlleven cambios horarios bruscos. También programamos vuelos que no interfieran con mi ciclo normal de sueño-vigilia (por ejemplo, evitamos los vuelos que salen a las siete de la mañana o que llegan a las doce de la noche). Por lo que se refiere a la importancia de dormir bien fuera de casa, recurro a mis mejores trucos de “higiene del sueño” (que comentaré en el capítulo 7). Y, por último, desarrollo una “rutina” vacacional que tiene “puntos de anclaje” similares todos los días, como hacer ejercicio (caminar) después del desayuno todas las mañanas.

Pautas estacionales

Algunos pacientes presentan una distribución estacional del trastorno bipolar. Aunque nuestro sistema de clasificación psiquiátrica apunta este aspecto sólo en los episodios depresivos, se ha observado que muchas personas tienen también una distribución

estacional de la manía y la hipomanía.

La pauta más común parece ser la depresión de otoño o invierno y la manía de primavera o verano. (Como recordará, en el capítulo 1 señalamos que este aspecto recordaba al trastorno afectivo estacional, que presenta una relación similar con las estaciones, al menos con el otoño y el invierno). La mayor parte de los expertos en este ámbito cree que estas variaciones estacionales del estado anímico están causadas por los cambios en la cantidad de luz diurna que recibimos en los diversos momentos del año. El menor índice lumínico del otoño y el invierno se relaciona con la depresión, mientras que el mayor índice lumínico de la primavera y el verano se relaciona con la manía.

Los pacientes bipolares que sufren depresiones de invierno —es decir, tienen depresiones sólo durante los meses de invierno, o la gran mayoría de sus depresiones se da en esta época del año, por oposición a las restantes estaciones— suelen presentar algunos síntomas característicos en sus momentos bajos. Entre estos síntomas destacan los siguientes:

- Falta de energía.
- Hipersomnia (dormir demasiado).
- Antojos de carbohidratos (impulsos de comer dulces y féculas).
- Ingesta excesiva con aumento de peso.
- Variación diurna invertida.

La “variación diurna invertida” significa que, en lugar de la pauta habitual que se observa en los pacientes deprimidos, según la cual el estado anímico se halla en su momento más bajo al comienzo del día y mejora con el paso de las horas, estos individuos tienen el mejor estado anímico al levantarse por la mañana y luego empeoran con el transcurso del día.

Los pacientes que sufren depresiones de invierno y tienen este perfil sintomático pueden responder muy bien a la fototerapia (véase el capítulo 4). Esta técnica incrementa la exposición diaria a la luz del espectro visual brillante. (Como ya comenté en el capítulo 1, cuando vivía en el Norte solía acudir a una cabina de rayos ultravioleta para incrementar mi exposición lumínica. Estaba convencida de que esto me ayudaba a sobrellevar la tristeza invernal).

Si su pareja tiene una distribución estacional de las oscilaciones anímicas, usted difícilmente podrá controlarlas. Al fin y al cabo, no se pueden evitar los cambios de estación. Ahora bien, en esta situación, hombre prevenido vale por dos: saber que el

episodio se va a producir les permite prepararse para lo que se avecina. Y, si su pareja está bajo la supervisión de un profesional, los médicos también podrán anticiparse a ese momento. Juntos pueden salvar el episodio anímico o minimizar su gravedad.

Los acontecimientos estresantes de la vida

Los acontecimientos psicológicamente estresantes –como la muerte de un ser querido, una separación o un divorcio, el conflicto interpersonal, el estrés laboral o incluso el cambio de residencia– pueden precipitar el desarrollo de un episodio anímico. Los expertos coinciden en que este tipo de acontecimientos influye más en el desencadenamiento de determinados episodios anímicos que la predisposición subyacente (biológico-genética) a tenerlos.

El último factor estresante que he mencionado –las mudanzas– me hace pensar en una paciente a la que empecé a tratar hace unos años. Aunque Donna tenía un largo historial de trastorno bipolar de ciclo rápido, con la medicación y la terapia había alcanzado una buena estabilidad anímica durante casi un año. Como se sentía tan bien, ella y su marido decidieron comprar una casa nueva (mejor y más grande) en otra ciudad, y marcharse del lugar donde ambos se habían criado. Aunque Donna solía comentarme las decisiones importantes de su vida, esta vez no me informó de sus planes de traslado. (Después de la mudanza, cuando al fin me puso al corriente, le pregunté que por qué no me lo había comentado. Me dijo que sabía que yo le diría que no era buena idea [lo cual era probablemente cierto] y no quería verse influida por mi opinión).

Desgraciadamente, como era de prever, el traslado a la nueva ciudad fue desastroso para su salud mental. Factores como la tensión física de la mudanza en sí (embalaje, desembalaje, etc.), estar en un entorno desconocido y lejos de sus amigos, junto con el cambio de rutinas cotidianas, hicieron que Donna empezase a presentar de nuevo un ciclo rápido. Y esta vez estaba peor que nunca, tan abatida que hasta tenía ideas suicidas. Aunque superó esta crisis sin infligirse daños, continuó inestable y con ciclos rápidos durante el año siguiente. Al final, Donna comprendió que el nuevo lugar de residencia no le sentaba bien, y, alentados por mí, su marido y ella regresaron a su ciudad natal. Afortunadamente, desde entonces Donna está muy bien.

Donna y su marido podían elegir el lugar donde querían vivir. Pero ¿qué habría ocurrido si la pareja se hubiese visto obligada a mudarse, quizá porque lo requería el trabajo de uno de los dos? En ese caso, hay varias cosas que podía haber hecho Donna para contribuir a la transición hacia el nuevo lugar de residencia. Las visitas frecuentes a la nueva ciudad antes del traslado podrían haber reducido parte del estrés que conlleva

estar en un lugar desconocido. Donna y su marido podrían haber ido a alguna iglesia o sinagoga para contar con un apoyo social y una estructura en su nueva vida. Y si el presupuesto se lo hubiera permitido, Donna podría haber contratado a alguien que le ayudase a embalar y desembalar los enseres de su casa.

Como sucede cuando se cambia de trabajo, a veces ustedes se encontrarán en circunstancias estresantes que no pueden controlar, en cuyo caso usted y su pareja deben utilizar todos los recursos disponibles para aliviar la difícil situación. Pero si se enfrentan a situaciones estresantes que en parte son controlables, es importante sopesar el estrés potencial de las decisiones vitales que toman juntos. La minimización del estrés puede contribuir a maximizar la estabilidad anímica de su pareja.

“Pequeños” factores estresantes que tienen una importante repercusión

No siempre son factores estresantes de gran relevancia vital, como los que mencionaba al comienzo de este apartado, los que desencadenan un problema anímico. El estrés depende del cristal con que se mira, y cada cual tiene sus propios desencadenantes idiosincrásicos, algunos de los cuales pueden estresar mucho a su pareja, aunque a usted le parezcan irrelevantes o incluso tontos. Si los dos conocen estas situaciones, estarán en mejores condiciones de evitarlas o, al menos, de minimizar su repercusión potencial.

Por ejemplo, una situación que me genera mucha ansiedad, y que creo que a la mayoría de la gente no le resulta estresante, es ir al médico, casi cualquier tipo de médico. Sé que puede resultar extraño, sobre todo teniendo en cuenta que soy psicóloga, y no sé exactamente por qué me sucede esto (aunque tengo algunas sospechas). Sin embargo, precisamente porque sé que esto es problemático, nunca pido dos citas médicas en la misma semana. Las espacio para no “sobrecargarme”. También me ayuda que mi marido sepa que las citas médicas me resultan difíciles. Casi siempre se ofrece a venir conmigo, cosa que agradezco aunque luego no acepte el ofrecimiento. También intenta no presionarme con nada más en los días de esas visitas. (Juntos intentaremos descubrir los factores desencadenantes de los episodios anímicos de su pareja, y cómo tratarlos, cuando lleguemos al capítulo 7).

Episodios anímicos inducidos por sustancias

Los episodios maníacos y depresivos pueden ser provocados por el consumo de medicamentos, alcohol o drogas. No obstante, algunos expertos en este campo han cuestionado que estas reacciones anímicas sean auténticos episodios de trastorno bipolar. ¿Obedecen a una vulnerabilidad interna (biológico-genética) que se activa por una de estas sustancias, o son “pseudo”-episodios de este trastorno, inducidos por una droga, sin

que reflejen una enfermedad subyacente? Mi opinión personal es que los episodios anímicos que se precipitan a causa del consumo de ciertas sustancias probablemente reflejan una predisposición al trastorno anímico.

Sustancias que desencadenan o empeoran la manía

Las sustancias que inducen (y exacerban) con mayor frecuencia la manía son la cocaína y las anfetaminas, ambos estimulantes. Los medicamentos derivados de las anfetaminas y otras sustancias similares, como Ritalin y Adderall, que se emplean a menudo para tratar el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, también pertenecen a esta categoría. Algunos pacientes han desarrollado subidas anímicas similares a la manía por el consumo de hierbas estimulantes que se venden sin receta, como la efedra, también denominada *ma-huang*.

El alcohol también se relaciona con el desencadenamiento de los episodios maníacos. No obstante, dado que es frecuente abusar del alcohol y los estimulantes durante los episodios de manía (los estimulantes, para conseguir una subida anímica más elevada y prolongada; el alcohol, para atenuar la “aceleración” asociada a la manía), el consumo de estas sustancias puede ser más una consecuencia de la alteración anímica que una causa. En cualquier caso, tanto si las sustancias son causa como si son consecuencia, no cabe duda de que su consumo exagera el trastorno bipolar.

Las investigaciones indican que los medicamentos antidepresivos pueden desencadenar la manía. El “índice de oscilación” maníaca, como se denomina la frecuencia con que los fármacos inducen la manía, varía en función del tipo de antidepresivo. Algunos de estos medicamentos presentan índices de hasta el 10%, mientras que en otros casos el índice es cercano a 0. Los antidepresivos también parecen tener la capacidad de inducir el ciclo rápido en los pacientes bipolares. (Como puede imaginar, estos descubrimientos sobre los antidepresivos plantean un interrogante a los psiquiatras que tratan la depresión bipolar, un aspecto que abordaré en el capítulo 4).

Es también sabido que los esteroides causan oscilaciones anímicas y se cree que tienen una alta probabilidad de inducir la manía. Por ello los médicos tienden a ser muy precavidos con la prescripción de la cortisona oral y otros esteroides a los pacientes bipolares. Por suerte para mí, cuando necesité este medicamento para tratarme una lesión de espalda, mi estado de ánimo no se vio afectado (de hecho, quizá contribuyó a estabilizarme en cierto modo, porque eliminó gran parte del dolor que sentía). Sin embargo, no presuponga que la experiencia de su pareja será la misma. Si su pareja ha tenido algún problema con la cortisona en el pasado, es probable que sufra el mismo tipo

de reacción en el futuro.

Afecciones que pueden imitar o exacerbar el trastorno bipolar

Algunas enfermedades que desencadenan estados anímicos depresivos o similares a la manía afectan al sistema endocrino, concretamente a la glándula tiroidea y las glándulas suprarrenales. El hipertiroidismo, un metabolismo que se acelera a causa de una hiperactividad de la glándula tiroidea, y la enfermedad de Cushing, un trastorno raro causado por la producción excesiva de cortisol en las glándulas suprarrenales o por el consumo excesivo de esteroides, pueden provocar estados similares a la manía. Por otra parte, el estado de ánimo depresivo puede deberse al hipotiroidismo, un metabolismo demasiado lento a causa de una glándula tiroidea infraactiva (si su pareja tiene este problema, le recomiendo el libro *Thyroid Power* de Richard y Karilee H. Shames), y la enfermedad de Addison, un afección poco común causada por una grave reducción de la actividad de las glándulas suprarrenales. (Ahora que abordamos el tema de las hormonas, debo señalar que los cambios hormonales femeninos relacionados con la menstruación, el parto y la menopausia pueden contribuir también a la manifestación del trastorno bipolar, como explicaré cuando me centre en los efectos del género en la evolución del trastorno bipolar).

Se ha observado asimismo que el déficit de vitamina B₁₂ puede precipitar la conducta maniaca y depresiva. Otras vitaminas del grupo B (la B₆ y el ácido fólico), así como el mineral picolinato de cromo también se han relacionado con la depresión.

Los niveles de hormonas, vitaminas y minerales pueden determinarse con simples análisis de sangre, de modo que cualquier médico de cabecera o especialista puede evaluar si su pareja sufre algunas de las afecciones arriba señaladas. Existen otros procedimientos más complejos que emplean los endocrinólogos para evaluar los desequilibrios hormonales (como los análisis de 24 horas de orina y las pruebas de estimulación hormonal). Así pues, si sospecha que su pareja padece este problema, le animo a que consulte a un especialista.

Sustancias que desencadenan o empeoran la depresión

El alcohol puede precipitar o agravar la depresión bipolar. Los individuos que recurren al alcohol para bloquear las emociones dolorosas asociadas a los momentos anímicamente bajos suelen observar que sólo surte efecto durante un breve período de tiempo. Posteriormente, el efecto depresivo de la droga los deja aún peor que antes de empezar a beber.

Entre los medicamentos con o sin receta que pueden causar o exacerbar la depresión se cuentan ciertos antihistamínicos, algunos tranquilizantes, los barbitúricos, el fármaco antiacné Accutane, las píldoras anticonceptivas y algunos medicamentos para controlar la presión sanguínea.

¿Su pareja abusa de las sustancias?

Si su pareja consume en exceso alcohol, medicamentos o drogas, deberá tratarse este problema junto con el trastorno bipolar. No dé por hecho que el consumo abusivo de sustancias cesará automáticamente en cuanto el trastorno bipolar esté bajo control. Si acaso, es al revés: es preciso eliminar el problema del consumo de sustancias para que sea posible tratar adecuadamente el trastorno bipolar. En el capítulo 7 me referiré al modo de tratar el abuso de sustancias.

¿Influye la edad a la que se inicia la enfermedad?

He señalado anteriormente que la frecuencia de los episodios anímicos aumenta con la

edad de los pacientes bipolares. ¿Pero a qué edad se inicia la enfermedad? ¿Tiene alguna importancia el momento en que se haya desarrollado el trastorno por primera vez? ¿Repercute en la evolución de la enfermedad la edad a la que haya empezado a manifestarse?

Los estudios comparativos entre los pacientes bipolares que desarrollaron la enfermedad en la adolescencia y los que la iniciaron en la edad adulta no observan ninguna diferencia en el número o la gravedad de los episodios anímicos experimentados a lo largo del tiempo. Pero en lo que respecta a los individuos bipolares que desarrollaron la enfermedad en la primera infancia, antes de la pubertad, la cosa cambia.

Los resultados de los estudios de seguimiento a corto plazo (durante dos años) indican que los niños bipolares presentan una modalidad mucho más grave de la enfermedad – una sucesión de episodios continuos de ciclo rápido, con síntomas fundamentalmente mixtos y sin recuperación entre episodios (puesto que se encuentran casi siempre en un episodio)– que los adolescentes y adultos, que por lo general sufren episodios discretos que suelen durar semanas o meses y alternan con períodos de recuperación plena o parcial.

La diferencia puede deberse a una mayor “carga genética” de predisposición a la enfermedad en los niños (más parientes con trastornos anímicos, y con trastorno bipolar en concreto, a veces manifestado en las dos ramas de la familia) respecto del caso más frecuente de los individuos que inician la enfermedad en la adolescencia o la edad adulta.

¿Qué sucede con la evolución a largo plazo de los individuos que desarrollan el trastorno bipolar a una edad muy temprana? ¿Los episodios crónicos de ciclo rápido dan paso a los episodios discretos, característicos de los individuos que inician la enfermedad en la adolescencia o en la edad adulta? Sorprendentemente, no existe apenas información sobre este punto, tal vez porque la respuesta requiere un largo período de seguimiento prospectivo (observación de los niños durante la adolescencia y hasta bien entrada la edad adulta). Mi hipótesis, si tuviera que aventurar alguna respuesta, es que el trastorno bipolar que se inicia en la infancia se relaciona, probablemente, con una evolución más crónica y una peor respuesta, como sucede con muchos otros trastornos psiquiátricos. Ahora bien, la ciencia no se basa en la especulación, de manera que, para responder a esta pregunta, tendremos que esperar a que haya resultados de estudios bien dirigidos.

¿Afecta el género a la evolución de la enfermedad?

La evolución del trastorno bipolar en el hombre y la mujer difiere en diversos aspectos.

El primer episodio de la enfermedad en las mujeres suele ser una depresión grave, mientras que en los hombres suele manifestarse como manía. Además, en la mujer la enfermedad presenta el doble de episodios depresivos que en los hombres.

Curiosamente, aunque el trastorno bipolar se distribuye a partes iguales entre hombres y mujeres, la forma de ciclo rápido de la enfermedad, que presenta entre el 5% y el 15% de los pacientes bipolares I y II, es mucho más común en las mujeres (tres cuartas partes son mujeres). Se han propuesto varias teorías para explicar este dato. Una es que las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de sufrir problemas de tiroides, que se relacionan con el ciclo rápido. Otra es que las hormonas femeninas, sobre todo los estrógenos, explican la diferencia entre hombres y mujeres. Por último, se ha conjeturado que las mujeres es más probable que tomen medicamentos antidepresivos (porque, como he señalado antes, tienen más episodios depresivos que los hombres) y esto puede causar el ciclo rápido.

Kimberly, de treinta y nueve años, no se ha tratado el trastorno bipolar de ciclo rápido que padece. Durante tres semanas al mes está deprimida: llora, está nerviosa, desea la muerte y se queda sola llamándose gorda y tonta. La cuarta semana del mes, oscila hacia la hipomanía: está muy animada, pero irritable y agitada si algo le contraría; piensa que es mucho mejor que los demás; está muy productiva y llena de energía, pero necesita dormir menos.

Aunque, como he sugerido antes, la forma de trastorno bipolar de ciclo rápido tiende a presentar un peor pronóstico que otras formas de la enfermedad (sobre todo si no se trata), se ha observado que los nuevos medicamentos psiquiátricos y el uso de otros agentes –como la forma activa de la hormona tiroidea (T3 o citomel)– contribuyen a su control. Así pues, si su pareja tiene un trastorno bipolar de ciclo rápido, hay motivos para ser optimistas. Trataré más a fondo este asunto en el capítulo 4.

Los efectos de los cambios hormonales en las mujeres bipolares

Si su pareja es una mujer, se preguntará en qué medida influye el flujo de las hormonas sexuales en la evolución de su enfermedad.

“Mi mujer está peor en determinados momentos del mes. ¿Es algo típico del trastorno bipolar?”.

Dado que muchas mujeres que no padecen trastorno bipolar afirman tener síntomas de ansiedad y/o depresión en los días previos a la menstruación (síndrome premenstrual), sería lógico suponer que los síntomas bipolares empeoran en los días previos al menstuo. En realidad, las observaciones científicas varían: en algunos estudios un

número significativo de mujeres bipolares afirma sufrir un empeoramiento de sus síntomas depresivos varios días antes de la menstruación; en otros estudios no se pone de manifiesto esta relación. De modo que lo único que podemos concluir en este momento es que la posible relación entre los episodios anímicos y el ciclo menstrual es algo muy individual.

“¿Cómo estará después de tener un niño? Tengo entendido que el posparto es duro para las mujeres que padecen un trastorno bipolar”.

Como he señalado en el relato que encabezaba este capítulo, el momento de mayor riesgo de sufrir un episodio anímico en la vida de la mujer bipolar se da después del parto. Aunque no está totalmente clara la causa de esta susceptibilidad, muchos piensan que se relaciona con los rápidos y bruscos cambios hormonales que se producen en el posparto. También puede relacionarse con el estrés emocional y físico (incluida la privación de sueño) que conllevan el parto y el nacimiento del bebé. En algunas mujeres el posparto supone el comienzo del trastorno bipolar; para otras es la continuación de una enfermedad que ya se había manifestado con anterioridad.

Lo más frecuente es la depresión posparto, pero puede darse también la manía posparto (a menudo denominada en los medios “psicosis posparto”). Si se desarrolla un episodio maníaco en el posparto, puede haber un riesgo creciente de recurrencia en los siguientes períodos posparto.

El riesgo de sufrir episodios anímicos en el posparto, junto con otros muchos factores, puede influir en su decisión de tener hijos. Analizaré más a fondo este tema peliagudo en el capítulo 10. Por ahora lo primero que deben hacer usted y su pareja es una evaluación honesta de la enfermedad de su pareja, donde se establezca principalmente cuál es la gravedad de los síntomas y qué probabilidades tiene de seguir así en el futuro. ¿Puede hacer frente a las exigencias que conlleva tener un niño? ¿Se encuentra en condiciones de dedicar el tiempo y la atención que requiere un bebé (o un niño pequeño, o un niño de mayor edad)?

Otro factor que conviene tener en cuenta es qué medicamentos toma su pareja y si puede seguir tomándolos durante parte del embarazo. Por último, conocer la extensión del trastorno bipolar en la familia de su pareja (y el tipo de trastorno de que se trata) puede ayudar a valorar el riesgo genético de que se transmita la enfermedad a su hijo.

Después de sopesar todos esos elementos, mi marido y yo decidimos no tener hijos. Como comprenderá, fue una de las decisiones más difíciles y dolorosas que hemos tomado, al igual que podría serlo para usted y su pareja. También fue algo que puso a

prueba nuestra relación, que dura ya más de dos décadas, como ya sabe.

“¿Cómo será el trastorno bipolar de mi mujer durante la menopausia y después?”.

Debido a los bruscos cambios anímicos causados por la rápida fluctuación hormonal que se da durante los períodos de la perimenopausia y la menopausia, estas fases pueden ser muy difíciles de sobrellevar para las mujeres bipolares. En cambio, si su pareja ha tenido la forma de ciclo rápido del trastorno bipolar, es posible (al menos se ha lanzado esta hipótesis) que la disminución de los estrógenos tras la menopausia incremente la duración de los períodos comprendidos entre los ciclos anímicos.

Emily, de 47 años, sufre un trastorno bipolar y lo pasa mal desde que entró en la menopausia. Ahora tiene etapas en que su estado anímico varía de una hora a otra. No sabe si este ánimo cambiante guarda relación con las fluctuaciones hormonales o si se ha agravado el trastorno bipolar. Lo único que tiene claro es que no parece la misma persona. Para llegar al fondo de la cuestión, su psiquiatra sugiere que visite al ginecólogo o al endocrinólogo con el fin de analizar los niveles hormonales.

Las mujeres y el trastorno bipolar

- Es probable que el primer episodio de la enfermedad en la mujer sea una depresión grave.
- A lo largo de la enfermedad, las mujeres bipolares sufren el doble de episodios depresivos que los hombres bipolares.
- Las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de presentar la forma de ciclo rápido del trastorno bipolar, según una proporción de 3:1.
- No existe una relación clara entre el ciclo menstrual de la mujer y la aparición de los síntomas bipolares; dicha relación varía de una mujer a otra.
- En las mujeres, el mayor riesgo de sufrir un episodio anímico se presenta después de dar a luz, es decir, en el período posparto.

Las hormonas sexuales masculinas y el trastorno bipolar

Antes de dejar el tema del género y las hormonas, creo importante señalar que muchos hombres también pasan por una etapa de la vida en que se reducen sus hormonas sexuales, a semejanza de la menopausia femenina (en el caso del hombre, se llama “andropausia”). La disminución de los niveles de testosterona (que suele comenzar a partir de los 50 años) se ha relacionado con la depresión, lo que, a su vez, puede exacerbar el trastorno bipolar. Si su pareja es un hombre de esta edad, le convendría hacerse un análisis de sangre (en su médico de cabecera o en el endocrinólogo) para evaluar la cantidad de testosterona en sangre. La terapia sustitutiva de la testosterona puede ser una opción interesante. (Para obtener más información sobre este problema, así como sobre su tratamiento, recomiendo el libro *The Testosterone Syndrome*, de

Eugene Shippen y William Fryer).

¿Mi pareja puede desarrollar otras enfermedades psiquiátricas?

¿El trastorno bipolar de mi pareja la predispone a desarrollar otros problemas adicionales? ¿O podría “convertirse” el trastorno bipolar en otro tipo de enfermedad?

Esquizofrenia

Como ya apunté en el capítulo 1, en ocasiones a los médicos les cuesta distinguir la manía activamente psicótica de la esquizofrenia. Por ello es frecuente que las parejas y otros familiares de mis pacientes bipolares me pregunten, sobre todo cuando el diagnóstico es bipolar con rasgos psicóticos, si la afección de su ser querido podría derivar en esquizofrenia. Para su tranquilidad, le diré que los pacientes bipolares no tienen mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia. La obtención de un historial completo y veraz de la enfermedad, así como el seguimiento de su pareja a lo largo del tiempo, facilitará que la afección de su pareja se diagnostique con precisión.

Trastornos de la personalidad

Como ya señalé en el capítulo 1, no es infrecuente que los individuos bipolares tengan también trastornos de la personalidad. Pero dado que los trastornos de la personalidad, por definición, comienzan en la adolescencia y están bien arraigados en la edad adulta, una persona que no tenga ese trastorno no puede desarrollarlo en una fase posterior de la vida.

Trastornos de ansiedad

Muchos pacientes bipolares sufren trastornos de ansiedad –trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y fobias– además del trastorno bipolar. Estos trastornos pueden preceder o seguir al comienzo del trastorno bipolar, pero en cualquier caso es importante que su pareja se los trate, porque la ansiedad (además de constituir en sí un problema) suele precipitar el desarrollo de los episodios anímicos, principalmente de hipomanía y manía.

Consumo abusivo de sustancias

Como veremos detalladamente en el capítulo 7, los pacientes bipolares presentan un riesgo elevado de dependencia o consumo abusivo de alcohol, fármacos o drogas. De hecho, más de la mitad (60%) padece este problema. Ya he señalado anteriormente que

esto también puede agravar la evolución de la enfermedad, prolongando los episodios anímicos e incrementando su severidad. Un aspecto muy preocupante, como veremos en el apartado siguiente, es que los problemas asociados al consumo de sustancias en pacientes bipolares se relacionan en gran medida con la conducta suicida.

¿El trastorno bipolar II se convierte en trastorno bipolar I?

Aunque este aspecto no equivale, técnicamente, al desarrollo de otro trastorno psiquiátrico, si su pareja tiene un trastorno bipolar II, usted seguramente se preguntará qué probabilidad existe de que la enfermedad se convierta en otra forma más grave de trastorno bipolar. Me complace decirle que muy pocos pacientes bipolares II desarrollan auténticos episodios maníacos; se estima que entre el 5% y el 15%.

Algunos expertos creen que este hallazgo respalda la idea de que los trastornos bipolar I y II son enfermedades independientes, aunque emparentadas. Así lo confirman los estudios sobre la enfermedad en los familiares. Los pacientes bipolares I tienen familiares con trastorno bipolar tanto de tipo I como de tipo II en sus árboles genealógicos, mientras que los bipolares II suelen tener sólo parientes con esa misma modalidad, no con trastorno bipolar I.

Riesgo de mortalidad en el trastorno bipolar

Es un hecho triste que la tasa de mortalidad es dos veces más elevada en los pacientes bipolares que en otros individuos de la misma edad que no padecen la enfermedad. Algunos datos recientes indican que las tres causas principales de mortalidad en los individuos bipolares, en orden decreciente de frecuencia, son la enfermedad cardiovascular, el suicidio y los accidentes.

La enfermedad cardiovascular

Un factor de riesgo de enfermedad cardíaca potencialmente modificable es el tabaco. Varios estudios han puesto de manifiesto que un alarmante 55% de los pacientes bipolares fuma cigarrillos. Por preocupante que resulte esta cifra, lo cierto es que no me sorprende. La nicotina es una droga bifásica: puede estimular y, alternativamente, relajar, dependiendo de la dosis (el número de cigarrillos que se fuman). Debido a estos efectos, creo que muchos individuos que luchan contra los síntomas bipolares recurren a los cigarrillos como estabilizador anímico.

Sé que cuando dejé de fumar hace 10 años me volví mucho más inestable que nunca en el plano emocional; es decir, mi estado de ánimo cambiaba más fácilmente. Lloraba y

me enfadaba con mayor facilidad, y esto duró varios años, de modo que no fue un mero síndrome de abstinencia. Por fin, cuando me ajustaron el tratamiento farmacológico, el problema cesó.

Otro factor de riesgo cardiovascular es la presencia del síndrome metabólico. Este síndrome se define por tener tres o más de las cinco afecciones siguientes:

- Obesidad abdominal, definida como un contorno de cintura mayor de 100 centímetros en los hombres y de 90 centímetros en las mujeres.
- Triglicéridos elevados.
- Colesterol elevado.
- Hipertensión.
- Altos niveles de glucemia en ayunas.

Desafortunadamente, varios medicamentos eficaces para el trastorno bipolar incrementan la probabilidad de desarrollar el síndrome metabólico, sobre todo en dosis elevadas. (Como sucede en cualquier otra enfermedad, los riesgos del tratamiento, o los potenciales efectos adversos, deben considerarse en relación con los beneficios potenciales). Tal como comentaré en detalle en el capítulo 4, recientemente se han desarrollado dos fármacos que pueden ser tan eficaces en el tratamiento de los síntomas bipolares como los más antiguos, sin incrementar el riesgo de síndrome metabólico. Por lo tanto, muchos psiquiatras están introduciendo estos nuevos fármacos en el tratamiento del trastorno bipolar.

Suicidio

Trágicamente, gran parte del incremento de la mortalidad en el trastorno bipolar se atribuye al suicidio. Los estudios muestran que el índice de suicidio en los pacientes bipolares I y II oscila entre el 10% y el 15%, y que el 25% intenta acabar con su vida tarde o temprano.

Sé que son datos difíciles de asumir. Nadie quiere pensar que la persona a la que ama podría intentar causarse daño deliberadamente. No obstante, resulta fundamental tener en cuenta que la prevención es un factor crítico para la seguridad del paciente. La prevención de los episodios anímicos es la prevención del suicidio.

También debe saber que casi la mitad de los suicidios bipolares se relaciona con el consumo de alcohol o drogas, así como con el trastorno anímico. Junto con el factor concurrente del consumo de sustancias, el riesgo de suicidio es especialmente elevado en

los individuos con rasgos psicóticos, un historial de intentos de suicidio y/o un historial familiar de suicidio.

Aunque, por fortuna, nunca he tenido pacientes que hayan intentado suicidarse (al menos por lo que yo sé, es decir, durante el tiempo en que se trataban conmigo), tengo conocimiento de más intentos de los que puedo recordar. Y uno de los aspectos más espantosos de tales intentos es que los pacientes suelen utilizar para ello su propia medicación, algo que tienen a su alcance y que, en una dosis suficiente, puede ser letal. Por ello, si su pareja tiene tendencias suicidas, conviene tomar algunas precauciones para reducir el riesgo. Esto significa que puede ser necesario controlar la medicación o ingresar a su pareja durante un tiempo en el hospital. Abordaré más a fondo estos asuntos en los capítulos 8 y 9.

Por motivos que no están totalmente claros, algunos datos recientes indican que los individuos con síndrome metabólico que cumplen el criterio de la obesidad tienen mayor probabilidad de presentar un historial con intentos de suicidio. Puede que este hallazgo sea una observación errónea asociada a la gravedad de la enfermedad; es decir, las personas con un trastorno más grave (las que tienen mayor probabilidad de suicidio) toman más medicación (lo que incrementa la probabilidad de obesidad) y, en consecuencia, tienen mayor riesgo de sufrir un síndrome metabólico inducido por la medicación.

Accidentes

Muchos delirios –como los de grandeza, los de invencibilidad y los de tener poderes especiales– pueden llevar a los pacientes a hacer cosas que pueden causarles daño, aunque no lo pretendan deliberadamente. Carrie, que no ha querido tratarse el trastorno bipolar, cree que es invencible. Quiere enseñarle a su marido que nada puede hacerle daño. Para demostrarlo, se tumba en medio de la calzada mientras el tráfico avanza hacia ella. Arnold, que ha dejado de tomar la medicación, cree que puede volar. Sube al tejado para intentarlo, pero lo impide su mujer, que logra disuadirle justo a tiempo.

Sé que estos ejemplos dan miedo. Pero tenga en cuenta que éstos son pacientes con una variedad muy grave de trastorno bipolar I (la modalidad que tiene rasgos psicóticos) y que no están bajo control médico.

Cabría especular que la elevada tasa de muertes accidentales en pacientes bipolares se debe en parte a la impulsividad y la falta de sensatez asociadas con los episodios maníacos (o mixtos). Por ejemplo, James, que se encuentra en una fase de episodio maníaco, ha sufrido cuatro accidentes de tráfico en los dos últimos meses. Habla por el

móvil y se distrae tanto que no atiende lo suficiente a la conducción. A su mujer le preocupa que esté continuamente en la carretera y acabe teniendo un accidente grave o algo peor. Al final, después de una fuerte discusión, la mujer decidió guardar las llaves y ahora es ella la que lo lleva a los sitios.

Las luchas por el control cuando su pareja está descontrolada son inevitables, principalmente si sufre episodios graves de perturbación anímica. Aunque las discusiones pueden hacer mella en su relación a corto plazo, si usted logra hacerse cargo de la situación puede salvarle la vida a su pareja.

Los beneficios del trastorno bipolar: creatividad y liderazgo

Se ha escrito mucho sobre la relación entre creatividad y trastorno bipolar y sobre la infinidad de escritores, pintores y músicos que han sufrido esta enfermedad. En investigaciones recientes se ha puesto de manifiesto que esta percepción se ve respaldada por el hecho de que entre el 30% y el 50% de los artistas de éxito padece trastorno bipolar, un índice diez veces superior al de la población en general.

¿A qué se debe? Probablemente guarda relación directa con los cambios que se experimentan en los procesos cognitivos durante los episodios maníacos o hipomaníacos. Las ideas que se asocian de forma flexible y fluyen sin inhibición pueden dar lugar a medios de expresión novedosos. Además, otras características de los estados maníacos e hipomaníacos –como el incremento de energía, el dinamismo y la productividad, la capacidad de asumir riesgos (los riesgos calculados que pueden derivar en recompensas) y un mayor sentido de seguridad en uno mismo– pueden llevar a las personas creativas a producir grandes obras.

La cuestión que se plantea es si el tratamiento del trastorno bipolar reduce la creatividad y atenúa la expresión artística. Se han desarrollado varios estudios sobre este tema desde que se dispone de tratamientos con litio. Frente a las expectativas, los resultados indicaban que más de la mitad de los artistas estudiados sostenía que el tratamiento con este fármaco incrementaba su productividad artística. También había una cuarta parte para la que el litio no repercutía en su trabajo, y otra cuarta parte que consideraba que el fármaco ejercía una influencia negativa en su obra.

Además de los escritores, músicos y pintores, hay pacientes bipolares que son destacados líderes en otros ámbitos, como la política, los negocios y la ciencia. Estas personas aprovechan los períodos hipomaníacos y maníacos para aspirar a la excelencia. Piensan y actúan de forma poco convencional, lo que les reporta tremendas recompensas que trascienden no sólo sus propias vidas, sino la sociedad en general. Si cabe pensar que

existe alguna ventaja asociada al trastorno bipolar, sin duda es ésta.

Sé que en mi propia vida los períodos hipomaniacos han afectado a mi trabajo generalmente de un modo positivo. La capacidad de ver las cosas claramente y asociar las ideas de formas imaginativas, junto con un incremento del dinamismo y la productividad, fue mi receta del éxito en todos los aspectos de mi trayectoria profesional. ¿Puedo seguir desarrollando mi trabajo igual de bien sin los momentos altos, ahora que mi estado de ánimo se ha estabilizado con la medicación? Creo que sí, y en algunos sentidos aun mejor. Puede que no sea tan rápida como antes haciendo cosas (supongo que esto se debe a la edad, así como a la medicación), pero creo que mi obra es más constante (con un nivel de calidad más estable) que cuando sufría altibajos.

Como ha visto en este capítulo, el trastorno bipolar es una enfermedad crónica grave que mejora sustancialmente con un tratamiento médico adecuado. Ahora bien, ¿qué sucede si su pareja se niega a aceptar que padece esta enfermedad? ¿Y si no acepta que le pase nada y no quiere consultarse con un médico? En el siguiente capítulo veremos qué se puede hacer para superar este rechazo.

3

“¡NO SOY YO!”: cuando su pareja no acepta la enfermedad

El marido de Sharon, Marty, sufre oscilaciones anímicas. Cuando está en momentos bajos, se aparta de ella y del mundo, y se desanima tanto que a Sharon le resulta muy doloroso. Cuando se encuentra en momentos altos, pasa de un estado de euforia a una actitud irritable y polemista en cuestión de segundos, y es tan desagradable que hace llorar a su mujer.

Marty es de la “vieja escuela”. Cree que los problemas debe resolverlos uno mismo sin recurrir a los demás. Pero después de rogárselo durante meses, Sharon logró convencerle de que se consultase con un psiquiatra. El médico le diagnosticó un trastorno bipolar y le recomendó que probase una medicación para estabilizar el estado de ánimo. Sin embargo, Marty se niega a creer que sea lo que denomina un maníaco-depresivo. “No estoy loco –insiste–. ¡Y ese médico no sabe lo que dice!”. No piensa volver al psiquiatra ni tomar la medicación, diga lo que diga Sharon.

Sharon se siente frustrada e impotente. No soporta la idea de que su matrimonio siga igual. ¿Puede hacer algo para que Marty acepte el diagnóstico y pruebe la medicación? ¿Por qué no lo intenta, al menos?

Como ha visto en los dos primeros capítulos de este libro, el trastorno bipolar es una enfermedad crónica muy grave, potencialmente incapacitante, que requiere tratamiento médico. ¿Pero qué se puede hacer si, como le sucede al marido de Sharon, su pareja ha recibido el diagnóstico pero se niega a creer que sea cierto? ¿Y si ni siquiera consigue que su pareja se consulte con un médico, porque no acepta que le pase nada? En cualquiera de los dos casos, nos encontramos ante el mismo problema: la negación.

La negación es algo que deben afrontar con frecuencia los pacientes bipolares y sus parejas, y no sólo antes o inmediatamente después del diagnóstico. Puede reaparecer en cualquier momento de la evolución de la enfermedad, incluso después de que el paciente haya aceptado el diagnóstico.

En este capítulo me centraré en la negación que se produce después de conocer el diagnóstico. Este tipo de negación constituye el mayor obstáculo para el inicio del tratamiento, como sucede en el caso de Marty. Pero si su pareja todavía no se ha diagnosticado, bien porque no se ha consultado o porque el diagnóstico todavía no se ha confirmado, también puede sacar provecho de este capítulo; las formas que adopta el rechazo y las soluciones para superarlo son, en muchos casos, las mismas antes y

después del diagnóstico.

Conozco bastante bien los procesos de rechazo de la enfermedad, y no sólo por mi trabajo con pacientes bipolares y con sus familias. Aunque he sufrido este trastorno durante gran parte de mi vida, no llegué a aceptarlo hasta después de los cuarenta años.

Tal vez le extrañe que una psicóloga versada en el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad cerrase los ojos ante su propia situación durante tantos años. La única explicación que se me ocurre es que honestamente no vi (o no quise ver) la evidencia que tenía ante mí. A pesar del hecho irrefutable de que el trastorno bipolar aqueja a parte de mi familia, y de que he sufrido claros episodios de hipomanía y depresión desde la adolescencia, fui capaz de desligarme por completo de la enfermedad.

No es que no supiese que me pasaba algo. Sabía que sufría períodos de estado anímico bajo, pero los atribuía al clima (cuando vivía en el norte), a las situaciones estresantes, e incluso a mi salud física (recuerdo una ocasión en que pensé que tenía mononucleosis, por lo apática que me sentía). Y como les sucede a muchos otros individuos bipolares, consideraba que mis momentos altos, mis momentos felices, eran mi estado normal. No los consideraba un problema.

No fue hasta después de los treinta años, tras una etapa depresiva especialmente acentuada, cuando empecé a pensar que tal vez me convendría medicarme y consultarme con un psiquiatra. El médico me dijo que sufría un trastorno bipolar, pero desestimé por completo sus palabras (y lo que me decía una tenue voz interior).

Tardé muchos más años en reconocer —es decir, en creer plenamente— lo que me había dicho el médico. Una serie de pasos pequeños, pero muy importantes, me llevó a tomar conciencia de la situación, en gran parte gracias a los recursos y técnicas que presentaré en este capítulo. En definitiva parece que todo cobró sentido para mí en cuestión de segundos, como si se hubiera encendido de pronto una bombilla en mi cabeza. En aquel momento comprendí, con extraordinaria claridad, que yo era como las personas a las que había tratado; es decir, que padecía un trastorno bipolar. Recuerdo que llegué a decirle a la psiquiatra con incredulidad: “¿Tengo trastorno bipolar?”. Y ella respondió con un gesto risueño, puesto que me lo había dicho ya muchas veces: “Sí”.

A partir de esta aceptación comenzó una etapa totalmente nueva. Se abrieron ante mí varias opciones de tratamiento que ni siquiera me había planteado, medicamentos muy útiles para esta enfermedad. También empecé a recurrir a estrategias de autoayuda e introduje en el estilo de vida ciertos cambios que siempre había recomendado a mis pacientes bipolares. Ya que no podía acabar con la enfermedad, me decidí rotundamente

a mantenerla a raya. Y eso es exactamente lo que he hecho. He dejado de sufrir y he empezado a vivir.

Al igual que yo, en cuanto su pareja acepte la enfermedad, podrá tener un mejor futuro. Espero que le ocurra antes que a mí, y con ese propósito comparto con usted mi experiencia y escribo este libro. El primer paso de este proceso consiste en reconocer que existe un problema y que el problema se llama trastorno bipolar; es decir, romper con el muro de rechazo de su pareja.

Sé que muchos de los que leen ahora esto han intentado muchas veces que sus parejas entiendan que necesitan ayuda, pero no lo han conseguido. Puede que crea que, por mucho que lo intente, nunca logrará que su pareja reconozca lo que pasa, y tal vez esté agotado y frustrado por no llegar a ninguna parte. ¡Pero no se dé por vencido! Le ayudaré a comprender por qué su pareja es tan reacia a aceptar el diagnóstico y a someterse a tratamiento, y le daré algunas sugerencias para superarlo, estrategias que han surtido efecto en infinidad de pacientes míos y en sus familias, y que también les serán útiles a usted y su pareja.

Por qué rechaza el diagnóstico su pareja

A los pacientes les cuesta aceptar que tienen trastorno bipolar por diversos motivos. El más común, según mi experiencia, proviene de cómo perciben la enfermedad.

Nadie quiere ser tildado de “loco”

Los términos “bipolar” y “maníaco-depresivo” evocan imágenes aterradoras, muchas de las cuales se deben al modo en que se ha descrito la enfermedad en la bibliografía médica, así como en películas y otras obras de ficción.

El primer paciente con el que tuve contacto en mis tiempos de estudiante universitaria encajaba con este perfil. Era una mujer a la que acababan de hospitalizar por una manía psicótica y todavía no se había estabilizado con la medicación. Su ira (que realmente era furia) era intensa y descontrolada. Profería comentarios horribles y me escupía mientras yo la entrevistaba. (Al ser joven y completamente inexperta, me resultó tan inquietante el caso de esta paciente que empecé a cuestionarme si había elegido la especialidad más adecuada, si había nacido para ser psicóloga).

Nadie quiere pensar que se asemeja, siquiera remotamente, a este perfil. Por suerte ha ido cambiando la imagen de esta enfermedad. Hoy sabemos que el trastorno bipolar no se manifiesta sólo como “blanco o negro”, con manías psicóticas y depresiones suicidas, sino que hay muchas “escalas de grises”, con variaciones muy sutiles. Sin embargo, la

gente sigue temiendo esta enfermedad y existe un estigma social asociado a ella, cosa que no ocurre con muchas otras enfermedades psiquiátricas.

¿Qué significa esto para usted y su pareja? Significa que si su pareja concibe el trastorno bipolar de un modo extremo, estereotípico, probablemente le costará mucho aceptar el diagnóstico. En este caso, para superar el problema, su pareja necesita formación sobre la enfermedad y sobre los diversos modos en que se manifiesta.

Existen numerosos libros donde se describe en primera persona la trayectoria personal de los enfermos bipolares. Si su pareja se remite a alguna de estas experiencias, podrá aceptar más fácilmente que padece la enfermedad.

A mí me ayudó. Poco después de recibir el primer diagnóstico, leí el libro *Call me Anna*, de Patty Duke. Me vi reflejada en la descripción de su enfermedad. En cambio, no logré identificarme con el libro de Kay Redfield Jamison, *An Unquiet Mind* (aunque es una maravillosa obra de no ficción), donde relata sus episodios psicóticos e intentos de suicidio. En función del tipo de trastorno de su pareja, se identificará con uno u otro libro (véase el apartado de Recursos, donde encontrará una amplia selección de libros que pueden leer los dos).

También existen muchos libros interesantes sobre el trastorno bipolar en general (algunos de los cuales son de lectura muy amena, como *The Bipolar Disorder Survival Guide*, de David J. Miklowitz), que aportan información sobre diversos aspectos de la enfermedad. Internet es otra fuente excelente de conocimiento sobre el trastorno bipolar, y gratuita, por supuesto. Los foros y chats son útiles también para que su pareja se familiarice con la enfermedad: resulta sumamente útil conversar con personas que han tenido problemas similares. (Consulte el apartado de Recursos, al final de este libro, si quiere obtener recomendaciones específicas de libros y fuentes de Internet).

¿Pero qué puede hacer si su pareja no lee los libros que usted le trae o los artículos que ha descargado de Internet o, lo que es peor, si se enfada con usted por insinuar siquiera que padece un trastorno bipolar? Mi respuesta es probar de nuevo, en una ocasión en que su pareja esté más receptiva, y abordar la cuestión de manera informal, tal vez leyendo juntos los textos elegidos. Si aun así no lo consigue, será útil que usted aprenda más sobre la enfermedad. Al comentar con su pareja lo que vaya descubriendo, acaso empiece a disipar la visión distorsionada que tiene su pareja de la enfermedad.

Nadie quiere tomar medicación psiquiátrica

Mucha gente sabe que tener un trastorno bipolar significa tomar medicación (y si alguien no lo sabe, lo averiguará en cuanto se consulte con un médico que le diagnostique

la enfermedad), y el miedo y la preocupación que esto suscita en los pacientes a veces les impide aceptar el diagnóstico o someterse al tratamiento. (Marty, como recordará del comienzo del capítulo, se negaba a tomar el estabilizador anímico que le prescribió el médico).

Recientemente, una paciente mía que tiene oscilaciones anímicas me preguntó, con semblante preocupado, si yo pensaba que sufría un trastorno bipolar. Antes de que respondiese a la pregunta, le pregunté por qué le preocupaba tanto. Inmediatamente respondió con un contundente murmullo: “¡Hay que tomar medicación para esa enfermedad!”.

Lo que decía mi paciente es cierto. Y la medicación suele ser a largo plazo, lo que significa siempre, el resto de la vida.

¿Por qué le asusta a su pareja, al igual que a mi paciente, la idea de tomar medicación psiquiátrica? Puede que a su pareja le preocupe que los fármacos psicotrópicos alteren la química cerebral (cosa que sucede) o que produzcan efectos secundarios desagradables o afecten a la salud física. Tal vez le intranquilece que la gente se entere de que toma un fármaco psiquiátrico, que quede al descubierto su “debilidad”. Y también está el hecho de que la medicación equivale a reconocer que uno sufre algún problema, que se padece una enfermedad.

Hay algunas cosas que puede hacer para que su pareja deje de rechazar el diagnóstico a causa de la medicación. Si a su pareja le preocupa cómo se sentirá con el fármaco, usted puede enfocar la medicación como un “experimento”, es decir, sugerirle que pruebe el tratamiento durante un tiempo y luego decida si quiere continuar. Es lo que hizo George con su mujer, Beverly, para abordar la situación.

George: Cariño, sé que te asusta la medicación.

Beverly: No quiero ser un “zombi”.

George: Pero, cielo, ¿y si la medicación te hace sentir mejor?

Beverly: Me he enterado de que lo que me quiere dar el médico es fuerte. No sé cómo estaré cuando lo tome.

George: Podrías probarlo el fin de semana para ver cómo te afecta. Si te sientes bien, puedes seguir probándolo un par de semanas, a ver qué tal.

Beverly: Sí, es buena idea. Podría probarlo sólo un par de semanas. Eso me parece bien.

Su pareja puede solicitar al médico más información sobre el fármaco que le van a recetar: cómo funciona, qué efectos secundarios potenciales tiene a corto y largo plazo. También pueden consultar los recursos que le he recomendado antes.

Si la principal preocupación de su pareja es la vergüenza de tomar medicación psiquiátrica, puede decirle que hay infinidad de personas que consumen estos fármacos hoy en día, de modo que el estigma antes asociado a esta forma de tratamiento ya no existe. Además, a excepción de usted, el médico y el farmacéutico, nadie más tiene por qué saber que su pareja está medicada. Depende de ella, y de nadie más, la decisión de comentarlo o no con otras personas.

Nadie quiere padecer una enfermedad crónica que no tiene cura

A diferencia de muchas otras enfermedades psiquiátricas, el trastorno bipolar es una afección que puede “controlarse”, pero no se cura. En este sentido se asemeja a muchas otras enfermedades crónicas, como la diabetes o el lupus.

Aunque es cierto que el trastorno bipolar es una enfermedad crónica, se manifiesta en forma de episodios, como ya sabe si ha leído el capítulo 2. Algunos pacientes tienen la suerte de pasar muchos años, o incluso décadas, sin episodios anímicos, y éste es un aspecto positivo potencial de esta enfermedad. Además, mucha gente logra una recuperación plena, o al menos parcial, entre episodios, lo que les permite llevar una vida relativamente normal.

Otra buena noticia es que surgen constantemente tratamientos muy efectivos para el trastorno bipolar. De modo que hay motivos para esperar que, durante la trayectoria vital de su pareja, se descubran tratamientos cada vez más eficaces. Y con las investigaciones que se desarrollan sobre las causas del trastorno bipolar, existe la posibilidad de que aparezca alguna cura a la vuelta de la esquina.

Con todo, a muchos pacientes les cuesta aceptar que tienen una enfermedad grave que nunca se les va a “pasar” del todo. Si sospecha que este factor es uno de los motivos por los que su pareja sigue negando que padezca la enfermedad, debe esforzarse por enfocar la situación con toda la empatía que pueda y señalar las situaciones más favorables que acabo de mencionar:

- Largos períodos entre episodios, para muchos pacientes.
- Buena recuperación entre episodios.
- La disponibilidad de eficaces tratamientos farmacológicos –y psicológicos–, en la actualidad y en el futuro.
- La esperanza de que aparezca algún remedio.

Le aseguro, tanto por mi experiencia personal como por la profesional, que el

optimismo y la esperanza desempeñan un papel muy importante, no sólo en la aceptación de la enfermedad, sino en su evolución positiva.

Por otro lado, es posible que a su pareja le avergüence la idea de padecer una enfermedad “mental” y que se culpe de la situación. Estos sentimientos distancian a su pareja de la aceptación de la enfermedad. Si el problema está en el sentimiento de vergüenza, usted puede decirle que existen muchos individuos de gran talento que han revelado públicamente que padecen enfermedades psiquiátricas (puede nombrar algunos ejemplos que han contado sus casos a los medios) y que no hay nada de qué avergonzarse. También puede comentar los millones de personas que se medican por trastornos mentales: “Mira cuántos anuncios de medicamentos hay en la televisión. Las compañías farmacéuticas no gastarían tanto dinero si no hubiera infinidad de gente que consumiese esos fármacos”. Si su pareja se recrimina por padecer este trastorno, puede tranquilizarla con un mensaje como: “Venga, sabes que no es culpa tuya tener esta enfermedad. Seguramente la habrás heredado”, con el fin de atenuar las tendencias de culpabilidad de su pareja.

A nadie le gusta no saber exactamente quién es

La mayor parte de la gente considera que sus reacciones emocionales son fruto de su personalidad, no parte de un proceso de enfermedad. Sin embargo, cuando se diagnostica un trastorno bipolar, surgen muchas dudas sobre la identidad. El reconocer que tenía esta enfermedad me indujo a plantearme si mis sentimientos, a veces, eran reflejos de mi verdadero yo o manifestaciones de la enfermedad. Me preguntaba: “¿Quién es el yo verdadero?” y “¿Dónde acaba la enfermedad y empiezo yo?”. Como puede suponer, son preguntas muy inquietantes.

Si su pareja dice cosas así, pruebe a pedirle que haga una relación de los atributos que cree que describen su personalidad, los rasgos que son duraderos, al margen de la presencia (o ausencia) de episodios anímicos. Es probable que encuentre al menos unas cuantas características, pero si no lo consigue, usted puede intervenir y decirle los rasgos de personalidad que percibe como estables y constantes.

Cuando Beth le pidió a su novio, Julian, que hiciera esto, él elaboró la siguiente lista:

- Inteligente.
- Compasivo.
- Creativo.
- Sensible.

- Trabajador.
- Honesto.

Este ejercicio ayudó a Julian a ver que existe un “yo” –una identidad verdadera– que persiste a pesar de la enfermedad, es decir, que tiene características que no desaparecen a pesar de las oscilaciones anímicas.

Cómo rechaza el diagnóstico su pareja: las múltiples caras del rechazo

Los pacientes bipolares manifiestan el rechazo de diversas maneras. Su pareja no dirá necesariamente: “No tengo trastorno bipolar y, por tanto, no pienso hacer nada al respecto”, sino que aducirá diversos tipos de justificación para explicar los cambios anímicos y la conducta irregular, desde la afirmación de que son algo normal hasta la atribución de la culpa de esa peculiaridad al resto del mundo. El rechazo puede presentarse de maneras más sutiles que impiden que su pareja se beneficie de los tratamientos disponibles. Algunos individuos con trastorno bipolar expresan el rechazo de diversos modos a lo largo de la vida.

Aunque no está en su mano conseguir que su pareja acepte plenamente el trastorno bipolar, si conoce las diversas formas en que se manifiesta el rechazo, al menos puede estar preparado para impulsar a su pareja en la buena dirección.

“A mí no me pasa nada”

Harold tiene etapas en que desconecta por completo, se toma un tiempo libre, se distancia de la familia y los amigos, pasa desapercibido. Hay otros momentos en que está acelerado y muy activo: planifica viajes a lugares lejanos, llama a gente con la que no habla desde hace años, se acuesta tarde y se levanta temprano, y, como él mismo dice, “no quiere perderse nada”.

Karen teme proponerle a Harold que se consulte con un médico las oscilaciones anímicas, porque la última vez que sacó el tema, salió bramando de casa y no volvió hasta el día siguiente. “¿Pero qué dices? –gritó–. ¡A mí no me pasa nada!”, exclamó a voz en cuello mientras daba un portazo y se marchaba.

Sin saber qué hacer, Karen decidió hablar con el médico de familia por su cuenta. El médico dijo que sospechaba que Harold podía tener una forma leve de trastorno bipolar, y, después de documentarse sobre el tema, Karen cree que está en lo cierto.

Al igual que le sucede a Harold, a su pareja le costará aceptar que sus estados de ánimo son extremos y sintomáticos de una enfermedad. Puede que a usted le cueste

entenderlo, dado que es evidente que tiene algún problema. Pero desde la perspectiva de su pareja se puede pensar: “Es que yo soy así” o “Mi madre era así también”, intentando normalizar lo que usted sabe que es anormal. De hecho, éste es uno de los motivos por los que muchos pacientes bipolares no van al médico, pues están convencidos (o se han convencido) de que no les pasa nada, al menos nada grave. (Recientemente le pregunté a un familiar mío que tiene trastorno bipolar, aunque no lo sabe –nunca se ha diagnosticado–, cómo haría para conseguir que alguien que tiene oscilaciones anímicas se consulte con un médico. Su respuesta, que me parece muy elocuente, fue: “¿Cómo va a ir al médico una persona por tener oscilaciones anímicas?”).

“Es que soy muy emotivo”.

“Soy muy temperamental”.

“Es que mi personalidad es así”.

“Yo siempre he sido así”.

A Karen se le plantea un dilema difícil. Sabe que su marido tiene un problema que requiere tratamiento, pero él responde con hostilidad a sus intentos de abordar la cuestión. Le preocupa que al sacar el tema se exacerbe la ira de su marido o, lo que es peor, que decida abandonarlos a ella y a los tres hijos. Se encuentra entre la espada y la pared: si no hace nada es un problema, porque la enfermedad de Harold seguirá sin tratarse, y si interviene también es un problema, porque puede empeorar la situación.

¿Puede abordar Karen el tema de modo que su marido lo acepte? ¿Cómo se convence a una persona de que necesita ayuda cuando la respuesta es la ira?

Al plantear la posibilidad de que haya algún problema, lo primero que debe hacer Karen es buscar la oportunidad adecuada. Desafortunadamente, la última vez que planteó la idea de pedir ayuda, Harold estaba en un estado de enfado y agitación, de modo que Karen recibió una respuesta enfadada e irritada. Si hubiera abordado el tema en otro momento en que él se encontrase en un estado más tranquilo, tal vez habría surtido más efecto.

Otra estrategia que suele resultar eficaz consiste en plantear el tema cuando su pareja se encuentra en un período depresivo. Cuando la gente se encuentra en momentos bajos y siente el dolor emocional de la depresión, suele estar más abierta a oír el tipo de mensaje que Karen tiene que transmitir: que Harold necesita la ayuda de algún profesional.

Otra táctica diferente que podría haber adoptado Karen es la de “plantar semillas”

periódicamente; es decir, en el momento adecuado, de manera no amenazadora, mostrar a Harold ejemplos concretos cuando sus reacciones ante las cosas sean demasiado intensas o desproporcionadas para la situación. Veamos alguno de esos ejemplos.

Harold y Karen salen a cenar a un restaurante de moda que no admite reservas. Cuando llegan, les dicen que tienen que esperar media hora. Pasa media hora y Harold se acerca a la recepcionista para decirle que les había dicho que la mesa estaría preparada en ese momento. La recepcionista le dice que están tardando más de lo esperado y que lo siente mucho, pero no puede hacer nada. Harold levanta la voz lo suficiente para que lo oigan las demás personas que están esperando, y dice: “¿Eres imbécil o qué? ¿No sabes calcular el tiempo?”, y sale corriendo del restaurante, pasando por delante de Karen.

Karen no dice nada al salir del restaurante ni en el coche, mientras Harold conduce a toda prisa, de vuelta a casa. No comenta nada sobre el incidente durante el resto de la noche, mientras Harold continúa despotricando sobre lo imbécil que era la recepcionista y diciendo que no piensa volver a ese restaurante donde se creen mejores que él.

Al día siguiente, cuando está claro que Harold ha superado lo ocurrido la noche anterior, Karen le dice: “Cariño, ¿no crees que te pasaste un poco con la recepcionista anoche?”. Y luego, al ver que él parece tomarse bien este comentario, añade: “¿No es el mismo tipo de reacción que tuviste la semana pasada cuando te pareció que el empleado del banco no iba lo bastante rápido?”.

Lo que ha hecho Karen es plantar dos semillas. La primera es que la reacción de Harold con la recepcionista no fue normal (aunque, por supuesto, no emplea la palabra “normal”, ni tampoco “anormal”), que fue excesiva, mayor de lo necesario en aquella situación. La segunda semilla relaciona la situación de la noche anterior con otro incidente reciente en que observó la misma conducta: una sobrerreacción similar, pero en ese caso con un empleado del banco.

Cuando su pareja intente normalizar lo anormal...

- *Comuníquese que necesita ayuda cuando la vea en un estado anímico apropiado*; probablemente estará más receptiva a su mensaje cuando se encuentre tranquila o cuando sienta el dolor emocional de la depresión.
- *Evite utilizar palabras y expresiones que irriten a su pareja*, como “anormal”, “enfermo”, “enfermedad mental” o “trastorno bipolar”.
- *Busque oportunidades para plantar semillas*, es decir, para señalar situaciones concretas en que su pareja haya reaccionado desmesuradamente o actuado de forma inapropiada, como el día siguiente al incidente.
- *Repita su mensaje* (riegue las semillas) periódicamente, pero no con tanta frecuencia que acabe alienando o antagonizando a su pareja.

Plantar nuevas semillas como ésta y “regar” las que ya se han plantado –con suaves

recordatorios— debe ser un proceso continuo. No sugiero que comente las situaciones todos los días. No conviene dar la impresión de que le busca defectos a todo lo que su pareja dice o hace. Si eso sucede, su pareja probablemente hará caso omiso a sus palabras o se enfadará, y usted no persigue ninguna de esas dos reacciones.

“No soy yo; son los demás”

Es muy común que los pacientes bipolares atribuyan sus oscilaciones anímicas a las situaciones o a otras personas, exteriorizando la culpa de sus sentimientos, en lugar de aceptar que el problema está en ellos. La exteriorización de la culpa va de la mano de la normalización de lo anormal, como en el caso de Harold, cuando culpó a la recepcionista y al empleado del banco de su ira desmedida.

Su pareja no sólo atribuirá la causa de sus reacciones emocionales a las situaciones menores, sino que llegará a pensar: “Si no hubiera cogido este trabajo” o “Si no viviese en este sitio” o “Si no estuviera en esta relación, yo estaría bien”. Como recordará, al comienzo de este capítulo comenté que yo también eludí así durante muchos años mi problema anímico.

Si su pareja exterioriza la culpa, usted puede intentar señalar que el denominador común de los tres factores es ella misma; es decir, que es “el hilo conductor”. (Observe la tabla de la página 112 para hacerse una idea de cómo se debe comunicar esto; estos consejos son también válidos para tratar los intentos de su pareja de normalizar lo anormal). Pero no se sorprenda si su intento inicial de “unir los puntos” es rechazado con vehemencia. Es importante que esto no le disuada de probar de nuevo en otro momento, posiblemente muchas veces.

Mi marido y yo pasamos por esto. Al ver lo que yo hacía, él me decía que yo era el denominador común de todas las situaciones a las que yo atribuía mis oscilaciones anímicas. Por ejemplo, cuando yo me quejaba de alguien del trabajo, él me decía: “Qué curioso, tuviste el mismo problema con fulanito y menganita la semana pasada”. Cuando yo replicaba que hay mucha gente de trato difícil, él me decía con amabilidad: “Ya. ¿Pero crees que le ocurre lo mismo a toda la gente con la que entablas contacto, toda la gente de la universidad, los vecinos, el hombre de la tintorería y la cajera del supermercado?”. Aunque yo no quisiera oírlo la primera (o la segunda o la tercera) vez, al final capté el mensaje. Y éste fue uno de los pequeños pasos hacia la aceptación de que tenía un trastorno bipolar.

“No soy yo; eres tú”

A veces los pacientes bipolares culpan a la gente más cercana cuando se sienten

enfadados, deprimidos o abrumados e incapaces de sobrellevar la situación. Probablemente usted oirá frases como las siguientes: “Estoy así por tu culpa” o “Es culpa tuya”, aunque usted sepa que no ha hecho nada para provocar lo que está presenciando. Puede que su pareja proyecte su enfermedad emocional sobre usted, y sostenga que usted es quien tiene el problema. Es lo que les sucedió a Ethan y June.

Fue la mujer de Ethan, June, y no Ethan, quien llamó para pedir cita para una evaluación. Por teléfono June me transmitió el descontrol emocional que tenía Ethan en los últimos meses, desde que le salió mal un acuerdo comercial.

El día de la cita, cuando me dirigí a la sala de espera a recibirlo, observé que Ethan y June estaban allí sentados. Ethan insistió en que June asistiera con él a la sesión. Él caminó rápido con aire enfadado hacia la puerta abierta de mi consulta, seguido de June y de mí.

En cuestión de minutos se hizo evidente que Ethan se encontraba en un episodio maniaco. Caminaba sin parar por mi consulta, preguntando en voz alta y repetidas veces si había alguna cámara oculta, tan airado que mientras hablaba le salía a borbotones la saliva por la boca. Pero sostenía que no le pasaba nada. Accedió a venir a verme con su mujer porque, según Ethan, ella padecía un grave problema de salud mental. La pobre June estaba sentada en el sofá de mi consulta, inmóvil y callada, con cara de perplejidad e impotencia mientras Ethan bramaba sobre lo “enferma” que estaba su mujer.

Afortunadamente, antes del final de la sesión logré dialogar y conectar con Ethan. Le convencí de que se consultase con un psiquiatra para que le diese alguna medicación que le ayudase a sobrellevar mejor las “circunstancias estresantes” en que se encontraba (es decir, en su mente, la convivencia con alguien que padecía problemas de salud mental). Por suerte, el psiquiatra sintonizó bien con Ethan. Después de unas cuantas visitas el psiquiatra logró convencer a Ethan de que tomase un estabilizador anímico. Ahora que el trastorno bipolar de Ethan está bajo control, él y June viven tranquilos.

En esta situación convencí a Ethan de que intentase mejorar su situación desarrollando su modo de pensar sobre las cosas —que estaba estresado a causa del “problema de salud mental de su mujer”—, en lugar de enfrentarse a la verdad. Si le hubiera dicho: “Ethan, el problema lo tiene usted, no June”, probablemente habría salido como loco de la consulta y no habría recibido la ayuda que necesitaba.

Si usted se encuentra en una situación similar, puede proponer a su pareja la posibilidad de ir los dos al médico para tratar los asuntos que a ella le preocupan, los que tratan “sobre usted”. Cuando traspase la puerta, un profesional avezado captará lo que

realmente sucede e, idealmente, convencerá a su pareja de que reciba la asistencia que necesita. (Comprendo que este enfoque puede parecer algo manipulador, pero creo que su uso está justificado en una circunstancia como ésta, donde un problema de salud mental importante no se ha diagnosticado ni tratado).

“No soy yo; es el lugar donde vivo”

No es extraño que el paciente bipolar desee volver a un lugar o a un tiempo (o ambas cosas) anterior a cuando se le diagnosticó la enfermedad, o a una época y un lugar en que se encontraba relativamente bien. (Este deseo no es exclusivo de los pacientes bipolares; muchas otras enfermedades graves –psiquiátricas y de otro tipo– presentan este rasgo). Se tiene la esperanza de que, al regresar a la situación del pasado, resurja el antiguo yo. Es una fantasía de huida que se basa en la negación, o al menos en la minimización, de la propia enfermedad.

Yo pasé por algo así cuando me encontraba en una etapa muy dura de mi enfermedad. Me parecía que si me trasladaba a Pittsburgh, donde había pasado las primeras etapas de mi trayectoria profesional, encontraría la respuesta a mi problema anímico. Durante los años de Pittsburgh nadie me había diagnosticado todavía el trastorno bipolar ni recibía ningún tipo de medicación psiquiátrica. En aquel momento estaba “muy activa”, como dicen los profesionales de la salud mental, es decir, era muy productiva en el trabajo, llevaba una buena vida social y una relación estupenda con mi marido. (Me alegra poder decir que las cosas son así también ahora).

¿Y por qué no volví entonces a Pittsburgh? Porque en el fondo sabía que el regreso allí no me permitiría recuperar mi antiguo yo, y que mi yo actual iría conmigo adonde fuera. Dicho de otro modo, no podía deshacer el trastorno bipolar simplemente cambiando de sitio. (Además ya padecía el trastorno bipolar en aquellos tiempos de Pittsburgh, aunque entonces no lo sabía o no quería aceptarlo).

En lugar de anhelar el regreso a un tiempo o lugar más felices, su pareja puede sentir el impulso de buscar otro lugar donde todo sea mucho mejor, donde el problema anímico desaparezca o sea menos grave. Cuando los pacientes se hallan en ciclos depresivos del trastorno bipolar, es más probable que piensen que el traslado puede mejorar la situación. (Cuando están maníacos, es más probable que piensen en cambiar de pareja). A menudo se plantean un traslado a destinos exóticos (islas, otros países), zonas rurales de Estados Unidos (para alejarse del mundanal ruido), o cualquier lugar alejado de donde residen en ese momento (a mayor alejamiento geográfico, mayor alejamiento del trastorno).

Por supuesto, dado que el trastorno bipolar es esencialmente una enfermedad

biológica, no se cura con un mero cambio ambiental. Con todo, no pretendo decir que el entorno no influya. Como comentaré en el capítulo 7, varios aspectos del entorno pueden influir positiva o negativamente en el trastorno, como sucede con otras enfermedades crónicas. Pero si bien es posible que haya lugares que sean más adecuados para su pareja desde el punto de vista ambiental, no existe ninguno en el que vayan a librarse de esta enfermedad. (Y dado que, según las investigaciones, la mudanza de domicilio es uno de los cinco acontecimientos vitales más estresantes, y el estrés suele precipitar el desarrollo de los episodios anímicos, el traslado puede empeorar la enfermedad de su pareja).

Si su pareja desea cambiarse de casa, mi consejo es que le aconseje lo que recomendaría la mayor parte de los profesionales de la salud mental a un paciente en crisis: “En tiempos de tribulación, no hacer mudanzas”. De este modo no le dirá que no, sino que sugerirá que posponga la idea hasta que se encuentre en un estado mental mejor. Cuando llegue el momento, será más capaz de utilizar los métodos que he descrito antes para convencer a su pareja de que su problema anímico no está causado por factores externos, sino que surge de su interior.

“Ese médico no sabe lo que dice”

Como sucede con la mayoría de los trastornos psiquiátricos, el diagnóstico del trastorno bipolar se basa en la observación y el historial del paciente, y en gran medida depende del ojo clínico del médico que lleva a cabo la evaluación diagnóstica. Esta aparente subjetividad, junto con el hecho de que no existen pruebas médicas objetivas (como los análisis de sangre o los rayos X) que demuestren que su pareja tiene trastorno bipolar, puede propiciar que su pareja desestime el diagnóstico del médico. Por ello, cuando alguien se encuentra en ese caso, suelo aconsejarle que ***reciba al menos dos (y posiblemente tres) opiniones diagnósticas independientes***. Es fácil rechazar lo que dice un médico, pero mucho más difícil pasar por alto las opiniones coincidentes de múltiples médicos.

¿Se acuerda de Marty, a quien describí en la primera página de este capítulo? Marty no tuvo en cuenta el diagnóstico que le dio el médico. Veamos cómo abordó la situación su mujer, Sharon:

Marty: Ese médico no sabe lo que dice. Seguro que ha conseguido el título por correspondencia.

Sharon: Comprendo que no quieras creer que tienes un trastorno bipolar sólo porque te lo haya dicho un médico. Creo que deberíamos pedir una segunda opinión, o quizá dos más, antes de aceptar que eso es lo que tienes.

Marty: Buena idea. Vamos a consultarlo con otro que realmente sepa lo que se trae entre manos.

Sharon: Vale, nos consultaremos con un médico de máximo nivel. No podemos cometer un error en una cosa tan importante como ésta.

Aunque la motivación de Marty para ver a otro médico realmente es para desaprobar o desacreditar las conclusiones del primer médico, le costará seguir negando que padece un trastorno bipolar si un segundo médico le diagnostica lo mismo. Será aún más difícil negar la opinión de un segundo médico si Marty ha intervenido en la elección del segundo médico. Por ello, si usted se encuentra en una situación similar, le aconsejo que proponga a su pareja la elección del médico encargado de hacer el segundo diagnóstico, o que lo elijan entre los dos. Y si su pareja niega una segunda opinión coincidente, le sugiero que pidan una tercera evaluación y que su pareja participe en la elección del médico.

Con toda probabilidad, a su pareja le costará mucho cuestionar los resultados cuando el “experimento” arroje la misma respuesta dos o tres veces seguidas. Pero si sigue sin convencerse, pruebe con otro enfoque científico: ***analizar si el trastorno afecta a algún familiar de su pareja***. Dado que el trastorno bipolar tiene un fuerte componente genético, es posible que uno o varios parientes de su pareja sufran también la enfermedad. (Por supuesto, este ejercicio no resultará útil si su pareja es adoptada o no conoce a sus familiares biológicos). Además, dado que las investigaciones indican que otros tipos de trastornos anímicos, como la depresión unipolar, tienen una mayor prevalencia en las familias de pacientes bipolares, su pareja puede buscar también esto en el árbol genealógico.

Plantee a su pareja las siguientes preguntas para que piense si son aplicables a sus familiares. Para ser rigurosos, su pareja debe pensar en todos los parientes de primer grado –madre, padre y hermanos de padre y madre, hijos, si tienen la edad suficiente para que el análisis sea aplicable–, así como parientes de segundo grado –abuelos maternos y paternos, tíos y medios hermanos–. (Los parientes de tercer grado –como los primos– pueden tenerse también en cuenta si su pareja tiene suficiente información sobre ellos).

Su pareja puede hacer este ejercicio solo o junto con usted, si lo prefiere. Si llevan juntos como pareja mucho tiempo, es posible que usted recuerde alguna información que su pareja haya olvidado. Su pareja puede también “rellenar los blancos” obteniendo información adicional del pariente que es sospechoso de sufrir un problema anímico (si

es apropiado) o hablando con otros familiares para ver si saben o recuerdan algo sobre la persona en cuestión.

- ¿Hay algún familiar que haya sido evaluado o tratado por un psiquiatra, psicólogo u otro profesional de la salud mental? En caso afirmativo, ¿sabe cuál fue el diagnóstico o por qué motivo recibió tratamiento?
- ¿Algún familiar ha sido hospitalizado o “internado” por un problema psiquiátrico? En caso afirmativo, ¿sabe cuál fue el diagnóstico o por qué estuvo allí?
- ¿Algún familiar ha recibido medicación psiquiátrica? En caso afirmativo, ¿sabe qué tipo de medicación era (antidepresivos, tranquilizantes, estabilizadores anímicos, etc.) o para qué afección?
- ¿Algún familiar se ha quitado la vida o ha intentado suicidarse?
- ¿Algún familiar ha sido sometido a la terapia electroconvulsiva (TEC, también llamada “electroshock”)?
- ¿Algún pariente ha tenido oscilaciones anímicas, depresión o una “crisis nerviosa”?
- ¿Algún familiar ha tenido problemas con las drogas o el alcohol?

Si su pareja responde afirmativamente a alguna de estas preguntas, es sumamente probable que ese pariente tenga un historial de algún tipo de trastorno psiquiátrico. Cuanto más detallada sea la información que logren recabar, más probabilidades habrá de saber si el problema está relacionado con el estado de ánimo o si es trastorno bipolar en concreto.

Puede utilizarse el formulario que presento más abajo para anotar qué parientes son sospechosos de sufrir trastornos anímicos y cuáles tienen trastorno bipolar. Su pareja puede incluir los datos relativos a todos sus familiares (en este caso, probablemente necesitará una copia adicional del formulario) o sólo los que crea que pueden tener un historial de trastornos anímicos. Para anotar la existencia de un trastorno anímico o un trastorno bipolar, su pareja puede marcar con una cruz la columna correspondiente.

Aunque es muy probable que su pareja tenga al menos un familiar con un cuadro de algún tipo de trastorno anímico, si no logran identificar a ninguno (dejando aparte el problema de tener información incompleta o que no haya ejemplos claros de trastorno anímico en la familia), puede deberse a algún otro tipo de trastorno psiquiátrico u otra conducta que “enmascare” el trastorno anímico. Por ejemplo, el consumo abusivo de

sustancias suele coexistir con los trastornos anímicos, pero dificulta su diagnóstico. Los trastornos de ansiedad, como el de pánico y el obsesivo-compulsivo, pueden ocultar la existencia de un problema anímico subyacente.

Trastornos anímicos en familiares			
Nombre	Parentesco	¿Trastorno anímico?	¿Trastorno bipolar?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Fuente: Cynthia G. Last, *Cuando un ser querido es bipolar*. Copyright 2009 de Cynthia G. Last.

No obstante, su pareja debe saber que la ausencia de trastornos anímicos en los parientes biológicos no impide que ella padezca un trastorno bipolar. Sólo significa que no existe una “carga” genética en su trastorno, lo cual puede tener implicaciones para el tratamiento y la evolución de la enfermedad.

“Sólo estoy deprimido”

En el capítulo 1 señalé que los pacientes bipolares suelen concebir su problema como una mera depresión, pues no reconocen los períodos maníacos o hipomaníacos. ¿Cómo se consigue que vean las oscilaciones anímicas en las dos direcciones, si se aferran a la idea de que tienen una depresión unipolar? Para ello suele ser de utilidad pasarles un cuestionario sobre sí mismos (en concreto sobre los síntomas maníacos/hipomaníacos) que les ayude a aceptar la verdad, al verla reflejada en el papel.

Si su pareja está de acuerdo, pídale que cumplimente el formulario de la página 123. Pueden revisarlo juntos, si a su pareja le parece bien. De hecho puede resultar útil que su pareja cuente con su opinión, porque su humor del momento (o, mejor dicho, su “estado anímico”) puede influir en las respuestas. Por ejemplo, cuando el paciente está deprimido puede tener dificultades para recordar los momentos maníacos o hipomaníacos. Si ésta es la situación de su pareja, conviene que le recuerde alguna etapa en que tuviese síntomas maníacos o hipomaníacos. Por ejemplo, “Cariño, ¿te acuerdas del verano pasado, que estabas _____ [tan contento, enfadado todo el tiempo, corriendo al centro comercial todos los días, etc.]?”.

Si su pareja no quiere que usted participe en el proceso de cumplimentación del formulario, puede examinarlo para ver qué puntos cree que son aplicables a su pareja, pero no escriba sus respuestas ni las comente con su pareja, porque los resultados divergentes pueden suscitar discusiones improductivas (por ejemplo, “¿Cómo que crees que soy impulsivo?”).

Formulario del trastorno anímico

Marque con una cruz aquellos puntos que sean pertinentes en su caso.

1. Períodos en que necesitaba dormir menos que de costumbre.
2. Historial de oscilaciones anímicas.
3. Períodos en que está muy “animado” o especialmente “contento” sin motivo especial.
4. Períodos en que tenía muchas reacciones intensas ante las situaciones.
5. Períodos en que me sentía físicamente agitado: impaciente, inquieto o acelerado.
6. Momentos de tremenda seguridad en mí mismo.
7. Historial de decisiones que, vistas retrospectivamente, no eran sensatas.
8. Períodos de gran productividad en el ámbito escolar, laboral o doméstico.
9. Períodos en que estaba excesivamente irritable o enfadado y no me llevaba bien con la gente.
10. Momentos en que se me aceleraba el pensamiento.
11. Períodos en que hablaba con verborrea, demasiado rápido o como si se me atropellasen las palabras.
12. Períodos en que actuaba de forma muy impulsiva.
13. Períodos en que me distraía fácilmente y me costaba concentrarme en las cosas.
14. Historial de conductas arriesgadas, como juego excesivo, gastos descontrolados que condujeron a la acumulación de deudas, conducción bajo los efectos del alcohol, aventuras amorosas, iniciativas empresariales e inversiones poco fiables, etc.
15. Momentos en que me obsesionaba con los proyectos: por ejemplo, era adicto al trabajo, me quedaba hasta las tres de la mañana acabando un álbum de recortes, etc.
16. Períodos en que era muy extrovertido, mucho más sociable que de costumbre.
17. Períodos en que estaba más energético o más sexual que de costumbre.
18. Momentos en que me sentía muy suspicaz o “paranoide”.
19. Momentos en que me consideraba una persona “elegida” o con una finalidad especial en la vida.
20. Períodos en que estaba más hablador que de costumbre.

Fuente: Cynthia G. Last, *Cuando un ser querido es bipolar*. Copyright 2009 de Cynthia G. Last.

He diseñado este formulario para utilizarlo en mi ejercicio profesional con el fin de contribuir a que los pacientes identifiquen y reconozcan los síntomas maníacos e hipomaníacos que experimentan durante los episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos. Aunque no existe ningún resultado que indique definitivamente que su pareja ha tenido un episodio de este tipo y/o que padece trastorno bipolar (recuerde que el diagnóstico debe hacerlo un profesional cualificado), puedo decirle que los pacientes bipolares suelen responder positivamente a 10 o más puntos. Ahora bien, esto no significa que si su pareja responde a menos de 10 puntos no padezca la enfermedad, sino que tiene menos síntomas maníacos o hipomaníacos que algunas otras personas que tienen este trastorno.

Como vimos en el capítulo 1, sólo se requieren tres o cuatro síntomas, junto con la alteración anímica, para el diagnóstico maniaco o hipomaniaco (tres si el ánimo es elevado, cuatro si es irritable).

Cuando conocí a Stewart y a su mujer, Kyoko, a Stewart ya le habían diagnosticado un trastorno bipolar tanto un psiquiatra de su zona de residencia como un equipo de profesionales de la salud mental de un conocido hospital psiquiátrico de otro estado (un centro que casualmente tiene un programa especializado en el trastorno bipolar). Como no lograba aceptar el diagnóstico, vino a verme para tratarse lo que denominaba “depresión”. Aunque ciertamente tenía síntomas depresivos –llanto, pérdida de interés por todas sus actividades habituales, agitación física, indecisión extrema y pensamientos relacionados con su deseo de muerte–, también tenía síntomas maníacos.

Aunque para mí era evidente, al igual que para los otros profesionales de la salud mental con los que se había consultado, que Stewart se encontraba en un episodio mixto del trastorno bipolar, se negaba a creer que tuviera esta enfermedad, debido a la presencia de los síntomas depresivos. Afortunadamente, fue de gran utilidad pedirle que cumplimentase el cuestionario y orientarle sobre los episodios mixtos, es decir, la coexistencia de síntomas maníacos y depresivos en el mismo período. Al final fue capaz de ver que, en efecto, padecía un trastorno bipolar, y accedió a tomar la medicación de estabilización anímica que le habían prescrito.

Lamentablemente, muchos médicos no se toman el tiempo necesario para hablar con el paciente sobre la afección que tiene. En algunos casos es sencillamente cuestión de tiempo, un tiempo del que no disponen los médicos. En otros casos existe una actitud negativa hacia el hecho de aportar información a los pacientes sobre su enfermedad. (Creo que esto es un vestigio de los usos y costumbres antiguos de la atención médica, surgidos antes de que los individuos desarrollasen el deseo de ser usuarios formados y “tomasen el control” de su propia atención sanitaria).

El médico que diagnostique a su pareja estará en condiciones de informarle sobre la enfermedad bipolar. Si el médico decide no hacerlo (o incluso en el supuesto de que lo haga), como vengo señalando en este capítulo, su pareja puede tomar varias iniciativas, bien por su cuenta o con la ayuda de usted, para familiarizarse con este trastorno y adquirir información que le ayude a aceptar el diagnóstico.

“Da igual. Tampoco es para tanto”

A veces la reacción del paciente ante el diagnóstico consiste en minimizar o negar la enfermedad. Por ejemplo, Tom dice: “El médico le da más importancia de la cuenta a la

cosa bipolar”. Caitlin piensa: “Es la manera que tienen los profesionales de la salud mental de decir que soy muy temperamental”.

El problema de las actitudes como la de Tom y Caitlin es que, al restarle importancia al trastorno, es probable que no sigan el tratamiento o que no se lo tomen suficientemente en serio, circunstancias que incrementan el riesgo de sufrir nuevos episodios anímicos. (Tomar la medicación de forma inconstante, o dejar de tomarla, es una forma de negación que a menudo se manifiesta después de haber iniciado el tratamiento. Incumplir los consejos del médico sobre los cambios en el estilo de vida que son tan importantes para mantener una buena salud mental es otro modo de minimizar la enfermedad).

“No es para tanto”.

“Es una chorrada”.

“Todo el mundo tiene algo”.

“¿Y qué?”.

No sólo minimizan la importancia del diagnóstico los pacientes bipolares, sino que a veces los familiares también lo hacen. El otro día hablaba con un familiar mío sobre las oscilaciones anímicas de otro familiar. El primer familiar, que no padece trastorno bipolar, dijo resoplando: “Bueno, mucha gente es temperamental, pero eso no significa que todos tengan un trastorno bipolar”.

Si su pareja ya minimiza o niega la enfermedad, la existencia de alguna persona de su entorno (cuya opinión sea valorada por su pareja) que exprese un punto de vista similar puede reforzar la resistencia de su pareja al diagnóstico y a recibir tratamiento. ¿Qué puede hacer usted? Puede conversar con el familiar que desdeñe la enfermedad para comunicarle que, de forma posiblemente inadvertida, está reforzando la actitud negativa de su pareja. Parte de la conversación puede ir enfocada a informar al familiar (o al amigo próximo) sobre el trastorno bipolar, de manera que comprenda que las conductas y emociones de su pareja pertenecen a esta categoría.

Otra posibilidad es proponer al familiar que los acompañe a usted y su pareja a la consulta del médico que lo haya diagnosticado (esto sólo puede hacerse con la aprobación de su pareja, y probablemente sólo es apropiado con los familiares más próximos, como un padre o un hermano). Al oír la verdad sobre la enfermedad de su pareja en boca del médico, el familiar aceptará lo que hasta el momento no haya podido o querido reconocer.

Qué hacer cuando falla todo lo demás

He tenido pacientes muy inteligentes que, a pesar de la abrumadora evidencia, siguen negándose a aceptar que padecen un trastorno bipolar. Desafortunadamente algunos sufren mucho más de lo necesario, a causa de su incapacidad de aceptar la verdad.

Como he señalado anteriormente en este libro (y continuaré diciendo en futuros capítulos cuando sea pertinente), a nadie le gusta padecer un trastorno bipolar. A mí, desde luego, no me hacía ninguna gracia, y de hecho (como ya he comentado) tardé varios años en conceder credibilidad al primer diagnóstico. Si esto le puede ocurrir a una psicóloga que diagnostica y trata la enfermedad bipolar, creo que, desafortunadamente, le puede ocurrir también a su pareja.

¿Qué puede hacer si ha probado todo lo que he propuesto en las páginas anteriores y sigue igual que al principio, con una pareja que se niega a aceptar que padece un trastorno bipolar? Esto es lo que le ocurrió a mi paciente Arnold.

Arnold reconoce que tiene oscilaciones anímicas, pero en su opinión no padece ningún trastorno bipolar. Está de acuerdo en que su madre tenía depresión maníaca, al igual que su hermano. Y ahora su hijo Max ha recibido también el mismo diagnóstico.

He tratado ocasionalmente a Arnold durante muchos años, y aunque no cabe duda de que está mucho mejor que cuando lo conocí (un momento en que se planteaba el suicidio), hasta la fecha niega que padezca el trastorno presente en su familia. El peso de la evidencia genética, junto con los síntomas, no le lleva a la conclusión obvia porque le resulta demasiado doloroso aceptar que es como los demás miembros de su familia. Y aunque pude ayudarle con la terapia, y trabajé con su esposa sobre las formas en que podía ayudarle, indudablemente habría mejorado mucho más si hubiera aceptado el diagnóstico y tomase la medicación.

Arnold es un ejemplo que, por muchas tácticas que desplieguen las personas de su entorno, puede no llegar a reconocer nunca que padece un trastorno bipolar. A lo mejor sólo es cuestión de tiempo. Si yo logré aceptar la verdad tras varios años de negación, Arnold también puede. Pero aunque no lo acepte, hay muchas cosas que pueden hacer sus seres queridos para ayudarle, al igual que usted puede ayudar a su pareja a llevar una vida mejor. Todo empieza por seguir el tratamiento adecuado, que es el tema del siguiente capítulo.

LO QUE DEBE SABER SOBRE EL TRATAMIENTO DE SU PAREJA

La “crisis nerviosa” de Tamara fue la experiencia más espantosa de su vida. Afortunadamente su marido, David, y el médico de la familia lograron convencerla de que se consultase con un psiquiatra, quien, después de varias sesiones con ella, le diagnosticó un trastorno bipolar. Aunque no siempre fue fácil, durante los seis meses siguientes Tamara cumplió concienzudamente las instrucciones del médico, que fue probando diversas combinaciones de tratamientos hasta que al fin dio con la medicación adecuada.

Aunque Tamara ahora da gracias por estar mucho mejor, los medicamentos tienen efectos secundarios muy difíciles de tolerar. Ha empezado a especular sobre si podría tomar menos medicamentos o dosis menores, o incluso dejar de tomarlos y optar por una terapia psicológica.

David no sabe qué responder cuando su mujer le plantea esta preocupación. ¿Es necesario que tome tantos fármacos? ¿Tiene que acostumbrarse sin más a los efectos secundarios? ¿No hay otras opciones de tratamiento, y, en caso de que las haya, por qué no las ha probado el médico?

La mujer de David tiene una grave enfermedad médica, y él sabe muy poco sobre cómo tratarla. Es comprensible: el trastorno bipolar no es muy común. Pero podría aliviar en gran parte el estrés y mejorar su vida, así como la vida de su esposa y la vida de ambos como pareja, si se informase sobre las diversas opciones de tratamiento que tiene Tamara a su disposición.

Al leer este capítulo, David descubriría que los pacientes bipolares suelen requerir múltiples medicamentos que deben tomar con regularidad, aunque no se manifiesten los síntomas activos. Averiguaría que los efectos secundarios de la medicación suelen desaparecer con el tiempo y que, si no es así, los médicos suelen prescribir una reducción de las dosis o cambiar los medicamentos. Aprendería que la terapia psicológica puede ser muy útil para controlar la enfermedad, pero que es algo adicional al tratamiento médico, no una opción alternativa. Por último, conocería las diversas opciones de tratamientos que, por fortuna, existen en la actualidad para esta enfermedad. (Y si siguiese leyendo en el futuro, estaría informado de los nuevos tratamientos que puedan surgir más adelante).

Aunque durante siglos los pacientes bipolares han tenido que sufrir sin esperanza ni alivio, hoy vivimos un tiempo muy emocionante, en que existen numerosas opciones de tratamiento muy efectivas. Y estas opciones brindan nuevas oportunidades al alcance de

usted y su pareja, así como del médico. Por ello es importante que usted –como David– se informe sobre los diversos tratamientos: cómo funcionan, a quién van dirigidos, qué beneficios aportan y qué desventajas o efectos secundarios pueden tener. Con este conocimiento podrá guiar y apoyar a su pareja en varias decisiones críticas que tendrán gran importancia en la vida del paciente y en la de ambos como pareja.

Dado que la medicación psiquiátrica desempeña un papel fundamental en la salud bipolar, usted y su pareja no sólo deben procurar informarse sobre estos medicamentos, sino que además deben elegir al médico adecuado. Por ello comienzo este capítulo con un apartado sobre cómo localizar a un profesional que posea la experiencia necesaria para tratar a su pareja, y además sea compasivo y posea otras cualidades no menos valiosas.

Buscar al médico adecuado

Si su pareja ha sido diagnosticada por un médico (u otro profesional capacitado para prescribir) con el que se siente a gusto, tal vez quiera continuar con ese médico para el tratamiento. Pero si el diagnóstico inicial lo hizo un psicólogo, o si su pareja no está segura de si el médico actual es el adecuado para ella, deberá buscar un médico que no sólo tenga la experiencia necesaria, sin que además reúna una serie de requisitos que facilitan la buena relación entre médico y paciente.

Le ofrezco las siguientes sugerencias porque, según mi experiencia, muchos pacientes bipolares cuentan con la ayuda de su pareja en la búsqueda del médico. Los pacientes activamente maníacos o hipomaníacos, por ejemplo, no suelen estar muy motivados para solicitar la ayuda que necesitan. Pero acceden a consultarse con un médico si alguien se encarga de buscar al especialista adecuado, pide cita y acompaña al paciente. Por otra parte, las personas que se encuentran gravemente deprimidas, aunque lo deseen, se sienten incapaces de buscar a un especialista, llamar a la consulta, acudir a la cita, etc. Y aunque su pareja esté en condiciones de encargarse de esta labor, valorará mucho su ayuda.

Por cierto, cuando empleo el término “médico” en este apartado, me refiero a un doctor en medicina, o bien a un doctor en medicina osteopática, es decir, los profesionales autorizados para prescribir medicamentos, y no un doctor en psicología (que es el título que tienen muchos psicólogos, como yo misma).

Psiquiatras y psicofarmacólogos

Los psiquiatras son médicos (doctores en medicina) especializados en psiquiatría.

Después de completar su formación especializada, en Estados Unidos deben aprobar unos exámenes que los habilitan como “médicos certificados en psiquiatría y neurología” (la neurología forma parte integral de la especialidad en psiquiatría, pero no es su objeto principal, que se reserva para los neurólogos). La certificación estadounidense *Board Certification*, que reciben todos los psiquiatras que han aprobado dichos exámenes, indica que han alcanzado cierto grado de competencia clínica y, por lo tanto, le sugiero que busque un psiquiatra (o psicofarmacólogo) que reúna tal requisito.

Los psiquiatras prescriben medicación, pero algunos también ofrecen servicios terapéuticos como parte del tratamiento o incluso se encargan personalmente de dicha terapia. Aunque sé que es una generalización, según mi experiencia personal y profesional, los psiquiatras que hacen terapia además de gestionar la medicación suelen ser más cordiales y atentos. También suelen pasar más tiempo con sus pacientes, normalmente entre 20 y 30 minutos en las visitas médicas, frente a la alternativa de entrar y salir en diez minutos, que no deja tiempo suficiente para plantear dudas o preguntas.

La mayor parte de los psiquiatras trata el trastorno bipolar. Los que se centran en este ámbito suelen estar adscritos a programas universitarios u hospitalarios, pero también hay especialistas privados con amplia experiencia en esta enfermedad y muy preparados para tratar a los pacientes bipolares. Puede empezar a buscar a través de diversas vías: a partir de referencias que le hayan proporcionado otras personas conocidas, o el médico de cabecera, o bien mediante una investigación en la web (muchos médicos tienen sus propias páginas web, o subsecciones en los sitios web de las universidades o los hospitales a los que están adscritos). También puede visitar los sitios web dedicados al trastorno bipolar (véase el apartado de Recursos), algunos de los cuales contienen listas de médicos especializados en el tratamiento de esta enfermedad.

Sandy y Charles han pasado mucho tiempo buscando al médico adecuado para tratar el trastorno bipolar de Charles. Querían encontrar un psiquiatra que no sólo tuviese mucha experiencia con la enfermedad, sino que dedicase el tiempo necesario para hablar con Charles sobre su evolución, no sólo para prescribir una receta a toda prisa y mandarlo para casa.

Cuando conocieron al doctor Scott (no es el nombre verdadero del médico), supieron que era exactamente lo que buscaban. No sólo estaba especializado en el trastorno bipolar, sino que era cordial y compasivo, y dedicaba más tiempo a hablar con Charles que todos los psiquiatras con los que se habían consultado hasta entonces. Cuando Sandy acompaña a Charles a las citas, el doctor Scott siempre la invita a participar y

responde a todas sus preguntas. Y si necesitan ponerse en contacto con él fuera de las horas de visita, él los llama de inmediato.

Charles tuvo que pasar por varios médicos, como tal vez le suceda a su pareja, hasta encontrar al que le parecía más adecuado, que reunía los siguientes criterios:

- Tiene experiencia en el tratamiento del trastorno bipolar.
- Es atento y empático.
- Dedicar el tiempo necesario a cada visita.
- Está abierto a las preguntas.
- Acepta que la pareja participe en el tratamiento.
- Está localizable en caso de emergencia.

Cómo encontrar al médico adecuado: qué se debe buscar

- Pida referencias a sus personas de confianza (el médico de cabecera, el especialista, o bien amigos que estén contentos con la elección de un médico) sobre un buen psiquiatra o psicofarmacólogo. Si no logra obtener ninguna referencia, busque a través de Internet (véase el apartado de Recursos, donde figura una lista de sitios web que le serán de utilidad).
 - Si el médico tiene una página web, o está adscrito a un hospital o una universidad y aparece incluido en el sitio web de la institución, o bien logra obtener por otra vía su currículum, compruebe su historial:
 - ¿Ha estudiado en una facultad de medicina conocida y prestigiosa?
 - ¿Dónde ha cursado el programa de especialidad?
 - ¿Ha obtenido la *Board Certification* en psiquiatría?
 - ¿Ha hecho el doctorado después del programa especialidad? ¿En qué materia?
 - ¿Pertenece a la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (y ocupa un lugar destacado en ella)? ¿Pertenece a otras organizaciones profesionales nacionales o regionales?
 - ¿Goza de privilegios del cuerpo médico al menos en algún hospital local?
 - ¿Tiene cargos académicos o clínicos? Por ejemplo, ¿forma parte de la plantilla clínica o docente de la universidad, o es el jefe de departamento de psiquiatría en un hospital local en un centro de salud mental?
 - Antes de pedir cita, intente hablar al menos brevemente con el médico por teléfono (si no es posible, hable con el gerente de la consulta):
 - ¿El médico tiene experiencia principalmente con adultos?
 - ¿Qué porcentaje de sus pacientes sufre trastorno bipolar? ¿Tiene el médico algún interés especial por esta enfermedad?
 - ¿Hace terapia además de prescribir medicación?
 - ¿Cuánto dura la visita inicial, y cuánto duran las visitas de seguimiento?
 - ¿Cuál es la disponibilidad del médico fuera de las horas de servicio y durante los fines de semana?
-

Al igual que Charles, creo que todos los puntos anteriores son importantes en la elección de un psiquiatra. Sin embargo, es posible que a su pareja no le interese la atención personalizada, ni pasar más tiempo del necesario en las revisiones de la medicación. Quizá prefiera simplemente un experto y no le importe la personalidad asociada a la experiencia del individuo. Así los pacientes pueden recurrir a los

psicofarmacólogos para obtener la medicación que necesitan.

Al igual que los psiquiatras, los psicofarmacólogos son doctores en medicina especializados en psiquiatría. Dado que los programas de especialización son los mismos —especialización en psiquiatría— tanto para los psiquiatras como para los psicofarmacólogos, es importante saber qué formación adicional lo habilita para utilizar ese título. Dado que no existe ningún proceso de certificación o autorización especial para ser psicofarmacólogo, su pareja o usted (o ambos) deben evaluar la trayectoria y el currículum del médico para determinar su grado de experiencia. (Un modo de hacer esto consiste en solicitar el currículum vitae del médico, o el CV, término empleado para describir lo que en otros círculos se conoce como el historial profesional).

Los médicos que se presentan como psicofarmacólogos casi siempre se ocupan exclusivamente de la medicación; no hacen terapia. Como no hacen terapia, las visitas suelen ser breves, de entre 10 y 15 minutos (si bien, como he señalado antes, hay psiquiatras que también dedican ese mismo tiempo a las “revisiones de la medicación”), salvo la evaluación inicial, que suele durar entre 45 y 90 minutos.

Un buen psicofarmacólogo puede ser, y recalco que *puede ser*, más creativo e innovador al establecer el tratamiento farmacológico de su pareja. Es sabido que, en muchos casos, los psicofarmacólogos piensan de forma poco convencional y logran “cócteles de medicación” únicos. No obstante, como he señalado antes, dado que no existe una norma establecida para utilizar este título, usted y su pareja deben fiarse de las referencias de alguien de confianza y/o investigar por su cuenta qué profesional es más válido en este terreno.

Médicos de cabecera

Algunos pacientes con trastorno bipolar prefieren acudir al médico de cabecera. ¿Le disgusta a su pareja el estigma que percibe asociado al psiquiatra? Acaso quiere restar importancia a su enfermedad (“No es algo tan malo como para tener que ir al psiquiatra”) o simplemente se siente más a gusto transmitiendo información privada sobre su salud mental a un médico al que conoce desde hace tiempo.

Aunque es una práctica común que los médicos no especializados en psiquiatría prescriban medicaciones psiquiátricas, en el caso del trastorno bipolar éste no es el mejor procedimiento, sobre todo si a su pareja todavía no la han diagnosticado. Los médicos de cabecera pueden detectar una depresión, pero como no han estudiado psiquiatría (al margen de uno o dos cursos en la facultad de medicina), pueden carecer de la formación necesaria para formular un diagnóstico de trastorno bipolar. Y sin el diagnóstico correcto,

su pareja no recibirá el tratamiento adecuado.

Si no la han diagnosticado todavía y acude al médico de cabecera durante la fase depresiva de la enfermedad, es probable que el médico le diagnostique depresión y le prescriba un antidepresivo. El problema es que casi todos los antidepresivos tienen altas probabilidades de “pasarse de la raya” con los pacientes que presentan tendencias bipolares, provocando el desarrollo de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, también denominados “oscilación maníaca”. (Por ello, como mostraré más adelante en este capítulo, los antidepresivos utilizados para tratar el trastorno bipolar suelen ir combinados con un estabilizador anímico).

Es lo que ocurrió con Gail, de 29 años. Aunque había sufrido numerosos altibajos anímicos desde los veinte años, nunca había probado la medicación para el trastorno anímico, temerosa de que los fármacos le “estropeasen el cerebro”. Pero al fin, tras sufrir un severo episodio depresivo, accedió a probar la medicación. Incómoda con la idea de ver al psiquiatra, acudió al especialista en medicina interna.

Gail salió de la consulta del internista con una prescripción de antidepresivos y, dos semanas después de empezar con la medicación, estaba hipomaníaca. En aquel momento no sabía que estaba hipomaníaca; sólo sabía que se sentía fenomenal y supuso que así es como se siente la mayor parte del tiempo la gente que no padece depresión.

Como la hipomanía no fue muy severa, la subida de ánimo provocada por el antidepresivo no fue, en el caso de Gail, tan terrible como podría serlo en una persona cuya funcionalidad o cuyo juicio se vean significativamente afectados por un estado anímico elevado. Pero lo más espantoso para Gail fue que, tras un par de meses de ánimo “alto”, volvió al punto inicial: cayó en un estado depresivo, pero ahora con cierta pérdida de esperanzas, las esperanzas que había depositado en el remedio farmacológico. (A título informativo diré que, varios meses después, Gail decidió probar de nuevo con la medicación. Pero esta vez acudió a un psiquiatra y recibió la medicación adecuada para su enfermedad).

A pesar de las reservas que he señalado, debo decir que, si el único modo de que su pareja decida entrar en el sistema de atención sanitaria es acudir al médico de cabecera, es conveniente que lo haga a toda costa. Al menos su pareja reconoce que tiene algún problema y que desea solicitar ayuda. Es un primer paso que, con un poco de suerte, llevará a su pareja a consultarse con un médico especializado en psiquiatría, alentada por el médico de cabecera.

Ahora bien, es muy importante que visiten al médico de cabecera *antes* de iniciar el

tratamiento (aunque este médico no sea el que le administre la medicación psiquiátrica), con el fin de descartar una causa orgánica, por oposición a las causas psiquiátricas, de las oscilaciones anímicas (véase el capítulo 2). Es también una oportunidad para tomar medidas generales (pretratamiento) en diversos aspectos de la salud física global, con el fin de controlar mejor los cambios que se produzcan como resultado del tratamiento.

Lo que debe saber sobre la medicación de su pareja

Aunque el tratamiento más eficaz del trastorno bipolar tiene varios componentes, la medicación es sin duda el más importante. No pretendo minimizar las aportaciones de la psicoterapia y las estrategias de autoayuda para el bienestar del paciente, pero sin la medicación la mejoría se atenúa considerablemente.

A pesar de los consejos profesionales que obtuve, y mi propio conocimiento del trastorno bipolar, no acepté este hecho fácilmente. Aunque fue idea mía solicitar un tratamiento médico para mi trastorno anímico, me costó mucho aceptar que tenía que medicarme. Me parecía un signo de fracaso personal el tener que tomar fármacos para ser como el resto de la gente, la gente que no tiene oscilaciones anímicas.

Como me resultaba tan difícil hacerme a la idea de que tenía que tomar una medicación permanente, intenté convencer a mi psiquiatra de que me tratase los episodios anímicos concretos cuando se produjesen, en lugar de mantener la medicación permanente. Incumpliendo sus consejos, durante los primeros años de mi tratamiento de vez en cuando suspendía la medicación, y siempre acababa sufriendo un nuevo episodio. Al final, después de que esto ocurriese en demasiadas ocasiones, reconocí que, si bien era posible pasar etapas sin medicación, el resultado final no merecía la pena. En realidad era una tontería, en cierto modo, intentar “demostrar” que podía arreglármelas sin necesidad de inocular en mi cerebro lo que necesitaba para funcionar de forma óptima. No se me ocurriría convencer a un diabético de que intente prescindir de la insulina, ni sugerir a un paciente hipertenso que pruebe qué tal le va sin la medicación. ¿Por qué voy a arriesgar, entonces, mi salud y mi bienestar de una manera que me parecería descabellada en los demás?

Al igual que yo, su pareja puede no aceptar la idea de que no se halla en un estado de salud (mental) “perfecto” y de que tiene que medicarse para estar bien. Pero es posible que le alivie saber que la enfermedad es, en gran medida, hereditaria y que, por lo tanto, no ha surgido como consecuencia de nada que haya hecho. A diferencia de otras enfermedades graves que se relacionan con estilos de vida poco saludables (por ejemplo,

el tabaco y el cáncer de pulmón), su pareja no es responsable de sufrir este trastorno. Lo que también debe transmitir es que, aunque no haya hecho nada que la predisponga a esta enfermedad, sí está en su mano hacer mucho para permanecer lo mejor posible ahora que la padece. Y permanecer bien significa, entre otras cosas, tomar la medicación todos los días de su vida, exactamente como se la prescriban.

Aunque queda fuera del alcance de este libro la descripción exhaustiva de todas las medicaciones psiquiátricas utilizadas con los pacientes bipolares, en este capítulo se presenta una descripción general de las principales clases de medicamentos, así como información más detallada sobre algunos fármacos concretos que se emplean con mayor frecuencia, para que comprenda mejor el aspecto médico del tratamiento de su pareja. Para obtener más información sobre algún fármaco concreto, el médico de su pareja es una buena fuente. Además, muchas compañías farmacéuticas tienen páginas web donde describen los medicamentos que fabrican. Pueden remitirse a esas páginas para resolver las dudas que tengan.

Un aspecto de la medicación que abordaré en detalle es el de los efectos secundarios. Como verá en el capítulo 6, los molestos efectos secundarios son uno de los principales motivos por el que los pacientes interrumpen la medicación bipolar. Creo que es importante que usted conozca los cambios y consecuencias que puede experimentar su pareja durante el tratamiento, porque sus observaciones pueden alentar a su pareja a continuar con la medicación (si es apropiada) que mejore la calidad de vida de los dos.

Me referiré a los medicamentos, o a las clases de medicamentos, individualmente, porque resulta más fácil organizar así el material, pero no debe deducir de ello que, cuando describo los beneficios de un determinado medicamento, pretendo decir que este u otro fármaco sea la panacea para su pareja. La mayor parte de los pacientes bipolares deben tomar múltiples medicamentos (como Tamara, a quien presenté al comienzo de este capítulo) para mantener a raya la enfermedad. No es extraño que el paciente deba tomar tres, cuatro, cinco o incluso más fármacos al mismo tiempo, y el número de medicamentos no necesariamente refleja la gravedad de la enfermedad. Con el fin de familiarizarse con las diversas opciones de tratamiento que existen, quizá sea recomendable leer todo el apartado de medicamentos aunque los fármacos en cuestión no formen parte del tratamiento actual de su pareja.

Algunos pacientes encuentran los medicamentos más eficaces en una fase temprana, poco después de iniciar el tratamiento, mientras que otros –como Tamara– tienen que pasar por múltiples ensayos hasta que al fin dan con la combinación de fármacos más adecuada. Éste puede ser un proceso muy difícil para los dos. El marido de Tamara,

David, intentaba mostrarse animado y positivo con su mujer durante cada uno de los tratamientos de prueba. Pero en el fondo estaba ansioso y preocupado, temeroso de que Tamara sufriese otra “crisis nerviosa” antes de que le diese tiempo a recuperarse plenamente de la primera. Afortunadamente, los miedos de David no se cumplieron. Aunque Tamara y su médico tardaron seis meses en encontrar la combinación de fármacos adecuada, ella se mantuvo firme durante toda esa etapa y al final volvió a sentirse como antes de que empezasen los problemas.

Aunque ha habido notables avances en psicofarmacología, esta ciencia no se halla todavía en un punto en que los médicos puedan saber con certeza a qué medicinas responderá su pareja. Por lo tanto, es casi inevitable una fase de ensayos y errores. Las guías de medicación denominadas “árboles de decisión” o “algoritmos” establecidas por diversas organizaciones profesionales (como la Asociación Norteamericana de Psiquiatría) orientan a los médicos en la dirección adecuada, y a esas referencias se añade la experiencia clínica del médico, que contribuye a dar con la prescripción idónea. Sin embargo, creo que la mayor parte de los expertos coincidirá conmigo en que la farmacología se encuentra en la infancia en comparación con otras áreas de la medicina.

Espero que algún día los médicos puedan determinar, mediante un simple análisis de sangre, qué sustancias químicas sobran o faltan, con el fin de prescribir la medicación que restaure el equilibrio adecuado. Pero hasta ese momento, todo paciente bipolar puede sufrir decepciones en el camino de la recuperación. En el capítulo 6 me centraré en cómo superar estos obstáculos. Por el momento, procure estar esperanzado y recuerde que su pareja, como muchos otros pacientes, acabará encontrando la estabilidad anímica si se somete a los ensayos de medicación.

Estabilizantes anímicos

Durante décadas los estabilizantes anímicos han sido el pilar principal del tratamiento farmacológico del trastorno bipolar. Los estabilizantes anímicos hacen exactamente lo que indica el término: impiden que las oscilaciones anímicas bipolares suban o bajen en exceso. No sólo se utilizan en el tratamiento de los episodios anímicos agudos (los episodios que ya están en marcha), sino como medicación preventiva o de mantenimiento.

Litio

De todos los medicamentos que se utilizan actualmente para tratar el trastorno bipolar, el **litio** es el que tiene una historia más larga. Por lo tanto, disponemos de muchos datos científicos sobre su eficacia. Las investigaciones desarrolladas a lo largo de varias

décadas indican que el litio no sólo es eficaz en el tratamiento de la manía aguda y, en menor medida, la depresión bipolar aguda, sino que también tiene un efecto profiláctico, pues reduce la frecuencia, la duración y la gravedad de los futuros episodios maníacos y depresivos, además de reducir drásticamente el riesgo de suicidio (que, como señalé en el capítulo 2, es desproporcionadamente elevado entre los individuos bipolares). El carbonato de litio –por ejemplo, **Eskalith**, **Lithobid**– es la forma de litio que se prescribe con mayor frecuencia, y a esta medicación me refiero cuando empleo el término *litio*.

Aunque el litio es un “fármaco milagro” para muchos, no todos los pacientes bipolares responden bien a este medicamento. Los pacientes que tienen episodios mixtos de la enfermedad y/o ciclos rápidos pueden no lograr ninguna mejoría con este fármaco. En cambio, si su pareja tiene la forma “clásica” o pura de la manía –que incluye euforia y una conducta grandiosa–, es más probable la respuesta positiva al litio.

Toxicidad de litio: síntomas alarmantes

Síntomas gastrointestinales:

- Náuseas severas o vómitos
- Diarrea o incontinencia

Problemas de coordinación muscular:

- Temblor severo
- Debilidad muscular
- Andares inestables
- Tics musculares
- Torpeza en el habla
- Cambios visuales (visión nublada; nistagmus)

Conciencia alterada:

- Incapacidad de concentración
 - Somnolencia
 - Confusión o desorientación
 - Convulsiones
 - Coma
-

El litio tarda entre 10 días y 3 semanas en surtir efecto. Los médicos determinarán si la dosis de litio de su pareja se sitúa dentro de los “límites terapéuticos”, mediante un análisis del nivel de esta sustancia en sangre, porque los pacientes que toman la misma dosis de litio pueden presentar diversos niveles de litio en sangre. En las primeras fases del tratamiento, se realizan con frecuencia análisis para comprobar que el nivel esté en un punto en que sea efectivo y, lo que es más importante, no demasiado elevado, puesto que el litio en dosis elevadas puede ser tóxico. El nivel de litio en sangre suele mantenerse entre 0,8 y 1,0 milimoles (mmol)/litro, si bien algunas investigaciones indican que los niveles comprendidos entre 0,6 y 0,8 (o incluso inferiores) pueden ser eficaces en la

terapia de mantenimiento. Es importante encontrar el nivel más bajo eficaz para evitar la toxicidad, porque los efectos secundarios guardan mucha relación con el nivel de litio en sangre. La toxicidad del litio suele asociarse a los niveles superiores a 1,5 mmol/litro. (Muchos fármacos –entre los que se incluyen, por nombrar sólo dos, los diuréticos y los antiinflamatorios no esteroideos– incrementan los niveles de litio y, por lo tanto, la probabilidad de toxicidad. El médico proporcionará a su pareja una lista de medicamentos que interactúan con el litio de este modo). No obstante, debe saber que es posible padecer los efectos de la toxicidad incluso con un nivel terapéutico de litio en sangre, de modo que es importante conocer los síntomas que alertan de una intoxicación de litio (véase la tabla que se reproduce a continuación). ***Si sospecha que puede haber intoxicación de litio, su pareja debe acudir a urgencias para recibir el tratamiento adecuado para esta afección.***

Una vez establecida la dosis correcta del medicamento, su pareja normalmente tendrá que analizarse el nivel de litio en sangre cada 3 a 6 meses. Es posible que se analice también en esos momentos el funcionamiento renal y tiroideo. Si bien es raro que los riñones se vean afectados –suele darse en casos de toxicidad o si los niveles de litio en sangre son elevados durante un período de tiempo muy prolongado–, muchos médicos supervisan este aspecto por seguridad. Más común es la reducción del funcionamiento tiroideo (hipotiroidismo) –se estima que oscila entre el 5% y el 35%–, y si se da, se trata con tratamientos de hormonas tiroideas.

Como he señalado más arriba, a menor nivel de litio en sangre, menos probables o severos serán los efectos secundarios. Algunos efectos secundarios del litio son comunes y difíciles de tolerar. No es inusual que los pacientes tratados con litio se quejen de la “lentitud mental” (en psiquiatría se denomina “embotamiento cognitivo”), el hecho de no estar tan despiertos como de costumbre. Asimismo, como ya comenté en el capítulo 2, los individuos que desarrollan actividades artísticas a veces declaran que están menos creativos con este fármaco. Por ejemplo, Ian, que escribía letras de canciones como afición antes de enfermar, dice que ya no puede hacerlo con el litio. Sin embargo, como ha sufrido “manías negras” (episodios maníacos psicóticos que resultan espantosos, nada eufóricos), está dispuesto a aceptar las consecuencias del tratamiento.

La disminución de la coordinación es otro efecto secundario que suelen presentar los pacientes: mayor torpeza o menor agilidad que de costumbre. Asimismo son comunes el aumento de peso, los temblores de manos (que pueden tratarse con medicación beta-bloqueante), las náuseas, la diarrea, el incremento de la sed y la micción, así como la exacerbación de posibles afecciones dermatológicas preexistentes.

Anticonvulsivos

Aunque los medicamentos anticonvulsivos no se desarrollaron inicialmente para el trastorno bipolar –se aprobaron inicialmente para el uso en el tratamiento de la epilepsia–, en muchos de ellos se han descubierto efectos estabilizadores del ánimo. Se desconoce el modo exacto en que afectan al estado anímico (y, por lo tanto, a la epilepsia), pero se especula que su acción terapéutica guarda relación con la inhibición de los neurotransmisores excitatorios del cerebro.

Lo que debe saber sobre los estabilizadores anímicos

- Se utilizan para la terapia de mantenimiento y para el tratamiento agudo de la manía y la depresión.
- En muchos de estos fármacos, la “dosis” terapéutica se determina en función de los niveles sanguíneos, de modo que es necesario realizar análisis de sangre.
- A menudo se combinan entre sí para obtener la remisión total de los síntomas.
- Los efectos secundarios pueden ser difíciles de tolerar

Depakote es un fármaco prescrito con frecuencia por los psiquiatras para el tratamiento de la depresión y la manía aguda, y como terapia de mantenimiento. Los estudios indican que puede ser especialmente beneficioso si su pareja tiene episodios anímicos mixtos o ciclos rápidos y no ha respondido al litio. Este fármaco se emplea también en combinación con el litio en los pacientes que no responden completamente al litio solo. Gavin es una de estas personas.

Los problemas de Gavin comenzaron cuando inició los estudios universitarios. En una ciudad desconocida, sin gente de confianza y con un programa curricular muy cargado, Gavin estaba sometido a un estrés tremendo. Pero su conducta trascendía cualquier reacción típica al estrés. Enviaba a su novia, Sheila, correos electrónicos extraños y carentes de sentido, y la llamaba a altas horas de la noche. Como Sheila estaba preocupada, viajó a la universidad de Gavin y se encontró con que, aparte de no dormir, Gavin no comía ni se duchaba ni quería salir de su apartamento.

Afortunadamente, Gavin no se resistió cuando Sheila le dijo que visitase al psiquiatra del centro de salud universitario. El médico le recetó litio, y al cabo de unas semanas estaba un poco mejor –se cuidaba y quería salir de casa–, pero el insomnio y el pensamiento acelerado y confuso seguían haciendo estragos. El psiquiatra añadió entonces Depakote al tratamiento de Gavin. Aunque tardó algún tiempo en encontrar la dosis óptima (niveles sanguíneos) de ambos medicamentos, al final Gavin respondió bien y pudo reanudar la actividad académica.

Depakote tiene algunas ventajas sobre el litio. En el tratamiento de los episodios

maníacos agudos actúa más rápido, en cuestión de días, en lugar de semanas. Este fármaco tiene también menos efectos secundarios y no suele ser causa de toxicidad con tanta frecuencia. Entre los potenciales efectos secundarios, como sucede con el litio, el aumento de peso es relativamente común. Algunos pacientes experimentan molestias estomacales, somnolencia o suaves temblores de manos; también puede darse la pérdida de pelo. Al igual que en el tratamiento con litio, suelen hacerse análisis de sangre periódicos para medir los niveles sanguíneos del fármaco; en esos momentos pueden efectuarse también otras pruebas para evaluar el funcionamiento hepático (la inflamación del hígado es un efecto secundario muy poco común), así como los niveles de amoníaco y de ciertas encimas pancreáticas que pueden elevarse como consecuencia del tratamiento.

En los últimos años, el anticonvulsivo **Lamictal** ha recibido mucha atención por su efectividad en el tratamiento de la depresión bipolar. Las investigaciones indican que la acción antidepresiva del Lamictal es superior a la del litio y el Depakote, y en comparación con los antidepresivos tradicionales es mucho menos probable que cause una oscilación anímica hacia la manía.

El Lamictal suele tener menos efectos secundarios y más suaves que muchos de los restantes estabilizadores anímicos, y, cuando se dan, suelen desaparecer pronto. Los efectos secundarios más comunes son dolor de cabeza, mareos y somnolencia. A diferencia del litio y el Depakote, el Lamictal no requiere un control periódico del nivel sanguíneo.

No obstante, este fármaco tiene un inconveniente potencial que usted y su pareja deben conocer: la posibilidad de desarrollar una erupción peligrosa. ***Si su pareja desarrolla algún tipo de sarpullido o erupción mientras toma este medicamento, póngase en contacto inmediatamente con el médico.*** El riesgo de este sufrir esta erupción puede reducirse, en gran medida, con el incremento muy gradual de la dosis de este fármaco a lo largo de las semanas.

Antipsicóticos atípicos

En 1990 surgió una clase relativamente nueva de medicamentos que, desde entonces, ha desempeñado un papel fundamental en el tratamiento del trastorno bipolar. Estos medicamentos se denominan “atípicos” o “de segunda generación” porque son más nuevos y actúan de forma diferente a los antipsicóticos “típicos” o “de primera generación”, de los que me ocuparé en el apartado siguiente. Se emplean mucho más que sus predecesores por dos motivos:

1. Son tan eficaces como los antipsicóticos tradicionales en el tratamiento de los síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones) y la agitación o hiperactividad que acompaña los episodios anímicos severos, pero, como son inhibidores de la dopamina menos fuertes, se cree que conllevan un menor riesgo de sufrir un efecto secundario relacionado con el movimiento (la “disquinesia tardía”) que los antipsicóticos típicos.
2. Son efectivos en el tratamiento de los episodios agudos de manía y depresión, se ha demostrado que previenen futuros episodios anímicos (por lo cual, como verá en la tabla de la página 159, tanto **Zyprexa** como **Abilify** –dos fármacos de esta clase– han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos estadounidense (FDA) como terapias de mantenimiento del trastorno bipolar), y son también eficaces para los episodios mixtos y las formas de ciclo rápido del trastorno bipolar. Por estos motivos, los antipsicóticos atípicos están evolucionando hacia la nueva norma de tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar, *incluso en individuos sin historial de psicosis*. Así pues, debe comprender que tomar uno de estos fármacos “antipsicóticos” no significa necesariamente que su pareja sea psicótica.

Otra ventaja de los antipsicóticos atípicos, con respecto a los estabilizadores anímicos tradicionales (a excepción de **Clozaril**), es que no se requieren análisis de sangre para ajustar la dosis ni controlar la potencial toxicidad u otras consecuencias médicas. Tampoco es tan probable que interactúen con otros fármacos.

Sin embargo, algunos antipsicóticos atípicos –**Clozaril**, **Seroquel** y **Zyprexa**– son muy sedantes. Estos tres medicamentos se caracterizan también por la tendencia a incrementar el peso de los pacientes y causar el “síndrome metabólico” (véase el capítulo 2), principalmente **Zyprexa**, que es el peor en este aspecto (no obstante, conviene señalar que el aumento de peso con **Zyprexa** se correlaciona con la dosis: a menor dosis, menor incremento de peso). Las investigaciones indican que **Abilify** y **Geodon**, en cambio, no causan estos efectos secundarios y posiblemente son igual de eficaces como estabilizadores anímicos.

Margaret, de cincuenta y cinco años de edad, ha sufrido trastorno bipolar durante gran parte de su vida adulta. A lo largo de los años se ha consultado con muchos psiquiatras y ha probado casi todos los estabilizantes anímicos tradicionales, sin éxito. Aunque era pesimista sobre la posibilidad de consultarse con otro médico y temía una nueva decepción, al final accedió a visitar a uno de los psiquiatras que le recomendé. El médico

le prescribió Zyprexa, y al cabo de sólo dos semanas su respuesta fue casi milagrosa. Sus oscilaciones anímicas de ciclo rápido –entre las manías coléricas y las depresiones desesperanzadas– prácticamente desaparecieron.

Pero con el paso de los meses empezó a notar el incremento del peso. Pasó de una talla 8 a una talla 14 en menos de seis meses. Incapaz de tolerarlo, suplicó al médico que probase otra medicación que pudiera ser igual de útil, sin este efecto secundario. Aunque a todos –a su psiquiatra, a su marido y a mí– nos preocupaba el cambio de medicación, Margaret ansiaba probar una alternativa. Al final probó otros dos antipsicóticos atípicos, que no funcionaron.

Tras un terrible sufrimiento, al final decidió volver a tomar Zyprexa y, como todo el mundo esperaba, respondió muy bien. Pero esta vez Margaret se tomó muy en serio la cuestión del aumento de peso, e inició un programa de ejercicios, además de reducir la ingesta de dulce. No sólo dejó de engordar, sino que adelgazó siete kilos.

Hay varios puntos que quisiera que aprendiese de esta historia (no me malinterprete: no quiero decir que todos los pacientes bipolares deban tomar Zyprexa; aunque estuviera en condiciones de hacer recomendaciones médicas, cosa que no es así, no sugeriría nunca esto). Uno es que existe mucho margen de especificidad en lo que respecta a las respuestas de los pacientes a los fármacos psiquiátricos. Es decir, los medicamentos de la misma clase, similares en su estructura y función, no son idénticos y no necesariamente funcionarán igual de bien en un determinado individuo. (Por ello es frecuente que los pacientes tengan que probar varios medicamentos, *incluso de la misma clase*, hasta dar al fin con el que surte mejor efecto en su caso).

Lo que debe saber sobre los antipsicóticos atípicos

- En gran medida han sustituido a los antipsicóticos típicos en el tratamiento de la psicosis.
- También se utilizan en la terapia de mantenimiento y el tratamiento agudo por sus propiedades de estabilización anímica.
- Surten efecto en los episodios mixtos y en los pacientes de ciclo rápido.
- Los efectos secundarios varían según los fármacos concretos: los más sedantes provocan aumento de peso y síndrome metabólico.
- Por lo general no requieren análisis de sangre.

Otro punto, que refleja una situación especialmente peliaguda para las parejas de los individuos bipolares, es que el paciente puede no ver la relación coste-beneficio de la medicación del mismo modo que su pareja, y por lo tanto, puede querer cambiar de medicamento aunque usted (y los médicos) vean claro que eso no es lo que más le conviene. Según mi experiencia, cuando los pacientes bipolares están bien, apenas recuerdan los episodios anímicos sufridos en el pasado, por lo que no valoran lo mucho

que han mejorado ni comprenden los riesgos potenciales asociados a los cambios de medicación.

Aunque el cambio de medicación no era la solución para Margaret, en muchos casos sí es la respuesta. Cuando Howard cambió de Seroquel a Geodon, perdió los nueve kilos que había ganado con el primer medicamento, y su estado de ánimo se mantuvo estable. Sin embargo, como Geodon no es tan sedante como Seroquel (de hecho, Seroquel es tan sedante que a menudo se receta en casos de insomnio que no responden a la medicación tradicional para los trastornos de sueño), su médico tuvo que añadir un tranquilizante (véase el apartado de este capítulo dedicado a las benzodiacepinas) a su régimen de medicación con el fin de tratar los síntomas de la ansiedad.

Antipsicóticos atípicos

<i>Marca</i>	<i>Nombre farmacéutico</i>
Abilify	aripiprazol
Clozaril	clozapina
Geodon	ziprasidona
Risperdal	risperidona
Seroquel	quetiapina
Zeldox	ziprasidona
Zyprexa	olanzapina

Antipsicóticos típicos

Los antipsicóticos típicos pueden utilizarse como tratamiento de emergencia a corto plazo para casos de psicosis e hiperactividad o agitación extrema durante un episodio bipolar severo. Además de tener un efecto antipsicótico, estos fármacos tienen un efecto sedante casi inmediato (por ello a veces se denominan “tranquilizantes mayores”). Esta medicación puede administrarse por vía intramuscular, mediante una inyección, para que actúe con mayor rapidez.

Lo que debe saber sobre los antipsicóticos típicos

- Se utilizan para tratar síntomas psicóticos y/o la hiperactividad o agitación extremas durante la depresión o la manía aguda y severa.
- Los efectos calmantes de los medicamentos se manifiestan casi de inmediato.
- Generalmente se emplean sólo a corto plazo en los individuos bipolares.
- Conllevan un riesgo sufrir graves efectos secundarios, sobre todo si se utilizan a largo plazo.

Antipsicóticos típicos

<i>Marca</i>	<i>Nombre farmacéutico</i>
--------------	----------------------------

Haldol	haloperidol
Loxitane	haloperidol
Mellaril	tioridazina
Moban	molindona
Navane	tiotixeno
Prolixin	flufenazina
Serentil	mesoridazina
Stelazine	trifluoperazina
Thorazine	clorpromazina
Trilafon	perfenazina

Todos los medicamentos de esta clase bloquean el neurotransmisor dopamina, y los efectos secundarios habituales (denominados “anticolinérgicos”) se relacionan con este aspecto: sequedad bucal, estreñimiento y visión nublada. Más preocupantes son los problemas relacionados con el movimiento (denominados “efectos secundarios extrapiramidales”; véase la tabla de la página 153), de los cuales el más preocupante es la disquinesia tardía, una afección que conlleva movimientos involuntarios repetitivos de los músculos faciales. Aunque los demás efectos secundarios relacionados con el movimiento pueden controlarse reduciendo la dosis del medicamento o administrando un fármaco anti Parkinson, el único modo de corregir la disquinesia tardía consiste en interrumpir la medicación. (En algunos casos, incluso después de interrumpir la medicación, persiste la disquinesia tardía y es irreversible). Por ello, los antipsicóticos típicos en gran medida han sido sustituidos por los atípicos, que han demostrado ser igual de eficaces pero, como he señalado antes, no conllevan el mismo riesgo de efectos secundarios relacionados con el movimiento (ni tampoco anticolinérgicos).

Efectos secundarios de los antipsicóticos típicos relacionados con el movimiento

“Pseudoparkinsonismo”:

Andares lentos, arrastrando los pies; pérdida de expresión facial; temblor de manos.

Reacciones distónicas:

Espasmos musculares de la cara o el cuello o de los músculos faciales/oculares.

Acatisia:

Intranquilidad intensa en las piernas, que provoca la necesidad de andar o moverse.

Disquinesia tardía:

Movimientos involuntarios repetitivos, normalmente de los músculos faciales: masticación, parpadeo, fruncimiento de labios, protrusión de la lengua.

No obstante, en la práctica, algunos médicos siguen recetando los antipsicóticos típicos porque creen, por la experiencia clínica, que son el mejor tratamiento para la excitabilidad maníaca extrema en los pacientes más gravemente afectados. Otro aspecto que toman en consideración algunos médicos es el precio, mucho más asequible, de los antipsicóticos

típicos en relación con los de segunda generación.

Antidepresivos

Los antidepresivos se utilizan para tratar episodios agudos de depresión bipolar y para prevenir el desarrollo de nuevos episodios. El uso de estos fármacos para el trastorno bipolar es algo controvertido por dos razones:

- Todos los antidepresivos (aunque varían en el grado de este riesgo potencial) pueden inducir una oscilación maníaca en los pacientes con tendencias bipolares.
- Las investigaciones indican que los antidepresivos incrementan el ciclo anímico, es decir, reducen el tiempo comprendido entre los episodios anímicos.

A pesar de estos problemas potenciales, los antidepresivos siguen prescribiéndose en muchos casos para tratar la depresión bipolar. Los psiquiatras suelen paliar la inestabilidad anímica derivada de estos fármacos utilizando los que presentan un menor índice de oscilación maníaca –como **Wellbutrin** o **Praxil**– y/o administrando el fármaco junto con un estabilizador anímico (un estabilizador anímico tradicional o un antipsicótico atípico con propiedades estabilizadoras). De hecho, la mayor parte de los expertos en este ámbito coincide en que ***no deben administrarse antidepresivos a los pacientes bipolares si no es en conjunción con un fármaco estabilizador.***

Los diversos tipos de antidepresivos y los fármacos concretos incluidos en cada categoría se recogen en la tabla de la página 157. He intentado ser lo más exhaustiva posible, pero debe saber que algunos de estos medicamentos no se utilizan con mucha frecuencia en la actualidad, al menos en el tratamiento del trastorno bipolar. Por ejemplo, los **antidepresivos tricíclicos**, aunque tienen una historia de uso más larga que cualquier otro antidepresivo, son infrecuentes en la actualidad, porque hoy existen otros antidepresivos igual de eficaces, con menos efectos secundarios y menor probabilidad de precipitar una oscilación maníaca. Los **antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)** tampoco son muy utilizados, fundamentalmente porque requieren ciertas restricciones dietéticas. Es una lástima, porque los estudios indican que pueden ser muy eficaces en un subconjunto de pacientes bipolares deprimidos, sobre todos los que padecen depresiones bipolares II, tienen un esquema atípico de síntomas (falta de energía, conducta motora lenta, incremento del sueño y del apetito) y no responden a otros fármacos antidepresivos. Sin embargo, existe un sistema de presentación relativamente nuevo de este fármaco –el parche transdérmico–, que a dosis

bajas no requiere seguir ninguna dieta especial, de modo que ahora empezamos a ver un incremento del uso de este medicamento.

Los antidepresivos más conocidos son quizá los ISRS, que se dirigen fundamentalmente al neurotransmisor serotonina (un químico cerebral relacionado con la sensación de bienestar). Entre ellos cabe citar fármacos como **Prozac**, **Zoloft**, Paxil y **Lexapro**. También se prescribe con frecuencia Wellbutrin, un antidepresivo atípico que opera en los químicos cerebrales norepinefrina y dopamina y tiende a ser más vigorizante en su efecto antidepresivo (y causa menos efectos secundarios sexuales o de aumento de peso) que los ISRS. Los IRSN, que afectan tanto a la serotonina como a la norepinefrina, también han ganado popularidad. Los medicamentos de estas tres clases suelen tener menos efectos secundarios, o más suaves (véase la tabla de la página 156), y no requieren análisis de sangre para establecer la dosis o controlar las consecuencias médicas adversas.

Lo que debe saber sobre los antidepresivos

- Se utilizan para tratar episodios agudos de depresión bipolar y como terapia de mantenimiento para impedir el desarrollo de nuevos episodios.
- Deben administrarse en conjunción con fármacos estabilizadores anímicos.
- Los antidepresivos más modernos suelen ser bien tolerados.
- Por lo general, no se requieren análisis de sangre.

Efectos secundarios comunes de los antidepresivos

Cambio en el funcionamiento sexual (disminución de la libido o dificultad para alcanzar el orgasmo)	Diarrea o estreñimiento
Aumento de peso	Sequedad bucal
Insomnio	Incremento de la sudoración
Sedación durante el día	Dolores de cabeza
Náuseas	Nerviosismo o agitación

Aunque muchas investigaciones han demostrado la eficacia de los antidepresivos para los pacientes que tienen depresión unipolar (no bipolar), no se dispone de muchos estudios sobre el uso de estas medicaciones, sobre todo de las más recientes, en pacientes bipolares. No obstante, quisiera mencionar dos estudios recientes que se han desarrollado a gran escala, porque creo que sus resultados son de especial relevancia.

Antidepresivos

<i>Marca</i>	<i>Nombre farmacéutico</i>
ISRS	
Celexa	citalopram
Lexapro	escitalopram

Luvox	fluvoxamina
Paxil	paroxetina
Prozac	fluoxetina
Zoloft	sertralina
Antidepresivos atípicos	
Desyrel	sertralina
Remeron	mirtazapina
–	nefadozona
Wellbutrin	Bupropion
Tricíclicos	
Anafranil	clomipramina
Ascendin	amoxapina
Elavil	amitriptilina
Ludiomil	maprotilina
Norpramine	desipramina
Pamelor	nortriptilina
Tofranil	imipramina
Vivactil	protriptilina
IMAO	
Elderpryl	selegilina
Emsam	selegilina transdérmica
Marplan	isocarboxacida
Nardil	fenelzina
Parnate	tranilcipromina
IRSN	
Cymbalta	duloxetina
Effexor	venlafaxina
Fármacos combinados	
Symbyax	fluoxetina y olanzapina

El primer estudio se desarrolló para determinar si los antidepresivos aumentan la eficacia de los estabilizadores anímicos en la depresión bipolar. A los participantes del estudio les administraron al azar un antidepresivo o un placebo junto con el estabilizador anímico (que ya tomaban anteriormente) durante los seis meses de la investigación. Los resultados indicaban que los dos grupos no diferían en el resultado, por lo que los antidepresivos no conllevaban ninguna ventaja.

Otro estudio reciente ha mostrado resultados más prometedores para el uso de los antidepresivos. En esta investigación los pacientes con depresión bipolar recibieron uno de dos antipsicóticos atípicos (por sus propiedades estabilizadoras del ánimo) –Zyprexa o Seroquel–, bien solos o bien en combinación con un antidepresivo ISRS, Prozac. Aunque Zyprexa y Seroquel resultaban efectivos por sí solos, el estudio puso de manifiesto que la combinación de Zyprexa con Prozac arrojaba resultados aún mejores. De hecho, en parte a raíz de los resultados de este estudio, los dos fármacos se han combinado en una sola sustancia (cuya marca es **Symbyax**), hoy disponible como uno de los dos tratamientos aprobados por la FDA para la depresión bipolar (véase la tabla de la página 159).

Lo que debe saber sobre las benzodiacepinas

- Se utilizan a corto plazo en dosis altas para tratar la hiperactividad/agitación en la manía aguda.
- Se utilizan para el insomnio.
- Se utilizan para tratar síntomas de ansiedad coexistentes.
- Alto potencial adictivo.
- Riesgo de depresión respiratoria y muerte si se combinan con otros fármacos, como sedantes, narcóticos o alcohol.

Benzodiacepinas

La clase de fármacos denominados benzodiacepinas, también conocidos como “tranquilizantes menores”, tiene tres usos en el tratamiento del trastorno bipolar: como intervención a corto plazo para la manía aguda en los pacientes que están hiperactivos o agitados, para tratar los trastornos coincidentes de ansiedad o los síntomas de ansiedad acusada, y para el insomnio. Aunque las benzodiacepinas son sedantes muy eficaces, generalmente se utilizan con prudencia porque tienen un alto potencial adictivo. Por otro lado, pueden no ser apropiadas para su pareja si padece depresión, pues estos fármacos son depresores del sistema nervioso central.

Entre los medicamentos pertenecientes a este grupo se cuentan **Ativan** (lorazepán), **Klonopin** (clonazepán), **Librium** (clordiazepoxida), **Tranxene** (clorazepato), **Valium** (diazepán) y **Xanax** (alprazolam). Algunos, como Ativan y Xanax, actúan durante menos tiempo, mientras que otros, como Klonopin, tienen una acción más prolongada (se cree que las benzodiacepinas que acción más breve tienen un mayor potencial adictivo). Los efectos secundarios comunes de estos fármacos son, entre otros, la sedación, la somnolencia, la sensación de lentitud, la disminución de la coordinación y la pérdida de memoria.

<i>Manía aguda</i>	<i>Depresión aguda</i>	<i>Mantenimiento (prevención o retraso de las recurrencias)</i>
Lithium	Symbyax	Lithium
Depakote	Seroquel	Lamictal
Tegretol		Zyprexa
Zyprexa		Abilify
Risperdal		
Seroquel		
Geodon		
Abilify		

Como estos medicamentos son depresores del sistema nervioso central, no deben tomarse con alcohol (que también es un depresor del sistema nervioso central) ni con otros medicamentos sedantes. Además, debido a su potencial letal en dosis grandes, estos fármacos deben administrarse sólo en limitadas cantidades a los individuos con alto riesgo de suicidio.

Otros tratamientos médicos que debe conocer

Existen varios tratamientos médicos, algunos con décadas de antigüedad en el mercado y otros más recientes, que se pueden utilizar como alternativas o complementos del tratamiento farmacológico estándar para el trastorno bipolar.

Terapia electroconvulsiva (TEC)

Lamentablemente, debido al término con que se suele denominar (“terapia de electroshock”) y al modo en que se describe en los medios, junto con el abuso de este procedimiento en los primeros tiempos, la TEC se ha granjeado una reputación poco favorable. Lo cierto es que la TEC es un tratamiento muy eficaz para los estados maníacos, mixtos y depresivos graves y agudos, sobre todo en aquellos pacientes que no responden suficientemente a la medicación (por ello se considera a menudo “el tratamiento de último recurso”). Otra ventaja del tratamiento es que puede administrarse de forma segura durante el embarazo.

Hoy la TEC se aplica con anestesia general. El procedimiento es cuestión de minutos (la mayor parte del tiempo se dedica a anestesiarse a la persona y a la recuperación de la anestesia) y consiste en aplicar durante dos segundos una estimulación eléctrica al cerebro, mediante discos de electrodos adheridos a la cabeza. El estímulo eléctrico produce una “convulsión”, pero que no va asociada a los movimientos espasmódicos típicos de las verdaderas convulsiones.

La TEC se aplica intensivamente –por lo general, tres veces por semana– en una serie de 6 a 12 sesiones para el tratamiento agudo de un episodio anímico, y suele ir seguida de una “terapia de mantenimiento”, en la que la frecuencia de las sesiones se reduce a una vez cada varias semanas o incluso meses. El tratamiento puede administrarse a pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Un efecto secundario común de la TEC es la pérdida de memoria. Aproximadamente dos tercios de los pacientes que reciben el tratamiento dicen que les afecta de algún modo a la memoria. Muchos tienen dificultades para recordar los acontecimientos que ocurren durante las 2 a 4 semanas en que reciben el tratamiento intensivo. Algunos declaran que no recuerdan los acontecimientos ocurridos durante el período inmediatamente anterior al tratamiento; otros tienen lapsos de memoria referidos a situaciones aisladas del pasado.

Los pacientes bipolares deprimidos que reciben TEC pueden ponerse hipomaniacos (tienen menor probabilidad de desarrollar manía plena). No obstante, a diferencia de los medicamentos antidepresivos, no se ha observado que este tratamiento incremente el ciclo anímico.

Estimulación magnética transcraneal rápida (EMTr)

La EMTr, desarrollada recientemente como alternativa a la TEC, es un modo de estimulación cerebral que no induce una actividad “convulsiva” y no requiere anestesia. La técnica se basa en el principio del electromagnetismo. Se adhiere al cuero cabelludo una bobina magnética, y el campo magnético creado por la bobina induce una pequeña corriente eléctrica en el cerebro. (El procedimiento se diferencia también de la TEC en que la electricidad no atraviesa el cráneo).

Los resultados preliminares son prometedores. Indican que este tratamiento puede ser eficaz tanto para la depresión como para la manía sin causar los problemas de memoria asociados a la TEC. Sin embargo, dado que el procedimiento (y las investigaciones desarrolladas con él) se halla todavía en la infancia, la disponibilidad de este tratamiento es limitada, aunque es una luz de esperanza en el horizonte.

Estimulación del nervio vago (ENV)

La ENV, un procedimiento muy reciente para la depresión resistente a los tratamientos, consiste en implantar bajo la piel un dispositivo que estimula eléctricamente el nervio vago. Aunque este tratamiento se desarrolló inicialmente para la epilepsia, el descubrimiento de sus efectos potenciadores del ánimo condujo a investigar su eficacia en la depresión. Hasta la fecha (en el momento en que redactó este libro), los estudios

arrojan resultados mixtos: algunas investigaciones han descubierto un efecto claramente superior en este tratamiento, mientras que otras presentan resultados menos llamativos. No obstante, si su pareja no ha respondido a otros tratamientos de la depresión bipolar, les conviene familiarizarse con los últimos hallazgos sobre esta técnica (los estudios desarrollados en los dos últimos años, es decir, desde la escritura de este libro) mediante una búsqueda en Internet. También pueden consultar la página web de Cyberonics, la compañía que comercializa el dispositivo de ENV que ha sido aprobado para la FDA para la depresión resistente a los tratamientos.

Fototerapia

Como señalé brevemente en el capítulo 2, los pacientes que presentan una distribución estacional de los episodios anímicos –sobre todo las depresiones de invierno– suelen beneficiarse del incremento de la exposición a la luz. La fototerapia consiste en la exposición a la luz blanca brillante de espectro completo, proyectada directamente sobre los ojos, mediante una caja de luz o un visor de luz como fuente de iluminación (la caja de luz requiere que el individuo se sienta delante, mientras que el visor permite el movimiento).

Las sesiones de fototerapia suelen hacerse por la mañana durante un período variable, comprendido entre 30 minutos y dos horas, en función de la intensidad de la fuente lumínica, la gravedad de los síntomas depresivos y la velocidad de la respuesta. Aunque el tratamiento surte efecto con rapidez, existe el riesgo de iniciar oscilaciones hacia la manía y la hipomanía, como sucede con muchos otros tratamientos de la depresión bipolar.

Aunque los estudios iniciales incluían únicamente a individuos con síntomas estacionales, algunas investigaciones recientes sugieren que la fototerapia puede surtir efecto también en las depresiones que no siguen una pauta estacional. Asimismo, aunque el procedimiento funciona por sí solo, puede resultar más eficaz si se combina con medicación.

Incremento de la hormona tiroidea

Los estudios indican que entre el 30% y el 50% de los pacientes que no logran mitigar las depresiones con los fármacos psiquiátricos tradicionales se benefician del incremento de los niveles de T3 (la forma activa de la hormona tiroidea) con la prescripción del medicamento Cytomel, aunque no den positivo en el análisis de hipotiroidismo. Los pacientes de ciclo rápido y las mujeres son los que obtienen mayor beneficio del aumento de la hormona tiroidea. Los suplementos de esta hormona suelen tener pocos efectos

secundarios, pero algunos pacientes se quejan de que están ansiosos o “acelerados”, en cuyo caso se puede reducir la dosis de la medicación.

Privación de sueño

Curiosamente, algunas investigaciones ponen de manifiesto que los pacientes deprimidos –incluidos los que tienen depresión bipolar– experimentan una mejora anímica si pasan una noche sin dormir. Por desgracia, este efecto disminuye, en la mayoría de los casos, después de dormir bien la noche siguiente. En consecuencia, varios estudios varios han buscado fórmulas para mantener el efecto antidepresivo inicial de la privación de sueño. Los resultados indican que la alternancia de la privación de sueño reiterada –es decir, 3 días sin dormir– con 3 días de sueño tiene cierto efecto prolongado. Asimismo se ha observado que el uso de medicación adicional previene la rápida recaída en la depresión que suele seguir al cese del tratamiento de privación de sueño.

Desafortunadamente, al margen de los laboratorios científicos, la privación de sueño como tratamiento de la depresión sigue siendo controvertida. Además de los aspectos éticos y pragmáticos cuestionables que conlleva someter a un paciente a una noche sin dormir, el procedimiento conlleva el riesgo (muy elevado, según algunos estudios) de oscilar hacia la manía o la hipomanía. A la luz de estos factores, *este tratamiento debe aplicarse únicamente bajo la estricta supervisión del médico que lo prescribe.*

¿Qué terapia es más adecuada para su pareja y usted?

Dado que el trastorno bipolar es, en gran medida, una enfermedad genética y se cree que está causada por desequilibrios químicos en el cerebro, durante muchos años se ha considerado que los psicólogos y otros profesionales de la salud mental que no son médicos tienen poco que hacer en el tratamiento de esta dolencia. Inicialmente se les relegó a la función de apoyo emocional y asistencia para fomentar el cumplimiento de la medicación. Sin embargo, algunos estudios científicos recientes han demostrado los poderosos efectos de las terapias psicológicas “orientadas a las habilidades”. Estos tratamientos, si se administran junto con los fármacos psiquiátricos, actúan más rápido y mantienen el bienestar del paciente durante más tiempo que la medicación sola o la medicación utilizada junto con la “terapia de charla” genérica, más tradicional.

En la actualidad, la mayor parte de los psicólogos clínicos de nivel doctoral (doctores en psicología o en humanidades) tiene formación para seguir tratamientos orientados a las habilidades. Generalmente, estos terapeutas completan un programa de posgrado de cinco años que incluye un año de prácticas como internos. Otros tipos de profesionales

de la salud mental con un programa de formación menos amplio pueden tener, asimismo, la competencia necesaria para proporcionar terapia a su pareja; entre ellos se incluyen los psicólogos de nivel de máster o los trabajadores sociales psiquiátricos, así como los terapeutas familiares y matrimoniales. (En la mayor parte de los estados estadounidenses sólo los psicólogos se denominan con este término; los individuos con otros tipos de grados pueden denominarse, por ejemplo, “terapeutas”, “orientadores” o “psicoterapeutas”, pero no “psicólogos”). Además, como ya señalé al comienzo de este capítulo, algunos psiquiatras –aunque son relativamente pocos en la actualidad– dirigen sesiones de terapia. No obstante, por lo general (e insisto, sólo por lo general), el tipo de terapia que ofrecen los doctores en medicina no suele seguir el enfoque orientado a las habilidades, que es más útil para el trastorno bipolar.

Terapia cognitivo-conductual (TCC)

La TCC es una conjunción de terapia cognitiva y terapia conductual, o modificación de la conducta. Este modo de tratamiento se basa en la idea de que algunos tipos de pensamientos y conductas poco útiles pueden desencadenar, intensificar y prolongar los episodios anímicos. La TCC se ha utilizado para tratar numerosos trastornos psiquiátricos, incluida la depresión unipolar, pero su aplicación al trastorno bipolar es más reciente. Aunque existen muchas formas de TCC, entre las que se cuentan la que utilizo yo, todas tienen en común el mismo objetivo general en la interacción de pensamientos, conductas y emociones.

Las sesiones de TCC suelen dirigirse individualmente, una vez por semana, pero en algunos casos se sigue un formato de grupo. Es un tratamiento de tiempo limitado, como la mayor parte de las terapias orientadas a habilidades; generalmente se prolonga durante 6 meses (si bien se puede continuar con “sesiones de refuerzo” periódicas, menos intensivas). El mejor momento para empezar con la TCC es cuando su pareja está ya estabilizada con la medicación, aunque el tratamiento puede adaptarse para su uso durante un episodio de la enfermedad.

El componente cognitivo de la TCC ayuda al paciente a identificar y cuestionar (y, en última instancia, cambiar) los pensamientos y creencias inútiles o distorsionados. Por ejemplo, las perspectivas sumamente pesimistas o negativas (“Soy un fracaso”, “Nada me saldrá nunca bien”) pueden desencadenar o acompañar (y agravar) la depresión. En el extremo opuesto, los pacientes maníacos o hipomaníacos tienden a verse (y a ver el mundo y su futuro) de un modo exageradamente positivo u optimista. Una persona maníaca (o hipomaníaca) puede pensar: “Tengo suerte, todo sale a mi favor”, o sentir

que es poderosa o invencible. Estas distorsiones del pensamiento pueden inducir pensamientos insensatos y conductas arriesgadas que traen consecuencias dolorosas. En las sesiones de TCC el terapeuta señala y cuestiona estas distorsiones en la observación de la realidad. Por ejemplo, si su pareja hace una declaración negativa global sobre sí misma, el terapeuta cuestionará la generalización aportando –junto con su pareja– pruebas que contradigan dicha creencia. Si su pareja da muestras de negar o minimizar la enfermedad, diciendo cosas como “No es para tanto tener un trastorno bipolar” o “Ya estoy mejor, así que ya no necesito tomar la medicación” (véase el capítulo 3 en lo que respecta al rechazo), el terapeuta tratará también estas actitudes.

Entre las sesiones los pacientes llevan un control de sus pensamientos –los anotan en formularios diseñados para este fin– y luego examinan si son ilógicos o tendenciosos, en cuyo caso los contrarrestan con un pensamiento o una serie de pensamientos racionales alternativos. Mediante la práctica continuada, su pareja acabaría desarrollando habilidades para transformar de forma automática los pensamientos inútiles en otros más útiles y razonables. El objetivo último es que los nuevos pensamientos racionales se conviertan en algo habitual y sustituyan el viejo estilo de pensamiento irracional.

El componente conductual de la TCC puede contener numerosas técnicas útiles para los pacientes bipolares. Por lo general, en las primeras fases del tratamiento se forma al paciente sobre la enfermedad bipolar y se abordan asuntos relacionados con el cumplimiento de la medicación. Los pacientes hacen también un seguimiento diario de los estados de ánimo (mediante una escala estandarizada y unos registros que se suministran para este fin) y aprenden a controlar los primeros signos idiosincrásicos que alertan de un incipiente episodio anímico. Otros componentes importantes del aspecto conductual del tratamiento son la modificación del estilo de vida, como el mantenimiento de una buena higiene del sueño y el seguimiento de una rutina diaria regular (programación de actividades, incluidas las agradables, y control de los niveles de estimulación), y la identificación y el control (o al menos la minimización) de los impulsos y factores que desencadenan episodios anímicos.

Como el estrés y la ansiedad suelen desencadenar episodios anímicos, en la TCC su pareja puede también:

- Aprender estrategias para *la resolución de problemas y la toma de decisiones*.
- Trabajar para mejorar las habilidades de *comunicación interpersonal* con el fin de reducir los conflictos interpersonales.
- Aprender habilidades generales de *control del estrés*, como la meditación o las

técnicas de relajación.

- Superar miedos y fobias (si existen) con *procedimientos basados en la exposición*.

Mientras redacto este libro se han publicado seis estudios que investigan la efectividad de la TCC para el trastorno bipolar. Cinco de los seis estudios muestran que la TCC, si se administra junto con la medicación, produce mejores resultados que la medicación sola o que la medicación más una terapia no orientada a las habilidades. (En el único estudio que no advirtió ninguna ventaja en la TCC, un subconjunto de participantes –individuos que no habían tenido más de 12 episodios de la enfermedad a lo largo de la vida– mostraba significativos efectos terapéuticos de la TCC. En cambio, los individuos que padecían una forma de la enfermedad mucho más recurrente –más de 12 episodios a lo largo de la vida– *empeoraban*). Conviene señalar que cuatro de los estudios desarrollados incluían a pacientes bipolares II, además de bipolares I.

A partir de los datos disponibles y mi propia experiencia personal y profesional, yo recomendaría la TCC a los pacientes que se encuentren relativamente estables tras un episodio de la enfermedad, o que experimenten algunos síntomas anímicos residuales, pero no durante un episodio anímico importante. El tratamiento es preferible para las personas que son bastante locuaces y tienen cierto nivel de comprensión –es decir, pueden reflexionar sobre sus trastornos–, así como para los pacientes que están razonablemente comprometidos y motivados para participar en el tratamiento, dado que es necesario hacer bastantes “deberes” entre una y otra sesión. Pero incluso los pacientes más afectados y/o los que ven más mermada su actividad pueden beneficiarse de algunos de los elementos conductuales más básicos del tratamiento, como la psicoeducación, los cambios de estilo de vida y el seguimiento de los estados de ánimo.

Aunque no es difícil encontrar un terapeuta cognitivo-conductual experimentado, puede resultar más complicado localizar a alguno que haya aplicado este tratamiento al trastorno bipolar. Un modo de empezar, para usted y su pareja, es contactar con la Clínica Bipolar del Hospital General de Massachusetts, en Boston (esta clínica utiliza TCC en su programa). Otra vía consiste en buscar en Internet profesionales de TCC y examinar su currículum. Asimismo, algunas asociaciones de profesionales de TCC disponen de listas de potenciales usuarios (como la Asociación de Terapias Cognitivas y Conductuales, la Academia de Terapia Cognitiva y la Academia Estadounidense de Psicología Cognitiva y Conductual).

Terapia dialéctico-conductual (TDC)

La TDC se desarrolló inicialmente para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. No obstante, como el trastorno bipolar presenta también algunos de los rasgos principales del trastorno límite de la personalidad (como los problemas de regulación emocional, la conducta autolesiva y otros tipos de conducta de alto riesgo), y algunos pacientes sufren los dos trastornos, el tratamiento se aplica cada vez más a los individuos bipolares, tanto en consultas privadas como en clínicas de trastorno bipolar de los principales centros médicos de Estados Unidos (por ejemplo, la Escuela de Medicina de Stanford y el Centro Médico Monte Sinaí de Nueva York). El tratamiento sigue los mismos métodos de cambio de la TDC tradicional, pero incluye también la insistencia en la “aceptación”, con el fin de enseñar al paciente bipolar a aceptar los estados emocionales y las circunstancias que no se pueden cambiar de forma inmediata. (El concepto de aceptación se extiende también a la validación, por parte del terapeuta, de la experiencia del individuo bipolar). El tratamiento consiste en terapias individuales y de grupo, generalmente desarrolladas a lo largo de un año. Las sesiones de psicoterapia individual semanales suelen centrarse en las conductas o los acontecimientos problemáticos de la semana anterior, incidiendo en las alternativas que podría tener la persona para gestionar mejor las situaciones. Además de las sesiones presenciales programadas, el contacto telefónico con el terapeuta entre las visitas forma parte de la TDC. Esta terapia promueve también la aplicación de las habilidades adquiridas en la terapia de grupo (véase más abajo).

La terapia de grupo se desarrolla también semanalmente, con sesiones que duran entre dos y dos horas y media. (Por lo general, un terapeuta distinto del que dirige la psicoterapia individual se encarga de la terapia de grupo, y las reuniones consultivas entre terapeutas –la interacción regular entre los terapeutas individuales y de grupo– se consideran otro componente fundamental de este tratamiento). Las sesiones consisten en enseñar a los miembros del grupo cuatro conjuntos de habilidades: (1) atención plena; (2) efectividad interpersonal; (3) regulación emocional, y (4) tolerancia al malestar.

Las habilidades de la *atención plena* derivan de las prácticas de meditación budista y se utilizan para ayudar al individuo a tomar conciencia de los diversos aspectos de una experiencia, así como a desarrollar la capacidad de sobrellevar la experiencia en un determinado momento. Las habilidades de *efectividad interpersonal* se centran en enseñar modos efectivos de alcanzar los propios objetivos con otras personas: cómo pedir lo que se necesita, cómo decir que no de modo eficaz, cómo formar y mantener relaciones sanas con los demás. Con las habilidades de *regulación emocional* los participantes aprenden modos de alterar o modular los estados emocionales difíciles,

como la ira, la angustia y la depresión. Por último, la *tolerancia al malestar* enseña a los individuos a soportar y comprender las situaciones perturbadoras que causan dolor emocional.

Aunque existen numerosos estudios sobre la aplicación de este tratamiento al trastorno límite de la personalidad, en el momento en que redacto este libro sólo se conocen dos investigaciones –una con adolescentes y otra con adultos– que incluyan pacientes bipolares. En ambos trabajos, cuando se compara la situación final de los participantes con su estado anterior al tratamiento, se pone de relieve una mejora significativa como consecuencia del tratamiento. No obstante, ambas investigaciones son “incontroladas” (no había grupos de comparación que recibiesen tratamientos alternativos o placebos), de modo que estos datos deben considerarse, en el mejor de los casos, muy preliminares.

Desde una perspectiva clínica, creo que este modo de tratamiento debe de ser especialmente beneficioso para los pacientes bipolares que no se encuentran en un episodio anímico importante, pero presentan algunos síntomas residuales de algún episodio reciente o se encuentran relativamente estabilizados. El tratamiento dedica mucha atención a los métodos de eliminación de las conductas impulsivas de alto riesgo asociadas al estado anímico, de modo que si su pareja tiene un historial de pensamientos y/o conductas suicidas u otros tipos de comportamiento autolesivo (por ejemplo, consumo abusivo de sustancias o trastornos alimentarios compulsivos), o manifiesta una conducta exagerada durante los episodios maníacos o hipomaníacos (juego excesivo, compras descontroladas, infidelidad sexual), este tratamiento puede ser especialmente beneficioso. Además, los pacientes que presentan simultáneamente un trastorno límite de la personalidad o trastornos de ansiedad pueden beneficiarse de diversos aspectos de los módulos de habilidades, tanto a lo que respecta a estos trastornos como a la enfermedad bipolar.

Si a su pareja le interesa recibir tratamiento de TDC y no reside cerca de la clínica californiana que he mencionado antes, ni tampoco de la de Nueva York, le recomiendo que llame al centro de TDC de la Universidad de Washington en Seattle (la persona que inició este tratamiento forma parte del profesorado de este centro). Desde allí le remitirán a alguien de su zona que se haya formado en TDC. Otra alternativa consiste en buscar en Internet. Hay muchos sitios web de profesionales individuales de TDC y de organizaciones que contienen listas de referencia de proveedores de TDC. Además, el sitio web de Behavioral Tech, LLC (behavioraltech.org) contiene un enlace con un directorio de terapeutas TDC.

Terapia interpersonal y de ritmo social (TIRS)

La TIRS es un tratamiento que incorpora psicoterapia interpersonal, una terapia desarrollada para ayudar a los individuos con depresión a resolver las dificultades de relación, mediante técnicas que se centran en la estabilización de los “ritmos” o las rutinas diarias. Se ha desarrollado específicamente para el tratamiento del trastorno bipolar. La teoría que subyace a la terapia surge, en gran parte, de la idea de que la interrupción de los ritmos físicos (como consecuencia de las relaciones conflictivas u otros estreses, o de funciones biológicas alteradas como el ciclo de sueño-vigilia) propicia el desarrollo de episodios anímicos bipolares.

Con el fin de contribuir a estabilizar las rutinas diarias, se pide a los pacientes que anoten a diario, en una tabla de “ritmo social”, los estados anímicos y los acontecimientos y actividades (incluidas cosas como la hora a la que comen, los programas de televisión que ven por la noche, la hora a la que se van a dormir), así como el nivel de estimulación social (la cantidad de contacto de intensidad “alta” frente al de intensidad “baja; por ejemplo, ir a una fiesta o a una reunión familiar, frente a hacer una llamada de teléfono para pedir cita en la peluquería).

El componente interpersonal del tratamiento ayuda a los individuos a identificar y resolver los principales problemas de relación. Los pacientes desarrollan un “inventario interpersonal” de sus redes sociales, incluidos todos los conflictos actuales y potenciales, o los estreses que pueden afectar a su estabilidad emocional. El terapeuta trabaja después con el individuo para desarrollar métodos con el fin de reducir los conflictos y, de ese modo, contribuye a estabilizar los ritmos sociales diarios de la persona.

En un amplio estudio con pacientes bipolares gravemente enfermos, los investigadores observaron que los que recibían TIRS, junto con la medicación, obtenían mejores resultados al cabo de dos años que los individuos que recibían una terapia psicoeducacional intensiva. En un estudio reciente sobre el tratamiento del trastorno bipolar, desarrollado simultáneamente en varias localidades, se concluyó que la TIRS era tan eficaz como la TCC y la terapia centrada en la familia (la TCF, de la que hablaremos a continuación).

Una de las ventajas de este tratamiento es que, al parecer, puede utilizarse de forma efectiva cuando el paciente bipolar se encuentra en un episodio anímico. Sin embargo, conlleva una cantidad considerable de anotaciones, por lo que es un modo de tratamiento “activo”, por oposición al modo más “pasivo”, de manera que creo sólo resultará eficaz si el paciente bipolar está suficientemente motivado. Este tipo de tratamiento puede resultar de especial utilidad a los pacientes que sufren alteraciones significativas del ciclo

sueño-vigilia (algo muy común en los enfermos bipolares y que se correlaciona de forma significativa con la recurrencia de los episodios) y/o conflictos recurrentes en sus relaciones interpersonales, incluida la pareja. (No obstante, recuerde que la TIRS es un tratamiento individual, de modo que cuando se centra en la mejora de las relaciones fundamentales, se lleva a cabo sin la presencia del cónyuge o la pareja “en la sala”).

Si su pareja desea localizar a un terapeuta que aplique este tipo de tratamiento, un buen punto de partida es llamar a la Clínica de Trastornos Bipolares de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pittsburgh (la persona que desarrolló este método forma parte del profesorado de este centro).

Terapia centrada en la familia (TCF)

La TCF es una versión modificada del tratamiento que se centra en cómo pueden contribuir las relaciones y dinámicas familiares al bienestar o a la enfermedad de la persona que padece un trastorno psiquiátrico severo. Se diseñó inicialmente para fortalecer el apoyo social y reducir la “emoción expresada”, es decir, las conductas y actitudes críticas, hostiles o excesivamente preocupadas que muestran los familiares con respecto al individuo enfermo, y se ha adaptado específicamente a los pacientes bipolares y sus parejas u otros familiares cercanos. A diferencia de los restantes tratamientos psicosociales descritos en este capítulo, las sesiones de TCF incluyen la presencia tanto del paciente como de su pareja, y ambos deben firmar los formularios de consentimiento para participar. El tratamiento suele administrarse durante un período de nueve meses.

El aspecto central de esta terapia es educacional. En las primeras fases del tratamiento se informa al familiar sobre los síntomas bipolares, la etiología, la evolución, el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad. También se transmite conocimiento sobre la autorregulación de la enfermedad, cómo detectar los primeros signos de una posible recurrencia y cómo desarrollar un plan de acción (por ejemplo, cuándo hay que llamar al médico) para tratar una recurrencia. También se enseñan algunos métodos para propiciar el cumplimiento de la medicación.

En una fase posterior del tratamiento, la terapia se centra en las habilidades de comunicación y resolución de problemas. El terapeuta enseña al paciente y su pareja cuatro habilidades de comunicación básicas: cómo expresar sentimientos positivos, cómo expresar sentimientos negativos, la escucha activa y cómo solicitar el cambio. Las técnicas de resolución de problemas se aplican a los problemas familiares que son más comunes en el trastorno bipolar.

Varios estudios han analizado la efectividad de la TCF. Los dos primeros pusieron de

manifiesto que, si el tratamiento se combinaba con la medicación, los pacientes bipolares obtenían, durante un período de entre uno y dos años tras un episodio, mejores resultados que si únicamente tomaban la medicación o si la complementaban con una terapia individual de apoyo. Otros estudios recientes desarrollados a gran escala y en diversas localidades han mostrado que la TCF es tan efectiva como otras terapias orientadas a las habilidades, incluidas la TCC y la TIRS.

La mayor parte de los estudios sobre la TCF incluían a los familiares de pacientes con trastorno bipolar I. Por mi experiencia con esta forma de terapia, considero que probablemente surte mayor efecto cuando el trastorno bipolar es relativamente severo (como el trastorno bipolar I) y/o cuando el paciente tiene mermada su actividad.

Objetivos de las terapias orientadas a las habilidades

- Informar sobre el trastorno bipolar y ayudar al individuo a aceptar que padece la enfermedad.
 - Identificar los primeros signos de advertencia de los episodios anímicos.
 - Desarrollar estrategias de resolución de problemas y conflictos interpersonales.
 - Aprender técnicas de control del estrés para reducir al mínimo la angustia.
 - Desarrollar cambios en el estilo de vida y habilidades que promuevan la buena salud anímica.
 - Fomentar el cumplimiento de la medicación.
 - Ofrecer una fuente de apoyo emocional.
 - Ser una vía para incluir a los familiares en el proceso de tratamiento.
-

Comparación de cuatro terapias orientadas a las habilidades

	<i>TCC</i>	<i>TDC</i>	<i>TIRS</i>	<i>TCF</i>
Psicoeducación	+++	+	+	+++
Cumplimiento de la medicación	+++	+	+	+++
Reducción de la conducta de alto riesgo	++	+++	+	++
Habilidades interpersonales	+++	+++	+++	+++
Técnicas de reducción del estrés	+++	++	+++	+
Habilidades de resolución de problemas	+++	+++	++	+++
Estabilización de la rutina diaria y del ciclo sueño-vigilia	++	+	+++	++
Detección de los primeros signos de advertencia	+++	+	+	+++
El familiar asiste a las sesiones	*	*	*	+++
Sesiones de grupo (no familiares)	*	+++	—	—

+ Es un componente menor del tratamiento.

++ Es un componente moderado del tratamiento.

+++ Es un componente fundamental del tratamiento.

— No es aplicable.

* Varía en función del terapeuta individual.

A los pacientes más funcionales les puede resultar molesta la participación de su pareja en todas las sesiones, porque consideran que se sacrifican sus necesidades individuales en aras de la familia. Pero la TCF puede ser el tratamiento adecuado si usted y su pareja tienen conflictos por las manifestaciones del trastorno o si usted desempeña un papel de cuidador porque la enfermedad de su pareja es muy severa. Esta terapia es también una buena opción si tienen hijos afectados por el trastorno.

Conviene señalar que el Centro Médico Beth Israel de Nueva York ofrece un “tratamiento con inclusión de la familia” que presenta muchos de los componentes de la TCF estándar. Otra vía para encontrar un terapeuta de TCF es contactar con el departamento de psicología de la Universidad de Colorado (el creador de esta terapia forma parte del profesorado de este centro).

Grupos de apoyo y autoayuda

Antes de dar por concluido el tema de la psicoterapia, quisiera mencionar brevemente otras dos fuentes de apoyo emocional: una para su pareja bipolar y otra para usted. Los *grupos de autoayuda* para pacientes bipolares pueden ser muy útiles como complemento de los tratamientos psicológicos orientados a las habilidades (sobre todo los que no se desarrollan en grupo), porque brindan a los individuos la oportunidad de interactuar con otras personas que padecen problemas similares. A veces los grupos están dirigidos por uno o más miembros, mientras que en otros casos un profesional de la salud mental actúa como líder del grupo (si la reunión está dirigida por un profesional de la salud mental, puede que cobren una cuota simbólica, en lugar de organizar la actividad de forma gratuita). Algunas reuniones son “abiertas”, lo que significa que su pareja puede ir con usted, si lo desea.

Para los familiares de los pacientes bipolares, los *grupos de apoyo a la familia* son un espacio de interacción con otras parejas que se encuentran en situaciones similares. Un grupo así puede ayudarle a sentirse menos solo. Como estos grupos suelen contar con el apoyo de organizaciones nacionales, la participación puede ser también un modo de obtener información actualizada sobre el trastorno bipolar. Por lo general, los grupos de apoyo a la familia son gratuitos. Muchos están abiertos a los pacientes así como a sus familiares, de modo que su pareja puede asistir si lo desea. Consulte el apartado de Recursos, donde encontrará una lista de organizaciones que ofrecen grupos de autoayuda y de apoyo a la familia.

El conocimiento es poder, de manera que espero que las opciones de tratamiento descritas en este capítulo le hayan inculcado cierta seguridad en que tiene a su alcance

una ayuda real. Ahora que sabe que los profesionales disponen de tratamientos eficaces, debe definir su propio papel en el proceso del tratamiento, un malabarismo difícil. ¿Hasta qué punto debe implicarse en el cuidado de su pareja? ¿Cómo puede respetar los límites importantes, suyos y de su pareja? ¿En qué medida puede ayudar sin fomentar la impotencia de su pareja o sin agotarse? El siguiente capítulo le ayudará reflexionar sobre cómo contribuir al bienestar de su pareja sin sacrificar su propia persona.

5

USTED, SU PAREJA Y LOS MÉDICOS: el trabajo en equipo para alcanzar y mantener el bienestar

El novio de Dianne, Patrick, ha dejado de tomar la medicación una vez más. Como es autor de ciencia ficción, dice que el estabilizador anímico obstaculiza su creatividad y le impide trabajar. Pero Dianne cree que Patrick ya está hipomaniaco –está muy irritable, trabaja entre 12 y 14 horas diarias, sin descansar apenas por las noches, y habla mucho y muy rápido– y teme que se avecine otro episodio plenamente maniaco.

Dianne: *Patrick, tienes que seguir tomando la medicación.*

Patrick: *No lo soporto. Arruina mi capacidad de trabajo.*

Dianne: *Cariño, sé que te cuesta escribir cuando tomas la medicina, pero sabes que es totalmente imposible cuando te pones maniaco. Tus ideas se vuelven muy imprecisas y dispersas. Me has dicho que no puedes utilizar nada de lo que escribes en esos momentos.*

Patrick: *Pero esta vez será diferente, ya verás. Conseguiré controlar la situación; no me voy a poner maniaco.*

Dianne: *Eso es lo que me dijiste la última vez que dejaste de tomar la medicación.*

Patrick: *¡Pero no puedo vivir así, sin ser capaz de mantener un pensamiento en mi cabeza!*

Dianne: *¡Lo que no puedes es vivir sin la medicación! ¡Cuando interrumpes la medicación siempre acabas mal! ¿Te acuerdas de cuando intentaste pegarle a aquel hombre en el cine? ¿Y de cuando condujiste borracho y tuviste que pasar la noche en la cárcel? ¿Y qué me dices de nuestros mejores amigos de antes, Carol y John, a los que ofendiste la última vez que tuviste un episodio?*

Patrick: *Vale, los episodios son un problema, pero esta vez no me voy a poner maniaco.*

Dianne: *Mira lo que duermes: eso es un signo seguro de que te estás acercando. Y todas las horas que trabajas, otro signo clarísimo.*

Patrick: *Es que estoy muy productivo.*

Dianne: *Pero siempre estás muy “productivo” justo antes de ponerte maniaco. Acuérdate del verano pasado. ¿Te acuerdas de lo que pasó?*

Patrick: *Eh... Sí que me acuerdo.*

Dianne: *¿Entonces entiendes que lo que está pasando ahora no es más que el principio?*

Patrick: *Puede ser.*

Dianne: *¿Puede ser?*

Patrick: *Sí, vale, entiendo lo que quieres decir, pero ¿qué quieres que haga? Necesito ser capaz de trabajar.*

Dianne: *¿Por qué no vamos al psiquiatra y le preguntamos si hay otras opciones? A lo mejor te puede bajar la dosis, o puede que haya algún fármaco que no tenga los mismos efectos secundarios.*

Patrick: *No es mala idea. A lo mejor puedo estar con menos medicación o con otro fármaco diferente. Están inventando medicamentos nuevos constantemente.*

Dianne: *Vale, vamos a ir juntos para averiguar lo antes posible si nos puede dar cita. Mientras tanto, prométeme que tomarás la medicación. No quiero volver a verte enfermo. Prométemelo.*

Patrick: *Vale, lo haré, pero sólo por ahora. Tenemos que encontrar una solución mejor.*

No existe nadie con mejor posición estratégica que usted para advertir los cambios – buenos o malos– que ocurren en su pareja. Nadie, ni siquiera el médico, conoce a su pareja mejor que usted. Y dada la conexión íntima y emocional con esa persona, usted está también en condiciones de influir en las decisiones que tome su pareja sobre cómo gestionar la enfermedad día a día, y de ayudar a los médicos en la consecución de sus objetivos. Por eso puede ser una parte fundamental del “equipo de tratamiento”, el grupo de individuos que comparte el objetivo común de favorecer la salud mental de su pareja.

En cualquier “equipo”, cada individuo desempeña un papel característico. El suyo puede contener las siguientes facetas:

- *Informarse sobre el trastorno bipolar* para entender la naturaleza de la enfermedad de su pareja y las diversas opciones de tratamiento que existen.
- *Mantenerse en contacto con los médicos de su pareja* para estar al tanto y ser un apoyo en el tratamiento.
- *Conocer los primeros signos de advertencia* de manía y depresión, para poder ayudar a su pareja y a los médicos en la identificación de potenciales episodios anímicos antes de que se les vayan de las manos.
- *Cuidarse* estableciendo límites, reservar tiempo para usted y, posiblemente, participar en algún grupo de apoyo o terapia que le ayude a afrontar la

enfermedad de su pareja.

El último punto es el más importante, porque ser un miembro útil del equipo de tratamiento de su pareja significa también conocer las cosas de que no debe ocuparse. Por ejemplo, no debe tomar decisiones acerca del tratamiento. Esto es competencia de los médicos, los profesionales de la salud mental que están formados para tratar el trastorno bipolar. Tampoco debe responsabilizarse de la salud mental de su pareja; en última instancia, es su pareja quien debe cuidarse. Su función tampoco consiste en estar disponible sin límites. Desatender sus propias necesidades y su bienestar general no sólo le perjudica como individuo –dentro y fuera de su relación–, sino que irá en detrimento de lo que puede ofrecer a su pareja. Dicho de otro modo, si no se cuida, no estará en condiciones de ser útil a los demás.

Dedicar el tiempo necesario para leer este libro dice mucho sobre usted. Indica que quiere comprender mejor la enfermedad de su pareja. En muchos casos, significará que necesita apoyo y consejos para afrontar que su pareja padece un trastorno bipolar. Tal vez pone de relieve un interés por saber cómo puede desempeñar un papel activo que favorezca la estabilidad anímica de su pareja. En tal caso, como en el de Dianne, hay muchas formas de contribuir a la consecución de este fin: ser un buen observador, aportar retroalimentación a su pareja cuando sea conveniente, respaldar los esfuerzos de sus compañeros de equipo (su pareja y los profesionales).

Todos juntos –usted, su pareja y los médicos– pueden colaborar, si lo desean, para crear una fuerza capaz de hacer frente al trastorno bipolar, una fuerza que plante cara a la enfermedad. ¿Cómo se inicia este proceso? El primer paso consiste en conocer a los médicos de su pareja.

Encuentro con los médicos de su pareja

La necesidad de interactuar con los médicos de su pareja dependerá de la gravedad de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, si su pareja tiene una conducta psicótica, violenta, suicida o incontrolada en los episodios anímicos, usted debe ponerse en contacto con los profesionales de la salud mental que se ocupan de ella en esos momentos. Pero si su pareja padece una forma más benigna de trastorno bipolar y está bien controlada, tal vez no sea necesario que usted contacte directamente con los médicos. Aun así, la comunicación con los profesionales de la salud mental de su pareja siempre es conveniente, por los siguientes motivos:

- *Los médicos valoran la información aportada por las personas cercanas a los pacientes.* Usted puede describir mejor las conductas relacionadas con el estado de ánimo –de forma más objetiva y con mayor claridad– que su pareja (su pareja, en cambio, es la que mejor puede describir su estado interno, es decir, sus pensamientos y sentimientos). Además, dada su proximidad física y emocional, usted está en condiciones de advertir sutiles cambios en el ánimo y la conducta de su esposa, cosa que no está al alcance de los médicos.
- *De ese modo se mantendrá al corriente del plan de tratamiento de su pareja.* Dado que el incumplimiento de la medicación es un fenómeno común en los pacientes bipolares (véase el capítulo 6), usted debe conocer los medicamentos y las dosis que prescriba el médico. También debe saber cuándo se inicia una nueva medicación, para contribuir a controlar posibles reacciones adversas (véase el capítulo 4).
- *Es una manera de apoyar a su pareja y mostrarle que se preocupa por ella.* Acompañar a su pareja a la consulta del médico (con su permiso) indica que se preocupa por su salud y bienestar. También evita que su pareja se sienta sola en el proceso del tratamiento, pues verá que tiene a alguien con quien compartir la experiencia.
- *Refuerza el concepto de equipo de tratamiento.* Dicho de otro modo, indica que usted, su pareja y el médico colaboran con un objetivo común: la salud mental de su pareja.
- *Sienta las bases que necesitará en caso de emergencia.* Es importante haber establecido un contacto previo en caso de que su pareja empeore. En situaciones de emergencia, cuando esté desbordado de emociones, será más fácil recurrir a alguien con quien ya tiene una relación que a un desconocido.

Según mi experiencia, los psiquiatras y psicólogos suelen valorar la aportación de la pareja cuando tratan a los pacientes bipolares. Por ejemplo, generalmente están abiertos a dirigir sesiones conjuntas. No obstante, debe saber que algunos médicos no querrán comunicarse con usted –personalmente, o incluso por teléfono– sin que su pareja esté presente, o tal vez sólo estén dispuestos a hacerlo si cuentan con la autorización de su pareja para compartir información con usted.

A algunas personas que nunca han tenido contacto con los profesionales de la salud mental les intimida la idea de hablar con ellos. Temen ser objeto de análisis. (No se imagina cuántas veces me pregunta la gente que conozco fuera del trabajo: “¿Me estás

analizando?”, u otras cosas por el estilo, al saber que soy psicóloga). Debe tener en cuenta que, con toda probabilidad, al psiquiatra o psicólogo de su pareja sólo le interesa hablar con usted de aquello que guarde relación con su pareja, y no de usted como persona independiente. Los médicos, cuando trabajan, se centran en sus pacientes: no tienen la costumbre de prestar sus servicios (un “análisis” o similar) a quienes no son pacientes.

¿Qué ocurre si su pareja no autoriza al médico a compartir información con usted?

A la pareja de un paciente mío se le ocurrió un modo interesante de sortear este escollo. Remitió una carta detallada al psiquiatra de su pareja para que el médico tuviese conocimiento de algunas cosas que seguramente aún no sabía, cosa que le parecía preocupante. Dado que se trataba de una comunicación unidireccional, no fue necesario que el médico tuviese una autorización firmada.

¿Qué le parecerá a su pareja que usted esté presente en la sesión? ¿Se sentirá a gusto? Lo más probable es que sí. De hecho, los pacientes bipolares suelen llevar a su pareja a las visitas por propia iniciativa. En mi ejercicio profesional he observado que, si un nuevo paciente asiste a la primera sesión acompañado de su pareja, normalmente viene por uno de los siguientes motivos: trastorno bipolar o terapia de pareja (o ambas cosas).

¿Pero qué sucede si a su pareja no le parece bien? ¿Qué ocurre si percibe su presencia como una intromisión en su privacidad, porque hay cosas que prefiere decir al médico sin que usted las oiga (como, por ejemplo, asuntos relacionados con usted o con su relación)? Si éste es el caso, puede proponerle una fórmula alternativa: dividir la sesión en dos partes, de forma que usted participe en la primera parte y después salga de la consulta para que su pareja pueda hablar en confianza con el profesional.

Es posible que a su pareja le preocupe la posibilidad de que usted comente con el médico ciertas cosas que no le apetece contar (por ejemplo, temas sensibles como el consumo de alcohol, la conducta sexual, las ideas suicidas). Tratar estas cuestiones puede resultar peliagudo. Por un lado, usted no quiere traicionar la confianza de su pareja. Por otro, no conviene ocultar al médico las cosas que son relevantes para la salud de su pareja. Probablemente deberá resolver este dilema en función del carácter del asunto que su pareja quiera ocultar al médico. Por ejemplo, si no quiere que el médico sepa algo relativamente menor (en lo que respecta a sus problemas de salud mental), usted puede transigir. Pero si desea ocultar síntomas importantes de episodios anímicos –como las ideas suicidas, los episodios de ira, el quedarse en la cama, etc.–, usted debe hablar con su pareja y decirle algo parecido a lo que le dijo Philip a Caitlin:

Caitlin: Puedes venir conmigo al médico, siempre que no le cuentes que me emborraché la semana pasada. No quiero que lo sepa.

Philip: Caitlin, ¿no crees que es importante que tu médico sepa que has mezclado

alcohol con la medicación? ¿No crees que debe saber que has vuelto a beber de forma descontrolada?

Caitlin: Me avergüenzo de cómo me comporté.

Philip: Pero es tu médico. Si no confías en él, tenemos que buscar a otro en quien confíes, porque dependemos de esta persona. Tiene que saber lo que pasa.

Caitlin: No, sí que confío en él. No quiero cambiar de médico. Vale, se lo diremos. Seguramente será más fácil decírselo si estás tú allí.

Caitlin preveía que le costaría menos contar esa información embarazosa si estaba presente su pareja que si se encontraba sola ante el médico. La disposición de su pareja a relatar cosas así delante de usted dependerá, en gran medida, del tipo de relación que mantengan. Si la comunicación entre ustedes es muy abierta y su pareja lo percibe como una persona poco sentenciosa, seguramente preferirá hablar de temas sensibles en su presencia. En cambio, si lo percibe como una persona crítica, tal vez no quiera divulgar este tipo de información delante de usted.

Otro motivo por el que su pareja puede preferir que usted no participe en la sesión es que no quiere que usted cope parte del tiempo limitado de que dispone. Si ésta es la preocupación, un posible remedio consiste en programar una sesión doble (cosa que hacen muchos médicos) o una cita adicional para su pareja (posiblemente otro día de la misma semana), de forma que no se sienta desatendida.

Una variante de esta preocupación consiste en pensar que su presencia será una distracción para el médico y que, por lo tanto, no será “una sesión tan buena” como de costumbre. Lamentablemente, ante este escollo no hay otra respuesta que reiterar los puntos ya señalados, los motivos por los que es tan valioso su contacto, siquiera ocasional, con el médico de su pareja. Puede añadir que no será la primera vez que el médico reciba a una pareja (dos personas al mismo tiempo) y que cabe pensar que sabrá manejarse en esa situación.

Si intenta disipar las preocupaciones de su pareja mediante las medidas que acabo de exponer, y aun así no consigue nada, debe ahondar un poco más y preguntarse por qué es tan reacia su pareja a aceptar la idea. Ya hemos comentado la posibilidad de que el médico esté al corriente de algo que su pareja no quiera compartir con usted, o de que usted sepa algo que ella no quiera contar al médico. Un tercer motivo –que no hemos mencionado todavía– es que, al mantenerle a usted “fuera del circuito”, su pareja tal vez intenta mantener la relación al margen de la enfermedad. Aunque usted haya prometido serle fiel “en las alegrías y en las penas, en la salud y en la enfermedad”, su pareja no

quiere que usted vea la cara más fea de su afección.

Es posible que a usted le parezca absurdo, pues la mayor parte de los lectores de este libro probablemente convive con los individuos de los que hablamos. Pero le aseguro que hace muchos años intenté impedir que mi marido supiera demasiado sobre mi enfermedad. Y el motivo, por irracional que parezca, era que temía que dejase de quererme, o que ya no me quisiese tanto, si descubría lo “imperfecta” que era. (Por supuesto, me equivocaba. Mi marido conoce “lo bueno, lo malo y lo feo”, y sigue conmigo desde hace más de veinte años).

Si sospecha que éste puede ser el motivo por el que su pareja no quiere que participe en el proceso de tratamiento, piense cómo puede convencer a su pareja de lo que siente por ella. Dígale, por ejemplo, que está informándose todo lo posible sobre la enfermedad (leyendo este libro, entre otras cosas) y que está comprometido con ella y con la relación a pesar de los desafíos que conlleva la enfermedad. Dígale que pretende que la relación sea duradera, que puede afrontar (y de hecho ha afrontado hasta ahora) la enfermedad, y que no es necesario que le oculte sus experiencias internas, por terribles que sean. (Si realmente cree que no puede afrontarlo, consulte el capítulo 10, donde encontrará más información sobre cómo puede cuidarse).

Cuanto más tranquilice a su pareja, más se abrirá ante usted y menos le importará que usted la acompañe ocasionalmente a las sesiones. Si aun así no quiere, concédale tiempo y pruebe de nuevo más adelante. A veces la aquiescencia de una persona sólo es cuestión de tiempo.

De médico a médico: colaboración entre los profesionales

Una parte importante del concepto de equipo es que los profesionales de la salud mental que atienden a su pareja establezcan líneas de comunicación con el psiquiatra o cualquier otro médico que se ocupe de la medicación psiquiátrica. Todos los profesionales que se ocupan de su pareja –principalmente los que prestan servicios que pueden influir en la salud mental– deben interactuar periódicamente con el fin de alcanzar la máxima consonancia en la conceptualización y el tratamiento (lo que se denomina “continuidad de la asistencia”); de este modo se evitará la consecución de objetivos contradictorios o el solapamiento en la prestación de servicios.

Si su pareja sigue una terapia, conviene que exista alguna forma de comunicación entre el terapeuta y el psiquiatra. Dado que los terapeutas suelen ver al paciente con mayor frecuencia (normalmente una vez por semana) que los psiquiatras (que espacian las

visitas entre uno y tres meses, salvo si la persona entra en crisis), están en condiciones de advertir sutiles fluctuaciones (a veces no tan sutiles) que se producen en el estado de ánimo en períodos más cortos de tiempo. Esta información debe transmitirse al médico que prescribe la medicación, para que éste tenga la visión completa de lo ocurrido entre las visitas. Tenga en cuenta que la capacidad del médico de su pareja de hacer bien su trabajo depende, en gran medida, de la exhaustividad y la calidad de la información a la que tenga acceso. Esta información puede provenir directamente de su pareja, de usted y/o del terapeuta.

Algunos psiquiatras están abiertos a comunicarse con los psicólogos que tratan a los mismos pacientes, mientras que otros no. Con cualquier trastorno psiquiátrico, pero principalmente con el trastorno bipolar, la comunicación y la colaboración son esenciales para el bienestar de su pareja. De hecho, la voluntad de comunicarse conmigo es un criterio que sigo para decidir si recomiendo a un determinado médico. En algunos casos se muestran dispuestos, pero luego son muy difíciles de localizar. En tales situaciones suelo dejar un mensaje de voz confidencial, un correo electrónico o un fax con la información que considero importante.

Recuerdo un caso que pone de relieve la importancia de la comunicación entre los profesionales. Miguel, de veinticinco años, vino a verme porque estaba muy deprimido: lloraba, había perdido interés por las cosas, no tenía esperanzas de futuro y se aislaba de los demás. Debido a su historial de depresiones previas y al hecho de que la depresión es común en su familia (yo ya había tratado a algunos familiares suyos), le animé a que se consultase con el doctor Barnes (no es el apellido real), uno de los psiquiatras a los que recomiendo, para que hiciese una evaluación médica.

La siguiente vez que vi a Miguel, ya había ido a ver al doctor Barnes y me dijo que le había prescrito un antidepresivo, pero que todavía no había empezado a tomarlo. Sin embargo, estaba totalmente diferente a como lo había visto en la sesión anterior. Seguía diciendo que se encontraba deprimido, pero mostraba claros signos de hipomanía: no podía estar quieto en la silla, hablaba muy rápido, me decía que bebía en exceso y que conducía en estado de embriaguez, y que había empezado a comprar de forma incontrolada en el centro comercial, gastándose cientos de dólares en ropa sin saber cómo iba a pagarlo.

Después de esta visita llamé al psiquiatra y le conté lo que había observado, y coincidimos en que Miguel probablemente tenía un trastorno bipolar, tal vez una forma de ciclo rápido con síntomas mixtos. A raíz de esta nueva información, el doctor Barnes llamó a Miguel y le dijo que no tomase el antidepresivo y que iba a llamar a su farmacia

para prescribirle otro fármaco (un estabilizador anímico).

No sólo los terapeutas y los psiquiatras deben mantener canales de comunicación abiertos. Otros profesionales sanitarios también deben informar al psiquiatra de cualquier dato relevante para la salud mental. Por ejemplo, dado que las hormonas influyen de forma determinante en los estados de ánimo, si un paciente se trata con un endocrinólogo (o cualquier tipo de médico que aborde el problema hormonal) debe solicitar que se envíen copias de los análisis al psiquiatra.

El psiquiatra probablemente solicitará que su pareja se haga análisis de sangre básicos una vez al año (o con mayor frecuencia si su pareja sigue una medicación que así lo requiere; véase el capítulo 4), salvo si estos análisis forman parte de la revisión anual con el médico de atención primaria (internista o médico de cabecera), en cuyo caso es necesario comunicar al psiquiatra los resultados. Asimismo es muy importante que el médico que prescribe los fármacos psiquiátricos a su pareja esté informado sobre los demás medicamentos que toma su pareja, debido a las potenciales interacciones entre fármacos y a la posible influencia de muchos medicamentos no psiquiátricos en el estado de ánimo.

Expectativas realistas sobre el médico de su pareja

El trastorno bipolar es una enfermedad grave que, por desgracia, no siempre resulta fácil de controlar. Como ya habrá leído en el capítulo anterior, existen numerosos tratamientos médicos y psicológicos para este trastorno, y a menudo la búsqueda del más adecuado –sobre todo en el caso de la medicación– suele requerir una serie de ensayos y errores.

Suzanne, la mujer de Jeremy, llevaba ocho meses deprimida. El médico había probado diversas combinaciones de medicamentos, pero no lograba encontrar “un cóctel de medicación” que aliviase completamente los síntomas. Cuando al fin probó un nuevo enfoque para la depresión bipolar –añadiendo la medicación tiroidea (véase la página 163, capítulo 4) al régimen farmacológico–, el “velo negro” que cubría la cabeza de Suzanne se levantó y la paciente volvió a sentirse como antes.

Sé que el proceso de soportar diversos ensayos de medicación puede resultar muy frustrante y desmoralizador. Cuesta mantener el ánimo y el espíritu positivo cuando una sucesión de fármacos no surte el efecto deseado. Sin embargo, a pesar de las inevitables decepciones, es importante mantener una actitud optimista. Si no, puede acabar tirando la toalla cuando el tratamiento efectivo esté a la vuelta de la esquina.

Incluso después de que el paciente se estabilice con el tratamiento “adecuado”, ciertos factores ajenos al control del médico pueden provocar el surgimiento de nuevos episodios anímicos. Es lo que le ocurrió a Bridget, la mujer de Chris.

Aunque Bridget se mantenía con litio, tras varios meses de estabilidad volvió a estar maníaca. Al parecer, ni ella ni la medicina soportaron el traslado a otra ciudad y la adaptación a un nuevo trabajo. Sin embargo, Chris no lo veía exactamente así. Creía que el médico de Bridget debería haber previsto la recaída y haber hecho algo antes de que ocurriese. “Debería denunciar a ese tío a la junta médica por incompetencia”, decía entre dientes, muy airado.

Nadie –y esto incluye a los psiquiatras y los psicólogos– puede predecir el futuro. Y aunque el estrés suele precipitar el desarrollo de los episodios anímicos, el médico de Bridget no podía saber que ésa sería la reacción en su caso concreto. Sin embargo, si el médico hubiera sabido que Bridget había tenido dificultades para sobrellevar otras mudanzas anteriores, podría haber introducido algún cambio en la medicación –posiblemente incrementando la dosis de litio– con el fin de evitar un nuevo episodio anímico.

Seguramente el médico debería haberle hecho algunas preguntas. O tal vez Chris, que había visto a su mujer en otras mudanzas, podía haber transmitido esta información al médico. Es posible que una comunicación estrecha entre el médico y el terapeuta de Bridget hubiera revelado que un gran cambio como una mudanza era un factor desencadenante potencial para Bridget. Es imposible predecir el futuro con el 100% de certeza, pero cuanta más información esté al alcance del equipo, más probabilidad habrá de prevenir los episodios anímicos.

La mayor parte de los médicos hace todo lo posible por gestionar el trastorno bipolar. Por “gestionar” entiendo incrementar *el período de tiempo* comprendido entre los episodios anímicos; no significa que su pareja no vuelva a sufrir nunca más ningún episodio. Si no volvieran a aparecer los episodios significaría que su pareja se ha curado de la enfermedad. Y, como ya sabe, el trastorno bipolar no tiene cura por ahora.

Angela está molesta con el doctor Peters porque, al igual que los tres médicos que lo precedieron, no ha logrado controlar el ciclo rápido de Donald. Aunque la medicación ha atenuado los síntomas, Donald casi nunca se encuentra en un estado de ánimo normal. “¿Qué les pasa a estos psiquiatras?”, pregunta Angela. “¿Es que no saben lo que se traen entre manos?”.

Al igual que Chris, Angela culpa a la profesión médica y está molesta porque los

médicos no hayan logrado “arreglar” a su marido. Lamentablemente, la forma de trastorno bipolar de ciclo rápido puede ser muy difícil de tratar. Es una modalidad muy desalentadora, y espero que en un futuro no muy lejano dispongamos de mejores medios para controlarla. En el momento en que redacto este libro, muchos pacientes que sufren esta forma de trastorno bipolar siguen luchando con la enfermedad.

Los psiquiatras no son los únicos que tienen dificultades para tratar el trastorno bipolar. Los terapeutas también encuentran escollos. Por ejemplo, no es infrecuente que los pacientes disfruten de sus momentos altos maníacos o hipomaníacos (a pesar de las consecuencias potencialmente catastróficas que se pueden derivar) y, por lo tanto, no están dispuestos a tomar las medidas necesarias (como el cumplimiento de la medicación y el respeto de un ciclo de sueño-vigilia normal) para impedir que se produzcan estos tipos de episodios anímicos. Tampoco es extraño que los pacientes bipolares se consideren “víctimas” de la enfermedad y, por tanto, eludan toda responsabilidad sobre sus actos, lo que en última instancia imposibilita el cambio (en la terapia). En el capítulo 6 analizaré este y otros motivos por los que la gente a veces se aparta del tratamiento.

Otro problema al que se enfrentan a menudo los terapeutas es el rechazo que manifiestan los pacientes respecto de su enfermedad. Esto no sólo se produce después del diagnóstico inicial (como ya apunté en el capítulo 3) y durante las primeras fases del tratamiento, sino que reaparece en cualquier momento de la evolución de la enfermedad, incluso varios años después del inicio del tratamiento. Por ejemplo, al cabo de dos años de tratamiento del trastorno bipolar, el marido de Stacy, Terry, de pronto se convenció de que no le pasaba nada, de que no tenía ningún trastorno bipolar, y de que debía interrumpir la medicación y dejar también la terapia conmigo.

Como comentaré en el próximo capítulo, no es extraño que los pacientes bipolares piensen así después de haber estado bien durante un período prolongado. Como no hay síntomas de la enfermedad, concluyen que nunca han estado enfermos o que la enfermedad ha desaparecido. Es ahí donde la formación sobre la trayectoria del trastorno bipolar desempeña un papel fundamental. Tanto usted como su pareja deben comprender que la enfermedad es episódica; es decir, probablemente habrá períodos en que su pareja esté bien (debido a la respuesta positiva al tratamiento o a la naturaleza cíclica de la enfermedad). Afortunadamente, tanto Stacy como yo logramos comunicar esto de forma efectiva a Terry, y le convencimos de que seguía teniendo un trastorno bipolar y de que debía continuar con el tratamiento, aunque en ese momento no tuviese problemas anímicos.

Culpar a los médicos es a veces un modo de eludir sus propios sentimientos de

impotencia y frustración por no ser capaz de contribuir más al bienestar de su pareja. Si tiene tendencia a culpabilizarse, esta exteriorización de la ira puede ser también una forma de autoprotección, para no acabar con el ánimo por los suelos o incluso, posiblemente, con una depresión.

Cuándo hay que cambiar de médico

Si el médico...

- *Parece rígido.* No está dispuesto a apartarse del plan de tratamiento actual, a pesar de la falta de éxito.
- *Parece estresado.* No tiene tiempo para responder las preguntas o preocupaciones que le plantean usted o su pareja.
- *No muestra interés* por lo que dicen usted o su pareja.
- *Olvida información importante*, como los tratamientos que ya ha probado o algún detalle sobre el plan de tratamiento actual.
- *No está al día* sobre los nuevos tratamientos disponibles.
- *Parece insensible.* No responde al malestar de su pareja o hace comentarios poco apropiados.

No pretendo decir que todos los médicos sean excelentes y que usted y su pareja no deban cuestionar si se encuentran en las mejores manos. En la tabla anterior he recogido algunos criterios que pueden seguir para determinar si ha llegado el momento de cambiar de médico. No obstante, aunque el médico haga todo lo que esté a su alcance, si no logra controlar la enfermedad, usted y su pareja pueden plantearse la posibilidad de solicitar la opinión de otro médico. A veces una nueva perspectiva es lo que se necesita para convertir un caso difícil de tratar en un tratamiento exitoso.

Expectativas realistas sobre usted

¿Se encuentra constantemente agotado? ¿Tiene síntomas menores pero recurrentes de estrés (dolor de cabeza, dolor de estómago, problemas de espalda, etc.)? ¿No tiene un estado de ánimo tan bueno como de costumbre? ¿Se encuentra agobiado, angustiado, irritable o desanimado gran parte del tiempo? ¿Observa cambios en el sueño o en el apetito? ¿Usted y su pareja no se llevan tan bien como antes (por ejemplo, guarda rencor a su pareja o discuten a menudo, o ha disminuido el contacto íntimo y afectuoso)? Estos síntomas pueden indicar que se está excediendo en los límites de lo que puede –o debe– asumir como responsabilidad.

Ayudar a su pareja sin darse en exceso es especialmente difícil en el caso de las personas que tienen instintos cuidadores naturales –un rasgo común en muchas parejas de pacientes bipolares–, porque su tendencia es darse sin límites o restricciones. (No sé si recuerda que la palabra *codependiente* estaba muy en boga hace años. Este término, que viene muy al caso, alude a la excesiva necesidad del cuidador *de ser necesario* y a la

insaciable necesidad del receptor de los cuidados, así como al papel improductivo que pueden desempeñar estas dos fuerzas en una relación).

Por difícil que le resulte, si quiere mantener su salud física y mental, así como la salud de su relación, debe establecer unos límites claros sobre lo que está dispuesto a hacer por su pareja. El proceso de fijar límites puede inducirle a revisar algunas creencias falsas (véase la tabla de la página 000) que usted alberga sobre la enfermedad de su pareja, como el hecho de que las oscilaciones anímicas sean culpa suya o que siempre pueda hacer algo para impedir las (si usted fuera mejor marido, mujer, amante, pareja, su pareja no tendría episodios anímicos), o la idea de que si pone todo su empeño logrará “arreglar” lo que le pasa a su pareja, es decir, conseguirá que se recupere de la enfermedad.

¿Se da demasiado?

- Sensación de cansancio o agotamiento casi permanente.
- Signos físicos recurrentes de estrés, como dolor de cabeza, dolor de estómago, dolor de espalda.
- Sentimiento de agobio o angustia.
- Irritación gran parte del tiempo; discusiones con su pareja o con otras personas.
- Sentimiento de tristeza o depresión.
- Cambios en el sueño o el apetito.
- Enfado o rencor hacia su pareja.
- Disminución del afecto o la intimidad en su relación.

Falsas creencias

“La enfermedad de mi pareja es culpa mía”.

“Soy responsable de la salud mental de mi pareja”.

“Puedo conseguir que mi cónyuge esté bien”.

“No puedo hacer nada para mejorar nuestra vida de pareja”.

“Cuanto más me dé, mejor estará mi pareja”.

“No puedo hacer nada; estamos abocados a un futuro terrible”.

O tal vez usted no sea un cuidador nato y se sienta totalmente superado por este desafío. El antídoto no consiste en tirar la toalla sino en ser proactivo, informándose bien acerca de la enfermedad (como hace al leer este libro), y probar a hacer una serie de cosas que le demostrarán que tiene cierto grado de control, que puede influir algo en la capacidad de su pareja de controlar el trastorno y que hay cosas que puede hacer para sentirse mejor.

Es importante reconocer que usted no es responsable de la salud de su pareja, cosa que en última instancia le corresponde a ella. Usted puede ayudar, sugerir y apoyar, pero no puede vivir la vida por ella. Puede ofrecerle cierto tipo de ayuda, al igual que los

médicos, pero en definitiva es su pareja quien debe hacer todo lo necesario para cuidarse.

¿A partir de qué punto la ayuda pasa a ser inútil?

Además de comprometer su propio bienestar físico y emocional, e influir negativamente en la relación, una ayuda excesiva puede acabar en fracaso, reduciendo el potencial de su pareja de estar bien. Dicho de otro modo, su utilidad puede llegar a ser inútil, muy a su pesar.

Durante una etapa en que Barbara estaba sumamente deprimida, su marido, Jim, la ayudaba a ducharse a diario. En realidad no debería decir que la ayudaba a ducharse, porque lo hacía todo él mientras ella estaba de pie en la bañera. Cuando descubrí lo que pasaba, animé a Barbara a que se esforzase por hacerlo sola. No sólo no era necesario que Jim la ayudase a ducharse, sino que fomentaba la sensación de impotencia de su mujer, lo que a su vez intensificaba la depresión.

Aunque no tengan episodios anímicos, los pacientes bipolares pueden requerir, en cierto modo, un “alto mantenimiento”: suelen imponer exigencias grandes y pequeñas a sus cónyuges, y cuando éstos responden a tales peticiones, la reacción de los enfermos consiste en elevar el listón cada vez más. La convivencia con una persona así puede hacerle sentir la necesidad de estar permanentemente alerta; en cualquier situación cotidiana, intentará arreglar todo lo que salga mal. Pero al hacer esto, involuntariamente puede reforzar la reacción exagerada y la dependencia de su pareja, en lugar de ayudarle a relativizar las cosas y a aprender a confiar en sus propios recursos.

Si usted se encarga de resolver constantemente los problemas, se perjudica y perjudica a su pareja. Si interviene una y otra vez, su pareja no utiliza las habilidades que posee –ni desarrolla otras nuevas– y, por lo tanto, se vuelve cada vez más dependiente e inútil. Esto, a su vez, requiere que usted esté siempre presente para solucionar los problemas, cada vez con mayor frecuencia, perpetuando un círculo vicioso de prestación y recepción de ayuda.

Por muy molesto que le resulte ver a su pareja en mal estado, intente recordar que, en muchos casos, usted será más útil si le deja vía libre para resolver los problemas que se le presentan. Al principio le costará no intervenir, pero al cabo de un tiempo se sentirá más cómodo con esta actitud.

¿Es hiperprotector con su pareja?

- ¿Hace por su pareja muchas cosas que podría hacer ella misma?

- ¿Toma decisiones que afectan al hogar sin consultar a su pareja?
 - ¿Oculta cosas a su pareja para evitarle disgustos?
 - Cuando su pareja está bien, ¿le incomoda que vaya a sitios sin usted o que pase tiempo sola?
-

Afrontar la situación día a día

Puede ser increíblemente difícil la convivencia con una persona que padece una enfermedad crónica. Es lo que sucede en el caso del trastorno bipolar. Si usted entabla relación con los médicos de su pareja, asiste a algún grupo de apoyo, o tiene su propio terapeuta, este contexto le permitirá expresar sus sentimientos y recibir el apoyo necesario. Como explicaré más en detalle en el capítulo 10, lo más importante es que se tome el tiempo necesario y adopte las medidas que le ayuden a afrontar los desafíos que conlleva ser pareja de una persona que padece este trastorno.

Las parejas de los pacientes bipolares suelen expresarme su dificultad de afrontar la certeza de que (como ya ha visto en el capítulo 2) la trayectoria del trastorno bipolar es recurrente; es decir, que el enfermo tiende a sufrir episodios anímicos repetidos. ¿Cómo se vive, me preguntan, con la certeza de que la pareja volverá a estar deprimida o maníaca otra vez, en algún momento imprevisto?

Aunque no existe una respuesta fácil a esta pregunta, como ya comenté en el capítulo 2, creo que lo mejor es esforzarse por vivir en el ahora, aceptando la realidad actual como la verdad de hoy. Disfrute de los buenos momentos, las etapas en que su pareja se encuentre bien, aprovechándolas al máximo, sin preocuparse por “¿y si...?” o “¿cuándo...?”. No pretendo decir que no deba tener cierto grado de vigilancia, ni que desatienda, por ejemplo, los primeros síntomas de un posible episodio anímico o las conductas que le lleven a dudar si su pareja está tomando la medicación. Pero no puede vivir la vida —o al menos no creo que deba— con constante miedo e inquietud.

Sé que es más fácil decirlo que hacerlo. A los que vivimos en la civilización occidental nos cuesta centrarnos sólo en el presente, sin mirar al futuro. Es algo más propio de la perspectiva filosófica oriental, a menudo asociada con el budismo zen. No obstante, aunque nos resulte extraño, creo que vale la pena cultivar este punto de vista. Para ello tal vez le resulte útil asistir a clases de meditación, leer libros sobre el tema de la “conciencia” (véase el apartado de recursos), o trabajar con su terapeuta en esta dirección.

Como he señalado en este capítulo, debido a la proximidad física y emocional, usted está en condiciones de desempeñar un papel importante en el “equipo de tratamiento”, el

grupo de individuos que comparte el objetivo de propiciar la salud mental de su pareja. Ahora bien, como miembro del equipo, debe respetar sus propios límites, así como los de su pareja y los de los médicos.

En el capítulo siguiente mencionaré, con mayor concreción, las cosas más importantes que puede hacer para ayudar a que su pareja evite futuros episodios anímicos y alcance la estabilidad, fomentando el cumplimiento de la medicación.

10 pasos para el bienestar de su pareja

Depende de su pareja el seguir estos pasos, pero usted puede colaborar en ese proceso, tal como verá en los siguientes capítulos. (Y además puede beneficiarse de esa misma autoayuda, informándose sobre el trastorno bipolar y estableciendo su propio sistema de apoyo social; véase el capítulo 10).

- Ser constante con el tratamiento: respetar la medicación y las citas médicas o terapéuticas. (Capítulo 6)
 - Informarse sobre el trastorno bipolar. (Capítulo 7)
 - Controlar los estados de ánimo e identificar situaciones que pueden desencadenar fluctuaciones anímicas. (Capítulo 7)
 - Resolver los conflictos interpersonales. (Capítulo 7)
 - Dormir lo suficiente por la noche. (Capítulo 7)
 - Reducir el estrés y la angustia. (Capítulo 7)
 - Evitar el alcohol y las drogas. (Capítulo 7)
 - Seguir rutinas diarias. (Capítulo 7)
 - Tener una red de apoyo social: familiares, amigos, grupos de apoyo. (Capítulo 7)
 - Estar alerta ante los eventuales síntomas de episodios anímicos. (Capítulos 8 y 9)
-

6

CÓMO CONTRIBUIR A QUE SU PAREJA RESPETE LA MEDICACIÓN

Desde hace dos semanas, Isabel observa que su marido parte las pastillas por la mitad. Sabe que Sam tomaba una pastilla entera todas las noches desde que empezó con la medicación, pero cuando le pregunta a qué se debe el cambio –“Cariño, ¿has reducido la medicación?”–, él replica que sigue las órdenes del médico.

Isabel es escéptica. Últimamente Sam está cada vez más inquieto, polemista y ligeramente “paranoide”, conductas que le recuerdan a cuando ha tenido episodios maníacos. Temerosa de que Sam siga empeorando, se pone en contacto con el médico de su marido para averiguar qué medicación debe tomar. Cuando el psiquiatra le dice que Sam debe seguir con la dosis de mantenimiento –una pastilla por la noche–, comprende que Sam ha tomado por su cuenta la decisión de reducir la dosis.

“¿Cuál es la mejor manera de resolver esto?”, se pregunta Isabel. “¿Cómo puedo conseguir que Sam reconozca lo que está haciendo y comprenda las graves consecuencias que pueden traer sus actos?”.

Es posible que usted, como Isabel, sospeche que su pareja no toma la medicación tal como se la han prescrito y que, por tanto, corre riesgo de sufrir un nuevo episodio. O tal vez ya ha observado síntomas que indican que se avecina un episodio.

El cumplimiento de la medicación –o, mejor dicho, el incumplimiento– es un problema importante en los pacientes bipolares, posiblemente más que en cualquier otro tipo de enfermedad psiquiátrica. De hecho, lo más probable es que, en algún momento de la trayectoria de este trastorno, su pareja decida por su cuenta disminuir la dosis de los medicamentos o dejar de tomarlos por completo. El problema de esta conducta es que tiene consecuencias muy graves para la evolución de la enfermedad, puesto que ***la inconstancia en la medicación es la causa más común de la aparición de nuevos episodios.***

Ni siquiera los profesionales de la salud mental que padecen un trastorno bipolar – como yo misma– son inmunes a este problema. Como he comentado en capítulos anteriores, durante los primeros años del tratamiento interrumpí la medicación en numerosas ocasiones. Los motivos eran diferentes en cada momento, como puede suceder también en el caso de su pareja, pero el resultado final era siempre el mismo: acababa “derrumbándome” y luego me desesperaba por volver a tomar los

medicamentos que había abandonado.

Se preguntará por qué se asumen los riesgos asociados a la interrupción de la medicación, conociendo las consecuencias potenciales, que pueden llegar a poner en peligro hasta la propia vida. Aunque esta conducta parece ilógica, existen numerosos motivos que la explican, tal como se expone en este capítulo y se resume en la tabla reproducida más abajo.

He incluido un capítulo completo sobre el cumplimiento de la medicación antes de abordar otras medidas preventivas, porque (1) la medicación es un aspecto crucial de la salud bipolar (tal como recalqué en el capítulo 4, la medicación es absolutamente necesaria y el componente número uno del tratamiento), (2) el incumplimiento es muy común, y (3) puede ser una manzana de la discordia en las parejas.

El paciente puede interrumpir la medicación porque...

- No le gusta la idea de tomar fármacos.
 - Cree que, como se siente mejor, ya no la necesita.
 - No cree que le siente bien.
 - No se acuerda de tomarla tal como se la prescribieron.
 - Los efectos secundarios le resultan intolerables.
 - Se pierde los momentos “altos”.
-

“No me gusta la idea de tomar medicación”

No creo que a nadie le haga gracia tener que tomar medicación por algún problema médico. (Maticemos: en realidad conozco a algunas personas que están siempre dispuestas a tomar algún medicamento por cualquier cosa, pero estos individuos son muy minoritarios). Por ejemplo, sé que a mi marido no le gusta tomar medicación para la tensión, ni a mi madre tomar un fármaco para reducir el colesterol. Como señalé en el capítulo 3, al tratar la cuestión del rechazo, medicarse significa que algo no está bien y, a decir verdad, a nadie le gusta pensar que tiene un problema de salud.

El hecho de necesitar una medicación también puede infundir en el individuo un sentimiento de vulnerabilidad y dependencia, de que no puede subsistir con sus propios recursos, pues requiere una sustancia externa para encontrarse bien. A mucha gente le preocupa que la medicación tenga efectos adversos, en algún momento de la vida, sobre otros aspectos de su salud, como el funcionamiento del hígado (pues es ahí donde se metabolizan muchos fármacos).

Cuando se trata de enfermedades psiquiátricas, las actitudes negativas hacia la

medicación son aún más fuertes. La necesidad de tomar un medicamento para mantenerse físicamente sano (para prevenir, por ejemplo, una enfermedad cardíaca mortal) se acepta mejor; en cambio, la necesidad de medicarse para ser “normal” puede entenderse como el reconocimiento de una inadecuación o debilidad de carácter, porque los trastornos psiquiátricos conllevan un estigma para mucha gente. A los pacientes también les preocupa que estos fármacos, puesto que alteran la química cerebral, transformen la personalidad o tengan efectos extraños o incómodos en las emociones o en la conducta, o les induzcan a “perder el control”. Además, como el trastorno bipolar es esencialmente una alteración del ánimo, algunos individuos no lo ven como un problema *médico* y, en consecuencia, no son proclives a la solución médica. Y, por supuesto, el rechazo del tratamiento médico de una enfermedad es un modo de negar que se padece dicha enfermedad o de minimizar su relevancia.

La idea de tomar regularmente una medicación cobra sentido cuando la persona reconoce verdaderamente que el trastorno bipolar es una enfermedad médica crónica. Pero ya ve cuántas ideas preconcebidas –y emociones– debe superar su pareja para llegar a ese punto. Si se resiste a aceptar la idea de empezar a tomar la medicación, le remito al capítulo 3, donde encontrará estrategias que contribuirán a que su pareja acepte la naturaleza de su enfermedad y la necesidad de medicarse. El ejercicio que consiste en buscar posibles trastornos anímicos en la familia, por ejemplo, ayudará a su pareja a reconocer las bases biológicas/genéticas del trastorno bipolar, lo que a su vez hará más digerible la idea del tratamiento médico.

Aun con considerables esfuerzos por su parte, es posible que su pareja acabe aprendiendo a base de errores lo necesarios que son los fármacos psiquiátricos para su enfermedad. Sé que a usted le resultará duro y frustrante observar esta situación, porque, desde su posición privilegiada, la respuesta al sufrimiento de su pareja está clara. Así es como se sentía Nancy en relación con su marido, Lowell, y las repetidas interrupciones de la medicación:

Nancy: No entiendo por qué no comprendes que cada vez que dejas de tomar la medicación te pones enfermo. Lo siento por ti, pero también estoy enfadada, porque no te tomas en serio tu problema.

Lowell: No me habría puesto mal si no hubiera perdido a aquel cliente en el trabajo. Eso es lo que me hizo empeorar.

Nancy: ¿Y hace seis meses? ¿La última vez que dejaste de tomar la medicación? ¿Qué pasó entonces?

Lowell: No lo recuerdo bien, pero creo que estaba estresado por la bolsa. Estábamos perdiendo mucho dinero.

Nancy: ¿Y la vez anterior? Las Navidades pasadas, cuando ni siquiera te levantaste de la cama para estar con los niños cuando abrían los regalos.

Lowell: Ya sabes que las vacaciones siempre son un mal momento para mí.

Nancy: El punto crucial es que la medicación te ayuda a *prevenir* este tipo reacciones, aunque estés en situaciones de estrés. ¿Por qué no lo entiendes?

Lowell: ¿Y qué quieres que haga? Ya sabes que no quiero tomar las pastillas.

Nancy: Comprométete a tomar durante un año la medicación exactamente como te la prescribió el médico, y verás lo que pasa. Así sabremos si lo que digo es cierto.

Lowell: Ni hablar, no me pienso comprometer durante un año.

Nancy: Vale, sólo seis meses. Será tiempo suficiente para averiguarlo.

Lowell: Vale, vale, lo probaré durante seis meses. Pero si no veo que las cosas mejoren, no seguiré tomando las pastillas.

Como vemos, Nancy logró convencer a su marido, no sin dificultad, de que tomase los medicamentos durante un período de tiempo suficiente para evaluar si mejoraba su calidad de vida. Usted puede probar una fórmula similar, señalando a su pareja, mediante ejemplos concretos del pasado, la relación entre la interrupción del tratamiento y los episodios anímicos. Después puede animarle a que ponga a prueba la “teoría”, tomando regularmente la medicina tal como está prescrita durante un período de tiempo determinado, con el fin de observar los resultados.

Dar un ultimátum

Nancy consiguió que su marido accediese a tomar la medicación, mencionando algunos ejemplos en que la misma conducta provocó un problema en el pasado. ¿Pero y si no hubiera logrado que Lowell se comprometiese a seguir el tratamiento durante seis meses o ningún período de tiempo continuado? ¿Tendría que darle un ultimátum?

Por lo general, los pacientes bipolares no responden bien a las amenazas o a los ultimátums explícitos. Cuando se sienten acorralados, se defienden aunque les interese atender la petición. Dicho de otro modo, por citar una expresión común, su pareja puede responder al ultimátum “tirando piedras contra su propio tejado”.

Sin embargo, si ninguna otra estrategia ha surtido efecto y ha llegado un momento en que no ve clara la continuidad de la relación, debido al incumplimiento de la medicación por parte de su pareja, es más probable que consiga su objetivo si expone su petición cuando su pareja no se encuentre en un estado de irritación o enfado; por ejemplo, no

conviene que lo diga en el fragor de una discusión. También es importante formular bien la petición. Una frase como “Haz esto o aquello” resultará menos eficaz que una petición implícita formulada con tacto. Por ejemplo, en lugar de decir: “Tómate la medicina o me voy”, puede decir: “No puedo seguir viviendo contigo si no te tomas la medicación”.

Dar un ultimátum

- Utilícelo sólo como último recurso.
 - Exprese la petición de forma implícita, nunca explícita (“Haz esto o aquello”).
 - No lo utilice cuando su pareja se encuentre en un estado de irritación o enfado.
-

Al ver la repercusión de la enfermedad en la convivencia, Nancy podría haber formulado a Lowell un ultimátum de la siguiente manera: “Si quieres seguir en esta relación conmigo, debes cuidar tu salud. No estoy dispuesta a quedarme como un pasmarote, sin hacer nada, mientras tú te deterioras; no es justo para mí ni para ti, ni tampoco para nuestros hijos”. No obstante, debo recalcar que este método debe utilizarse no sólo como último recurso, sino únicamente cuando vea claro que no hay otra vía posible. Por lo general este recurso sólo se utiliza una vez, y, si su pareja descubre que usted no lo dice en serio, y que por tanto puede seguir viviendo de forma irresponsable sin que usted lo impida, con toda probabilidad seguirá igual.

“Ya me siento mejor, así que ya no tengo que seguir el tratamiento”

Un aspecto difícil del trastorno bipolar es el de reconocer que se sigue padeciendo la enfermedad aunque uno se encuentre bien. Es bastante común que el paciente no relacione en absoluto los medicamentos que toma con la desaparición de las oscilaciones anímicas. Por algún motivo que no puedo explicar del todo (aunque sospecho que es una forma de negación), el paciente no reconoce que está bien *gracias a* la medicación; sólo piensa que está bien. Es como si “olvidase” que padece una enfermedad psiquiátrica. (Como ya vio en el capítulo 2, puede haber etapas de bienestar entre episodios de la enfermedad, aunque no se tome ninguna medicación, lo cual complica todavía más este problema).

Las personas que sufren otros tipos de enfermedad psiquiátrica no suelen reaccionar así. Los que siguen un tratamiento para la depresión unipolar o los trastornos de ansiedad, por ejemplo, suelen ser reacios a reducir o interrumpir la medicación, por miedo a empeorar. Tal vez a causa de la seguridad desmedida en uno mismo, que se da asociada a la manía y la hipomanía, y/o la falta de comprensión de la enfermedad, los

pacientes bipolares no suelen preocuparse por la duración de sus períodos de bienestar; dan por hecho que estarán bien aunque no sigan el tratamiento. Por ello es tan importante que la pareja recuerde al paciente sus episodios anímicos anteriores, sobre todo los que ocurrieron cuando no tomaba la medicación. Al igual que Nancy, usted puede mencionar determinados períodos de tiempo (el verano pasado, las Navidades pasadas) en que su pareja tuvo problemas. Esta manera de decir las cosas a la cara no sólo obliga a su pareja a recordar episodios anímicos anteriores, sino que le impide negar que padece una enfermedad *recurrente*, o eludir la relación directa existente entre las recurrencias y la interrupción de la medicación.

La medicación de Kate y la terapia conmigo habían valido la pena: ya no tenía abruptas oscilaciones de “picos y valles”, sino que había alcanzado una buena estabilidad anímica. Como se sentía mejor, empezó a acariciar el sueño de vivir en Vermont. Logró convencer a su marido de que podía soportar el cambio de entorno, y fijaron una fecha para la mudanza.

La última vez que vi a Kate fue dos días antes de que se marchase a Vermont. Me dijo que había interrumpido la medicación una semana antes, porque creía que no iba a necesitarla en la nueva localidad. Estaba segura de que el nuevo entorno bastaría para mantener el bienestar. Expresé mis preocupaciones, pero Kate no quiso escuchar; estaba hipomaniaca en aquel momento y se sentía totalmente segura de que la decisión tomada era la correcta.

Un mes después de que se marchasen, recibí una llamada desesperada del marido de Kate. Me contó que poco después de llegar a Vermont la hipomanía de Kate se había agravado de forma muy acusada, que se encontraba en un episodio plenamente maniaco y que habían tenido que hospitalizarla.

Aunque el estrés de la mudanza pudo haber sido un factor de desestabilización para esta persona, la interrupción del tratamiento tampoco ayudó. Desafortunadamente, Kate infravaloró la importancia de la medicación en su bienestar y sobrevaloró el efecto positivo que tendría un cambio de entorno en la enfermedad. “Estoy tan bien que ya no necesito la medicación”, había dicho Kate. Pero sí que la necesitaba. La medicación es el principal factor que contribuye a controlar el trastorno bipolar, y la interrupción del tratamiento conlleva un gran riesgo de que se desencadene un nuevo episodio anímico.

La pareja del paciente –individualmente o junto con el paciente– también puede confiar demasiado en un falso sentido de seguridad sobre la enfermedad de su ser querido. Al ver que su pareja está bien, usted puede pensar que no necesita tanta medicación como antes o que tal vez podría suspender por completo el tratamiento. Pero

no sugiera a su pareja ningún cambio en el plan de medicación. Aunque sus observaciones y aportaciones son valiosas, el médico de su pareja es el único cualificado para decidir si se debe cambiar el tratamiento. De modo que, si su pareja empieza a comentar la posibilidad de reducir o interrumpir la medicación, debe instarla a que lo consulte con el médico, en lugar de tomar la decisión por su cuenta y riesgo.

Como ya he señalado, una vez que se diagnostica el trastorno bipolar, lo más probable es que el paciente tenga que tomar la medicación durante el resto de su vida. Algunos psiquiatras, aunque son relativamente pocos, medican a algunos pacientes bipolares únicamente durante los episodios de la enfermedad. El problema de este método es que no siempre resulta fácil controlar los episodios. Por tanto, la prevención es el mejor modo de tratar esta enfermedad.

Debo señalar que, si se presta la atención adecuada a las modificaciones del estilo de vida y la gestión del estrés (véase el capítulo 7), es posible que algunos pacientes lleguen a un punto en que se puedan mantener con menores dosis de medicación. Yo soy un ejemplo de ello. Gracias al esfuerzo de mi marido y al mío propio para desarrollar un estilo de vida que fomente la estabilidad anímica, ahora necesito dosis muy pequeñas de medicamentos para estar bien (aunque, si estuviera sometida a un mayor estrés, no dudaría en incrementar la medicación, siempre con la aprobación del médico, como prevención o a medida que lo necesitase). Esta decisión sólo debe tomarse tras consultar al médico, nunca por cuenta propia ni por consejo del cónyuge.

Ser coherente con las consultas de tratamiento

Es posible que su pareja no sólo considere superflua la medicación en los periodos de bienestar. Algunos pacientes suelen saltarse las sesiones de terapia o posponer la siguiente visita de medicación (“Estoy tan bien que no necesito ver al médico en este momento”). Es importante que su pareja siga las consultas de tratamiento tal como están *programadas* y no las utilice únicamente en tiempos de crisis. Los médicos deben ver también a su pareja en los periodos de estabilidad anímica, para formarse una idea precisa de la evolución de la enfermedad. Si su pareja sólo se presenta en la consulta durante los episodios anímicos, el médico, o el terapeuta, tendrá una visión incompleta del modo en que está evolucionando la enfermedad de su pareja, lo que, a su vez, podría afectar adversamente a la capacidad del médico de tratar al paciente. Además, muchos tratamientos psicosociales para el trastorno bipolar – sobre todo los orientados a las habilidades (véase el capítulo 4)– funcionan mejor cuando las nuevas habilidades se enseñan durante los periodos de relativa estabilidad anímica, de modo que es necesario que su pareja asista a las sesiones en esos momentos.

“No surte efecto”

Es fácil comprender por qué la falta de eficacia conduce al paciente a interrumpir la medicación. Dado que casi todas las medicaciones psiquiátricas causan potenciales efectos secundarios, no tiene sentido que su pareja siga tomando un medicamento si no le aporta ningún alivio sintomático. Si su pareja no obtiene efectos positivos de la medicación, debe transmitirle claramente al médico que quiere suspender el tratamiento.

Si el médico está de acuerdo en que su pareja no se beneficia de la medicación, puede probar a incrementar la dosis si sospecha que el problema no radica en el tipo de medicación, sino en la cantidad. Pero si decide que este fármaco no es el adecuado para su pareja, es importante que el médico controle la suspensión del tratamiento. Aunque algunos medicamentos pueden dejarse de tomar abruptamente sin problemas, otros deben reducirse lentamente, pues el paciente debe “desengancharse” poco a poco.

Como ya apunté en el capítulo 2, algunos pacientes no llegan a recuperarse por completo –es decir, al 100%– de los episodios anímicos, aunque mejoran sensiblemente. (Otros sólo necesitan la adición de otro medicamento –véase la tabla de la página 212– para recobrar el bienestar que sentían antes de la enfermedad). En un caso así, su pareja puede creer que la medicación no surte efecto, aunque todo el mundo vea lo contrario. A lo mejor los síntomas son menos frecuentes y/o menos severos, y se ve menos afectada que sin la medicación, pero sigue teniendo síntomas y/o signos de una funcionalidad reducida.

¿Qué se puede hacer cuando la percepción de su pareja difiere de la de los médicos? El seguimiento de los estados de ánimo diarios, explicado en el capítulo 7, puede indicar pautas y tendencias de mejoría que de otro modo pasan desapercibidas para su pareja. También puede resultar útil que usted comente con su pareja las mejorías que observe en su estado anímico: “Cariño, antes estabas deprimida todos los días; ahora sólo te pasa uno o dos días por semana, y consigues superarlo en pocas horas”. O señalar a su pareja las mejoras en determinados síntomas molestos: “No dormías nada cuando estabas maníaca; en cambio, ahora duermes al menos entre 4 y 6 horas cada noche” o “No eras capaz de estar sentada ni media hora para ver una comedia en la televisión. Ahora sí”. Si su pareja puede hacer cosas que no estaba en condiciones de hacer durante los episodios anímicos, como trabajar a tiempo completo, hacer las tareas del hogar o cultivar sus aficiones, menciónelo también: “Cuando estabas deprimida, llegabas tarde al trabajo casi todos los días; ahora llegas siempre puntual” o “Ahora estás trabajando en el álbum de recortes; cuando estabas enferma, no podías”.

Criterios de mejoría

- Síntomas menos severos
- Síntomas menos frecuentes
- Menor discapacidad funcional

Como he señalado en el capítulo 7, no es infrecuente que las personas que han sufrido episodios anímicos malinterpreten las variaciones anímicas normales como síntomas de un problema anímico. Como han sufrido tanto en los episodios anteriores, se vuelven excesivamente vigilantes y reaccionan de forma desmedida ante las fluctuaciones insignificantes del ánimo. Además de inducir al paciente a evaluar de forma incorrecta la eficacia de la medicación, este tipo de reacción hiperansiosa puede conllevar un problema anímico, de manera que la preocupación inicialmente infundada acabe convirtiéndose en una profecía que se cumple.

Mejor pero no bien

Cuando un paciente mejora de forma significativa pero sigue mostrando signos o síntomas de trastorno anímico, el médico suele añadir otra medicación al tratamiento, en lugar de interrumpir la medicación anterior. Si el fármaco actual ha producido algún cambio clínicamente significativo en la afección de su pareja, un medicamento adicional suele corregir los síntomas residuales y devolver a su pareja un estado de ánimo normal y el mismo nivel de funcionalidad que tenía antes de la enfermedad. Éste es uno de los motivos por los que muchos pacientes bipolares se mantienen con más de una medicación.

“Me olvido de tomar la medicación”

Riley no ha suspendido la medicación, pero no la toma con regularidad. La toma cuando se acuerda, saltándose varios días, y suele tardar en recoger las nuevas cajas cuando se acaban las anteriores. Aunque su psiquiatra le ha dicho que debe tomar la medicación religiosamente, ella desdeña el consejo. “Es un rollo acordarse de tomarla todos los días”, dice.

“Olvidarse” de tomar la medicación puede ser una forma de negación –o minimización– de la gravedad del trastorno bipolar. Para complicar aún más las cosas, la mayor parte de los medicamentos utilizados para tratar el trastorno bipolar permanece en el organismo muchos días, o incluso semanas, de modo que al saltarse algunas dosis no se producen efectos negativos inmediatos. Por lo tanto, el paciente puede estar bien sin la medicación durante un tiempo, cosa que interpretan como prueba adicional de que ya no la necesitan. Sin embargo, la falta de medicación acaba pasando factura, pues incrementa la probabilidad de sufrir futuros episodios anímicos.

Si su pareja tiene algún problema que le impide acordarse de tomar la medicina –es decir, no es fruto de la negación, sino que se debe a algún otro motivo–, existen numerosos procedimientos útiles para solventarlo:

- Utilice un reloj con alarma programable como recordatorio de que es la hora de tomar la medicación.
- Utilice un pastillero segmentado para cada día de la semana.

- Tenga una tabla o un calendario en un lugar muy visible, como la nevera o el espejo del baño, y haga una marca cada vez que toma una dosis.
- Guarde la medicación en un lugar muy visible, como la mesa de noche o la encimera de la cocina, para que sea menos probable pasarla por alto.
- Asocie la toma de la medicación con otra actividad diaria, como desayunar o lavarse los dientes, o con un determinado momento del día (como la hora de acostarse).

Los “remedios” para el olvido de la medicación, como ve, no son tan complicados. Lo que sí puede resultar más difícil es saber cuándo y cómo plantear el tema del incumplimiento de la medicación con su pareja.

Si su pareja no toma la medicación con regularidad, ¿usted se limita a comprarle un reloj con alarma y un pastillero? ¿Se enfadará su pareja por su intromisión, o le gustará que se preocupe por su salud? La respuesta a estas preguntas depende, en gran medida, del motivo del incumplimiento. Si se trata realmente de un olvido, las sugerencias como las señaladas probablemente serán recibidas con gratitud, o al menos no con ira. En cambio, si a su pareja no le hace gracia la idea de tomar la medicación, no tolera los efectos secundarios, o no quiere renunciar a los momentos altos maníacos, entonces la simple mención del tema de la regularidad en la medicación probablemente la enfurecerá, o algo peor. En cualquiera de estos casos, siga las estrategias que he expuesto en la parte relevante de este capítulo.

No obstante, debo decirle que preguntar a su pareja todas las noches, o todas las mañanas, si ha tomado la medicación resulta muy molesto y puede hacer que su pareja se sienta como un niño al que intenta aleccionar para que se porte bien. Es mejor dotar a su pareja de soluciones concretas que le ayuden a fijar la costumbre de tomar la medicación con regularidad, siempre en el supuesto de que ése sea realmente el objetivo de su pareja.

Yo casi nunca me olvido de la medicación psiquiátrica, que tomo a la hora de acostarme, pero en cambio me salto a menudo las vitaminas de la mañana. Este olvido se debe a dos posibles motivos: o no considero que las vitaminas sean tan importantes para mi salud (al menos no tanto como los fármacos psiquiátricos) o la mañana no es el mejor momento para tomarlas. Si éste es el caso, tendría sentido cambiar la hora de tomar las vitaminas a la noche, a la misma hora en que tomo la medicación bipolar. Si se trata de lo primero, debo desarrollar una mejor valoración de la importancia de las vitaminas en mi vida, tal vez informándome más sobre el tema.

“No soporto los efectos secundarios”

Lana está mucho más equilibrada desde que toma la medicación que le prescribió el psiquiatra. Ya no sufre las terribles depresiones en que se quedaba en la cama, con la manta sobre la cabeza, y le decía a su marido, Carl, que se quería morir. Tampoco ha vuelto a tener los períodos de enfado e irritación en que discutía con casi todo el mundo, y sobre todo con él.

Aunque se alegra de que el estado de ánimo se haya estabilizado, lo cierto es que Lana echa de menos algunos aspectos de su “antiguo yo”. Antes era una persona muy dinámica y activa, mientras que ahora está displicente y apática casi todo el tiempo, y se conforma con no hacer nada o simplemente hace lo que propone Carl. Su mente característicamente perspicaz también se ha visto afectada; con frecuencia es incapaz de recordar palabras y acontecimientos y tarda más que antes en comprender las cosas.

Como ya expuse en el capítulo 4, muchos de los medicamentos utilizados para el trastorno bipolar tienen efectos secundarios desagradables. De hecho, ***aparte de la falta de eficacia, los efectos secundarios son el motivo principal por el que los pacientes interrumpen la medicación.***

Su pareja debe saber que muchos efectos secundarios de los fármacos psiquiátricos desaparecen con la continuidad del tratamiento. Si persisten, como en el caso de Lana, los médicos a veces reducen la dosis con el fin de eliminar o atenuar la severidad, manteniendo el nivel terapéutico del medicamento (se sigue también este método si el individuo está excesivamente medicado; véase la tabla de la página 218). Una alternativa consiste prescribir otro medicamento que elimine el efecto secundario (por ejemplo, el uso de betabloqueantes para controlar los temblores motores de las manos en los pacientes tratados con litio). Por último, si todo lo demás falla, el médico suele plantear la posibilidad de cambiar a otro medicamento que normalmente no tenga el mismo efecto secundario.

Sin embargo, la medicación necesaria para mantener controlados los síntomas bipolares tiene, en algunos casos, un efecto secundario significativo que no se puede evitar.

Bradley descubrió que no podía componer música –una de sus aficiones– cuando se mantenía con un estabilizador anímico. Pero sin la medicación corría el riesgo de sufrir “manías negras” (manías psicóticas con espantosos delirios y alucinaciones), y le aterrorizaba la idea de volver a sufrir esa experiencia. Al final tuvo que aceptar las limitaciones del trastorno bipolar o, para ser más exactos, las limitaciones derivadas del

tratamiento. Su mujer, Shelly, le ayudó a superar (esencialmente a lamentar) la pérdida de su capacidad de componer, charlando con él sobre ello y dejándole que expresase lo que sentía:

Bradley: Me siento perdido sin escribir música. Era una parte muy importante de mi identidad.

Shelly: Lo sé. Ponías mucho de ti mismo en la composición.

Bradley: No sé cómo voy a aceptarlo. Pero, por otro lado, no puedo soportar esta enfermedad. Necesito la medicación.

Shelly: Casi todas las enfermedades conllevan algún tipo de restricción. Piensa en la gente que tiene accidentes y acaba en silla de ruedas, o la que tiene una enfermedad cardíaca y tiene que modificar la dieta y el nivel de actividad.

Bradley: Es verdad, nunca lo había pensado. Supongo que tengo que centrarme en lo que puedo hacer con el trastorno bipolar, no en lo que ya no puedo hacer.

Shelly: Creo que tienes razón. Céntrate en lo que puedes hacer.

En esta ocasión, la mujer de Bradley fue una caja de resonancia muy eficaz, pero no siempre resulta fácil escuchar y replicar como lo hizo Shelly. Si su pareja tiene terapeuta, es mejor dejar que esa persona le ayude en el proceso de duelo por la pérdida de su “antiguo yo” y en la aceptación del nuevo.

A veces la gente sólo necesita encontrar un modo mejor de afrontar los efectos negativos de una medicación que influye tan positivamente en su vida. La pareja suele estar en condiciones de ayudar al paciente a tolerar mejor los efectos secundarios del tratamiento, como hizo Susan con su marido, Chad:

Chad: Susan, no estoy tan ágil mentalmente como antes. Esta medicación me ralentiza el pensamiento y me afecta a la memoria.

Susan: Cariño, todos los medicamentos tienen efectos secundarios. Sólo tienes que acostumbrarte.

Chad: ¡No me voy a acostumbrar a ser imbécil!

¿Su pareja se medica en exceso?

La presencia de algunos de los síntomas siguientes debe alertarle de la posibilidad de que su pareja se esté medicando en exceso.

- Habla torpe, arrastrando las palabras.
- Dificultad para caminar.
- Aletargamiento extremo.
- Sedación diurna (somnolencia; siestas).
- Apatía.
- Confusión.

Susan: No eres imbécil. Y la verdad es que estás mucho mejor que todos nosotros. Antes eras demasiado agudo. No esperabas a que la gente acabase de hablar, porque tenías la necesidad imperiosa de lanzar lo que querías decir. Y tenías tolerancia cero con las personas que no eran tan inteligentes como tú.

Chad: ¿Y mi trabajo? ¿Cómo voy a hacer mi trabajo si estoy así?

Susan: Sospecho que lo harás mejor que antes. Ahora que estás más estable puedes ser más constante en el trabajo. Seguramente no tendrás los altibajos de antes.

Susan ayudó a Chad a relativizar los efectos secundarios que padecía. No sólo no le incapacitaban tanto como él creía, sino que en cierto modo podían serle ventajosos. Usted puede buscar también alguna forma de hacer lo mismo con su pareja.

Como ya vimos en el capítulo 4, muchos medicamentos utilizados para la estabilización anímica (litio, anticonvulsivos, antipsicóticos atípicos) pueden incrementar el peso del paciente. Veamos cómo abordó este tema Donald con Carol:

Carol: Creo que he engordado cinco kilos desde que empecé a tomar la medicación.

Donald: ¿Ah, sí? No me había dado cuenta, pero si lo dices, te creo.

Carol: ¿No ves que estoy gorda?

Donald: A mí me parece que estás genial. Y si te digo la verdad, no me importaría que engordases. Lo único que quiero es que tengas un poco de paz, sin oscilaciones anímicas.

Carol: Bueno, tampoco quiero pasar de un problema a otro. Puede que no me deprima por el trastorno bipolar, pero a este paso acabaré deprimiéndome porque no me servirá la ropa.

Donald: Mira, a mí no me importaría adelgazar un poco. ¿Por qué no nos apuntamos al gimnasio nuevo que han abierto en esta calle? Podríamos ir juntos. Así los dos controlaríamos el peso.

Donald intentó inicialmente ayudar a Carol a aceptar el sobrepeso que había adquirido, señalando que los beneficios de la medicación eran mucho más importantes que los inconvenientes. Al ver que la táctica no surtía efecto, se le ocurrió una solución potencial para el problema –hacer ejercicio–, y con el fin de presentarla de forma más atractiva para su mujer, le propuso que fueran juntos al gimnasio.

Lamentablemente, yo soy una de esas personas que han engordado como consecuencia de la medicación. Y créame, si hubiera algún otro modo de alcanzar la

estabilidad anímica sin ganar peso, me apuntaría de inmediato. He sido delgada durante casi toda mi vida adulta (no es que ahora esté muy gorda, pero sí algo más gorda que antes), y es algo de lo que me sentía orgullosa. Así pues, sentí como una pérdida la transformación de mi tipo anterior en una figura menos deseable. Sentía lástima de mí misma, y pensaba: “No sólo tengo un trastorno bipolar, sino que el tratamiento que necesito se lleva algo que es importante para mí”.

Al igual que Donald ayudó a Carol, mi marido me ha ayudado a soportar este efecto secundario. Suele alabarme el aspecto físico, cosa que siempre resulta agradable. Además, como es el cocinero de la familia, procura inventar comidas poco calóricas. Y cuando salimos a cenar, elige los restaurantes más adecuados para mantener la dieta, lugares donde sirven pescado, ensaladas y cosas así.

Cuando me miro al espejo y no me gusta lo que veo, intento pensar: “Prefiero tener que usar una talla más y no sufrir episodios anímicos”. Es algo que le puede decir usted a su mujer, si se encuentra en una situación similar.

“Echo de menos las etapas de ánimo elevado”

Algunas personas consideran que las manías e hipomanías son positivas. Como disfrutan o creen que se benefician de esos períodos, son renuentes a tomar la medicación que disminuye estos estados.

A mí las hipomanías me hacían sentir creativa, energética, optimista y segura. ¿Quién no quiere sentirse así? No sólo me encontraba de maravilla, sino que a otras personas (incluido mi marido) les encantaba estar cerca de mí en esos momentos. Y como podía concentrarme bien, mi actividad profesional también se veía beneficiada.

El problema eran los espantosos bajones que seguían a esas etapas, que hacían que los períodos hipomaniacos no mereciesen la pena. Sin embargo, lo cierto es que tardé muchos años en aceptar que debía renunciar a los momentos altos para evitar los bajones.

No sólo los pacientes hipomaniacos disfrutaban de esos estados elevados. Los enfermos de trastorno bipolar I que tienen manías eufóricas, no psicóticas, también consideran placenteras esas etapas. Se centran en los sentimientos de euforia y desdeñan las conductas problemáticas que suelen ir asociadas.

Cuando vino a verme Ling, me contó que todos los años, como un reloj, se deprimía gravemente en invierno y tenía algún episodio maniaco en verano. Me dijo también que tomaba la medicación religiosamente en invierno, porque las depresiones eran

insoportables, pero que dejaba de tomarla en verano porque le encantaban los períodos maníacos. Un problema grave de esta rutina era que “se automedicaba” la aceleración maníaca con alcohol y a menudo conducía después de haber bebido.

Dale y Charlotte vinieron juntos a la primera sesión de Dale. El paciente estaba claramente “animado”: efusivo, vivaz, divertido, y en general encantador. Charlotte se quejaba de que Dale no tomaba el estabilizador anímico porque consideraba que el modo en que se sentía en ese momento reflejaba su verdadera personalidad. Es decir, no le parecía que los momentos altos fuesen un problema. Sin embargo, al seguir conversando con la pareja, y al tener también una sesión sólo con Charlotte, se puso de manifiesto que las manías de Dale tenían graves consecuencias: juego compulsivo, peleas físicas con desconocidos (y conflictos con las autoridades), y gasto de grandes cantidades de dinero (que no les sobraba) en regalos espléndidos para su mujer.

Al tratar con un paciente que es reacio a prescindir de los momentos altos, sólo hay dos líneas de razonamiento para convencerlo de que debe tomar la medicación con el fin de estabilizar el estado de ánimo. La primera consiste en mencionar las consecuencias negativas que se derivan de la conducta maníaca o hipomaníaca. La segunda se refiere a la depresión que suele seguir a la fase elevada en la mayoría de los casos.

El formulario reproducido más abajo presenta una serie de situaciones problemáticas que pueden estar causadas por los estados de ánimo maníacos o hipomaníacos. Revise la lista y marque los puntos que hayan sido aplicables alguna vez al caso de su pareja. De este modo tomará conciencia de los problemas concretos que han causado las fases elevadas de su pareja, y podrá utilizar esta información para contribuir a que su pareja comprenda la otra cara, no tan maravillosa, de esas fases. Veamos, por ejemplo, como trató Beth esta situación con su marido, Norman.

Beth: Norman, tienes que volver a tomar el estabilizador anímico que te recetó el médico.

Norman: ¿Pero qué dices? Me siento genial. Mejor que nunca.

Beth: Puede que te sientas genial, pero no te estás comportando bien. Estás causando muchos problemas a esta familia. No es justo para nosotros, ni para ti tampoco.

Norman: ¿Pero qué te pasa? Deberías alegrarte de que me sienta bien por fin, en lugar de criticarme.

Beth: Mira la realidad, Norman. Cuando tomabas la medicación, casi nunca bebías, sólo una copa de vino de vez en cuando. Ahora te tomas tres cuartos de litro de vodka cada noche.

Norman: Es que me gusta beber. ¿Y qué?

Beth: Cuando bebes, te pones muy desagradable. No aguantas los ruidos que hacen los

niños, y les gritas. Empiezas a darles miedo.

Norman: Ah.

Beth: ¿Y qué me dices de los días que has faltado al trabajo porque tenías resaca?
¿Cuánto tiempo crees que va a tolerar eso tu jefe?

Consecuencias negativas de los estados maníacos/hipomaníacos

- ___ Consumo excesivo de alcohol o drogas ilegales.
- ___ Conducción bajo los efectos de sustancias.
- ___ Hurto en tiendas.
- ___ Gritos a personas.
- ___ Peleas físicas.
- ___ Conducta paranoide.
- ___ Juego excesivo.
- ___ Gasto excesivo.
- ___ Problemas con las autoridades.
- ___ Conducta sexual obsesiva (por ejemplo, deseo imperioso de ir a barras americanas, ver pornografía, etc.).
- ___ Infidelidad sexual.
- ___ Aventuras empresariales o inversiones financieras arriesgadas.
- ___ Problemas en la actividad diaria (rendimiento en el trabajo; cuidado de los hijos, pago de facturas o cumplimiento de otras responsabilidades; etc.).
- ___ Alejamiento de la gente (amigos, familiares, conocidos) por una conducta inadecuada.
- ___ Accidentes de tráfico.

Fuente: Cynthia G. Last, *Cuando un ser querido es bipolar*. Copyright 2009 de Cynthia G. Last.

Norman: No sé.

Beth: ¿Y qué me dices de los amigos? Te pusiste tan insinuante con Edith la última vez que salimos con ella y con Billy, que seguro que no quieren volver a vernos.

Norman: Sólo intentaba pasarlo bien. No iba en serio.

Beth: Oye, Norman, tu afán de pasarlo bien está causando estragos en nuestra vida. Si te importa la familia y la vida que llevamos juntos, tienes que hacer las cosas bien y volver a tomar la medicación.

Beth tuvo que repetir varias veces esta conversación con su marido hasta que al fin surtió efecto. Al oír el mensaje reiterado de que la hipomanía causaba problemas en casi todos los demás ámbitos de la vida, Norman se vio obligado a afrontar lo que había decidido eludir en su estado anímico elevado.

No todo el mundo es tan fácil de convencer como Norman. La atracción de un estado anímico elevado puede ser muy fuerte, al igual que la capacidad de negación del ser humano. A Jacob tuvieron que retirarle el permiso de conducir, por coger el coche después de haber bebido, para que al fin se decidiese a reanudar la medicación. Ann

estuvo a punto de perder a su novio por tener una aventura con otro hombre mientras se tomaba “unas vacaciones” del estabilizador anímico. El gasto incontrolado llevó a Charlotte y su marido a declararse en quiebra antes de que al fin Charlotte “viera la luz” y comprendiese que debía tomar la medicación con regularidad.

Espero que entre el médico y usted logren convencer a su pareja de que debe renunciar a los momentos elevados y evitar las consecuencias potenciales de los estados maníacos. Si no lo consigue, y su pareja (como usted) tiene que sufrir las consecuencias negativas antes de cambiar de conducta, en el capítulo 10 encontrará algunos consejos sobre cómo renacer de las cenizas y volver a ilusionarse con el futuro.

En este capítulo he expuesto los diversos motivos por los que el paciente incumple en ocasiones el régimen de medicación, así como lo que puede hacer usted —y lo que no— para que su pareja respete el tratamiento. En el siguiente capítulo comentaré otras cosas que pueden hacer su pareja y usted para evitar los episodios anímicos, como el seguimiento de los estados de ánimo, la identificación de los factores que desencadenan los episodios, la introducción de ciertos cambios en el estilo de vida y la reducción del conflicto y el estrés.

OTRAS COSAS QUE PUEDEN HACER SU PAREJA Y USTED PARA EVITAR LOS EPISODIOS ANÍMICOS

Hayden ha tomado religiosamente la medicación desde que lo hospitalizaron y le diagnosticaron un trastorno bipolar. Sin embargo, aunque ha seguido los consejos del médico en este punto, ha eludido las advertencias sobre otras cosas que debería hacer para evitar los episodios anímicos. Una de estas cosas – dejar de beber– es un punto conflictivo entre él y su mujer, Ellen:

Ellen: *Hayden, tienes que dejar de beber.*

Hayden: *Ya es bastante malo tener trastorno bipolar. ¡No voy a renunciar a todo en la vida por esta enfermedad!*

Ellen: *Pero el alcohol es un problema grave. Te enfadas mucho y a veces te portas fatal cuando te tomas unas copas. Pasas de Dr. Jekyll a Mr. Hyde, igual que cuando te pones maniaco.*

Hayden: *No creo que sea para tanto.*

Ellen: *Pregúntale a tu familia, o a los amigos, y verás lo que te dicen. Tu hermano me ha hablado muchas veces del cambio de personalidad que tienes cuando bebes.*

Hayden: *Bueno, pero ya sabes la opinión de Jeff sobre el alcohol. Es normal que vea un problema en que yo beba.*

Ellen: *Pero me lo ha comentado también otra gente. La semana pasada, por ejemplo, cuando salimos con Beth y Mathew. Empezaste a gastar muchas bromas sarcásticas, y Berth me dijo: “Es increíble lo que dice Hayden de ti. ¿Cómo lo soportas?”.*

Hayden: *Pensaba que tenía gracia.*

Ellen: *No tienes ninguna gracia. Te pones muy desagradable, y normalmente te cebas conmigo.*

Hayden: *Pero si sabes que te quiero.*

Ellen: *Sí, pero cuando bebes no eres la misma persona.*

Hayden: *Lo siento.*

Ellen: *No quiero que lo sientas. Lo que quiero es que dejes de beber. Y si no quieres hacerlo por ti y por tu salud, hazlo por mí y por nosotros. Hazlo por nuestra*

relación.

Como ya vio en el capítulo anterior, la constancia en la medicación es una condición absolutamente necesaria para el bienestar del paciente bipolar. Si no se respeta el tratamiento, la probabilidad de sufrir un nuevo episodio anímico se incrementa de forma drástica. Ahora bien, aunque el tratamiento farmacológico es *necesario* para la salud mental bipolar, no es *suficiente*. Para permanecer bien es preciso respetar una serie de factores que influyen en la salud anímica.

Muchas enfermedades crónicas –no sólo el trastorno bipolar– requieren la introducción de cambios en el estilo de vida. Por ejemplo, en el caso de las enfermedades cardíacas, se suele recomendar dieta, ejercicio y reducción del estrés para favorecer la salud del corazón. Asimismo, el trastorno bipolar puede verse afectado por una serie de factores de riesgo, y los pacientes mejoran inmensamente si prestan atención a estos aspectos.

En este capítulo describiré algunas cosas concretas que puede hacer su pareja –por su cuenta o junto con usted– para influir en la evolución de la enfermedad. Estas medidas consisten en la reducción de uno de los factores mencionados en el capítulo 2 que se relacionan con un mayor riesgo de recurrencia de la enfermedad o, vistas desde una perspectiva diferente, en el aumento de los factores que tienen una función protectora. Algunas requieren conocer e introducir ciertos cambios en el estilo de vida para favorecer el bienestar –como abstenerse del alcohol, dormir lo suficiente y mantener rutinas diarias regulares–, mientras que otras se centran en la adquisición de habilidades y la utilización de técnicas que ayudan a reducir el estrés y la ansiedad, como resolver los conflictos interpersonales y evitar (en la medida de lo posible) los acontecimientos estresantes.

Algunas de las medidas preventivas que debe tomar su pareja le afectan también a usted, así como a la convivencia de los dos. Algunas repercuten en las costumbres y rutinas cotidianas, como la necesidad de dormir y comer a horas regulares. Otras afectan a aspectos más ocasionales de la vida, como los planes de vacaciones. Y otras influyen en algunas de las decisiones vitales importantes para ambos, como las eventuales mudanzas, los cambios de trabajo o la posibilidad de tener hijos (véase el capítulo 10 para obtener más información sobre este tema tan importante).

A veces su mayor aportación consistirá en alentar a su pareja a que dé el primer paso para introducir un cambio, o en respaldar sus esfuerzos en el cumplimiento de una medida preventiva que le resulta poco atractiva. Otras veces observará que se exige más de usted, lo que requerirá algunos sacrificios por su parte. El tipo de cambios que deba adoptar dependerá de numerosos factores, y será usted quien decida con qué grado de

implicación ayudará a su pareja en este proceso. Pero lo que hemos observado mi marido y yo, al igual que muchos de mis pacientes y sus parejas, es que con el tiempo, tras una sucesión de ensayos y errores, al final se encuentra una “colaboración” que funciona. Trabajando en equipo, mi marido y yo hemos logrado aplicar un plan de prevención que ha dado buenos frutos. Si perseveran, estoy segura de que usted y su pareja también lo conseguirán.

Anime a su pareja a que se documente sobre el trastorno bipolar

Aunque no siempre se tiene en cuenta, la psicoeducación –adquirir conocimiento sobre el trastorno bipolar– es el medio más básico para ayudar a los pacientes a evitar futuros episodios anímicos. Ya he recalcado la importancia de que usted se documente sobre el trastorno bipolar, pero también es esencial que su pareja se informe adecuadamente, pues comprender la naturaleza de la enfermedad –por ejemplo, conocer lo que incrementa el riesgo de sufrir nuevos episodios (véase la tabla reproducida más abajo) y lo que los evita– habilita a las personas para tomar decisiones sensatas sobre cómo enfocar la vida. Por ejemplo, saber que la falta de sueño se relaciona con la recurrencia de la enfermedad puede influir en que su pareja conceda prioridad al descanso. Y saber qué tipo de factores estresantes pueden desencadenar episodios anímicos contribuirá a que su pareja evite las situaciones potencialmente problemáticas.

Aprender de los médicos

Los médicos son una vía para obtener información sobre el trastorno bipolar. Sin embargo, debe tener en cuenta que los profesionales de la salud mental no siempre están dispuestos a informar a los pacientes. Por lo general, los psicólogos son más aptos que los psiquiatras para adoptar un papel proactivo en la formación de las personas, aunque esto ha cambiado en los últimos años, pues los psiquiatras están mejor preparados para satisfacer la necesidad de información de los pacientes.

El valor de la información obtenida a través de los médicos depende de las preguntas que planteen los pacientes. Si usted acompaña a su pareja a la consulta de gestión del tratamiento o a las citas terapéuticas (tal como le sugiero en el capítulo 5), contribuirá a facilitar este proceso planteando sus propias preguntas. En la tabla de abajo se proponen algunos posibles temas que se pueden tratar en la consulta.

Factores que incrementan el riesgo de sufrir futuros episodios anímicos

- Disminución de las horas de sueño.

- Ansiedad.
- Consumo abusivo de sustancias.
- Acontecimientos estresantes.
- Conflicto interpersonal.
- Alteraciones de las rutinas diurnas y nocturnas.
- Inconstancia con la medicación.

Preguntas para el médico

- “Además de la medicación, ¿cuáles son los tratamientos (terapias) más eficaces para el trastorno bipolar? ¿Puede recomendarle alguno (o varios) a mi pareja?”.
- “¿Me puede sugerir alguna otra cosa (aparte de la medicación y la terapia) para que mi pareja controle mejor la enfermedad?”.
- “Por lo que ha observado, ¿hay algo concreto que crea que puede suponer un obstáculo o un desafío especial para mi pareja?”.
- “¿Qué factores tienen altas probabilidades de empeorar la salud de mi pareja? ¿Qué factores pueden mejorarla (aparte de las cosas que ya se han mencionado)?”.

Libros de autoayuda

Hay otros modos de documentarse sobre la enfermedad bipolar, aparte de solicitar información al médico. Como ya señalé en el capítulo 3, existen excelentes libros de autoayuda para pacientes bipolares (algunos de los cuales se citan en el apartado de Recursos, al final de este libro).

Sin embargo, si su pareja niega o minimiza la relevancia de la enfermedad, es improbable que decida, por su cuenta, comprar un libro sobre este trastorno. En una situación así, algunos individuos responden positivamente a la iniciativa de sus parejas de traer a casa alguna lectura relacionada con el tema. Alternativamente (y esto es algo que debe evaluar usted, puesto que conoce a la persona), es posible que su pareja reaccione con ira y se niegue siquiera a ojear el libro, y ya no digamos a leerlo. En este caso le sugiero que lo adquiera y que lo lea, al menos durante un tiempo, delante de su pareja.

¿Por qué debe documentarse usted sobre el trastorno bipolar? Como ya he dicho anteriormente, es importante que se informe sobre esta enfermedad para ayudar a su pareja. Además, es probable que su pareja sienta curiosidad por su lectura y acabe ojeando el libro, puesto que lo tendrá en casa. No obstante, si no es el caso, puede ser útil que usted comente con ella la información que obtenga.

En mi caso, aunque no dependo de mi marido para adquirir información sobre el tema, debido a mis conocimientos en la materia, me he encontrado recientemente con otra situación médica a la que no había prestado atención. Ahora que tengo más de cincuenta años, he entrado en la menopausia, una fase de la vida que va acompañada de numerosos cambios no muy agradables.

Al ver que yo agachaba la cabeza como el avestruz en este tema y rehusaba documentarme al respecto, mi marido decidió buscar en Internet información relevante sobre lo que me estaba ocurriendo. De vez en cuando, cuando yo me preocupaba por algún síntoma concreto (como los sofocos, la retención de líquidos, etc.), él me aportaba algún dato importante sobre la menopausia, no sólo para informarme, sino para brindarme el apoyo y la tranquilidad que necesitaba.

Internet

Otra vía para adquirir información sobre el trastorno bipolar consiste en acceder, a través de Internet, a los sitios web dedicados a la enfermedad (de nuevo, véase la sección de Recursos). Sin embargo, si su pareja no quiere hacer este esfuerzo (por el rechazo de la enfermedad o por cualquier otro motivo), nada le impide encargarse usted de esta labor y luego comentar con su pareja lo que haya encontrado, pasándole artículos o verbalizando los datos que considere más relevantes. (En mi caso, mi marido imprimió varios artículos sobre la menopausia con la esperanza de que me iniciase sobre el tema. ¿Y sabe lo que pasó? Surtió efecto).

Charlotte era un “ave nocturna”. Se acostaba a las dos de la madrugada, o incluso más tarde, y no dormía lo suficiente. Sin embargo, cuando su marido y ella asistieron juntos a un grupo de apoyo para maníaco-depresivos, uno de los participantes comentó que el médico le había explicado la relación entre el seguimiento de unas rutinas cotidianas (con una hora fija para acostarse) y la estabilidad anímica. Gracias a esta información, Charlotte se esforzó por normalizar el sueño, así como otras rutinas diarias.

Interacción con otros pacientes bipolares

Su pareja puede obtener más información sobre el trastorno bipolar si tiene contacto con otras personas que padezcan la misma enfermedad, bien a través de chats o, como en el caso de Charlotte, asistiendo a un grupo de apoyo o de autoayuda. Si a su pareja le interesa asistir a un grupo, pero no le apetece ir sola, usted puede proponerle la posibilidad de ir juntos, suponiendo que el grupo esté abierto a la participación de personas no bipolares.

Apoye a su pareja en el seguimiento de los estados de ánimo y en la identificación de los factores que desencadenan las crisis

El seguimiento de los estados de ánimo puede contribuir a que su pareja sea más consciente de las fluctuaciones anímicas y de las variables que influyen en ellas. De

hecho, el seguimiento y la identificación de los factores asociados con los cambios anímicos son componentes esenciales de muchas de las terapias orientadas a las habilidades que revisamos en el capítulo 4. Por lo general, el procedimiento consiste en anotar y asignar una puntuación numérica global al estado de ánimo diario, mediante una escala diseñada para este fin, mencionando cualquier acontecimiento significativo –los “factores desencadenantes”– que pueda relacionarse con las fluctuaciones anímicas.

Aunque el seguimiento se diseñó inicialmente como una estrategia de autoayuda, en algunas circunstancias puede hacerlo una persona cercana al paciente. En concreto, puede ser útil que usted se encargue de esta tarea si su pareja:

- No puede (por la gravedad de su estado) o no quiere (por la negación o minimización de la enfermedad) hacerlo ella.
- Tiende a sobrevalorar o infravalorar la gravedad de sus estados anímicos.
- Necesita o solicita su ayuda para aprender a registrar los estados de ánimo.
- Quiere tener una valoración externa de sus propias percepciones sobre los estados anímicos.

Si usted decide ocuparse del seguimiento, conviene que su pareja no lo utilice como pretexto para descuidar su enfermedad. Recuerde que su objetivo es *ayudar* a su pareja a que se cuide mejor, no sustituirla en esta función.

Debe tener en cuenta, asimismo, que su capacidad de observar los estados de ánimo de su pareja está limitada por el hecho de que la observación es externa. Las *conductas objetivas* (las cosas que su pareja hace o dice) relacionadas con los diversos estados anímicos son fáciles de detectar, pero sólo su pareja conoce otros tipos de información. Por ejemplo, tomando un caso extremo, si su pareja está deprimida y tiene ideas suicidas, pero no lo dice, usted no estará en condiciones de evaluar la gravedad de su depresión, al menos no tanto como ella. Esto significa, por tanto, que si su pareja califica el estado de ánimo como más grave de lo que a usted le parece, convendría que usted le hiciera algunas preguntas antes de concluir que tal evaluación es incorrecta. En una situación así, puede preguntarle: “¿Hay algo que yo no sepa y que te haga calificar tu estado de ánimo como más deprimido [o maníaco] de lo que a mí me parece?”.

Si llevan un control de la situación anímica de su pareja en cada momento, usted y su pareja –al igual que los médicos, cuando sea necesario– podrán:

1. Determinar si un nuevo tratamiento (medicación o terapia), o un cambio

introducido recientemente en el estilo de vida (como el sueño regular) logra el efecto deseado.

2. Detectar el inicio de un episodio anímico potencial en una fase temprana, de forma que pueda cortarse de raíz. (Me ocuparé más a fondo de la identificación y la intervención tempranas en los capítulos 8 y 9).
3. Identificar los factores y las pautas que precipitan las fluctuaciones anímicas, haciendo un seguimiento simultáneo de los acontecimientos significativos (como veremos más adelante en este mismo apartado).

Paso 1: Aprender a utilizar la escala de valoración del estado anímico

El primer paso para hacer un seguimiento del estado anímico consiste en familiarizarse con la escala presentada en las páginas 236-237. Esta escala, como verá, oscila entre -4 (depresión grave) y +4 (manía grave), y se basa en la gravedad de los síntomas actuales y el grado de discapacidad funcional que causa. El ánimo normal se califica como “0” e indica que no hay signos de manía o depresión, y que la funcionalidad es normal en todas las áreas (en el trabajo o en los estudios; socialmente y en las relaciones cercanas). Una puntuación de “1” indica que su pareja está en el punto más alto (+1) o más bajo (-1) de la normalidad; el “2” indica que el paciente está hipomaniaco (+2) o moderadamente deprimido (-2); la calificación de “3” significa que está moderadamente maniaco (+3) o moderadamente deprimido (-3); y el “4” denota manía grave (+4) o depresión grave (-4).

Muchas parejas de pacientes a los que acaban de diagnosticar no conocen los diversos síntomas de la manía y la depresión. Al familiarizarse con la escala anímica, tendrá criterios concretos para evaluar los estados de ánimo de su pareja, en lugar de preguntarse: “¿Será manía? ¿Cómo puedo saber si esto es un problema? ¿Y si me adelanto a los acontecimientos y presupongo lo peor, cuando en realidad no ocurre nada?”. O todo lo contrario, también puede pasar por alto indicadores importantes que indiquen el inicio de un problema.

Al conocer la escala anímica, Craig aprendió que los ataques de furia de Stella eran signos de manía entre moderada y severa, que requerían la atención del médico. Después de leer la descripción de la depresión suave, Kate comprendió que el tiempo que Andrew pasaba en solitario podía ser un indicador de un cambio anímico.

La observación de la conducta de su pareja, y de las cosas que dice elevando la voz, le ayudarán a evaluar el estado de ánimo en un determinado momento. Al principio puede parecer un poco complicado elegir entre los diversos grados de la escala, pero al familiarizarse con ella mediante la práctica, sé que le resultará bastante fácil.

A modo de ejercicio, piense en qué punto de la escala cree que se sitúa hoy su pareja. ¿Está bastante normal (cualquier punto entre -1 y +1)? ¿Está suave o moderadamente deprimida (-2 o -3), es decir, notablemente triste o retraída, o maníaca (+2 o +3), es decir, claramente animada, inquieta o enfadada, pero aun así es capaz de ocuparse de una parte o la totalidad de sus responsabilidades? ¿O se encuentra gravemente enferma, en un extremo de la escala, con la funcionalidad muy reducida, hasta el punto de requerir incluso hospitalización (-4 o +4)?

Una vez que haya determinado la zona general de la escala que se aplica actualmente a su pareja, puede precisar un poco más. Por ejemplo, si el ánimo es normal, ¿ocupa un punto “alto” de la normalidad, es decir, está animada y optimista (+1)? ¿O se halla en el lado más bajo de la normalidad, un tanto callada, apagada o apática (+1)? ¿O no sucede ninguna de esas dos cosas, y simplemente está “normal” (0)?

Si el ánimo de su pareja se encuentra en la zona de la escala de suave a moderado, ¿los síntomas son evidentes para los demás y/o hay alguna reducción de la funcionalidad (“moderado”, -3 o +3)? ¿O los síntomas son difíciles de apreciar (sólo los ven usted y las personas más cercanas a su pareja), sin una pérdida significativa de funcionalidad (“suave”, -2 o +2)?

Escala de evaluación anímica

+4 Gravemente maníaco. Frenético o iracundo; ira o risa incontrolables; puede estar paranoide y/o violento; no para de hablar, y quizá recorta o atropella las palabras; tal vez inventa palabras o dice cosas incoherentes; duerme poco o nada; puede tener delirios o alucinaciones (grandiosos o paranoides); es incapaz de estarse quieto; pensamiento acelerado o “vuelo de ideas” (imágenes que se suceden rápidamente en la mente); es totalmente incapaz de concentrarse; poca sensatez; conducta arriesgada; muestras públicas que llaman la atención de la policía; también pueden aparecer síntomas depresivos; es incapaz de desempeñar las actividades habituales; hospitalización necesaria.

Su pareja puede decir: “Me siento descontrolado”, “Me entran ganas de hacerte daño [o a un tercero]”, “Tengo poderes especiales”, “___ está contra mí”, “Me estoy volviendo loco”, “Tengo que ir al hospital”, “No puedo pensar con sensatez”, “Tengo una crisis”.

+3 Moderadamente maníaco. Eufórico, exultante, sumamente animado y/o extremadamente enfadado o irritable y ansioso; suspicaz o paranoide; hiperactivo; autoestima exagerada; no para de hablar; necesita dormir muy poco; se distrae fácilmente; pensamiento acelerado; puede tener ataques de ira cuando algo le contraría o puede ser verbalmente grosero con los demás; escasa sensatez y conducta arriesgada; hipersexual; pueden presentarse síntomas depresivos; la funcionalidad se ve algo perjudicada y así lo perciben los demás.

Su pareja puede decir: “Me siento de maravilla”, “Nada puede salir mal”, “Todo el mundo es muy lento [hablando, trabajando, etc.]”, “Te odio [o a un tercero]”, “Me siento paranoide”, “Estoy maníaco”, “Me apetece romper cosas”.

+2 Hipomaníaco (suavemente maníaco). Predomina un estado de ánimo “elevado”, está muy contento, bullicioso, irritable o enfadado; energético; lleno de ideas y proyectos; incremento de la libido; sociable; hablador; tal vez quiere viajar, gastar dinero, jugar; necesita dormir menos que de costumbre; optimista, seguro de sí mismo; puede mostrar escasa sensatez y conducta arriesgada; puede tener dificultades para prestar atención; la funcionalidad no se ve mermada y puede ser percibida como mejor de lo normal.

Su pareja puede decir: “Me siento genial”, “Todo me crispa”, “Estoy más sociable”, “Me siento muy sexual”, “Todo sale como quiero”, “El cerebro me va más rápido que de costumbre”.

+1 Hipertímico. Animado; optimista; ingenioso; sociable; resuelto y decidido; a veces irritable; funcionalidad normal o ligeramente por encima de lo normal.

Su pareja puede decir: “Me siento feliz”, “Estoy contento”, “Las cosas van bien”, “Estoy deseando ___”, “Ojalá me sintiese

así todo el tiempo”.

- 0 **Normal.** No hay síntomas de manía ni de depresión; la funcionalidad es buena en el ámbito social y laboral.

Fuente: Cynthia G. Last, *Cuando un ser querido es bipolar*. Copyright 2009 de Cynthia G. Last.

Escala de evaluación anímica (cont.)

- 1 Distímico. Apagado; algo pesimista; energía baja; ligeramente retraído; no muy hablador; sonrisas infrecuentes; puede estar indeciso; puede expresar quejas físicas; funcionalidad normal, o ligeramente por debajo de lo normal.
Su pareja puede decir: “Estoy cansado”, “No tengo nada que decir”, “Me cuesta decidirme”, “Casi nada me ilusiona”.
- 2 Moderadamente deprimido. Ánimo moderadamente deprimido; se siente triste, con el ánimo por los suelos, aburrido o irritable; menos seguro de sí mismo; menos sociable que de costumbre; menos energético; cierta pérdida de interés por las actividades habituales; capacidad reducida de experimentar placer; negativo o pesimista; aunque tal vez su rendimiento no es tan alto, su funcionalidad parece normal ante los demás.
Su pareja puede decir: “Estoy deprimido [triste, de bajón, con el ánimo por los suelos, infeliz]”, “Me aburro todo el rato”, “Estoy irritable”, “No me apetece hablar”, “Las cosas no van como quiero”, “Nunca me sale nunca bien”, “Estoy trabajando tan bien como siempre”, “No duermo tanto como de costumbre”, “Me siento mal conmigo misma”.
- 3 Moderadamente deprimido. Ánimo moderadamente deprimido; se siente muy triste; pérdida de interés por algunas actividades, o pérdida de placer en ellas; se siente más lento y apático; retraimiento; alteración del apetito y del sueño; reducción de la libido; desesperanza; dificultad de concentración o de toma de decisiones; puede tener ideas suicidas; la funcionalidad se ve afectada (llega tarde al trabajo; su rendimiento es menor que de costumbre en las responsabilidades ordinarias; cierto descuido del cuidado personal), y así lo advierten los familiares y amigos más cercanos.
Su pareja puede decir: “Debo de haber hecho algo mal”, “Nada me sale nunca bien”, “Estoy mal”, “Ojalá me muera”, “No puedo pensar con sensatez”, “Estoy lento”, “El tiempo parece que avanza muy despacio”, “La comida no me sabe igual que antes”.
- 4 Gravemente deprimido. Profundamente triste o aletargado; totalmente retraído; pérdida de interés por todas las actividades; incapacidad de sentir placer; falta de energías; falta de apetito; sueño gravemente alterado (duerme todo el tiempo o es incapaz de dormir); se siente culpable o despreciable, desesperado; pensamientos suicidas; puede tener delirios y/o alucinaciones (por ejemplo, es castigado por Dios); la funcionalidad se ve notablemente mermada: no puede desempeñar las actividades habituales, no se ocupa de los elementos básicos del cuidado personal (como arreglarse, lavar la ropa); puede ser necesaria la hospitalización voluntaria o involuntaria (para impedir que el paciente se haga daño).
Su pareja puede decir: “No me apetece nada”, “No puedo comer”, “No puedo dormir”, “No puedo dejar de llorar”, “Soy despreciable”, “Me están castigando”, “Quiero morir”, “No puedo pensar”, “Tengo que ir al hospital”, “Me siento como en un túnel”, “Me siento como si tuviera una nube negra (un velo negro) sobre la cabeza”.

Paso 2: Identificar los factores que desencadenan las fluctuaciones anímicas

El segundo paso del proceso de seguimiento anímico consiste en tomar conciencia de los acontecimientos y situaciones que pueden relacionarse con las oscilaciones anímicas. Para ello, usted, su pareja o los dos (juntos o por separado) deben cumplimentar el inventario de factores desencadenantes reproducido en la página 239. El inventario recoge muchas circunstancias ambientales y biológicas/fisiológicas que a menudo se relacionan con las fluctuaciones anímicas. Algunos de los elementos incluidos en la lista son acontecimientos importantes de la vida, como tener un hijo o mudarse de domicilio, mientras que otros son más comunes pero también tienen la capacidad de alterar el ánimo, como el ciclo menstrual femenino, los conflictos interpersonales o la reducción de las horas de sueño (analizaremos detalladamente algunos de estos aspectos en este capítulo).

La ventaja de incluir esta información en el inventario (cumplimentándolo entre los dos o usted sólo por su cuenta) es que puede descubrir algunas asociaciones que no son evidentes para su pareja. Por ejemplo, en la situación que presenté al comienzo de este capítulo, Ellen lograba establecer una relación entre el alcohol y un estado de ánimo enfadado y desagradable, semejante a la manía, en su marido, Hayden.

Al referirme a la identificación de las causas potenciales de las fluctuaciones anímicas, debo señalar que a veces se pueden encontrar dilemas del “huevo y la gallina” al analizar la relación entre las calificaciones anímicas y los factores desencadenantes. Es decir, ambos elementos pueden estar tan próximos en el tiempo que sea difícil saber qué fue primero: la fluctuación anímica o el acontecimiento. Por ejemplo, cuando el paciente está hipomaniaco, puede ponerse irritable, lo que a su vez puede desencadenar conflictos con las personas del entorno. Sin embargo, los conflictos interpersonales, debido a la ansiedad que producen, también *pueden precipitar* el desarrollo de la hipomanía. Para complicar aún más las cosas, siguiendo este mismo ejemplo, los conflictos que surgen como consecuencia del estado hipomaniaco pueden exacerbar y agravar un problema anímico suave, de manera que pueden interpretarse como consecuencia –de un episodio hipomaniaco ya existente– y como factor desencadenante de un estado más grave de la enfermedad.

Factores desencadenantes de las fluctuaciones anímicas

Marque con una cruz aquellos acontecimientos o circunstancias que, a su juicio, se relacionen con fluctuaciones anímicas significativas o con la precipitación de los anteriores episodios anímicos.

- ☐ Conflicto matrimonial o de relación.
- ☐ Enfermedad física menor, como un resfriado, dolor de espalda, etc.
- ☐ Saltarse una comida.
- ☐ Estrés laboral.
- ☐ Hacer una compra grande.
- ☐ Perder un empleo.
- ☐ Jet lag.
- ☐ Accidente de coche.
- ☐ Muerte o enfermedad física grave en la familia.
- ☐ Adquirir una mascota.
- ☐ Embarazo.
- ☐ Período posparto.
- ☐ Vacaciones.
- ☐ Mudanza.
- ☐ Menopausia.
- ☐ Ataques de pánico o ansiedad.

- ☐ Algunas medicaciones. Especifique: _____
- ☐ Ciclo menstrual.
- ☐ Dormir menos que de costumbre.
- ☐ Acostarse más tarde que de costumbre.
- ☐ Excesiva estimulación social.
- ☐ Una época del año determinada. Especifique: _____
- ☐ Muy escasas interacciones sociales.
- ☐ Exposición directa a la luz solar.
- ☐ Falta de luz solar.
- ☐ Alcohol o drogas ilegales.
- ☐ Levantarse tarde.
- ☐ Falta de ejercicio o actividad física.
- ☐ Juego, compraventa de varios activos financieros en el mismo día, u otras actividades de riesgo.
- ☐ Otro. Especifique: _____
- ☐ Otro. Especifique: _____
- ☐ Otro. Especifique: _____

Fuente: Cynthia G. Last, Cuando un ser querido es bipolar. Copyright 2009 de Cynthia G. Last.

Otro ejemplo es la reducción de las horas de sueño. Como explicaré detalladamente más adelante, en este mismo capítulo, está bien documentado que la reducción del sueño suele precipitar episodios anímicos, pero también a veces es *consecuencia* de los estados anímicos anormales. Y, una vez más, para añadir más complejidad a la situación, las alteraciones del sueño que se producen durante los episodios anímicos pueden agravar y/o prolongar un problema anímico existente.

Aunque resulte difícil determinar el sentido de la relación en determinados casos concretos, cuando se anota y se observa la casuística a lo largo de varias semanas o meses, se vuelve más clara la naturaleza de la asociación. Si no es así, probablemente se debe a la situación que acabo de describir, esto es, el factor desencadenante identificado actúa a la vez como causa y como consecuencia.

Paso 3: Empezar a cumplimentar el formulario de seguimiento de los estados anímicos

Cuando esté suficientemente familiarizado con la escala de valoración de los estados de ánimo y haya empezado a identificar los posibles factores desencadenantes de las fluctuaciones, puede iniciar el proceso del seguimiento diario. Aunque es acertado memorizar esta información, para poderla comentar con su pareja (o con los médicos), en caso de fluctuación anímica significativa (en cualquiera de las dos direcciones de la escala) le resultará más fácil anotar las puntuaciones mediante un formulario diseñado para tal fin, como el de la página 241. (Si no quiere utilizar un formulario, también es posible hacer el seguimiento de los estados anímicos de manera más informal, registrando las valoraciones en un diario, una agenda o un cuaderno, o bien mediante algún otro

sistema que resulte adecuado, como un ordenador). Ahora bien, *no anote físicamente el estado anímico de su pareja sin consultarle previamente si está de acuerdo*. Si ella no lo acepta y descubre que usted lo está haciendo, puede sentirse “espiada” o pensar que le “oculta un secreto”. La única excepción se da si su pareja tiene rasgos psicóticos, en cuyo caso no conviene que lo sepa, dado que podría malinterpretarlo como algo perjudicial, debido a su percepción tergiversada de la realidad.

En caso de que decida utilizar el formulario, asigne a su pareja una calificación *global* del estado anímico de cada día de la semana. Para mayor precisión, califique el estado de ánimo al final del día, en lugar de esperar a la mañana siguiente o al final de la semana. Después anote en la columna de los “posibles factores desencadenantes” cualquier acontecimiento estresante, o potencialmente significativo, o las circunstancias vitales que considere que han tenido o podrían tener consecuencias anímicas. Entre estos elementos se incluyen las situaciones mencionadas en el inventario de factores desencadenantes o cualquier otro acontecimiento que considere relevante.

Formulario de seguimiento de las fluctuaciones anímicas		
	Calificación (-4 a +4)	Posibles factores desencadenantes
Lunes	_____	_____
Martes	_____	_____
Miércoles	_____	_____
Jueves	_____	_____
Viernes	_____	_____
Sábado	_____	_____
Domingo	_____	_____

Fuente: Cynthia G. Last, *Cuando un ser querido es bipolar*. Copyright 2009 de Cynthia G. Last.

Al conocer las situaciones y circunstancias concretas que causan las fluctuaciones anímicas, su pareja puede...

- *Evitar algunos desencadenantes potenciales de problemas anímicos*, limitando el consumo de alcohol, comiendo con regularidad, durmiendo lo suficiente.
- *Planificar de forma preventiva y minimizar los efectos de los desencadenantes anímicos inevitables*, como los episodios

Como ya he señalado anteriormente, el seguimiento del estado de ánimo, junto con la anotación de las situaciones desencadenantes, les brinda a su pareja y a usted la oportunidad de *identificar los factores que precipitan* las fluctuaciones anímicas y *observar las tendencias*, sobre todo si se examinan las anotaciones efectuadas a lo largo de un período de tiempo considerable. Es importante, porque el descubrimiento de los factores desencadenantes puede contribuir a evitarlos, en caso de que sean potencialmente evitables. Aun en caso de que un acontecimiento sea inevitable, su repercusión puede minimizarse si se prevé con tiempo. Por ejemplo, el médico puede adaptar la medicación con anterioridad a una situación que haya resultado difícil para su pareja en el pasado. Además, su pareja puede eliminar *otros* factores estresantes – evitables– en el mismo período de tiempo, disminuyendo así el nivel global de estrés.

¿Su pareja malinterpreta las fluctuaciones anímicas normales, o reacciona exageradamente ante ellas?

John teme sufrir otro episodio maníaco. Me comenta que durante la última semana se ha sentido bastante bien –animado, seguro y productivo–, pero le preocupa que sean malos síntomas. Con semblante preocupado me pregunta: “¿Esto es normal, o me estoy poniendo otra vez maníaco?”. Después de pedirle algunos datos más sobre la situación, le indico que su “bienestar” está dentro de la normalidad. John se queda visiblemente aliviado.

A muchos pacientes que han sufrido episodios anímicos auténticos les asusta la idea de tener recurrencias. Después de sufrir el intenso dolor emocional de un episodio depresivo, las terribles manifestaciones psicóticas, las conductas destructivas o las desgarradoras consecuencias de un episodio maníaco, como es comprensible, están dispuestos a hacer lo que esté en su mano para evitar una recurrencia.

Lamentablemente, algunos enfermos bipolares están excesivamente alerta ante posibles signos problemáticos y confunden las variaciones normales del ánimo con indicios de una crisis. Pero no me malinterprete: es muy importante ser consciente de las primeras manifestaciones de un episodio anímico, con el fin de arrancar de raíz un problema potencial. Ahora bien, también es importante no agobiarse con la enfermedad hasta el punto de confundir las fluctuaciones anímicas diarias, suaves e intrascendentes con un motivo de alarma.

Al concienciar a su pareja de que preste atención a las fluctuaciones anímicas, se puede fomentar la preocupación excesiva. Por ello suelo advertir que, al utilizar la

técnica, el paciente y su pareja procuren *no malinterpretar las variaciones anímicas normales, suaves, o los breves períodos de ánimo suavemente elevado o depresivo, ni reaccionar excesivamente ante ellos*. La malinterpretación y la reacción excesiva pueden producir ansiedad, lo cual a su vez puede desencadenar episodios anímicos, creando una suerte de profecía que se cumple.

¿Y cómo distinguir las variaciones anímicas normales de las fluctuaciones que indican un problema incipiente? Hay varios parámetros que pueden servir de ayuda:

- *¿Cuál es la magnitud del cambio anímico?* Un cambio anímico de -1 o +1 probablemente no es significativo, mientras que un cambio anímico mayor sí puede serlo (a mayor magnitud del cambio anímico, mayor será la causa de preocupación).
- *¿Cuánto tiempo dura?* Un cambio anímico menor que se prolonga durante un breve período (un par de días) suele ser menos preocupante que uno que dura más tiempo (2 semanas o más).
- *¿Se observan los “primeros signos de advertencia”?* Como veremos en los capítulos 8 y 9, si observa uno o dos de los primeros signos de advertencia de depresión o manía característicos de su pareja (además del cambio anímico), hay mayor causa de preocupación (cuanto más alto sea el número de síntomas presentes, mayor será la preocupación).

Desde hace dos días Kenneth se siente algo triste. Cuando le comenta a su mujer su temor de que sea el comienzo de otra depresión, Patrice le responde: “Todo el mundo tiene días así. Eso no significa necesariamente que te estés deprimiendo”. También le indica que no presenta ninguno de los primeros síntomas de la depresión –dificultades para dormir, abandono de las actividades que le gustan, dificultad de concentración–, una prueba más de que lo que siente no es una recurrencia.

Patrice ha tranquilizado a Kenneth señalando que lo que le pasa es normal, y de ese modo ha reducido su temor a que se avecine otro episodio depresivo. Si su pareja tiende a sobrevalorar las fluctuaciones anímicas menores, usted también puede ayudarle a relativizar, al igual que hizo Patrice con su marido.

Anime a su pareja a que duerma lo suficiente

Quisiera recalcar, una vez más, la importancia de que su pareja duerma lo suficiente. Como ya vimos en el capítulo 2, las investigaciones indican que la reducción de las horas

de sueño puede precipitar el desarrollo de un episodio anímico. Además, como síntoma de un episodio maníaco o depresivo, puede incrementar la gravedad y la duración de un problema anímico existente.

Conozco la relevancia del sueño en la enfermedad bipolar no sólo por las investigaciones que se han desarrollado en este ámbito. En mi ejercicio profesional he visto a muchos pacientes que presentaban el mismo cuadro: falta de sueño durante uno o más días, seguida de una elevación o un decaimiento del ánimo. Y he observado que esta relación se da también en mi caso; la falta de sueño me vuelve irritable y susceptible a la hipomanía, de modo que me esfuerzo todo lo posible por dormir lo suficiente y de forma regular.

Convertir el sueño en una prioridad conlleva cierta planificación. Por ejemplo, hago todo lo posible por planificar las actividades sociales nocturnas de los fines de semana a horas que no interfieran con mi horario de sueño. Si no puedo controlar la programación de la actividad –como cuando se trata de ir a una fiesta a casa de otras personas–, suelo retirarme antes de lo que me gustaría (en otras circunstancias). En casos así, mi marido –que es mi animador personal– me motiva para que “haga lo correcto”.

Otro aspecto al que debo prestar atención es el nivel de estimulación que me aportan las actividades nocturnas. Por ejemplo, si decido ir al cine en una sesión que acaba casi a la hora en que habitualmente me acuesto, suelo elegir una película que no suponga un gran desafío intelectual o emocional; escojo, por ejemplo, una comedia o un drama ligero. Mi marido, que es muy aficionado al cine, comprende que hay que reservar las películas “duras” para una hora más temprana del día, para que mi mente tenga el tiempo de recuperación suficiente antes de dormir.

Conciliar el sueño

Su pareja *debe*...

- Tener un *horario de sueño y vigilia regular*.
- Empezar *actividades relajantes* antes de dormir, como darse un baño caliente, escuchar música tranquila, utilizar técnicas de relajación (véase el apartado de Recursos, donde se recogen más fuentes de información sobre estos métodos).
- Propiciar que el entorno del sueño sea *cómodo* (el colchón no demasiado duro ni demasiado blando; la temperatura del dormitorio no demasiado baja ni alta).
- Emplear *remedios naturales*, como la manzanilla o la leche (rica en triptófano, un aminoácido inductor del sueño), o bien, con la aprobación del médico, complementos que contengan propiedades inductoras del sueño, como la flor de la pasión, la valeriana o la melatonina.

Su pareja *no debe*...

- Empezar *actividades estimulantes* justo antes de dormir, como hacer ejercicio, acabar el trabajo que no se ha terminado durante el día, ver una película de miedo o que haga pensar.
- *Cenar mucho* poco tiempo antes de dormir.

- Tomar *productos con cafeína* a última hora del día o durante la noche.
- Dormir *la siesta* durante el día.
- Utilizar el *dormitorio para otras actividades*, como acabar trabajo, ver la televisión.
- Llevar *preocupaciones* al dormitorio (sobre cómo combatir este problema, véase la página 247).
- *Permanecer en la cama durante más de 20 minutos* si no logra conciliar el sueño; es preferible levantarse y emprender alguna actividad tranquila y relajante, como leer.

¿Le parece restrictivo dar prioridad al horario de sueño de su pareja? Es posible. Aunque normalmente usted le brindará su apoyo, es comprensible que le moleste tener que abreviar a veces los planes nocturnos para que su pareja duerma a sus horas. Sin embargo, si lo compara con la alternativa –la inestabilidad anímica–, creo que coincidirá en que es un sacrificio bastante pequeño.

Aun con los mejores planes e intenciones, no es extraño que a los pacientes bipolares les cueste dormir, sobre todo a las horas “normales” para la mayoría de la gente. Muchos pacientes bipolares tienen los ciclos de sueño-vigilia algo invertidos, de manera que alcanzan los mayores niveles de energía por la noche y tienen sueño por la mañana, hacia las 3.00 o las 4.00 de la madrugada, por ejemplo. Además de la medicación inductora del sueño, que se puede prescribir para este problema, ayuda mucho seguir una buena “higiene del sueño” (véase la tabla siguiente).

¿Su pareja no logra conciliar el sueño a causa de la ansiedad?

Algunas personas tienen dificultades para dormir a causa de la ansiedad. En realidad, la ansiedad así es un factor desencadenante, bien documentado, de episodios anímicos, al menos en parte porque impide descansar lo suficiente (ansiedad → reducción del sueño → episodio anímico). Aunque la ansiedad suele provocar estados hipomaniacos y maníacos, también puede desencadenar la depresión. (Debido a la repercusión de este factor, reducir la ansiedad es un elemento central de algunos tratamientos psicosociales del trastorno bipolar, como la terapia cognitiva-conductual; véase el capítulo 4).

La ansiedad tiene tres componentes principales: fisiológico, cognitivo y conductual. El componente fisiológico se refiere a las manifestaciones corporales de la ansiedad, como el incremento del ritmo cardíaco, el incremento de la presión sanguínea, la tensión muscular y el sudor. El componente cognitivo incluye las preocupaciones y los pensamientos catastróficos, del tipo de “¿Y si...?”. El componente conductual incluye ciertos “hábitos nerviosos” (morderse las uñas, enroscarse el pelo, estallarse los nudillos, etc.) y algunas conductas evasivas o elusivas. Cuando el paciente tiene dificultades para dormir, suele deberse a las manifestaciones fisiológicas y/o cognitivas de la ansiedad.

Si su pareja se siente físicamente nerviosa al final del día y no logra relajarse, le

sentarán bien los ejercicios de relajación. Dos de los procedimientos más frecuentes que utilizan los psicólogos con sus pacientes son la *respiración diafragmática* y la *relajación muscular profunda*. La respiración diafragmática se concentra en cambiar las pautas de la respiración, mientras que la relajación muscular profunda consiste en tensar y relajar diversos músculos del cuerpo. (Para obtener información adicional sobre este aspecto, véase el apartado de Recursos).

Si su pareja no logra dormir a causa de las preocupaciones que le rondan en la cabeza, le convendrá *programar la hora para las preocupaciones* en otro momento del día. (Esta técnica también es útil para las personas que no tienen dificultades para dormir, pero se preocupan mucho durante toda la jornada). Básicamente, la técnica consiste en fijar un período de tiempo diario determinado –normalmente de 30 minutos o más–, a una hora establecida, para preocuparse. La preocupación debe tener lugar en un espacio tranquilo, pero no en el dormitorio, y nunca a la hora de dormir. Suele ser útil elegir la última hora de la tarde, después de las pruebas y tribulaciones del día, pero lo suficientemente pronto para que no interfiera con el sueño. Si a su pareja le parece útil, y usted está de acuerdo, puede ayudarlo a aprovechar el tiempo de las preocupaciones, haciendo de caja de resonancia (yo lo hago con mi marido y resulta muy útil).

Algunas personas prefieren anotar las preocupaciones en un papel a la hora de las preocupaciones, porque dicen que les ayuda a “exteriorizar de la mente” los pensamientos. Escribir también puede ser útil para las preocupaciones que giran en torno a los problemas que requieren solución o para las decisiones que hay que tomar.

Los períodos de tiempo reservados para la preocupación aportan a su pareja horas concretas para reflexionar sobre los problemas, de manera que la cama y la hora de dormir ya no tengan que utilizarse para ese fin. Con todo, si los pensamientos inquietantes siguen presentes en la mente de su pareja cuando intenta conciliar el sueño, debe eludir la preocupación diciéndose en silencio que ya lo pensará a la hora de las preocupaciones del día siguiente. Al principio le costará, pero con la práctica esta técnica resulta cada vez más fácil, y con el tiempo y el uso continuado, será casi automática.

Establezca una rutina familiar

Las rutinas y los rituales anclan nuestras vidas, aportándonos estructura y predictibilidad. Los cambios o alteraciones de la rutina –incluidos los que afectan al ciclo de sueño-vigilia, así como a otros rituales diurnos y nocturnos y a los acontecimientos programados regularmente– pueden influir enormemente en el desarrollo de los episodios

anímicos. Como ya vimos en el capítulo 4, la comprensión de esta relación en parte ha constituido el fundamento de la terapia interpersonal y de ritmo social, un tratamiento que puede ayudar a prevenir los episodios bipolares.

A continuación se recogen algunas sugerencias para que su pareja establezca buenas rutinas:

- *Levantarse por la mañana y acostarse por la noche* a horas regulares (véase la tabla de la página 246, donde se aportan algunos consejos para conciliar el sueño, si su pareja tiene dificultades en este aspecto), preferentemente a las mismas horas en días laborables y fines de semana.
- *Iniciar y terminar* el trabajo y otras obligaciones cotidianas (labores de voluntariado, estudios, tareas domésticas, cuidado de los niños) a horas regulares.
- Establecer horas regulares para las *comidas*; por ejemplo, cenar a las 18.30 todos los días.
- Establecer horas para el *contacto social*: llamadas de teléfono, interacciones cara a cara (como cenar con otra pareja todos los sábados por la noche; jugar al bridge todos los jueves por la noche; etc.).
- Programar *otras actividades* a horas regulares (como algunos programas de televisión que ve la familia algunas noches; asistir a la iglesia el domingo por la mañana; una determinada hora diaria para ir al gimnasio o hacer ejercicio en casa).

Comprendo que esta receta puede parecer algo rígida. Pero si lo piensa bien, se aproxima mucho al modo en que viven la mayor parte de los adultos y sus familias. Tener horas regulares para hacer cosas –ir al trabajo (o al colegio), comer, dormir– es la norma más que la excepción, al menos para la población de este país.

Ahora bien, también es importante no establecer un horario tan estricto que no admita ninguna desviación. Por ejemplo, si cenar normalmente a las 18.30 los fines de semana, y usted y su pareja deciden organizar una cena romántica en un restaurante el sábado por la noche, no será un problema que reserven a las 19.30. En cambio, cenar a las 21.30 sí puede resultar problemático, no sólo por el desfase considerable en la hora de la cena, sino también porque puede afectar a la hora en que su pareja se va a la cama, así como a su capacidad de conciliar el sueño (véase la tabla de la página 246).

Acaso sea difícil comprender que un cambio en la rutina sea potencialmente perjudicial

para el estado anímico, sobre todo si se percibe dicho cambio como “positivo”. Por ejemplo, recientemente unos amigos nuestros de fuera del estado vinieron a pasar un fin de semana largo (3 noches, 4 días). Como es comprensible, nuestra rutina normal de fin de semana se vio alterada por la presencia de los invitados (actividades diferentes; horas distintas para las comidas, para dormir, etc.). Pero a ello se añadió otra desviación de la rutina normal, algo que las parejas de los pacientes bipolares no se imaginan que pueda ser un problema, a saber, la cantidad de “estimulación social” que supone estar con un grupo de personas permanentemente. Tal como había previsto, sabiendo lo que sé sobre el trastorno bipolar, todos estos cambios (sobre todo, creo, la frecuencia y la intensidad del contacto social) me provocaron una dificultad significativa para conciliar el sueño. Y la reducción del sueño puede desencadenar un episodio anímico.

Afortunadamente no me puse hipomaníaca, como suele ser mi tendencia tras la falta de sueño, pero debo decir que mi estado anímico durante la semana siguiente a la visita no fue tan estable como de costumbre (algunos días hipertímicos o +1 en la escala anímica, otros días distímicos o -1 en la escala). Quiero dejar claro que esto no se debió a que no estuviese a gusto con mis amigos o a que no disfrutase con su presencia. Lo que ocurre es que las alteraciones significativas de la rutina, como la ocurrida en este caso, conllevan un alto riesgo de desestabilización.

Los cambios en la rutina pueden dificultar las vacaciones a los pacientes bipolares (a lo cual se añade el efecto del jet lag en el reloj biológico). Por ello, cuando me voy de vacaciones, procuro desarrollar “una rutina vacacional”, ciertas cosas que hago a determinadas horas casi todos los días que estoy fuera. Y cuando mi marido y yo elegimos un destino de vacaciones, prestamos atención a la facilidad (o dificultad) de desarrollar una rutina para mí durante el viaje. Por ejemplo, unas vacaciones que requieran pasar cada noche, o cada dos, en un lugar diferente sería mucho más estresante para mí que pasar una semana entera (o más) en una sola localidad. Como resido en el Sur de Florida y estoy muy cerca de los puertos de muchas líneas de cruceros, he descubierto que esta forma de viajar es una opción excelente para mis vacaciones, porque me permite establecer rutinas en el barco, al tiempo que me lleva a diversos lugares, sin tener que cambiar de habitación de hotel.

El cambio de domicilio es otro acontecimiento que, además de ser estresante, introduce un cambio en la rutina. Y este efecto no sólo se debe a la mudanza en sí, sino también al cambio de lugar de trabajo.

Hace muchos años un paciente mío, Jorge, decidió trasladar su despacho jurídico a una calle más céntrica de la ciudad, con el fin de ampliar su negocio. Tanto su psiquiatra

como yo le advertimos del efecto potencialmente desestabilizador que podía tener la mudanza en su estado de ánimo. A pesar de nuestras reservas, optó por seguir adelante con su plan.

Por supuesto, todos sabíamos que Jorge acabaría adaptándose a su nuevo espacio y a los cambios de rutina derivados de la mudanza. Y así fue, afortunadamente sin sufrir ningún episodio anímico completo. No obstante, durante un tiempo tuvo síntomas que indicaban que podía estar poniéndose hipomaniaco: dormía cinco horas en lugar de las ocho habituales, tenía más energía que de costumbre y era más productivo. Por ello su psiquiatra introdujo un cambio menor en su medicación durante un par de meses y yo incrementé la frecuencia de las sesiones de terapia (sólo por seguridad), mientras él se habituaba a la nueva situación.

A veces el cambio es inevitable. Otras veces, como en el caso de Jorge, uno decide cambiar por los beneficios que prevé en dicho cambio. Sin embargo, para los pacientes bipolares, el cambio –sobre todo el que afecta a la rutina– puede conducir a la inestabilidad anímica. Usted y su pareja deben tenerlo en cuenta cuando tomen conjuntamente decisiones vitales.

Apoye a su pareja en la abstinencia del alcohol

Violet se medicó el trastorno bipolar II con alcohol durante varios años. Presionada por su pareja para que “hiciera algo” con el fin de solventar su problema alcohólico, pidió cita conmigo. Tras varios meses de terapia, Violet llegó a comprender la relación entre la bebida y el trastorno anímico. Tal como ella decía: “Era muy fácil saber cuándo estaba hipomaniaca: bastaba con contar el número de botellas de vodka vacías en el cubo del reciclaje”.

Según vimos en el capítulo 2, el consumo abusivo de sustancias, sobre todo de alcohol, es muy frecuente entre las personas que padecen un trastorno bipolar. Este fenómeno se manifiesta en algún momento de la evolución de la enfermedad al menos en el 60% de los pacientes diagnosticados. Debido a esta preponderancia, la bebida puede ser una gran fuente de conflicto en las parejas (véase el diálogo entre Ellen y Hayden presentado al comienzo de este capítulo).

Los pacientes bipolares suelen recurrir al alcohol para automedicarse tanto en los episodios maníacos como en los depresivos, aunque las investigaciones indican que el abuso del alcohol es más frecuente en los estados maníacos o mixtos. Esta sustancia puede producir inicialmente una sensación eufórica o elevada, pero es importante saber

que el alcohol suele ser un *depresor* del sistema nervioso central, de modo que, cuando remite la subida anímica inicial, puede sumir en la desesperación a una persona deprimida. Además, dado que el alcohol desinhibe y afecta al juicio, la bebida puede incrementar la conducta impulsiva y arriesgada que se da a menudo en los episodios maníacos, hipomaníacos y mixtos. La cantidad de alcohol que consumen los pacientes bipolares puede ser un buen barómetro del punto en que se encuentran con respecto a la enfermedad, como sucedía en el caso de Violet.

Aunque hay algunas diferencias de opinión con respecto a si los pacientes bipolares estabilizados pueden consumir ocasionalmente pequeñas cantidades de alcohol, no cabe duda de que no pueden probarlo los que se encuentran en episodios anímicos. ***Los pacientes bipolares que están en episodios anímicos, ya sean maníacos o depresivos, no deben ingerir bebidas alcohólicas bajo ningún concepto.*** Como señalé en el capítulo 2, los estudios han demostrado que el alcohol agrava y prolonga los episodios anímicos existentes (posiblemente, al menos en parte, porque compromete la eficacia de los tratamientos farmacológicos) e incrementa drásticamente el riesgo de suicidio.

Incluso en el caso de los individuos que padecen formas más suaves de trastorno bipolar y se encuentran estabilizados, los médicos aconsejan cautela en lo que respecta al consumo de alcohol, y muchos sugieren que la mejor estrategia es la abstinencia absoluta. Mi opinión sobre el tema es mixta. Como la mayor parte de los profesionales especializados en este ámbito, con los años he visto empeorar a muchos pacientes a causa del alcohol. En cambio, también conozco a muchos individuos que tienen la enfermedad bipolar bajo control y son capaces de tomar ocasionalmente alguna bebida alcohólica sin sufrir consecuencias adversas.

En mi caso, como quería esforzarme todo lo posible para gozar de una buena salud anímica, después de aceptar el diagnóstico bipolar dejé de beber durante una década. Aunque la abstinencia del alcohol era un sacrificio, la consideraba necesaria (como la mayoría de los profesionales) para alcanzar la estabilidad anímica. Sin embargo, en los últimos años he permitido la reintroducción del alcohol en mi vida de un modo limitado – bebiendo de forma ocasional y moderada– y no he tenido consecuencias negativas.

Mi propia experiencia pone de relieve las dos áreas que se deben valorar en relación con el consumo de alcohol:

- ¿Su pareja bebe de forma controlada, sólo en determinadas circunstancias limitadas, como los encuentros sociales, por ejemplo, y sólo cantidades “normales” o moderadas?

- ¿Se ven negativamente afectados el ánimo y la conducta de su pareja a causa del alcohol?

Es evidente que quienes abusan de la bebida, se emborrachan o necesitan el alcohol de manera regular no beben de forma controlada y, por lo tanto, no deben beber. De hecho, una persona que bebe de estas maneras puede necesitar ayuda para dejarlo (véase la tabla de la página 257). Por lo que se refiere a los efectos del alcohol en su pareja, el seguimiento de los estados anímicos y del consumo de alcohol puede aportar respuestas a la segunda pregunta.

Ian reiteraba que el alcohol no repercutía en su trastorno bipolar. Llegó a decirme que, si acaso, el alcohol mejoraba su estado de ánimo, principalmente cuando estaba hipomaniaco. Sostenía que una cantidad moderada de alcohol disminuía la sensación de aceleramiento que tenía cuando el ánimo estaba muy elevado, además de ayudarlo a estar menos disperso y a concentrarse mejor. Sin embargo, cuando empezó a observar la evolución anímica durante un par de meses junto con la ingesta de alcohol, se puso de manifiesto que la bebida tenía un efecto negativo, no positivo, en su estado: de manera sistemática, cuando bebía alcohol, al día siguiente se deprimía.

Si su pareja es reacia a observar los efectos de la bebida mediante un seguimiento, existen altas probabilidades de que el alcohol esté influyendo mucho en su vida y/o causando problemas. Seguramente tendrá que comentar sus observaciones sobre este tema con su pareja para que ella llegue a afrontar la verdad.

¿Qué puede hacer para ayudar a su pareja a que deje el alcohol? Puede introducir numerosos cambios en el estilo de vida de ambos para que su pareja se mantenga sobria. Siga leyendo.

Retire el alcohol de su hogar

El primer paso para lograr la abstinencia (además de que exista el compromiso de dejar el alcohol) es retirar las bebidas alcohólicas de casa. Al igual que otros hábitos y conductas adictivas que cuesta corregir (dejar de fumar, adelgazar, etc.), a su pareja le resultará mucho más fácil abstenerse si no tiene la tentación delante.

Obviamente, si el alcohol ya no está presente en casa, usted también limitará la bebida. Si por su parte no tiene ningún problema con la bebida y le gusta tomarse un cóctel o una copa de vino con la cena, esta medida le resultará restrictiva. Pero verá que el sacrificio vale la pena en lo que respecta a su pareja, al menos a corto plazo, hasta que tenga la sobriedad bajo control. De hecho, si usted está dispuesto a abstenerse completamente de

beber –dentro y fuera de casa– junto con su pareja (de nuevo, al menos hasta que su pareja afiance la costumbre de vivir sin alcohol), será de gran ayuda para ella.

Eviten los lugares y las personas asociados con la bebida

A su pareja también le resultará más difícil abstenerse del alcohol si está rodeada de personas que mantienen esa conducta. Puede llegar a ser algo peliagudo si el alcohol forma parte de la vida social. Dejar de ir a bares y discotecas, al menos inicialmente (hasta que ser abstemio se convierta en algo totalmente natural), ayudará a su pareja. Ambos descubrirán que algunas de las parejas con las que salían no son compatibles con la nueva vida sin alcohol. Si es posible, le aconsejo que sugiera formas de entretenimiento y actividades que no pasen por la bebida, como ir al cine, salir de compras o jugar a algún deporte. Si a sus amigos no les interesa participar en actividades que no incluyan alcohol, y usted y su pareja han decidido llevar una vida sin alcohol, tal vez deban plantearse la posibilidad de que esas personas no sean la compañía adecuada para el tiempo libre. (No pretendo restar importancia a esta situación. Sin embargo, es algo que muchas parejas tienen que afrontar si quieren llevar una vida sin alcohol).

Si su pareja tiene problemas con el alcohol

Las personas que padecen un trastorno bipolar, y a la vez tienen dependencia o abusan del alcohol, se caracterizan como pacientes con “diagnóstico dual”. Los expertos coinciden en que los enfermos con diagnóstico dual deben abstenerse totalmente de la sustancia a la que son adictos. Si su pareja tiene problemas con el alcohol, puede elegir diversos métodos eficaces para alcanzar este objetivo.

Una vía es un programa de 12 pasos como **Alcohólicos Anónimos (AA)**. AA es un grupo de autoayuda que promueve la abstinencia. El único criterio para ingresar en el grupo es el deseo de dejar de beber. Además de asistir a las reuniones, los miembros reciben la asignación de “espónsores” (individuos que han logrado ser abstemios durante un período de tiempo determinado) con los que mantienen un contacto frecuente. Muchas reuniones de AA se caracterizan por ser “abiertas” (a diferencia de las “cerradas”), es decir, permiten la asistencia de personas cercanas al individuo alcohólico, como la pareja.

Si su pareja no quiere tratar este problema en un grupo, existe otra posibilidad: puede someterse a una **terapia individual** con un profesional que siga un modelo de 12 pasos. También puede hacer las dos cosas; muchos de mis pacientes de diagnóstico dual asisten a reuniones de AA, además de tener sesiones individuales conmigo. Asimismo se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual (véase el capítulo 4), administrada individualmente o en formato de grupo, resulta útil para lograr la abstinencia.

Si su pareja ha desarrollado una dependencia del alcohol o ha dejado de beber, pero tiene frecuentes antojos o recaídas, la opción de AA o la terapia pueden no ser suficientes. La FDA ha aprobado varios medicamentos para tratar específicamente la dependencia del alcohol. No son adictivos y pueden administrarse al paciente en régimen ambulatorio.

Si su pareja ha fracasado varias veces en el intento de lograr la abstinencia, tal vez sea necesario seguir un programa más intensivo y restrictivo. La mayor parte de los **programas de internamiento** duran uno o dos meses, o incluso más. Muchos incluyen un componente de terapia de familia como parte necesaria del proceso de tratamiento. ***Si su pareja necesita un programa de internamiento, escoja uno dirigido a pacientes con diagnóstico dual.*** El médico le recomendará algún centro que sea adecuado para su pareja.

Entre en un grupo de autoayuda

Si su pareja tiene dificultades para dejar de beber, otra manera de prestarle ayuda consiste en asistir juntos a las reuniones abiertas de Alcohólicos Anónimos (AA) (véase la tabla de la página 257). No obstante, si por algún motivo su pareja ha decidido participar

en una reunión cerrada de AA como grupo regular, y por lo tanto usted no puede asistir, también puede apoyarla –y posiblemente adquirir útiles conocimientos sobre la conducta suya y de su pareja– asistiendo a un grupo Al-Anon. Al-Anon se diseñó expresamente para los familiares y otras personas cercanas a los enfermos alcohólicos. Como beneficio añadido, tanto AA como Al-Anon ofrecen oportunidades para interactuar y potencialmente entablar amistad con individuos comprometidos con un estilo de vida abstemio.

*Consumo abusivo de sustancias:
consecuencias negativas
importantes y recurrentes
del consumo reiterado de la
sustancia; no cumple el
criterio de la dependencia de la
sustancia.*

*Dependencia de la sustancia:
el consumo repetido de la
sustancia da lugar al desarrollo
de tolerancia, retraimiento y
conducta compulsiva de
consumo/búsqueda de la droga.*

En mi ejercicio profesional he observado que muchos pacientes bipolares, además de consumir alcohol, recurren a las drogas ilegales o abusan de los fármacos para automedicarse y “gestionar” los estados de ánimo. Por ejemplo, algunos individuos intentan reducir el aceleramiento y la ansiedad de los estados maníacos o mixtos con marihuana, o bien, alternativamente, consumen estimulantes como la cocaína y las anfetaminas durante la manía o la hipomanía para alcanzar un estado “aún más elevado”. Las personas que se encuentran en episodios depresivos también abusan a veces de los estimulantes (ilegales o farmacológicos; véase la tabla de la página 259), debido a sus propiedades de elevación del ánimo. Los métodos utilizados para tratar los trastornos alcohólicos (véase la tabla de las páginas 257) se han adaptado para tratar también problemas relacionados con el consumo abusivo de drogas ilegales o fármacos.

Estimulantes farmacológicos, cafeína y trastorno bipolar

Debido a que el trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) puede confundirse con el trastorno bipolar, sobre todo en niños y adolescentes, no es extraño encontrar un historial de prescripciones de estimulantes (Ritalin, Adderall) a pacientes diagnosticados como bipolares. Los estimulantes pueden estar justificados en algunas depresiones bipolares resistentes al tratamiento, o en los diagnósticos duales de TDAH y trastorno bipolar, pero en los demás casos muchos médicos evitan la prescripción de

estimulantes por su elevado potencial adictivo y por su capacidad de desencadenar o exacerbar la manía y la hipomanía.

Lamentablemente, muchos pacientes tratados con estimulantes con anterioridad al diagnóstico bipolar se habitúan al impulso inducido por estos fármacos, y, cuando se suspende el tratamiento, recurren al consumo excesivo de cafeína para intentar emular la sensación. Incluso los pacientes que no han tomado estimulantes pueden intentar combatir con grandes cantidades de cafeína la sedación provocada por muchos medicamentos bipolares. Aunque la cafeína probablemente es menos radical que la medicación estimulante en sus efectos sobre el estado anímico, plantean algunas dudas los efectos de las llamadas “bebidas energéticas” –bebidas que contienen cantidades extraordinariamente elevadas de cafeína– que se han popularizado en los últimos años.

Ayude a su pareja a afrontar y resolver los conflictos

Las investigaciones han demostrado que el conflicto interpersonal, sobre todo con la pareja o con otros familiares cercanos, incrementa la probabilidad de recurrencia de los episodios bipolares.

Aborden los problemas conjuntamente

El conflicto no resuelto incrementa el estrés, y el estrés, como ya he señalado anteriormente, puede desencadenar un episodio anímico (véase la tabla de la página 262 para obtener más información sobre los conflictos no resueltos entre su pareja y otras personas). Por ello es muy importante que su pareja y usted desarrollen estrategias eficaces para afrontar y resolver los problemas de relación conjuntamente. He aquí algunos consejos en esta materia:

- Reservar tiempo periódicamente para hablar, los dos solos, sin distracciones.
- Comunicar claramente las preocupaciones.
- Intentar mantener la calma: no recurrir a gritos, chillidos, groserías o “golpes bajos”.
- No adoptar un tono acusatorio. Utilizar el “yo” más que el “tú” en las declaraciones.
- Centrar la conversación en los temas actuales; no sacar a colación circunstancias del pasado, salvo en caso de que sean directamente relevantes para la situación actual.
- Reconocer que la resolución de problemas suele requerir el compromiso de cada una de las partes implicadas (véase la página 262 para más información sobre la resolución de problemas).

Conozca los “temas sensibles” de su pareja

Anteriormente, en este mismo capítulo, he aludido a la identificación de las situaciones susceptibles de desencadenar fluctuaciones anímicas. También hay “conversaciones desencadenantes”, es decir, temas de conversación que tienden a provocar cambios

anímicos en su pareja. No me refiero a las conversaciones centradas en la resolución de problemas de relación o de otro tipo, como en el apartado anterior. Éstos son temas concretos que suelen suscitar una reacción negativa en su pareja.

Los temas sensibles para su pareja pueden ser cosas comprensiblemente difíciles de abordar (como un acontecimiento traumático), o bien, en cambio, cosas que a usted le parezcan insignificantes o nimias (como el corte de pelo de su pareja), y aun así provoquen una gran reacción en ella. Utilice el espacio presentado a continuación para enumerar cinco de los temas “desencadenantes” de fluctuaciones anímicas en su pareja:

Los temas sensibles de mi pareja

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Es importante saber qué temas concretos pueden hacer saltar a su pareja, con el fin de evitar esas áreas sensibles (salvo en el caso de que sea una situación urgente que requiera atención inmediata). Aun así, debo recalcar que no conviene que saque estos temas por su cuenta. Espere a que sea su pareja quien decida tratar el asunto; es probable que elija un momento en que esté en condiciones de abordarlo.

Uno de mis temas sensibles guarda relación con las nuevas tecnologías. A diferencia de mucha gente, no me gusta tener el último modelo de teléfono móvil o de ordenador portátil. En realidad, no es sólo que no desee tener esas cosas; la mera idea de cambiar mis aparatos actuales por otros nuevos me genera ansiedad. (Creo que guarda relación con el hecho de que me siento “tecnológicamente desafiada”, pero es posible que me equivoque). Si mi marido saca el tema –“Cariño, ¿no va siendo hora de que cambies de _____ y te compres uno nuevo?”–, no suelo reaccionar de forma agradable. Y si sigue insistiendo en este punto, lo más probable es que acabemos discutiendo. Así que mi marido ha aprendido a esperar a que sea yo quien saque el tema (cosa que he hecho recientemente, por cierto, pues ha llegado el momento de cambiar de ordenador).

Cuando su pareja saque a colación un tema difícil, no presuponga que las cosas van a ser sencillas a partir de ese punto. Si observa que la conversación y el ánimo de su pareja van por mal camino –su pareja se altera o llora, por ejemplo–, mi consejo es que diga algo como “¿Por qué no lo hablamos más tarde?” y luego cambie de tema para calmar la situación. Si su pareja insiste en continuar discutiendo el tema en ese estado hiperemotivo (“¡No, quiero hablarlo ahora!”), mantenga la calma, guarde silencio y límitese a escuchar. No reaccione. En ese punto su pareja probablemente quiere provocar una discusión; no

caiga en su trampa.

¿Su pareja tiene algún conflicto no resuelto?

- ¿Su pareja ya no se comunica con alguien con quien mantuvo una estrecha relación, debido a algún conflicto con dicha persona?
 - ¿Su pareja se pone tensa o nerviosa cuando interactúa con una determinada persona con la que tiene vínculos fuertes? ¿Intenta evitar el contacto con esa persona?
 - ¿Su pareja le comenta que tiene sueños recurrentes e inquietantes sobre alguien que ha desempeñado un papel importante en su vida?
 - ¿Su pareja le ha hablado de alguna relación pasada que no haya llegado a superar?
 - ¿Su pareja ha perdido a algún ser querido, pero no ha pasado por el proceso de duelo?
-

Conflictos que surgen de errores de percepción

Los pacientes bipolares tienden a personalizar y a ofenderse fácilmente por los actos ajenos. Así como otras personas pasan por alto un comentario o una situación y pueden olvidarlo fácilmente, los individuos con trastorno bipolar concentran toda su atención en la presunta ofensa –casi se dejan absorber por ella– y luego reaccionan excesivamente ante el error de percepción. Ésa es la situación en que se vio inmersa Christine.

Christine: Me parece increíble que mi hermana no nos invitase a su fiesta. ¡Menuda ofensa! Después de eso no puedo ni mirarle a la cara.

Bill: Dijo que la fiesta sólo era para los amigos, no para la familia.

Christine: Me da igual. Tenemos una relación muy estrecha. Tendría que haberme invitado.

Bill: Pero tampoco invitó a tu otra hermana Ann.

Christine: Bueno, un error no se arregla con otro. Me sorprende que a Ann no le haya molestado también.

Bill: Eso es porque Ann entiende que hay ocasiones para estar con la familia, y que esa fiesta no era para eso.

Christine: Ann no está tan unida a Mandy como yo.

Bill: Es cierto. Pero se aplica el mismo principio. ¿Qué te parecería que Mandy hubiera invitado a una hermana a la fiesta, pero no a la otra?

Christine: Podía habernos invitado a las dos.

Bill: ¿Y si os hubiese invitado a las dos a la fiesta, pero no a tus padres? ¿Qué te parecería?

Christine: No muy bien, supongo.

Bill: Pues ya ves que esto no tiene nada que ver contigo. Tiene que ver con que Mandy quería que fuese un pequeño encuentro con sus amigos, y no le apetecía que

asistiera también toda la familia.

Bill siguió una buena estrategia para mostrar a Christine que la conducta de su hermana no era una ofensa personal. ¿Pero qué pasaría si Christine no se hubiese quedado convencida después de las explicaciones de Bill?

Christine: Me siento muy dolida.

Bill: No creo que tu hermana quisiera hacerte daño.

Christine: Qué más da que quisiera o no. Si me siento dolida, me siento dolida.

Bill: Creo que, si supiera lo mucho que iba a afectarte, habría gestionado la situación de otra manera. Podría habértelo comentado antes.

Christine: Bueno, ahora ya da igual. Es demasiado tarde.

Bill: ¿Por qué no le dices cómo te sientes?

Christine: ¿Y eso de qué serviría?

Bill: Os ayudaría a las dos a superar esto.

Christine: No sé.

Bill: No se pierde nada por probar.

Christine: Bueno, a lo mejor me lo pienso.

Bill: No te lo pienses; hazlo.

Christine: Vale, vale, supongo que tienes razón.

Bill logró convencer a Christine de que comentase con su hermana sus sentimientos por no haberla invitado a la fiesta. La capacidad de comunicar los sentimientos –tanto positivos como negativos (en caso necesario)– es un factor muy importante para mantener relaciones sanas.

Como he expuesto en este capítulo, hay muchas cosas (además de ser constante con la medicación) que puede hacer su pareja, a menudo con su ayuda, para ser proactiva y prevenir la recurrencia de los episodios anímicos. No obstante, si descubre que el péndulo empieza a oscilar a pesar de estos esfuerzos, lea los dos capítulos siguientes, que ofrecen muchas sugerencias concretas para usted y su pareja.

ESTRATEGIAS PARA TRATAR CONJUNTAMENTE LOS MOMENTOS DE ÁNIMO ELEVADO

Son las 3.00 de la madrugada y Martha lleva cuatro horas enfrascada en el ordenador; buscando artículos en eBay. Su marido, Peter; conoce los signos de hipomanía de Martha, y esta vez los tiene todos: duerme menos, tiene mucha más energía que de costumbre y está obsesionada con hacer compras por Internet. Si no toman medidas cuanto antes, Peter sabe que su mujer empeorará enseguida.

Peter: *Son las tres de la mañana, y tú sigues aquí comprando.*

Martha: *No estoy cansada.*

Peter: *Pero ya sabes lo importante que es que duermas lo suficiente.*

Martha: *Últimamente no necesito dormir tanto.*

Peter: *Exacto. Y ya sabes lo que eso significa. Significa que estás empezando a acelerarte otra vez.*

Martha: *Pues bueno, a mí me gusta “acelerarme”, como dices tú. Me lo paso bien.*

Peter: *Cuando te lo pasas bien, siempre acabamos con problemas. La última vez que te pusiste maniaca te gastaste 20.000 dólares con la tarjeta de crédito, y tardamos dos años en saldar la deuda.*

Martha: *Esta vez no dejaré que se me vaya de las manos.*

Peter: *La única manera de prevenir que no se te vaya de las manos es tomar las medidas necesarias para evitar que el estado de ánimo se eleve todavía más. Entre otras cosas, tendrás que irte a la cama a la hora habitual y dejar de comprar. Debes volver a la rutina normal.*

Martha: *Vale, me iré a la cama a la hora normal, pero no pienso renunciar totalmente a las compras.*

Peter: *Bueno, pues entonces tendremos que pasar al Plan B, el plan que acordamos para estas situaciones. Nada de tarjetas de crédito, ni cheques ni tarjeta de débito. Y ya sabes que eso no te hará mucha gracia.*

Martha: *¡Qué controlador estás!*

Peter: *Me preocupa tu salud y nuestro futuro.*

Martha: *Vale, está bien. Tú ganas. Espero que estés contento. Otra persona acaba de*

pujar más que yo por una cosa que quería comprar.

La manía puede tener un efecto devastador en la vida de la gente. Los episodios maníacos no afectan sólo a los individuos que los sufren, sino también a las personas del entorno más próximo: ante todo, la pareja y los hijos, si los hay, pero también los amigos, los parientes, los compañeros de trabajo y los jefes; cualquier persona que desempeñe un papel importante en la vida de su pareja.

La conducta maníaca puede infiltrarse y causar estragos en múltiples ámbitos: las relaciones, el trabajo, las finanzas, la espiritualidad y la salud física, por mencionar sólo unos pocos. Y, además, tal repercusión perdura mucho tiempo después de que concluya el episodio. El divorcio, el desempleo, la quiebra, el encarcelamiento, la enfermedad y en algunos casos la muerte son algunas de las consecuencias trágicas, por desgracia bastante comunes, de estos episodios.

Como ya ha visto en los primeros capítulos de este libro, la naturaleza de la enfermedad bipolar es recurrente. De modo que, incluso a pesar de las mejores medidas preventivas, el estado de ánimo de su pareja puede elevarse significativamente y convertirse en una causa de preocupación. Por ello debe leer este capítulo aunque usted y su pareja estén tomando todas las precauciones a su alcance para evitar la recurrencia de la manía. Debe estar preparado para lo peor, sobre todo a la luz de las consecuencias potencialmente catastróficas que pueden provocar los episodios maníacos.

La hipomanía y la manía surgen muy frecuentemente cuando el paciente no toma la medicación estabilizadora tal como se prescribe (véase el capítulo 6), pero también pueden desencadenarse por circunstancias del entorno o por factores físicos/biológicos, tal como he explicado en capítulos anteriores, factores que en algunos casos son controlables, pero en otros casos, no. Algo tan aparentemente inocuo como un cambio en la rutina diaria o un período de mucho trabajo en el ámbito laboral pueden desencadenar episodios en algunos individuos. Con el tiempo, la “química” de algunos pacientes cambia de tal modo que altera la eficacia de la medicación, y de pronto irrumpen los episodios anímicos. Hasta el cambio de la hora para ahorrar luz diurna o la alternancia de las estaciones pueden provocar, en ocasiones, un cambio anímico hacia la manía.

Además de hacer todos los esfuerzos preventivos descritos en el capítulo 7, el mejor modo de prevenir los ataques inesperados de manía consiste en ***identificar los episodios potenciales desde una fase muy temprana***. Con esta identificación inicial se abre la posibilidad de intervenir desde muy pronto, lo que puede impedir que llegue a desarrollarse por completo el episodio maníaco, el tipo de problema que puede traer las

consecuencias devastadoras antes mencionadas. Así pues, este capítulo se centra primero en cómo detectar los primeros signos de hipomanía/manía en su pareja, y qué hacer cuando se identifican. A continuación, en caso de que usted y su pareja no puedan evitar el desarrollo del episodio maníaco, este capítulo presenta un plan para que usted contribuya a que su pareja lo sobrelleve de la mejor manera, sin dejar de atender a sus propias necesidades físicas y emocionales.

¿Cómo puedo saber cuándo empieza a estar maníaca mi pareja?

Los episodios maníacos e hipomaníacos no suelen aparecer de forma totalmente inesperada. Suele haber signos de advertencia que indican su proximidad. Los signos concretos varían ligeramente entre los individuos, pero tienden a ser bastante constantes en los diversos episodios de una determinada persona. Por ejemplo, sé que mi estado anímico está en alza cuando necesito dormir menos para sentirme descansada (normalmente se reduce en unas dos horas de sueño diarias), tengo más energía durante el día, estoy más jovial que de costumbre, y más sensible a la percepción de mi entorno; por ejemplo, los colores parecen más brillantes y las luces brillantes me parecen más intensas.

Sé que me suceden estas cosas probablemente, al menos en parte, porque soy psicóloga. Al ser observadora de la conducta humana –incluida la mía propia–, tengo más capacidad para distanciarme de mí y analizar mis pensamientos, sentimientos y conductas de manera bastante objetiva, con el fin de saber en qué punto me encuentro con respecto al estado anímico. Y al ser consciente de mis propios signos idiosincrásicos de hipomanía, puedo tomar las medidas necesarias para intervenir antes de que las cosas se me vayan de las manos.

Sin embargo, no todo el mundo desarrolla fácilmente esta capacidad. Mis pacientes bipolares, por ejemplo, suelen tener dificultades para distanciarse de sí mismos y observar su conducta de modo objetivo. Como no son siempre conscientes de cuándo se avecina un nuevo episodio anímico, en la terapia intentamos reforzar sus capacidades de autoobservación. Pero también considero útil que las parejas de mis pacientes sepan identificar los signos de una oscilación anímica inminente. Usted puede aportar información muy valiosa a su pareja y/o, en caso necesario, al médico, con el fin de emprender acciones rápidas que potencialmente arranquen de raíz el episodio en ciernes.

¿Se acuerda de Sam, el hombre al que describí al comienzo del capítulo 6, que cortaba las pastillas por la mitad? En palabras de su mujer, Sam estaba “inquieto, polemista y

ligeramente “paranoide””, síntomas que ella reconocía como los primeros signos de la manía. Cuando le pedí que me explicase un poco mejor sus observaciones, me dijo: “Se enfada fácilmente por cualquier tontería y parece que quiere provocar discusiones conmigo todo el tiempo”. A continuación añadió: “Está muy suspicaz sobre las motivaciones de otras personas, no se fía de lo que dicen o hacen, aunque sea gente a la que conoce desde hace mucho tiempo”. Cuando le pregunté si había observado algún otro signo preocupante, me dijo que Sam se despertaba más temprano que de costumbre, entre una y dos horas antes.

Los primeros signos maníacos en Sam

- Se enfada fácilmente.
- Provoca discusiones.
- Está suspicaz.
- Duerme menos.

El marido de Marilee, Tom, observó varios cambios preocupantes en la conducta de su mujer. Me dijo: “Bebe vino en la cena casi todas las noche”, en lugar de limitarlo a una o dos veces por semana, como era su costumbre habitual. También me comentó que Marilee gastaba dinero a espuestas, no en cosas muy grandes, pero lo suficiente para hacer mella en el presupuesto familiar. Hablaba más rápido y gastaba muchas bromas, dos conductas que para Tom eran un indicio claro de que el ánimo se elevaba. Cuando le pregunté si había advertido algún otro cambio, me dijo que Marilee se quedaba trabajando hasta más tarde que de costumbre, en proyectos como álbumes de recortes o la limpieza de los armarios.

Los primeros signos maníacos en Marilee

- Incremento del consumo de alcohol.
- Incremento de las compras.
- Habla acelerada.
- Conducta bromista.
- Retraso en la hora de acostarse.
- Incremento de la productividad.

Observe los puntos enumerados en la lista de la página siguiente. Aunque cada individuo presenta sus propios signos de advertencia de una incipiente crisis (como Sam

y Marilee), he intentado generalizar todo lo posible para que usted pueda encontrar los que se aplican a su pareja. También he dejado espacio al final de la lista para añadir otros signos que haya observado.

Sobre todo si su pareja ha participado en una terapia cognitivo-conductual u otra forma de terapia que enseñe al paciente a reconocer sus primeros signos de advertencia, debe participar en el proceso de identificación. Pueden cumplimentar el formulario entre los dos, o puede hacerlo cada uno independientemente y luego comparar los resultados, para ver si coinciden. Si su pareja no ha seguido ninguna terapia que incida en esa identificación, debe animarla a que reflexione sobre los últimos episodios anímicos para encontrar los signos de advertencia.

Primeros signos de manía

Rodee con un círculo todos los elementos que sean aplicables a su pareja. Recuerde que, para que un elemento sea un signo de advertencia, debe representar un cambio en la conducta habitual de su pareja durante los períodos de ánimo normal.

Se irrita o enfada con facilidad.	Está muy energético.
Parece buscar la discusión o la riña (verbal).	Hace más ejercicio que de costumbre.
Está muy ansioso, tenso o nervioso.	Está más sexual.
Está muy animado.	Está absorto en proyectos (trabajo o aficiones).
Está más seguro de sí mismo.	Conduce más rápido o de forma más agresiva.
Alardea de sí mismo.	Está muy creativo.
Está más autoritario.	Parece que se le acelera el pensamiento.
Tiene ganas de viajar.	Se distrae con facilidad.
Gasta más dinero.	Está más optimista.
Consume más alcohol.	Está más hablador o habla más rápido.
Consume más cafeína.	Tiene la sensación de que los demás caminan (hablan, conducen, etc.) más despacio de lo que deberían.
Tiene grandes planes: quiere emprender un nuevo negocio, trasladarse a otro estado, etc.	Está suspicaz o “paranoide”.
Está más sociable o gregario.	Ve “significados ocultos” en cosas que los demás no advierten.
Gasta muchas bromas.	Está más religioso.
Canta o tararea en voz alta.	Cuestiona el significado de la vida o se obsesiona con otras preocupaciones existenciales/ filosóficas.
Camina dando saltos o más rápido que de costumbre.	
Duerme menos	

Otras conductas: _____

Fuente: Cynthia G. Last, *Cuando un ser querido es bipolar*. Copyright 2009 de Cynthia G. Last.

Si su pareja ha tenido muy pocos episodios maníacos o hipomaníacos, puede ser difícil localizar los síntomas concretos que se dan al comienzo de una oscilación anímica. Con

toda probabilidad, usted no habrá detectado el problema hasta que estaba inmerso en él. Y para entonces, habrá tenido que centrarse más en afrontar la situación de crisis que en recordar los indicadores iniciales del cambio anímico. En cambio ahora, retrospectivamente, puede revisar los episodios de su pareja y ver si detecta alguna tendencia de cambios similares en la fase inicial de cada episodio.

He utilizado en plural la palabra *cambios* de forma deliberada. Una conducta individual puede no indicar que su pareja está hipomaniaca o maniaca, pero si observa un *conjunto* de síntomas, es más probable que se trate de los primeros signos de advertencia de un episodio. Por ejemplo, estar más sexual, comprar más o decir tonterías no son elementos que, por sí solos, supongan un motivo de preocupación, pero *conjuntamente* indican una oscilación anímica.

Ahora que ha revisado la lista y ha determinado qué signos son aplicables a su pareja, tómese unos minutos para anotarlos en el formulario reproducido más abajo.

¿Qué debo hacer si observo los primeros signos de advertencia?

Ahora que ya conoce los primeros signos de advertencia de la manía, ¿qué acciones debe emprender? En primer lugar, comente con su pareja lo que haya observado. Esto no siempre resulta fácil, por supuesto. Debe hacerse de forma delicada para que su pareja no se ponga a la defensiva o se enfade y decida pasar por alto lo que usted diga. Tenga en cuenta también que a muchos pacientes les gustan los estados hipomaniacos o maniacos, de modo que su pareja puede empeñarse en “fingir” que no tiene ningún problema (una forma de negación).

Cuando Tom sacó el tema ante Marilee, ella discrepó de lo que decía su marido. Y cuando Isabel intentó comentar con Sam sus preocupaciones, él respondió con brusquedad. ¿Es posible tratar el tema de alguna manera que surta más efecto?

Algo que no se debe decir en ningún caso es: “Creo que te estás poniendo maniaco [o hipomaniaco] otra vez”. Un comentario así, en la cara, puede no parecer ofensivo. Sin embargo, le garantizo que su pareja se enfadará o eludirá sus palabras. Es mejor abordar la situación con más tacto, señalando las cosas concretas que haya observado. Veamos como trató el asunto Tom con Marilee:

Tom: Últimamente he observado algunos cambios que me preocupan un poco.

Marilee: ¿Como qué?

Tom: Como que bebes y haces más compras que de costumbre, no hasta el punto de perder el control, pero me preocupa que pueda volver a ser un problema.

Marilee: Tom, estás haciendo un mundo de algo que no tiene importancia. Sólo me he acostumbrado a beber vino con la cena, como hace mucha gente. Y en cuanto a las compras, ya sabes que he adelgazado recientemente. Necesito ropa nueva.

Tom: ¿Y qué me dices del hecho de que estés riendo todo el rato? Ya sabes lo que significa.

Marilee: Porque soy una persona feliz, mira tú. Disfruto de la vida. Me gusta el vino, me gusta ir de compras, me gusta reír y pasarlo bien.

Tom: Me gusta que seas feliz. Pero no quiero que te pongas demasiado contenta y acabes como la primavera pasada. ¿Te acuerdas de lo mal que estuviste? ¿Y te acuerdas de que el mes anterior empezaste a comportarte igual que ahora?

Los primeros signos maníacos de mi pareja
--

Mencione al menos tres cambios que se den conjuntamente (en el mismo período de tiempo) al comienzo de los episodios maníacos o hipomaníacos de su pareja.

Signo de advertencia n.º 1:

Signo de advertencia n.º 2:

Signo de advertencia n.º 3:

Signo de advertencia n.º 4:

Signo de advertencia n.º 5:

Fuente: Cynthia G. Last, Cuando un ser querido es bipolar. Copyright 2009 de Cynthia G. Last.

Marilee: No, no me acuerdo. No entiendo lo que quieres decir.

Tom: Lo que quiero decir es que tenemos que prestar atención a estos cambios pequeños, antes de que se conviertan en un problema grande.

Marilee: Te preocupas demasiado. Pero si te quedas más tranquilo, hablaré con el médico.

Cómo hablar con su pareja durante el período de los primeros signos de advertencia

Lo que no debe hacer:

- *No responda a la irritabilidad.* Eluda los comentarios (no los personalice ni reaccione ante ellos) que surjan de la tensión de su

pareja (aunque vayan dirigidos a usted), como quejas, críticas o comentarios sarcásticos.

- *No saque temas delicados.* Evite los temas y las preguntas que planteen asuntos típicamente difíciles de tratar (incluso en un estado anímico normal); si los saca ahora, podría desasosegar a su pareja todavía más.
- *No discuta, aunque tenga razón.* Enzarzar a su pareja en un debate acalorado incrementará su emotividad y agravará los síntomas. Además, usted no ganará; es mucho más probable que triunfe con la lógica (véase el apartado “Lo que sí debe hacer...”, más abajo).
- *No hable en exceso.* Demasiada conversación puede hiperestimular a su pareja. En la medida de lo posible, intente que el tiempo en que estén juntos sea relativamente tranquilo y relajante.

Lo que sí debe hacer:

- *Hable despacio y con tranquilidad.* Elevar la voz o hablar muy rápido (aunque sea a causa de las sensaciones positivas que tiene) es probable que incremente la excitabilidad de su pareja y empeore los síntomas.
- *Utilice la lógica.* La mayor parte de los pacientes puede ser racional en las primeras fases de un episodio y responder positivamente a sus intentos de razonar. Por ejemplo, si su pareja tiene el impulso perentorio de gastar mucho dinero en algo, usted puede señalar que siempre es útil sopesar las compras grandes durante un tiempo (“¿Por qué no lo consultas con la almohada?”) antes de dar el paso.
- *Conceda a su pareja espacio para respirar.* En esta fase de un episodio, su pareja no está tan enferma como para necesitar compañía constante. Deje que su pareja pase algún tiempo en soledad (siempre que no sea para fines destructivos, más que constructivos).
- *Resolver juntos los problemas.* Las cosas que normalmente su pareja puede gestionar sola con facilidad pueden resultar abrumadoras en las primeras fases de la manía. Ayúdele a delinear claramente los problemas, generar soluciones viables, elegir e implementar una estrategia factible (véase el capítulo 7 para más información sobre la resolución de los problemas).

Como ve en este ejemplo, la insistencia de Tom surtió efecto. Aunque Marilee aparentemente quería quitar hierro a las preocupaciones de su marido (“Si te quedas más tranquilo...”), el resultado final fue el que pretendía alcanzar Tom.

No todo el mundo reacciona así. Es posible que deba repetir varias veces una conversación como la de Tom y Marilee hasta transmitir por fin el mensaje. Tal vez tenga que mencionar el acuerdo que los dos deben hacer exactamente para este fin. El contrato conductual descrito posteriormente en este capítulo especifica los signos de advertencia de la manía y la hipomanía y lo que deben hacer en caso de que se presenten.

Sin embargo, a veces, por mucho que lo intente, sus esfuerzos por ayudar se encontrarán con la resistencia y la negación. En un caso así, deberá ponerse en contacto con el médico (por teléfono, por carta, por correo electrónico o por fax, o bien acompañando a su pareja a la consulta) para advertirle lo que está pasando. Aunque su pareja se enfade con usted por “inmiscuirse”, posteriormente le agradecerá que haya tomado las medidas necesarias para evitar el avance de la enfermedad.

El plan de intervención temprana

Al identificar un estado hipomaniaco suave en las primeras fases, su pareja y usted

pueden tomar medidas para impedir la escalada del ánimo hacia un estado plenamente maniaco. Esto es lo que se conoce como “intervención temprana”.

Las siguientes medidas son las que me parecen más útiles para evitar el agravamiento de un estado suavemente hipomaniaco. La mayor parte de estas estrategias han resultado efectivas en las investigaciones desarrolladas.

1. *Establecer los medios necesarios para que su pareja duerma lo suficiente.* Como ya vimos en el capítulo anterior, la reducción de las horas de sueño, un síntoma común de la hipomanía, puede agravar un episodio anímico. Si su pareja intenta dormir pero no puede, anímela a que siga los consejos de higiene del sueño descritos en el capítulo 7 y/o, en caso necesario, a que comente con el médico la posibilidad de que le prescriba una medicación para dormir. Pero si su pareja *no quiere* irse a la cama, usted tendrá que echar mano de todos los recursos a su alcance, porque es absolutamente imperioso que la convenza de que reanude su horario de sueño regular. Una estrategia útil consiste en atribuirse a sí mismo el problema, diciendo algo como: “Necesito dormir mucho ahora por mi horario de trabajo, y me cuesta dormir si estás despierta y activa; ¿por qué no te vienes conmigo a la cama para que los dos durmamos bien toda la noche?”. O bien puede recurrir a una táctica de negociación, como: “Si haces esto, entonces yo haré _____”. Por último, siempre puede mencionar el contrato conductual (véase la página 299), el contrato escrito en el que su pareja declara que debe hacer del sueño una prioridad en una situación como ésta.

2. *Anime a su pareja a evitar la exposición prolongada al sol.* La exposición prolongada a la luz blanca brillante es un tratamiento para la depresión y, como sucede con muchos tratamientos antidepresivos, puede precipitar el desarrollo de la manía. Sugiera a su pareja que evite actividades que supongan una *excesiva* exposición solar cuando tenga los primeros signos de advertencia. Por ejemplo, en vez de pasar el día en la playa o tomando el sol en la piscina, cosa que conlleva muchas horas en el exterior, propóngale la posibilidad de dar un paseo en bicicleta durante una hora o jugar al tenis. O mejor aún, practicar ciclismo o tenis en interiores, mediante una bicicleta estática o una pista de tenis cubierta.

3. *Respete la rutina normal de la familia.* Como ya vimos en el capítulo 7, los cambios de rutina pueden desestabilizar aún más el ánimo de su pareja. Ahí es donde usted puede influir de manera significativa. Cuando vea los primeros signos de advertencia de manía, pregúntese inmediatamente si se ha alterado la rutina familiar. ¿Se han vuelto más irregulares las horas de las comidas? ¿Se han introducido cambios en la organización del día? En ese caso, haga todo lo posible por recuperar la rutina habitual.

En las cosas que hagan juntos, su pareja puede tener un pequeño margen de elección, pero debe seguir las decisiones que tome usted. Si usted es el cocinero de la familia, respete estrictamente los horarios de las comidas. Si no es usted quien cocina, traiga a casa comida preparada a la hora establecida para que su pareja bipolar no tenga el control sobre la hora de comer. Incluso en las partes de la rutina diaria que normalmente no lo implican a usted, puede contribuir a restaurar la estabilidad. Si ha cambiado el modo de transporte de su pareja para desplazarse al trabajo, busque alguna manera de que no tarde más tiempo que antes o no le cause más estrés. Si ha cambiado el horario de trenes de forma desfavorable, ¿hay alguna posibilidad de compartir coche privado? ¿Podrían ir los dos en el mismo coche y turnarse para llevar al otro al trabajo? Intente mantener todo lo posible el horario normal, sobre todo cuando su pareja muestre los primeros signos de advertencia.

4. *Evite la estimulación excesiva.* El incremento de cualquier tipo de estimulación – social, sexual, intelectual– conlleva la posibilidad de que el ánimo se eleve. Éste no es el momento adecuado para organizar una fiesta o animar a su pareja a que empiece una nueva aventura empresarial. Indudablemente, usted conoce a su pareja lo suficiente para encontrar maneras sutiles de disuadirla de eventuales ideas que puedan ser hiperestimulantes. Siempre que sea posible, evite rechazar las ideas de su pareja de manera tajante; intente aducir como pretexto sus actuales limitaciones. Puede decir que tiene mucho trabajo para organizar una fiesta y que preferiría posponer el plan durante un tiempo. Tal vez podría mostrar interés por un proyecto propuesto por su pareja, pero sugiriendo una serie de medidas previas, como la reflexión, cosa que puede impedir inversiones precipitadas de tiempo, energía o dinero.

5. *Incrementa la actividad física.* A su pareja le conviene incrementar el ejercicio y otras formas de actividad física durante este período, para reducir el nivel global de ansiedad y/o consumir parte del exceso de energía. Para ello puede proponerle la posibilidad de dar juntos un paseo largo después de cenar o levantarse temprano para jugar un partido de tenis. ¿Qué le parecería a su pareja si se ofreciera a acercarla en coche al gimnasio, tal vez de camino hacia otro lugar?

6. *Reduzca al mínimo el estrés.* Plántese la posibilidad de “cargar con más peso” mientras su pareja presenta los primeros signos de advertencia. ¿Es una carga excesiva? También tiene que pensar en usted (véase el capítulo 10). Puede valer la pena contar con alguna ayuda para ocasiones como éstas, si es posible. Además, procure evitar el conflicto con su pareja durante este tiempo (cosa que puede resultar difícil, puesto que los estados de ánimo suavemente elevados pueden incluir también irritabilidad; véase la

tabla de la página 273). Los métodos antiestrés, como las técnicas de relajación, el yoga y la meditación, también pueden resultar útiles (véase el apartado de Recursos).

7. *Convenza a su pareja de que posponga las decisiones vitales importantes.* Dado que la hipomanía puede alterar el juicio, su pareja no debe tomar decisiones importantes hasta que su estado de ánimo haya recuperado la normalidad. Véanse algunas sugerencias en el punto 4, más arriba, sobre cómo conseguirlo. Aquí también tendrá que ser creativamente sutil para animar a su pareja a que posponga las decisiones importantes.

8. *Si puede identificar una situación desencadenante, tome medidas para eliminarla o mitigar su repercusión.* Por ejemplo, si su pareja ha estado trabajando en horas extra, anímela a reducir la carga de trabajo (si es posible) de inmediato. Si se relaciona el inicio de una nueva medicación con el ánimo elevado, comuníquese al médico para que introduzca los cambios oportunos.

9. *Mantenga un estrecho contacto con su pareja.* Mediante comprobaciones regulares puede mantenerse al corriente de las eventuales fluctuaciones anímicas de su pareja. Por ejemplo, pueden acordar hablar por teléfono a mediodía para que le cuente cómo le va. Sin embargo, no interprete esta sugerencia como que debe mantener un contacto *constante* con su pareja; la presión excesiva puede resultar molesta e incrementar el nivel de inquietud. También es un modo de lanzar el mensaje de que, en su opinión, su pareja no va a estar bien, lo que incrementará el nivel de ansiedad sobre su estado e inadvertidamente agravarlo.

10. *Asegúrese de que el resto del equipo de tratamiento esté al corriente de la situación actual.* Averigüe a través de su pareja cuándo están programadas las siguientes citas de terapia y medicación; si no son en el futuro cercano, proponga a su pareja que las adelante. Planteele también la posibilidad de incrementar la frecuencia de las sesiones de medicación/terapia durante un tiempo.

¿Y si los síntomas evolucionan demasiado rápido para el plan de intervención temprana?

A veces se pasa de los síntomas de advertencia a la manía plena en un período de tiempo muy breve, de apenas unas horas o un par de días. En una situación así, no dispondrá de tiempo para comunicar a su pareja sus observaciones ni para poner en marcha entre ambos un plan de intervención temprana. Además, si su pareja se pone gravemente maníaca y no comprende la peligrosidad de su estado, es improbable que

llegue muy lejos hablando con ella (de hecho, es posible que esto empeore las cosas y agrave la situación). Lo que sí debe hacer es ***contactar de inmediato con el psiquiatra de su pareja*** para que determine las medidas que se han de tomar.

Si el médico considera que la situación es una auténtica emergencia médica, puede indicarle que ingrese a su pareja en un hospital inmediatamente (véase la tabla de la página 284 para obtener más información sobre esto). Sin embargo, con toda probabilidad, el médico querrá ver a su pareja lo antes posible, con el fin de evaluar los cambios que debe introducir en la medicación. Alternativamente, el médico puede llamar a una farmacia para que le vendan un determinado medicamento—incluso antes del encuentro cara a cara con su pareja—, de forma que pueda empezar a tomarlo de inmediato.

He aquí algunos de los cambios que puede introducir el médico de su pareja:

- Añadir un medicamento nuevo (o varios) al tratamiento actual.
- Sustituir la medicación actual por un nuevo fármaco.
- Incrementar la dosis (o las dosis) de la medicación actual.

Algunos medicamentos utilizados para estabilizar a los pacientes maníacos surten efecto muy rápidamente, mientras que otros tardan días o semanas en actuar. Por lo tanto, el médico de su pareja puede prescribir dos (o más) fármacos, uno para suprimir de inmediato la conducta maníaca, pero para utilizarlo sólo a corto plazo, y el otro para mantenerlo a más largo plazo, porque tarda más tiempo en hacer efecto. (En el capítulo 4 encontrará información más detallada sobre los fármacos típicamente utilizados en la gestión de la manía aguda).

Hospitales psiquiátricos: qué se debe tener en cuenta

- ¿El médico de mi pareja está adscrito al hospital? Si no lo está, ¿por qué recomienda este hospital concreto?
- ¿El hospital acepta mi seguro? ¿Qué costes puedo tener?
- ¿Puedo conocer las instalaciones antes de que mi pareja ingrese en el hospital?
- Si mi pareja tiene un diagnóstico dual (véase el capítulo 7), ¿el hospital ofrece un tratamiento simultáneo para el abuso de alcohol/sustancias?
- ¿Qué experiencia tiene el hospital en el tratamiento del trastorno bipolar?
- Si el hospital no está en nuestra zona de residencia, ¿cómo trasladaré a mi pareja al centro en caso de que deba ingresar en él?

Si la manía se agrava, y los médicos consideran que existe el riesgo inminente de que su pareja se autolesione o inflija daños a otras personas, puede ser necesaria una estancia breve en el hospital. ***Elija un hospital antes de que lo necesite***, para no tener que

organizar la logística cuando se presente la crisis. El médico de su pareja puede estar adscrito a uno o más hospitales psiquiátricos de la zona; pídale que le indique cuál es el mejor centro en caso de que se requiera la hospitalización. *Procure tener a mano el nombre, la dirección y el número de teléfono del hospital*, así como saber dónde está situado (y cómo llegar allí).

¿Cómo puedo salvaguardar a mi pareja y mi familia durante un episodio maníaco?

Como vimos en el capítulo 1, una característica de la hipomanía y la manía es la implicación en situaciones arriesgadas, con consecuencias negativas muy probables, a menudo dolorosas. Los pacientes que se encuentran en un estado anímico elevado suelen actuar de forma impulsiva e insensata, de un modo que les acaba afectando adversamente, tanto a ellos mismos como a sus seres queridos. Las circunstancias que tienden a asociarse con la conducta de alto riesgo guardan relación con el sexo, la conducción, el consumo (abusivo) de sustancias, o bien, si aparecen rasgos psicóticos, la conducta que ocurre en respuesta a los delirios y alucinaciones.

Cuando su pareja se plantee hacer algo arriesgado o peligroso, lo primero que debe intentar usted es analizar las consecuencias negativas potenciales y señalar mejores alternativas. Si su pareja tiene trastorno bipolar II (y, por lo tanto, experimenta un episodio hipomaniaco) o está sólo suavemente maníaca (véase la escala del capítulo 7, página 236), esto puede surtir efecto. Pero si su pareja está más gravemente enferma o esta estrategia no funciona, puede convencerla de que evite las situaciones potencialmente problemáticas ejerciendo la cantidad de presión adecuada. La palabra clave aquí es *adecuada*: procure no presionar demasiado, para que su pareja no acabe rebelándose y actuando de modos aún más peligrosos. (Véase el ejemplo de la conducción descrito en la página 286, sobre cómo proceder en este caso).

Sin embargo, otras veces, por mucho que usted quiera evitarlo, su pareja estará decidida a hacer algo que puede causar graves problemas más adelante, tanto a ella como probablemente a usted. Es entonces cuando se requiere tomar medidas más extremas, como las que comentaremos en las páginas siguientes. (Si tienen un contrato conductual, muchas de estas medidas de seguridad se incluirán en él).

Dinero

El gasto excesivo –compras incontroladas, juego, inversión en aventuras arriesgadas– es una conducta maníaca que puede provocar graves problemas a los individuos

bipolares y a sus familias.

¿Qué puede hacer usted para proteger a su pareja y protegerse? Lo primero es tener una lista de entidades financieras y números de cuenta de los bancos, tarjetas de crédito, etc. Luego debe restringir el acceso de su pareja al dinero y a los bienes de valor mediante las siguientes acciones:

- Pídale a su pareja que renuncie a todas las *tarjetas de crédito* o limite su uso a una sola tarjeta que tenga un escaso límite de gasto (muy por debajo de sus posibilidades económicas).
- Pídale a su pareja que entregue las *tarjetas de débito* y los *talones bancarios*.
- Plántese la posibilidad de solicitar el pago de la nómina de su pareja *por transferencia*, en lugar de los cheques. De este modo no podrá ir al banco y cobrarlo en efectivo.
- Establecer *cuentas de ahorro*, *cuentas de inversión*, etc., que requieran las firmas de ambos para retirar dinero. Dicho de otro modo, cambiar los requisitos de firma de “o” a “y”.
- Dar a su pareja *dinero para gastos corrientes* (pequeñas cantidades en efectivo) periódicamente, como 25 dólares cada uno o dos días, en lugar de cantidades de dinero mayores con menor frecuencia.
- No deje que su pareja tenga acceso libre a las *cajas de seguridad*, las *cajas fuertes* o cualquier otro depósito de objetos de valor.
- Vigile el uso de Internet y otras formas de *compra desde casa*. Aunque le haya retirado las tarjetas de crédito, su pareja puede haber guardado la información de la tarjeta de crédito asociada a su cuenta (por ejemplo, si tiene una cuenta PayPal en eBay).

Conducción

La manía puede llevar a conducir de forma peligrosa, a gran velocidad y de forma muy agresiva, sin respetar la distancia de seguridad y cambiando constantemente de carril. El “furor al volante” es común, al igual que conducir bajo los efectos del alcohol.

Si su pareja ha empezado a conducir de forma arriesgada para ella o para los demás, debe abordar sinceramente el problema con ella y proponer una solución protectora para su pareja (así como para las demás personas a las que pueda causar daños con su imprudencia). Con frecuencia la solución pasa por conducir usted; es decir, sólo hasta que su pareja recupere la normalidad anímica. Ésa es la situación que se encontró Karen

con su marido, Tyler.

Karen: Estoy muy preocupada por cómo conduces últimamente.

Tyler: ¿Qué quieres decir? Conduzco fenomenal. Nunca he conducido mejor.

Karen: Vas mucho más rápido del límite de velocidad y te saltas los semáforos.

Tyler: Es que los demás van muy despacio. Me gusta llegar pronto a donde quiero ir, no ir como un pasmarote, igual que esos vejestorios.

Karen: ¿Pero y si te multan? Ya corres el riesgo de que te retiren el carné.

Tyler: No me van a multar.

Karen: Eso es lo que dijiste las otras veces, y sólo te falta una multa para no poder conducir.

Tyler: ¿Y a mí que me importa? Si no puedo conducir, no conduciré.

Karen: Pero piénsalo bien; piénsalo bien, por favor. Imagínate lo que sería tener que depender de otra persona cada vez que necesites o quieras ir a algún lado. Si tuvieras la movilidad así de limitada, creo que no estarías a gusto.

Tyler: Me jodería bastante.

Karen: Pues por eso. ¿Por qué no evitas que pase? Déjame conducir a mí durante un tiempo, hasta que no tengas tantas ganas de correr.

Al señalar las consecuencias negativas potenciales de su acción, Karen logró que su marido le entregase las llaves del coche. ¿Pero qué habría pasado si Tyler no hubiera reaccionado así? ¿Y si se hubiera negado? ¿Qué habría podido hacer Karen en ese caso? Como verá, Karen responde sacando los argumentos más contundentes, mostrando a Tyler lo catastrófica que podría llegar a ser su conducta, no sólo para él sino para toda la familia.

Tyler: No pienso darte las llaves del coche. ¡Ni hablar!

Karen: Pues yo no pienso subirme a este coche si conduces así de rápido.

Tyler: Estupendo. Pues te dejaré en casa, y ya irás en tu coche si quieres. No necesito que me acoses todo el rato.

Karen: Yo no te acoso; intento salvarte la vida. Si quieres empeñarte en arriesgar tu vida, adelante, pero yo no pienso arriesgar la mía. ¿Quieres que nuestros hijos se críen sin nosotros? ¿Eso es lo que quieres para ellos?

Tyler: De acuerdo, ya basta. No hace falta que sigas. Vale, conduce tú.

Si Karen no hubiera conseguido que Tyler cediese las llaves, ni siquiera después de esta conversación, habría tenido que recurrir a quitárselas físicamente, mientras durmiese o estuviese entretenido en otra actividad, y posteriormente tendría que explicarle lo que

había hecho y por qué.

Si usted se ve obligado a quitarle las llaves a su pareja, lo esperable es que se enfade con usted por “controlar” su conducta (si no es así, tiene usted suerte), a lo cual puede responder: “Lo hago porque te quiero y me preocupa tu seguridad”. Si han establecido un contrato conductual como el descrito en la página 299, puede recurrir al contrato y mostrar a su pareja su firma, indicando que accede a entregar las llaves cuando se presenten los primeros signos de un episodio maníaco.

Alcohol

Como ya he explicado en capítulos anteriores, es muy común que los pacientes bipolares abusen del alcohol cuando se hallan en episodios anímicos, sobre todo durante los períodos maníacos/hipomaníacos/mixtos. Se trata de una conducta muy problemática porque tiene consecuencias graves, como el incremento de la duración y la gravedad de los episodios anímicos (posiblemente, al menos en parte, porque el alcohol interfiere con la eficacia de la medicación bipolar), y el incremento del riesgo de suicidio. Por si no bastasen esos elementos disuasorios, la embriaguez alcohólica puede incrementar la impulsividad y perturbar el juicio, lo que significa que su pareja tiene mayor probabilidad de emprender conductas arriesgadas en ese estado.

¿Cómo puede contribuir usted a que su pareja se abstenga de consumir alcohol? Además de las sugerencias presentadas en el capítulo 7, la mayor probabilidad de éxito radica en procurar que su pareja se medique adecuadamente durante el episodio anímico actual. ***La reducción de los síntomas maníacos debería disminuir también el impulso de beber***, lo cual facilita que su pareja no ingiera alcohol.

¿Cómo puede saber si su pareja se medica *adecuadamente*? En este momento deben tener ya un médico de confianza que prescriba la medicación de su pareja (si no es así, en el capítulo 4 encontrarán consejos sobre cómo elegir al médico adecuado). Informar al médico de la situación actual lo antes posible (en cuanto observe síntomas de manía) es esencial para que el psiquiatra pueda introducir los cambios oportunos en la medicación de su pareja.

El segundo elemento fundamental para saber si su pareja se medica adecuadamente es observar si su pareja sigue las órdenes del médico al pie de la letra. Lamentablemente, su pareja puede negarse a hacerlo o puede ocultarles a usted y al médico que incumple la medicación, porque se siente a gusto en la manía.

Si ha descubierto o sospecha que su pareja le miente en lo que respecta al cumplimiento de la medicación, pídale que la tome delante de usted. Dígale que quiere

hacerlo así para estar tranquilo, argumento mucho más suave que aducir algo como: “Porque no confío en ti”. Si esto no funciona y su pareja sigue negándose a cumplir el régimen de mediación, el médico puede tomar la decisión de administrarle el medicamento por vía intramuscular (mediante una inyección) u hospitalizarla, en caso necesario, para protegerla mientras se empeña en incumplir las prescripciones médicas.

Infidelidad

No es extraño que los pacientes tengan un mayor impulso sexual durante los episodios maníacos. Esto por sí solo no representa una causa de preocupación. El problema es que durante la manía el incremento de la libido no viene solo, sino que se da asociado a un mayor grado de sociabilidad, insensatez e impulsividad, factores que conjuntamente pueden propiciar una conducta sexual con consecuencias mucho más negativas.

El daño más evidente de la infidelidad es el efecto que causa en la relación estable, aspecto que comentaré en el capítulo 10. Pero hay otros efectos adversos potenciales, incluido el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual o de quedar embarazada, si la impulsividad induce a su pareja a tener relaciones sexuales sin protección. La manía perturba el juicio de su pareja; los pacientes en los episodios maníacos pueden elegir parejas sexuales peligrosas o inadecuadas, compartir intimidades con un jefe, un cuñado o cuñada, o con alguien a quien conocen a través de un chat de Internet, un servicio de “contactos” o “señoritas de compañía”, o un local nocturno.

No pretendo asustarle al citar estos ejemplos. No todos los pacientes maníacos se vuelven hipersexuales. Y aquellos en los que se incrementa la libido no siempre inician relaciones extraconyugales; para mucha gente prevalecen los valores básicos a pesar de los efectos de la manía. Y no todas las relaciones extraconyugales tienen consecuencias catastróficas.

Aun así, creo preferible evitar las potenciales secuelas de la infidelidad. En este punto, como en las demás conductas arriesgadas asociadas a la manía, el mejor modo de evitar que su pareja haga algo que pueda lamentar es cerciorarse de que se ajuste la medicación cuando surjan los primeros signos de problema anímico. Cuanto antes se estabilice el estado anímico, menos probables serán las decisiones insensatas.

La otra cosa que le aconsejo es incrementar las comprobaciones del estado de su pareja (véase el punto 9 del “Plan de intervención temprana” descrito en la página 278). Al comprobar su estado con mayor frecuencia podrá atajar un problema antes de que llegue al “punto de peligro”. Por supuesto, si su pareja está gravemente maníaca y ha tenido que quitarle las llaves del coche, tendrá menos probabilidades de meterse en

problemas, debido a la logística que esto requiere. (Ahora bien, no se cree una falsa sensación de seguridad. Que su pareja no tenga acceso a las llaves del coche no significa que no pueda encontrar otros modos de salirse con la suya).

El cuidado de los hijos

Sería un error no mencionar los efectos negativos potenciales de la manía en sus hijos. Por el lado positivo, aunque su pareja esté enferma, existe otra figura parental –usted– para atender las necesidades físicas y emocionales de sus hijos. El hecho de que sea usted no siempre es una buena noticia cuando se ve obligado a dedicar una atención adicional a su pareja, además de asumir por los dos las responsabilidades parentales. Pero tal vez le tranquilice saber que, a fin de cuentas, usted sigue estando ahí para atender a los hijos.

Por desgracia, si su pareja está muy enferma, puede ser incapaz de ocuparse de los hijos. Aunque se encuentre físicamente presente, puede estar emocionalmente “apartada” de los hijos, preocupada por otras cosas. También es posible que no esté en condiciones de dedicarse a los aspectos activos del cuidado de los hijos, como prepararles la comida, cerciorarse de que lleven ropa limpia o llevarlos al colegio.

¿Y qué efectos emocionales comporta para los hijos el hecho de tener un padre o una madre bipolar? A sus hijos puede asustarles la conducta rara y posiblemente estrambótica de la madre o el padre. Probablemente tendrán un sentimiento de pérdida, porque su pareja no es capaz de ocuparse de ellos como antes. También puede avergonzarles que otras personas –como sus amigos– observen la conducta inusual o inapropiada de su pareja. Tal vez lamenten que les haya tocado precisamente a ellos tener una madre o un padre enfermo. (En el capítulo 10 veremos cómo hablar con sus hijos sobre la enfermedad de su pareja y cómo solicitar ayuda profesional para ellos, si fuera necesaria; véase también el apartado de Recursos, donde se cita un libro dirigido a los hijos de un padre o madre bipolar, *The Bipolar Bear Family*).

Si su pareja está gravemente enferma, debe tener en cuenta la posibilidad de que su conducta extremadamente insensata, la acusada impulsividad o los delirios o alucinaciones pongan en peligro a sus hijos. Si éste es el caso, ***sus hijos o su pareja deben apartarse del hogar***. En un ejemplo extremo, si los médicos consideran que su pareja representa una amenaza clara e inminente para otra persona –como sus hijos–, puede ser hospitalizada de forma involuntaria. Si la amenaza no es clara e inminente, pero usted cree que existe una posibilidad de peligro, tome las medidas necesarias para que los niños estén en otro lugar, como en casa de un familiar, hasta que su pareja se

estabilice.

Tendencias suicidas

Es sabido que existe un riesgo de suicidio durante la depresión bipolar, pero mucha gente no sabe que se incrementa la incidencia del suicidio en los individuos con episodios de manía psicótica o mixtos (donde se dan simultáneamente los síntomas maníacos y depresivos).

Sólo un psiquiatra o un psicólogo con la formación adecuada puede evaluar el riesgo de suicidio de su pareja, y abordaré más en detalle la valoración de la tendencia suicida y las medidas de prevención en el capítulo 9. Por ahora me limitaré a señalar que ***debe interpretarse como legítima y seria toda verbalización acerca del suicidio***. No presuponga que su pareja pretende manipularle o que la conducta sólo es una “petición de ayuda”. Usted no está en condiciones de juzgar la intención de su pareja. Sólo puede hacerlo un clínico formado. Si su pareja expresa el deseo de morir, procure que el médico evalúe de inmediato el riesgo de suicidio. Si el médico considera que su pareja se encuentra en un riesgo inminente, es necesario hospitalizarla involuntariamente durante un determinado período de tiempo, con el fin de evaluar más a fondo la situación y proteger a su pareja de eventuales daños.

“Ojalá me muera”.

“Más valdría que yo no estuviera aquí”.

“Quiero morir”.

“Me voy a matar”.

Psicosis

Su pareja puede ponerse en peligro inadvertidamente, a causa de las acciones que emprende en relación con posibles delirios o alucinaciones. Como comenté en el capítulo 4, las medicaciones antipsicóticas suelen utilizarse para tratar la psicosis maníaca. Sin embargo, es posible que a veces su pareja tenga creencias delirantes o sufra alucinaciones auditivas, visuales, táctiles u olfativas.

Cómo hablar con su pareja si está maníaca

Lo que no debe hacer:

- *No intente razonar.* La manía es por naturaleza una afección irracional.
- *No oponga resistencia ni acorrale* a su pareja. Procure calmar la situación, en lugar de incrementar las tensiones.
- *No culpe a su pareja* de su estado actual. Aunque esté maníaca por algo que hizo o que no hizo, la actitud acusadora no contribuye a solventar la situación.
- *No amenace* (“Si no haces esto, verás”). Esto puede inducir a su pareja a comportarse justo de la manera que intenta evitar.
- *No caiga en la trampa.* No responda a los intentos de su pareja de discutir o debatir. Las declaraciones que empiezan como

“Tú nunca...” o “Tú no...” suelen caer en saco roto.

Lo que sí debe hacer:

- *Escuche y repita* lo que oiga decir a su pareja. Por ejemplo, diga: “Comprendo que te sientas _____” o “Dices que _____”.
- Hable de manera *tranquila y acompasada*.
- *Pregunte* qué puede hacer para ayudarlo; no lo “diga” usted. Por ejemplo, si su pareja le comenta que está enfadada o algún otro sentimiento, usted puede decir: “Comprendo que estés enfadada. ¿Qué puedo hacer para que no te sientas así?”.
- Recurra a la *persuasión suave*. Por ejemplo, “Sé que has reducido recientemente la medicación (por tu cuenta y riesgo). ¿No te parece que sería conveniente que volvieras a tomar la dosis normal?”.

Delirios

Los delirios son creencias falsas e inquebrantables, a partir de las cuales el paciente actúa. Los delirios maníacos suelen ser grandiosos o paranoides. Los delirios grandiosos pueden consistir en que su pareja crea que es un personaje muy importante del presente o del pasado (un actor famoso; un personaje histórico de gran relevancia) o que tiene algún poder o capacidad especial (puede volar o leer la mente), y por lo tanto actúe en consecuencia. Los delirios paranoides suelen ser de naturaleza persecutoria. Su pareja puede creer que la gente habla de ella, o la observa, o la sigue, o que se desarrolla algún tipo de actividad conspiratoria contra ella, o que está en peligro.

Ante todo debo decir que ***no se puede razonar con una persona que sufre un delirio***. Por naturaleza, los delirios no responden a la lógica; aunque no sean ciertos, las personas que los tienen creen firmemente en ellos; se fijan o “consolidan” en la mente. Por tanto, debe saber que no podrá “hablar” abiertamente con su pareja acerca de los delirios.

Tampoco debe apoyar las ideas falsas que albergue su pareja. Si se muestra de acuerdo en que alguien, por ejemplo, conspira contra su pareja, agravará la situación, en lugar de atenuarla. ¿Qué debe hacer entonces?

Un delirio es...

Una creencia errónea y fija, a partir de la cual su pareja actúa.

Los temas de los delirios suelen ser...

Grandiosos o persecutorios (paranoides).

- *Escuche bien*. Oiga lo que tenga que decir su pareja sin criticar, juzgar o señalar faltas de lógica.
- *Reconozca que su pareja tiene ideas inquietantes*. Por ejemplo, puede decirle:

“Sé que crees que _____ te sigue” o “Comprendo que pienses que estás bajo vigilancia”.

- *Intente tranquilizarla.* De forma tranquila pero firme, comunique a su pareja que cuenta con su apoyo (sin validar su percepción distorsionada) diciendo alguna generalidad como: “Haremos lo que sea necesario para que estés a salvo”, “Sabes que estoy aquí para apoyarte”, “Pase lo que pase, lo afrontaremos”.

Alucinaciones

Durante las alucinaciones, la persona ve (alucinaciones visuales), oye (alucinaciones auditivas), siente (alucinaciones táctiles) o huele (alucinaciones olfativas) algo que, en realidad, no existe. Como sucede en los delirios, el contenido de las alucinaciones suele ser grandioso o persecutorio, aunque a veces sólo es extraño.

Raoul–alucinación visual (persecutoria):

“Al levantar la cabeza, vi a esos monstruos enormes, como de dos metros y medio de estatura y un aspecto grotesco. Perseguían y mataban a la gente por la calle. Había sangre por todas partes. Corrí lo más rápido que pude para esconderme de ellos. Corrí tan rápido que me caí al hormigón de la calle y me hice un corte en la cabeza. Pero no tenía tiempo para ocuparme de la herida. Tenía que seguir corriendo”.

Jean–alucinación táctil (extraña):

“Sentía los gusanos que salían por todos los poros de mi cuerpo. Son difíciles de ver, pero si te acercas, los ves. Fui a urgencias para que el médico los viera con el microscopio, creyendo que me daría algo para liberarme de ellos. Creía que eran los gusanos lo que me ponía enfermo, no el trastorno bipolar”.

Betsy–alucinación auditiva (persecutoria):

“Era la voz de un hombre al que no conocía. Me decía que me matase, que subiese al tejado y me tirase. La voz decía que yo era mala y merecía morir. Pero yo sabía que el malo era él, no yo. Luché todo lo posible por no subir al tejado. Fue una de las cosas más difíciles que he hecho en mi vida”.

Una alucinación es...

*Una experiencia perceptiva sin
un estímulo identificable.*

Las alucinaciones pueden ser...

Auditivas: oír voces que no existen.

Visuales: ver una imagen que

no existe.

Táctiles: sentir algo que no existe.

Olfativas: oler algo que no existe.

Jared–alucinación visual (grandiosa):

“Me miré en el espejo y vi a Dios. Quiero decir que el reflejo que me miraba era el de Jesús. Pensé: ‘Soy Dios. Puedo hacer cualquier cosa. Soy todopoderoso’. Al saber quién era sentí una gran emoción. Todo empezaba a cobrar sentido. No estaba ‘loca’; tenía un destino que cumplir”.

Gwen–alucinación olfativa (persecutoria):

“Estaba tumbada en la cama y olí el olor característico del gas. Estaba por todas partes, por toda la casa. Desperté a mi marido, pero me dijo que él no olía nada. Yo sabía que sí que olía, y temía que el gas fuera venenoso y muriera. No sabía si la fuga de gas era un accidente o si alguien quería hacerme daño. Lo único que sabía es que tenía que salir de allí, y eso es lo que hice”.

Como puede imaginar, las alucinaciones pueden llegar a ser espantosas para los que las sufren. También pueden ser peligrosas, como se desprende de algunos de los ejemplos anteriores, debido a las acciones que acomete el paciente a partir de las percepciones erróneas. Lo mejor que puede hacer para ayudar a su pareja si sufre alguna alucinación (además de cerciorarse de que tome el medicamento antipsicótico que le haya prescrito el médico, exactamente como se lo haya prescrito) es procurar un entorno seguro y tranquilizador. Sin embargo, si el contenido de la alucinación (o del delirio) potencialmente supone una amenaza para el bienestar de su pareja (como en el caso de Betsy, por ejemplo) o un peligro para otra persona, tiene en sus manos una situación de emergencia y debe contactar inmediatamente con el médico de su pareja o bien, si no logra localizarlo en ese momento, llevar a su pareja al servicio de urgencias más próximo. Si su pareja no colabora, no le queda otra elección que llamar a la policía, que está acostumbrada a afrontar situaciones de este tipo.

Emergencias maníacas (o mixtas)

<i>Tipo de emergencia</i>	<i>Qué hacer</i>
Suicida	Llame al psiquiatra de su pareja. Si no consigue localizarlo, y cree que su pareja está en peligro inminente, llévela al hospital; si se niega a ir, llame a la policía.
Agresiva/peligrosa para usted/otras personas	Si su pareja representa una amenaza inminente para usted o para otras personas, llame inmediatamente a la policía. Llame al médico de su pareja. Si no logra localizarlo y el contenido de los delirios o

Delirios; alucinaciones	alucinaciones de su pareja representa un peligro inminente para ella o para otra persona, llévela al hospital; si se niega a ir, llame a la policía.
Extremadamente alarmante (por ejemplo, gritar en medio de la calle a las 3.00 de la mañana, etc.)	Llame al médico de su pareja. Si no logra localizarlo, llévela al hospital. Si la conducta alarmante representa una amenaza inminente para su pareja o para otra persona, y no quiere ir al hospital, llame a la policía.
Incapacidad de cuidarse	Llame al psiquiatra de su pareja para programar una consulta de emergencia.

El contrato conductual

Un contrato conductual es un acuerdo firmado entre usted y su pareja en relación con las medidas preventivas que se deben aplicar, en caso de que su pareja muestre signos de enfermedad. En lo referido a la manía, el contrato especifica qué debe comprometerse a hacer cada uno cuando se presenten los primeros signos de advertencia. Así sabrá las pautas que debe seguir si su pareja niega que esté mal, como sucede en muchos casos cuando comienza la manía. Le aconsejo que firme un contrato así si su pareja tiene un historial de conductas arriesgadas en estados hipomaníacos o maníacos.

Contrato conductual para la manía

Enumere los primeros signos de advertencia de hipomanía o manía característicos de su pareja (transfiera lo que escribió en la página 276 a los siguientes espacios):

Cite las acciones que deberá emprender su pareja cuando aparezcan por primera vez los síntomas señalados (por ejemplo, llamar al psiquiatra; incrementar la frecuencia de las sesiones de terapia; evitar el alcohol; acostarse a una hora regular; comunicar a la pareja o al médico si tiene ideas suicidas; entregar las llaves del coche; evitar situaciones sexuales arriesgadas; renunciar a las tarjetas de crédito o débito; tomar la medicación delante de la pareja; etc.):

Mencione las medidas que deberá tomar usted cuando aparezcan por primera vez los síntomas señalados (por ejemplo, retirar de casa el alcohol; asumir más responsabilidades en casa; comprobar el estado de su pareja con frecuencia; seleccionar un hospital por si fuera necesario; llevar a los niños a casa de un familiar; etc.):

Fuente: Cynthia G. Last, Cuando un ser querido es bipolar. Copyright 2009 de Cynthia G. Last.

El contrato debe redactarse en un momento en que su pareja no sufra un episodio anímico, ni maníaco ni depresivo. En él se especificará lo que debe hacer cada cual cuando se observen ciertos síntomas (las primeras señales de advertencia que anotó en la página 276) para evitar que su pareja empeore, y qué medidas se deben establecer para proteger a su pareja y a sus seres queridos. Las acciones que emprenderán para impedir el agravamiento de la manía pueden ser los puntos expuestos en el plan de intervención

temprana de la página 278, así como cualquier otra medida cuyo objetivo sea incrementar la estabilidad anímica (véase el capítulo 7, donde se recoge información detallada sobre diversas medidas posibles).

Cuando su pareja muestre los primeros signos de advertencia, deben revisar juntos el documento para recordar a su pareja que se comprometió a tomar esas precauciones en caso de oscilación anímica como la que ocurre en ese momento, con el fin de proteger su estado y el de otros miembros de la familia.

¿Y mis sentimientos?

Tal como afirman las parejas de muchos de mis pacientes, es posible que usted experimente una serie de emociones intensas –a menudo negativas– cuando pase por un período de manía con su pareja. ¿Qué puede hacer con estos sentimientos para que no le minen las fuerzas ni pongan en peligro su salud?

Enfado

“Me vuelvo loca cuando él se enfada. Es algo que sólo agrava el problema”.

Procure no “caer en la trampa” (véase la tabla de la página 294), es decir, no responda a los ataques verbales de su pareja de un modo similar. Si no puede evitarlo, sopesa la opción de alejarse durante un tiempo de la situación. ¿Puede dejar sola a su pareja una tarde o una noche? Si no es posible, ¿tiene alguien de confianza que pueda quedarse con ella unas horas? (Y utilice el tiempo libre para hacer algo especial para usted; en el capítulo 10 encontrará algunas sugerencias).

Culpa

“Es absurdo que me sienta así. Ella está enferma; no es culpa suya”.

Se siente culpable por las emociones negativas que suscita en usted su pareja. Debe saber que su sentimiento (enfado, miedo, etc.) –sea cual sea la emoción concreta– es totalmente comprensible y normal. Si no lo fuera, no lo incluiría aquí.

Si se siente mal por las reacciones que tiene, le conviene hablar con otras personas que se encuentren en la misma situación que usted, buscando un grupo de apoyo (presencial o a través de Internet). Puede ser de gran ayuda saber que no es el único que experimenta esos sentimientos.

Tristeza

“Me siento muy triste. Es como si no fuera yo”.

Cuando su pareja está maníaca, usted siente una pérdida, de un modo muy real, y las pérdidas conllevan sentimientos de tristeza. La persona que conoce está ausente, y su relación está (a falta de un término mejor) “temporalmente suspendida” o “en compás de espera”, porque no se puede tener una relación importante con alguien que está maníaco.

Si la tristeza es muy intensa y lo impregna todo, puede que usted sufra una depresión, en cuyo caso le recomiendo la lectura del capítulo 9. También puede recibir ayuda de un profesional, un aspecto al que me referiré en el capítulo 10.

Miedo

“Me asusta el comportamiento de mi pareja”.

¿Siente miedo porque su pareja está psicótica, tiene ideas suicidas, expresa físicamente una ira intensa o acomete actividades peligrosas? Si la respuesta es afirmativa a alguno de estos aspectos, tiene motivos para sentir miedo. Con toda probabilidad significa que la enfermedad de su pareja ha evolucionado hasta un punto en que requiere hospitalización. Debe contactar inmediatamente con el médico de su pareja. Si no consigue localizarlo y le parece que hay algún peligro inminente o una amenaza actual, lleve a su pareja a urgencias o, en caso necesario, llame a la policía.

Dolor

“Mi pareja me dice cosas muy dolorosas”.

Cuando su pareja le grita comentarios hirientes, sé que cuesta recordar que es la enfermedad la que habla, no la persona a la que usted ama. En momentos así, es importante recordar que los episodios maníacos sólo son eso, episodios; dicho de otro modo, *se pasan*. Su pareja no va a estar así siempre y, con toda probabilidad, volverá a ser como era antes de la manía. Intente recordar la imagen normal de su pareja durante este período tan difícil. Puede ser útil anotar algunas características de su pareja, las que reflejan su “verdadero yo”: no la enfermedad, sino la persona a la que quiere.

Soledad

“Cuando está maníaco, me siento muy sola. Es como si hubiera perdido a mi mejor amigo”.

Aunque le cueste, es importante mantener la relación con otras personas cercanas durante este tiempo. Conectar con los amigos y familiares le hará sentir menos aislado socialmente, menos solo en el plano emocional. Si no puede hacerlo de forma presencial, al menos coja el teléfono y llámelos. Y, una vez más, como ya he señalado anteriormente, plantéese la posibilidad de participar en un grupo de apoyo; no sólo es un

lugar seguro para expresar sus sentimientos, sino una oportunidad de establecer contactos importantes con otras personas.

Cuando siente que no puede más

La conducta maniaca conlleva un enorme desgaste para la pareja del paciente, hasta el punto de que durante los episodios se llega a cuestionar si merece la pena mantener el compromiso con esa persona. Aunque en medio de un episodio puede plantearse la separación, antes de seguir adelante con esta idea tómese un tiempo para reflexionar sobre su relación, respondiendo a las siguientes preguntas:

- ¿Cuánto tiempo pasa mi pareja en episodios anímicos? ¿El “tiempo enfermo” supera al “tiempo sano”? Si es así, ¿se pueden explorar otras vías (de tratamiento) que incrementen la duración de los períodos de bienestar?
- En los “períodos sanos”, ¿estoy contento o feliz en mi relación? ¿Puedo hacer algo, yo solo o con mi pareja, para mejorar la relación?
- ¿Mejoraría mi calidad de vida si no siguiese con mi pareja? En caso afirmativo, ¿de qué modo? ¿Hay formas de lograr esto sin dejar la relación?
- ¿Qué echaría de menos de mi relación si nos separásemos?
- ¿Qué aspectos de viabilidad (economía, hijos) deberíamos tener en cuenta si nos separásemos?

Si observa las respuestas a las preguntas anteriores, probablemente descubrirá que, a pesar de las dificultades que conlleva la relación con un individuo bipolar, hay muchos motivos para seguir con su pareja. Si, por el contrario, el peso de las pruebas indica que debe plantearse seriamente la posibilidad de poner fin a su relación, en el capítulo 10 encontrará ayuda para afrontar esta difícil decisión.

Ansiedad

“Me siento muy tenso”.

¿Le sorprende sentirse así? Pues no debería extrañarle. Está pasando por un período increíblemente estresante, al convivir con una persona impredecible que tal vez supone un peligro para sí misma o para otros miembros de la familia.

En la medida de lo posible, intente sacar tiempo para participar en actividades que reduzcan su nivel de tensión, como alguna forma de ejercicio, actividades físicas en el entorno doméstico o algún deporte. Las técnicas de relajación, el yoga y/o la meditación también pueden resultar muy útiles (véase el apartado de Recursos).

Agotamiento

“Me siento totalmente agotado de afrontar su conducta maniaca”.

Aunque su pareja esté enferma, es importante que usted pase algún tiempo lejos de su pareja. Si se siente culpable por no estar permanentemente con ella, tenga en cuenta que la “vigilancia” constante no es buena ni para su pareja ni para usted. Acabará agotándose y no podrá ser de ayuda para su pareja.

No obstante, si el estado de su pareja indica que no puede estar sola, busque a alguien de confianza (un familiar o un amigo cercano) que pueda sustituirle, siquiera por unas horas. Así podrá disfrutar de un descanso necesario y merecido.

Desesperanza

“Me siento como si estuviéramos en una montaña rusa que nunca se acaba”.

Éste puede ser un buen momento para analizar la situación y revisar el plan de tratamiento de su pareja. Tal vez puedan sopesar con el médico otras opciones de medicación o pedir a otro médico una segunda opinión. Y recuerde que se están desarrollando constantemente nuevos tratamientos para el trastorno bipolar. No hay motivos para perder la esperanza.

¿Qué le cuento a la gente?

¿Debe revelar información sobre el estado actual de su pareja? En caso afirmativo, ¿a quién se lo debe revelar, y qué aspectos puede contar? Son preguntas que indudablemente tendrá que plantearse en caso de que su pareja tenga un episodio plenamente maníaco.

Familiares y amigos

La elección de los amigos y familiares a los que informarán del episodio de su pareja depende de numerosos factores:

- ¿Sirve de algo que un determinado individuo conozca el estado actual de su pareja? Por ejemplo, ¿puede ser de ayuda cuando su pareja no esté bien?
- ¿El individuo se encuentra en una zona geográfica próxima? Dicho de otro modo, ¿es viable ocultarle información?
- ¿Su pareja ve a menudo a esa persona (por ejemplo, cenar juntos todos los domingos o juegan al bridge los jueves) y, por tanto, la ausencia de su pareja requiere una explicación?
- ¿Es estrecha la relación de su pareja con ese amigo/familiar? ¿A su pareja le gustaría que esa persona estuviera al corriente de su enfermedad?
- ¿Es una persona en quien puedan confiar una información sensible como ésta? ¿O es alguien que pueda utilizar la información en contra de su pareja? ¿Puede acaso beneficiarse en algún sentido de la desgracia familiar?
- ¿Su pareja ya ha mostrado una conducta inusual delante de esa persona y, por tanto, se requiere una explicación?

Una vez elegida(s) la(s) persona(s) a la(s) que piensa informar, debe plantearse lo que va a decir. Dicho de otro modo, ¿qué aspectos de la enfermedad quiere revelar?

En algunos casos, basta con decir algo vago, como “_____ no está muy bien” o “_____ no se encuentra bien últimamente”, dando a entender (sin decirlo explícitamente) que el problema es de naturaleza física. Sin embargo, si el familiar o amigo ya está al corriente del trastorno bipolar de su pareja, puede ser más fácil (y, por supuesto, más sincero) decir que su pareja ha sufrido una recurrencia de la enfermedad. No es necesario especificar si es manía (frente a la depresión), a no ser que, por algún motivo, necesite describir en detalle la situación actual (por ejemplo, si su pareja intenta hablar con la pareja de esa persona para ir con ella a Las Vegas a jugar durante un fin de semana).

El jefe

La decisión de comunicar la noticia al jefe de su pareja puede ser más peliaguda que la de si se le cuenta a un amigo o familiar. Evidentemente, aquí está en juego el sustento de su pareja, que en modo alguno debe peligrar.

Lo primero que debe evaluar, si es posible, es cuánto tiempo puede llegar a ausentarse del trabajo su pareja. Sé que no se puede predecir el futuro (nadie puede), pero en función del historial de su pareja podrá hacer una estimación del tiempo que tardará en volver al trabajo. Por ejemplo, si los episodios maníacos agudos suelen ser breves (unos días o un par de semanas) y recupera pronto su nivel anterior de funcionalidad (sin síntomas residuales, o al menos sin ninguno que interfiera en su rendimiento de una forma notable), pueden plantearse la posibilidad de utilizar los días de permiso por enfermedad que se hayan acumulado. Algunas personas utilizan los días de asuntos propios o las vacaciones, pero no siempre es posible tomarse este tiempo sin avisar con antelación; esto dependerá de cómo esté definido el contrato laboral de su pareja.

Si cree que su pareja estará ausente durante un período más largo –varias semanas o incluso varios meses–, puede plantearse la posibilidad de solicitar una baja sin sueldo (por motivos personales o médicos), o bien, si tiene una póliza de discapacidad como prestación especial en su trabajo, disfrutar de esta ayuda a corto o largo plazo.

A veces las ausencias con algunos jefes requieren documentación, lo que significa que probablemente su pareja deberá solicitar al médico que cumplimente un formulario (o escriba una carta) donde se especifique la naturaleza de la enfermedad. Aunque, evidentemente, en la documentación se pondrá de relieve que el problema es psiquiátrico, los psiquiatras suelen incluir comentarios muy generales, de manera que el jefe de su pareja no sepa cuál es la enfermedad exacta. También quiero señalar que, en caso de ausencia prolongada, deberá tratar con algún responsable del departamento de recursos

humanos (si existe en el trabajo de su pareja), no con el jefe. Los responsables de recursos humanos suelen tener experiencia en situaciones delicadas de este tipo. Pero recuerde que la lealtad principal del responsable de recursos humanos es con el jefe, la persona que firma las nóminas, no con usted.

También debe saber que su pareja, si está discapacitada a causa del trastorno bipolar, en Estados Unidos tiene ciertos derechos establecidos por la Ley de Discapacidades, que requiere que los empresarios tomen algunas medidas que favorezcan a los empleados con discapacidades (incluidas las psiquiátricas). Por supuesto, el empresario debe conocer la enfermedad de la persona para tomar esas medidas. Las medidas pueden consistir, por ejemplo, en restringir los viajes entre zonas con distintos husos horarios, establecer turnos diurnos o nocturnos regulares (en lugar de turnos variables), contratar a tiempo parcial, no por jornada completa, tener un despacho o un espacio de trabajo donde haya menos ruidos o pocas molestias, tener permiso para asistir a las citas con el médico (con la oportunidad de recuperar las horas perdidas), permitir que el empleado salga del trabajo a la hora de comer para “desestresarse” (hacer ejercicio, utilizar técnicas de relajación, etc.).

Los compañeros de trabajo

Lo que le cuente a los compañeros de trabajo dependerá, en gran medida, de dos factores: (1) lo que se revele al jefe de su pareja y (2) la proximidad que tenga su pareja con cada compañero concreto. Evidentemente, si al jefe de su pareja le comunica que el problema es puramente físico, debe tener en cuenta las consecuencias potenciales de aportar a otras personas del mismo entorno laboral información contradictoria. Eso sólo puede hacerse en los pocos casos (generalmente, ninguno) en que esté seguro de que esas personas no van a traicionar la confianza ni a revelar la información de forma indiscriminada en el centro de trabajo. Recuerde que ante todo quiere proteger el futuro laboral de su pareja. Por lo tanto, como norma general, si tiene dudas sobre la conveniencia de revelar “la verdad”, probablemente sea mejor no hacerlo.

En este capítulo ha aprendido a identificar los primeros signos de advertencia de manía en su pareja, así como las medidas que debe tomar cuando aparezcan. He presentado estrategias para tratar los episodios maníacos: procedimientos para mejorar la situación de su pareja y para facilitar su propia labor de asistencia. Veamos ahora al extremo opuesto del péndulo: la depresión.

9

ESTRATEGIAS PARA TRATAR CONJUNTAMENTE LOS MOMENTOS DEPRESIVOS

Brenner: *¿Qué haces todavía en la cama?*

Robin: *Estoy muy deprimido. Hoy no puedo ir a trabajar.*

Brenner: *Pero tus alumnos cuentan contigo. Te necesitan.*

Robin: *Se las pueden arreglar sin mí. De hecho, seguramente todo el mundo estaría mejor sin mí.*

Brenner: *Es tu depresión la que habla.*

Robin: *Soy un fracasado. Mi vida carece de sentido.*

Brenner: *No entiendo por qué dices eso. ¿Y tu trayectoria profesional? ¿Crees que todo el mundo puede ser profesor universitario?*

Robin: *A lo mejor he fingido todo el tiempo. No soy tan inteligente.*

Brenner: *¿Has fingido durante los cuatro años de carrera, durante los cuatro años de posgrado, y luego fuiste capaz de engañar a la administración del departamento de matemáticas y a tus colegas?*

Robin: *Bueno, supongo que eso es un poco exagerado.*

Brenner: *Sí, es muy exagerado.*

Robin: *Pero ahora me siento imbécil. Es como si tuviera algodón en el cerebro.*

Brenner: *Has pasado por esto suficientes veces para saber que es la depresión y que tu pensamiento mejorará cuando se recupere el estado de ánimo. Y la manera de conseguir que el estado de ánimo se recupere es seguir la rutina normal. Quedarse en casa no te va a servir de nada.*

Robin: *Sé que tienes razón, pero me cuesta mucho moverme.*

Brenner: *Sé que te cuesta, ¿pero por qué no te vistes y a ver qué tal te sientes?*

Robin: *Vale, lo intentaré. Si consigo sacar fuerzas de flaqueza, todavía puedo llegar a la clase de la tarde.*

A diferencia de la manía y la hipomanía, que pueden resultar agradables, o incluso euforizantes, nadie siente placer cuando está deprimido. La depresión es una experiencia

terriblemente dolorosa que puede parecer insuperable y eterna para el que la sufre.

Al igual que la manía, la depresión daña la vida de la gente, sólo que de modo más insidioso, menos ostensible. Las personas deprimidas lentamente se apartan del mundo, renuncian al trabajo, la familia, los amigos y las aficiones. Se ensimisman. No quiero decir que se vuelvan egoístas, sino que la depresión les lleva a *reconcentrarse*. Ésta es una distinción crucial que conviene comprender, porque, si usted no ha sufrido ninguna depresión, podría malinterpretar la conducta de las personas deprimidas como autocompasiva, manipuladora y encaminada a que los demás les presten atención y se ocupen de ellos. Y no es el caso en absoluto.

Las personas deprimidas son incapaces de actuar con la reciprocidad que es crucial para el mantenimiento de las relaciones. Absortas en su propio dolor, no pueden dar, ni tampoco (en el sentido auténtico de la palabra) recibir. Por lo tanto, muchas parejas de pacientes sufren también este proceso; no sólo se compadecen del estado y el dolor de la pareja enferma, sino que lamentan la pérdida (temporal) de sus relaciones primarias, y a menudo sienten también aislamiento y tristeza.

Puesto que la depresión es devastadora –tanto para su pareja como para usted–, buena parte de este capítulo se centra en la identificación e intervención tempranas. Conocer los signos de advertencia de la depresión en su pareja les permitirá utilizar los métodos de intervención temprana que pueden evitar el agravamiento de la situación. Aun así, en caso de que la depresión avance y se agrave, le ofrezco estrategias para sobrellevarla.

Identificación de los primeros signos de advertencia de la depresión

Al igual que la manía, los pacientes presentan ciertas características propias que avisan de una inminente depresión. En mi caso, por ejemplo, la sensación de cansancio a pesar del sueño adecuado, una visión pesimista y una tendencia a estar callada son los primeros signos de que se avecina un período de ánimo bajo. Pero como verá en la lista de la página 312, muchas conductas diferentes pueden avisar de un episodio depresivo incipiente.

Cuando observe la lista, intente identificar los primeros signos de advertencia de depresión que tiene su pareja. He dejado espacio para que añada cualquier otra conducta que no se haya incluido pero que sea aplicable a su pareja. Una vez reconocidos los primeros signos de advertencia, inclúyalos en el formulario de la página 313.

Puede hacer este ejercicio junto con su pareja, para contar con sus aportaciones, sobre todo si a su pareja se le da bien la autoobservación. Cumplimente el formulario en un

momento en que su pareja no se encuentre deprimida, porque la depresión puede teñir la percepción de los acontecimientos pasados (así como el presente y el futuro). Y si no están de acuerdo en algunos de los primeros signos, no discutan por ello. Pueden discrepar y después seguir con los indicadores en los que coincidan.

Primeros signos de depresión

Rodee con un círculo todos los elementos que sean aplicables a su pareja. Recuerde que, para que un elemento sea un signo de advertencia, debe representar un cambio en la conducta habitual de su pareja durante los períodos de ánimo normal.

Llora.

Está callado o menos hablador.

Se levanta tarde.

Se ausenta del trabajo “por enfermedad” varios días.

Tiene poco entusiasmo para hacer cosas.

Duerme siestas durante el día.

Bebe más.

Se queja de que se aburre.

Está cansado.

Come menos.

Se queja de que la comida no sabe igual o no le gusta tanto.

Se queja de que no se encuentra bien en general o de algún problema físico concreto (dolores).

Otras conductas: _____

No está tan “agudo” como de costumbre.

Está preocupado.

Se queja de que se cansa mucho.

No le interesa (o le interesa menos) estar con otras personas.

Come más.

Le interesa menos el sexo.

Está indeciso.

Piensa o se concentra en lo negativo.

Presta menos atención al cuidado personal.

No contesta al teléfono.

Quiere estar solo.

Fuente: Cynthia G. Last, *Cuando un ser querido es bipolar*. Copyright 2009 de Cynthia G. Last.

Los primeros signos de depresivos de mi pareja

Mencione al menos tres cambios que se den conjuntamente (en el mismo período de tiempo) al comienzo de los episodios maníacos o hipomaníacos de su pareja.

Signo de advertencia n.º 1: _____

Signo de advertencia n.º 2: _____

Signo de advertencia n.º 3: _____

Signo de advertencia n.º 4: _____

Signo de advertencia n.º 5: _____

Fuente: Cynthia G. Last, *Cuando un ser querido es bipolar*. Copyright 2009 de Cynthia G. Last.

Recuerde que, en la identificación de los primeros signos depresivos, debe cerciorarse de que la conducta difiere en algún sentido –frecuencia, duración o intensidad– del estado

normal de su pareja. Pongamos que su pareja es, en general, “llorona”, pero cuando empieza a deprimirse llora *mucho más a menudo* que de costumbre; o que las ocupaciones de su pareja le hacen estar cansada en ocasiones, pero cuando se avecina un período bajo se queja de estar cansada casi *todo el tiempo* o hasta el punto del agotamiento extremo.

También es importante tener en cuenta que los primeros signos de advertencia suelen agruparse durante el mismo período de tiempo; individualmente carecen de relevancia. Por ejemplo, la disminución del apetito en sí puede no ser causa de preocupación, pero si se da asociada a un incremento de la ingesta de alcohol y dificultades para dormir, estos síntomas pueden alertarle de la posibilidad de que se esté gestando un problema anímico.

Greg sabe que su mujer, Virginia, tiene una incipiente depresión cuando observa los siguientes signos: duerme una o dos horas más cada noche, se queja de cansancio, come más dulces que de costumbre, no hace planes sociales y le interesa menos el sexo.

¿Cómo puede comentar Greg con su mujer esta preocupación sin causarle malestar y posiblemente deprimirla más? Debe mostrar sensibilidad y compasión en el tratamiento del tema, consciente de que Virginia, en su estado actual, se va a tomar muy a pecho cualquier cosa que se le diga.

Greg: Cariño, me preocupa cómo te encuentras últimamente. No pareces tú.

Virginia: No quería que supieras que empezaba a decaer. Ahora me siento aun peor, al saber que te das cuenta de lo que está pasando. No quiero volver a hacerte esto. No quiero amargarte la vida.

Greg: Mira, Virginia, tienes una enfermedad que no elegiste. Y además todavía no estás deprimida. Empiezas a mostrar los primeros signos que por suerte hemos advertido a tiempo. Así podemos hacer algo para arreglar las cosas, de forma que no tengas que pasar por otro período malo.

Virginia: No sé cómo podemos evitarlo. Tengo la sensación de que me hundo cada vez más.

Greg: Por eso tenemos que llamar al médico. Dile lo que está pasando, para que ajuste la medicación.

Virginia: No quiero que el médico sepa que no me encuentro bien. Me avergüenza ponerme así. No quiero que lo sepa nadie.

Greg: No tienes que avergonzarte delante de tu médico. Él comprende el trastorno bipolar; está viendo a enfermos bipolares constantemente. No va a culparte o infravalorarte porque tengas un cambio anímico.

Virginia: Me da igual. No pienso llamarle. No soy capaz de decírselo.

Greg: Bueno, pues le llamo yo. Me puede decir a mí lo que cree que debemos hacer. No hace falta que te pongas al teléfono si no quieres. Te lo prometo.

Virginia: Vale, siempre que no tenga que hablar con él.

Al final, después de que Greg hablase con el médico unos minutos, Virginia se puso al teléfono. Como Greg ya había “allanado el terreno”, a Virginia le resultó más fácil hablar con el médico y contarle lo que le pasaba.

¿Qué habría sucedido si Virginia se hubiera negado a contactar con el médico? Greg podría haber esperado un poco y seguir insistiendo hasta convencerla.

A veces la pareja sana advierte los primeros signos depresivos, pero la pareja enferma es reacia a aceptar que es cierto. Es lo que les sucedió a Rebecca y Roger:

Rebecca: Roger, ¿cuándo tienes la próxima cita con el psiquiatra?

Roger: El mes que viene. ¿Por qué me lo preguntas?

Rebecca: Porque he notado ciertas cosas; nada importante, pero lo suficiente para que hables con ella.

Roger: ¿Pero qué dices? Si estoy estupendamente.

Rebecca: Bueno, estás bebiendo mucho más que de costumbre y te vas a dormir muy pronto.

Roger: He tenido mucho estrés en el trabajo últimamente. Ya sabes que el negocio no va muy bien desde hace unos meses.

Rebecca: Ya, pero beber y dormir más son signos de que puedes empezar a deprimirte. Es comprensible, con los problemas del trabajo, pero aun así, creo que debes prestar atención a esos signos.

Roger: No soporto la idea de deprimirme otra vez.

Rebecca: Pero si haces algo ahora, es probable que no llegues a deprimirte. Por eso quería saber cuándo tienes la próxima visita.

Roger: ¿Tú crees que está tan mal la cosa como para no esperar al mes que viene?

Rebecca: No necesariamente, pero ¿por qué arriesgarse? Creo que deberías adelantarla, como medida de seguridad.

Roger: Puede que tengas razón. Supongo que no tengo nada que perder.

El plan de intervención temprana

Como en los ejemplos anteriores, comunicar el cambio anímico de su pareja a los demás miembros del equipo de tratamiento, es decir, a los médicos, es un paso muy

importante para evitar el agravamiento de la depresión. Sin embargo, como verá más abajo, también hay otras medidas concretas que pueden tomar su pareja o los dos para corregir la situación:

1. *Animar a su pareja a que se fije objetivos pequeños y los subdivida en pasos viables.* Establecer y cumplir objetivos incrementa la autoestima y eleva el ánimo. Sin embargo, un objetivo no debe ser demasiado ambicioso, pues puede tener el efecto inverso (indeseado). Por ejemplo, si la casa necesita orden y limpieza, pero a su pareja le parece una tarea abrumadora, sugiérale que subdivida el trabajo, habitación por habitación, y que empiece por la habitación que sea más fácil de ordenar. O bien, si la idea de limpiar una habitación entera parece un paso demasiado grande, subdivídalo más, abordando sólo un componente de esta labor, como recoger la ropa o limpiar el polvo de los muebles.

2. *Ayude a su pareja a que se mantenga físicamente activa.* La gente, cuando se deprime, suele reducir el nivel de actividad física. Mantenerse activo es más importante ahora que nunca. ¿Su pareja ha dejado de ir al gimnasio? ¿Ha reducido la frecuencia de los partidos de tenis de dos veces semanales a sólo una? ¿Puede animarla a que reanude su programa de actividades anterior? Por ejemplo, si se queja de que no puede salir a correr por las mañanas porque está cansada, ¿podría ayudarle levantándose con ella y preparando el café (aportándole el “impulso” de cafeína que necesita para seguir)? ¿Pueden hacer juntos alguna actividad física?

3. *Ayude a su pareja a incluir actividades agradables cada día.* Todo el mundo necesita actividades y acontecimientos que le hagan sentir bien. ¿Su pareja está tan enfrascada en las actividades necesarias –trabajo, cuidado de los niños, tareas domésticas– que no tiene tiempo para el placer o la diversión? ¿Podría ayudarle a hacer un hueco en la agenda, tal vez ocupándose de los niños durante una hora por la noche para que ella pueda disfrutar de un baño o leer un libro? ¿O poner la lavadora el sábado mientras su pareja sale a dar una vuelta con una amiga? ¿O contratar a alguien que se ocupe de algunas tareas, como una niñera para el domingo por la tarde, de forma que los dos puedan salir al cine? Tenga en cuenta las pequeñas cosas que puede hacer usted para animarle el día a su pareja, como traerle un ramo de flores o parar en la tienda para comprarle su helado favorito.

4. *Sugiérale a su pareja que incremente la exposición a la luz.* Como vimos en el capítulo 4, la exposición a la luz contribuye a elevar el ánimo. ¿Su pareja está el tiempo suficiente al aire libre? ¿Hay actividades (preferentemente físicas, pues de este modo

cumplirán dos puntos de esta lista a la vez) que puedan hacer los dos juntos fuera de casa? ¿Dar un paseo, jugar al tenis, hacer esquí de fondo? ¿O simplemente sentarse en el jardín a escuchar música, leer o charlar?

5. *Ayude a su pareja a mantener el contacto con la familia y los amigos.* Cuando la gente empieza a deprimirse, suele aislarse de los demás. Haga un esfuerzo por mantener su calendario social normal. Si la cena del domingo siempre es con los padres de su pareja, mantenga la tradición. Si su pareja tiene una cita permanente para jugar a las cartas con “los colegas” los martes, anímele a que siga con ello, aunque no le apetezca tanto como de costumbre.

6. *Convenza a su pareja de que posponga las grandes decisiones vitales.* Dado que la depresión altera el juicio, éste no es un buen momento para hacer planes que tengan una gran repercusión en sus vidas. Puede decirle a su pareja algo como lo siguiente: “He leído que la gente debe posponer las decisiones importantes de la vida cuando está deprimida. ¿Qué te parece si posponemos esta decisión hasta que te encuentres mejor?”. O también puede presentarse usted como chivo expiatorio, diciendo algo así: “Ahora mismo tengo demasiadas cosas en la cabeza. ¿Podemos esperar a que me aclare un poco?”.

7. *Intente respetar en la medida de lo posible una rutina normal.* Ya vimos en el capítulo 7 la importancia de tener una rutina regular para mantener la estabilidad anímica. ¿Ha habido recientemente algún cambio en la rutina habitual que haya afectado a su pareja? ¿O cree que han “relajado” últimamente el seguimiento del horario cotidiano? ¿Han comido a horas desordenadas? ¿Se han ido a dormir cuando les apeteecía? Procure volver a la rutina habitual, con horarios fijos para las comidas y el sueño.

8. *Si puede identificar alguna situación desencadenante, tome las medidas necesarias para eliminarla o atenuar su repercusión.* En el capítulo 7 identificó los factores desencadenantes de la depresión en su pareja. ¿Ha ocurrido recientemente alguna de estas situaciones (o están presentes en este momento)? De ser así, ¿esta circunstancia es algo que se pueda eliminar o invertir, de forma que deje de influir en su pareja? ¿O puede tomar medidas para minimizar el efecto del factor desencadenante? Por ejemplo, si su familia ha perdido recientemente una mascota, sería útil traer a casa un cachorro o un gatito nuevo. Si los dos no han pasado juntos mucho tiempo de calidad, podrían planificar unas vacaciones (si es viable) para reavivar la relación. Si el factor desencadenante es hormonal, tal vez sería útil visitar al ginecólogo o al endocrinólogo.

9. *Mantenga un estrecho contacto con su pareja.* Si la llama regularmente a las tres de la tarde, por ejemplo, su pareja sabrá que se preocupa por ella y que le importa su estado. También es un modo de controlar las posibles fluctuaciones anímicas. Pero no la

llame con excesiva frecuencia (varias veces al día), pues su pareja podría empezar a preocuparse de que está peor de lo que pensaba.

10. *Informe a todos los miembros del equipo de tratamiento de la situación actual.* Si el médico de su pareja está al corriente de los primeros signos, podrá intervenir pronto, ajustando la medicación de forma que se evite el episodio anímico. Y si su pareja sigue una terapia, puede plantear la posibilidad de incrementar la frecuencia de las sesiones hasta que se encuentre más estable.

¿Y si no hay tiempo para el plan de intervención temprana?

A veces, sobre todo si se produce inmediatamente después de un episodio maníaco o hipomaníaco, la depresión grave puede aparecer sin signos de advertencia. Es como caerse por un precipicio. El ánimo está elevado y, de pronto, sin previo aviso, desciende en picado. Ésta ha sido mi tendencia a lo largo de los años, desde que padezco la enfermedad.

Afortunadamente, hace tiempo que no sufro ningún episodio depresivo, pero eso no significa que no recuerde cómo eran. Recuerdo, por ejemplo, el primer episodio, en el que me sentía mucho más que triste, totalmente entumecida y vacía, como si hubiera sufrido una terrible pérdida (lo que cabría esperar si hubiera perdido a mi pareja, por ejemplo). A pesar del entumecimiento, paradójicamente sentía un dolor emocional casi insoportable. Cada día de vida era una tortura y me parecía una eternidad. El sueño era mi único refugio, pero, debido a mis dificultades para dormir, me costaba conciliarlo. Nada me daba placer, ni siquiera la comida, que me sabía como el cartón y se me atravesaba en la garganta. La mayor parte del tiempo lo pasaba inmovilizada en mi silla favorita, que se había convertido en mi prisión. Cuando me aventuraba a salir, me parecía ver por todas partes risas y caras sonrientes, que intensificaban mi desesperación y confirmaban mi percepción de que era distinta de los demás, lo que a su vez me hacía sentir aún más sola.

Si su pareja se encuentra en esta situación, uno de los dos (puede que su pareja se encuentre incapacitada para hacerlo sola) debe contactar con el médico. El psiquiatra de su pareja probablemente querrá ver a la paciente de inmediato. En esa cita evaluará la gravedad de la depresión y determinará dos cosas: (1) si su pareja debe ingresar en el hospital (véase la tabla de la página 325, donde se exponen las ventajas de la hospitalización psiquiátrica) y (2) si conviene introducir algún ajuste en el plan de medicación actual.

Si su pareja no toma actualmente ningún antidepresivo, el médico puede añadirlo en determinadas circunstancias. Tal como expliqué en el capítulo 4, los antidepresivos sólo se prescriben para la depresión bipolar en conjunción con un estabilizador anímico. Aun así, según las últimas recomendaciones, sólo recurrirá a estos fármacos si se trata de una depresión bipolar grave o cuando los estabilizadores anímicos por sí solos no han resultado efectivos.

También es importante tener en cuenta que los individuos varían considerablemente en sus respuestas idiosincrásicas a los antidepresivos. Desafortunadamente, en este momento no hay ningún método infalible para predecir qué fármaco concreto tendrá un efecto antidepresivo significativo en su pareja. Por lo tanto, el médico tendrá que hacer varios ensayos con distintos antidepresivos hasta llegar al que funcione en el caso de su pareja. Procure ser paciente y optimista.

Además de seguir adecuadamente la medicación, hay numerosas cosas a las que deben prestar atención. Es lo que denomino “principios básicos” de la lucha contra la depresión grave. Anime a que su pareja para que haga las siguientes cosas:

- *Cuidar el aseo personal y vestirse* (no con pijama o bata, etc.) todos los días, aunque no vaya a salir de casa.
- *Levantarse de la cama*, salvo durante las horas normales de sueño. Si su pareja se siente inmovilizada por la depresión, puede sentarse en otro lugar (por ejemplo, el patio, si el tiempo lo permite, es una buena opción), pero debe alejarse de la cama.
- *Responder al teléfono*, aunque no le apetezca. Es importante que no se aíse socialmente por completo.
- *Moverse*, aunque se queje de que no tiene energía. Dar un paseo corto o subir y bajar las escaleras varias veces ayuda a mantener un nivel mínimo de actividad física.
- *Descorrer las cortinas, subir las persianas, etc.*, para que entre la luz del sol. Como ya sabe, la luz brillante tiene un efecto antidepresivo. Por tanto es importante que entre el sol en casa. También conviene llenar la casa de luz artificial por la noche.
- *Comer a horas regulares*, aunque no tenga hambre, porque el bajo nivel de azúcar en sangre agravará el estado de ánimo. Si a su pareja le cuesta forzar el apetito, pruebe alimentos que “se ingieran con facilidad”, como la sopa, la pasta, la compota de manzana, el helado y/o programen un plan de comidas

más pequeñas y frecuentes.

- *Planificar al menos una actividad diaria*, de forma que tenga la sensación de haber logrado algo. La actividad puede ser una tarea del hogar (poner la lavadora; limpiar la cocina), hacer un recado (ir al supermercado, a la tintorería, a la farmacia), o dedicar tiempo a una tarea relacionada con el trabajo que se pueda hacer desde casa.
- *Concederse algún capricho*. Su pareja debe hacer cosas pequeñas que la hagan sentir bien (aunque sólo sea un poco), como hacerse la manicura, comer una barrita de chocolate, ver su programa de televisión favorito, darse un baño de espuma, leer un buen libro o una revista.
- *Evitar el pensamiento depresivo*. Debe sustituir los pensamientos negativos por otras alternativas más positivas. Por ejemplo, si su pareja piensa/dice: “Nunca me pondré bien”, puede sustituirlo por (o usted puede responder): “La depresión siempre se pasa”. Si su pareja permanece mucho tiempo en silencio, cavilando sobre cosas negativas, anímela a que aplique la técnica para dejar de pensar, expuesta en el capítulo 7.
- *Respetar estrictamente el plan de tratamiento*. Es importante que tome toda la medicación (incluidos los fármacos nuevos), exactamente como la haya prescrito el médico. Debe asistir a las sesiones de medicación y terapia. No conviene cancelar ni posponer las visitas porque no se encuentra bien o porque está demasiado deprimida.

Cómo hablar con su pareja cuando está deprimida

Lo que no debe hacer:

- *No minimice el problema*. Por ejemplo, no diga: “No será para tanto” o “Te sentirás mejor cuando veas qué día tan bonito hace”.
- *No pida respuestas*. Las preguntas como “¿Por qué estás deprimida?” no sólo son una pérdida de tiempo, sino que, como carecen de respuesta, agravarán el malestar de su pareja.
- *No trate a su pareja con brusquedad*. Por ejemplo, no le diga: “Ánimate” o “Reacciona”, “Sal adelante como sea”.
- *No intente hablar o razonar con su pareja para que salga de la depresión*. Afirmaciones como “Lo tienes todo en la vida para ser feliz” o “Hay mucha gente que está mucho peor que tú” no sirven de nada. En cambio, señalar las distorsiones cognitivas o la falta de lógica, de un modo suave, sin confrontación (véase el ejemplo del comienzo de este capítulo), sí puede ayudar a su pareja.

Lo que sí debe hacer:

- *Escuche, anime y tranquilice*. Deje hablar a su pareja y hágale saber que la escucha. Diga cosas como: “Lo superaremos juntos” y “Te quiero y estoy aquí para ayudarte”. Además, la tranquilizará si le dice que no es “una carga”, que está enferma y que usted quiere ayudarla como haría ella con usted.
- *Busque oportunidades para halagar a su pareja*. A todo el mundo le gusta oír cumplidos y recibir halagos, pero las personas deprimidas son las que más necesitan esa atención positiva. Hasta el menor halago será útil: “Hoy tienes el pelo

precioso”, “Te ha quedado limpiísimo el coche” o “Está buenísima la cena”.

- *Dígale a su pareja que hay “luz al final del túnel”*. Su pareja necesita que le recuerden, tal vez con bastante frecuencia, que no va a estar así siempre, que las depresiones son limitadas en el tiempo, que se pasan. Por ejemplo, puede decir: “Ya has estado así otras veces, y sabes que llega un momento en que se acaba; no vas a estar así siempre” o “Sólo hay que esperar a que actúe la medicina, y luego empezarás a sentirte mejor”.
 - *Intente animar*. Anime a su pareja a tomar medidas para luchar contra la depresión, diciendo cosas como: “Sé que puedes” o “¿Por qué no lo intentas?”. Procure estar lo más animado posible.
-

Hace años, para ayudarme a moverme en una depresión muy letárgica que sufrí, mi marido me cogía del brazo y me forzaba a caminar por el vestíbulo de la única planta de nuestra casa, animándome a avanzar paso a paso. Si es eso lo que debe hacer usted para que su pareja se mueva durante una depresión grave, hágalo a toda costa.

Cara observó que lo único que la hacía sentir mejor durante la depresión era que su marido se acurrucase con ella en la cama. Aunque no recomiendo pasar tiempo en la cama salvo para dormir durante la depresión, Cara descubrió que pasar treinta minutos acurrucada y abrazada a su pareja le confería la fortaleza emocional necesaria para afrontar el día.

Las cosas que se deben evitar

Como he señalado anteriormente, a pesar de nuestro esfuerzo, y del esfuerzo de los médicos que prescriben la medicación y prestan servicios terapéuticos, la depresión puede continuar empeorando y/o prolongarse hasta tal punto que sea necesario tomar otras medidas, como la TEC (véase el capítulo 4) o la hospitalización psiquiátrica (véase la tabla reproducida más abajo).

¿Cómo se sabe si la enfermedad de su pareja ha avanzado hasta ese punto? Si el médico ha probado numerosas combinaciones de medicamentos durante muchos meses, pero su pareja sigue teniendo graves síntomas depresivos y no puede desempeñar sus funciones habituales (por ejemplo, en el hogar, en los estudios o en el trabajo), y/o la enfermedad potencialmente conlleva algún tipo de daño para ella (por ejemplo, a causa del abuso de sustancias, los pensamientos/impulsos suicidas o la conducta psicótica), es el momento de sopesar junto con el psiquiatra otras opciones médicas.

Hospitalización psiquiátrica: ¿qué ventajas tiene?

- Aporta *protección* para evitar el abandono o los daños accidentales o intencionales que pueden infligirse los pacientes con tendencias suicidas, psicóticos o adictos a sustancias, y/o aquellos que desatienden el cuidado personal básico (comer, dormir, ducharse, etc.).
- Aporta una *rutina* fija diaria con actividades (ejercicio, terapia, etc.) y acontecimientos programados (comidas, hora de dormir, etc.).

- Fomenta la *interacción* con el personal y con otros pacientes.
 - Puede contribuir a determinar o confirmar el *diagnóstico*.
 - Incluye frecuentes *contactos terapéuticos* (a menudo diarios) con los especialistas en salud mental (terapia individual, terapia de grupo, sesiones de gestión de la medicación).
 - Ofrece un entorno seguro y controlado para retirar la medicación y/o añadir *nuevos medicamentos*.
-

Abuso del alcohol

Debo recalcar que ***el alcohol y la depresión son una combinación catastrófica, potencialmente letal***. Como he señalado varias veces en este libro, el alcohol agrava la severidad e incrementa la duración de los episodios depresivos, además de incrementar drásticamente el riesgo de suicidio.

Si su pareja consume alcohol, procure convencerla de que deje de beber. Siga las sugerencias que aportó en el capítulo 7, como retirar del hogar las bebidas alcohólicas o eliminar las actividades que giran en torno al consumo de alcohol.

Tendencia suicida

“Todo era una desesperación. Estaba seguro de que nunca me iba a recuperar; de que el dolor no iba a remitir nunca. No podía seguir viviendo así. Así que empecé a reducir la dosis de litio y a renovar los medicamentos antes de que se me acabasen, para ir acumulándolos. Tenía entendido que las dosis grandes podían provocar la muerte. Afortunadamente mi marido lo descubrió antes de que fuera tarde”.

“Todos los días cruzo en coche el mismo puente para ir al trabajo, y al regresar. Últimamente no me quito de la cabeza la idea de embestir con el coche la barandilla y caer en picado al agua desde el puente. Pienso: ‘Ahora se acabará todo. Ya no tendré que sufrir más’. Pero no sé si seré capaz”.

“Sería muy fácil. Tengo una pistola. Sólo tengo que apretar el gatillo. Todos mis problemas se resolverían. No tendría que preocuparme de nada más. Por fin estaría en paz”.

La consecuencia potencial más catastrófica de la depresión es el suicidio. Las personas que se quitan la vida lo hacen porque el dolor emocional les resulta intolerable e infinito, o bien porque consideran que se enfrentan a un obstáculo insuperable (o a más de uno).

Aunque es sensato presuponer que el mayor riesgo de suicidio se da en el momento en que la depresión es más acusada, los pacientes que sufren depresiones severas suelen intentar suicidarse cuando la depresión empieza a intensificarse (se cree que las personas gravemente deprimidas ya no son capaces de acometer las acciones necesarias para acabar con su vida). Con todo, tenga en cuenta que estos datos se basan en medias de grupos de individuos y, por lo tanto, pueden no ser aplicables a su pareja. Nunca debe

pasar por alto las “banderas rojas del suicidio”, independientemente de la fase de la depresión en que se encuentre su pareja.

Ciertos pensamientos y conductas deben alertarle de la posibilidad de que su pareja quiera infligirse daños:

- *Se preocupa por la muerte.* Por ejemplo, habla sobre el significado de la muerte o lee un libro sobre el tema o una guía sobre cómo quitarse la vida.
- *Hace declaraciones inquietantes,* como:

“Quiero morir”.

“Quiero estar con [alguien que ya está muerto]”.

“No quiero despertarme mañana”.

“Me voy a quitar la vida”.

- *Pone en orden ciertos asuntos.* Por ejemplo, introduce cambios en el testamento, le entrega una lista de cuentas bancarias, pone todos los activos a su nombre, contrata una póliza de seguro de vida.
- *Actúa con secretismo o de manera sospechosa.* Usted tiene la sensación de que su pareja le oculta algo: cuelga el teléfono o apaga el ordenador de forma apresurada cuando usted entra en la habitación, o de pronto no está localizable a una hora poco común o durante un período de tiempo prolongado.
- *Parece que se procura los medios para infligirse algún daño.* Por ejemplo, compra un arma de fuego o hace acopio de medicamentos (acumula grandes cantidades de un fármaco, reduciendo la dosis durante un período prolongado o adquiriendo los recambios de las cajas antes de tiempo).

Aunque hay factores que se correlacionan con un incremento del riesgo, las investigaciones indican que no es posible predecir con exactitud si un individuo va a intentar quitarse la vida, o en qué momento puede llegar a hacerlo. Por ello es esencial prestar atención a *cualquier indicio* que sugiera la posibilidad de que su pareja pueda llegar a infligirse daños.

Si cree que su pareja está en riesgo, usted o su pareja deben llamar al médico inmediatamente para programar una cita urgente. Cuando llame a la consulta, solicite una cita *urgente*, que debe programarse el mismo día (salvo si llama por la noche o en fin de semana; si llama fuera de horas de consulta o en un momento en que el médico no está localizable, es posible que le indiquen que acuda con su pareja al servicio de urgencias

del hospital más cercano o de un hospital psiquiátrico donde el médico tenga privilegios de personal). ***No deje sola a su pareja bajo ningún concepto*** mientras los dos esperan la cita, ni siquiera por unas horas.

Qué analiza el médico para evaluar el riesgo de suicidio

- Sentimientos de *desesperanza*.
- *Recientes* declaraciones suicidas.
- *Frecuentes* declaraciones suicidas.
- Un *plan* para infligirse daños.
- La *intención* de infligirse daños.
- *Anteriores intentos de suicidio*.
- *Suicidio en el árbol genealógico*.
- *Enfermedad médica o dolor físico graves*.
- Reciente *hospitalización psiquiátrica*.

Durante la visita se evaluará a fondo el riesgo de suicidio de su pareja. Si el médico considera que su pareja está en riesgo, colaborará con usted para desarrollar e implementar un plan de protección. Este plan puede requerir la hospitalización psiquiátrica, que, además de proteger al paciente, tiene otras ventajas para la depresión (véase la tabla de la página 325). Aunque su pareja se oponga a la hospitalización, el ingreso puede hacerse contra su voluntad (“hospitalización involuntaria” o “internamiento involuntario”) si se considera que tiene el juicio perturbado (lo que significa que no puede decidir si el tratamiento es lo que más le conviene) y existe un *peligro inminente* de que ella u otras personas sufran daños. El procedimiento específico para el internamiento involuntario en un hospital psiquiátrico varía según los estados norteamericanos, y puede seguir criterios distintos en cada municipio de un mismo estado, pero en todos los casos existen normas estrictas y garantías que evitan los abusos.

Qué puede hacer usted para proteger a su pareja

- Llame al médico inmediatamente. Si no logra localizarlo y cree que la situación es urgente, acuda al servicio de urgencias. Si su pareja se resiste, llame a la policía.
 - Retire de casa todas las bebidas alcohólicas.
 - Retire de casa las armas.
 - Ocúpese de que su pareja tome la medicación. Cerciórese de que no posea grandes cantidades de ningún fármaco psiquiátrico.
 - Mantenga una estrecha proximidad física a su pareja. Si cree que la situación es crítica, no la pierda de vista en ningún momento.
 - Establezca un contrato para la prevención de suicidios (véase la página 331) donde se especifique lo que debe hacer cada uno en caso de que su pareja tenga tendencias suicidas.
-

Psicosis

Aunque la psicosis no se asocia tanto con la depresión como con la manía, una parte de los pacientes gravemente deprimidos puede tener delirios o alucinaciones durante la depresión. Los rasgos psicóticos que se manifiestan en la depresión suelen describirse como “congruentes con el estado de ánimo”, lo que significa que el contenido del delirio o la alucinación es conforme con la dirección del ánimo (en este caso, descendente). De modo que si a su pareja le diagnostican una depresión grave con rasgos psicóticos, puede creer que es el mal o que está poseída por el diablo, o que sufre algún tipo de deterioro físico, que se le pudren las entrañas y/o que tiene un olor fétido, que ha perdido todo su dinero y se ha empobrecido, o que Dios la ha castigado. Las alucinaciones suelen ser menos comunes que los delirios, pero giran en torno a temas similares.

Las investigaciones indican que los pacientes tienden a sufrir o no sufrir depresiones psicóticas. Así pues, si su pareja ha tenido delirios o alucinaciones en otros episodios depresivos, es probable que los tenga también en futuros episodios más severos.

El único tratamiento para los rasgos psicóticos de la depresión es farmacológico (véase el capítulo 4). Por lo tanto, es esencial que contacte inmediatamente con el médico si observa algún signo de psicosis en su pareja.

¿Cómo puede afrontar la psicosis de su pareja mientras espera a que haga efecto la medicación? En primer lugar, es importante reconocer que *no podrá convencer a su pareja de que su percepción es falsa*. Por naturaleza, los delirios son creencias falsas pero inquebrantables. No se puede razonar con el que la sufre para convencerle de su error perceptivo. Sin embargo, se puede atenuar la respuesta emocional del paciente ante el delirio con frases tranquilizadoras como las siguientes: “Pase lo que pase, te quiero”, “Estoy aquí por ti” o “Ya lo solucionaremos de alguna manera”.

¿Y mis sentimientos?

Es muy difícil, en numerosos aspectos, ver cómo un ser querido sufre el tormento de la depresión. Es posible que usted experimente muchas emociones que le resulten atípicas. ¿Cómo puede afrontar estos incómodos sentimientos?

Confusión

“No lo entiendo. Si lleva una vida estupenda en todos los aspectos”.

A mucha gente que nunca ha padecido depresiones le cuesta entender que alguien pueda estar tan desmoralizado sin haber sufrido ningún acontecimiento traumático.

Después de leer los capítulos anteriores, espero que comprenda mejor el fundamento en gran parte biológico/genético de esta enfermedad y, en consecuencia, cómo se produce la oscilación cíclica bipolar.

Si aun así tiene dificultades para entender lo que le ocurre a su pareja, le conviene asistir a un grupo de apoyo para parejas de pacientes bipolares, donde tendrá ocasión de conversar con otras personas que se hallan en una situación semejante. También le resultará útil la lectura de uno de los testimonios excelentes de primera mano escritos por individuos que han padecido un trastorno bipolar (véase, por ejemplo, Duke, Jamison, y Sutherland en el apartado de Recursos que figura al final de este libro).

Muestra de contrato para la prevención del suicidio
--

Si tiene ideas relacionadas con la posibilidad de infligirse daños, mi pareja:

- Comentaré sus ideas o planes suicidas conmigo y con los médicos.
- Entregará todas las armas.
- Me dará las pastillas.
- Se abstendrá de beber o de consumir drogas recreativas.
- Pedirá consejo a su pastor, sacerdote, rabino, etc.
- Irá al hospital (si se requiere hospitalización).

Si mi pareja tiene ideas relacionadas con la posibilidad de infligirse daños, yo:

- Estaré con ella.
- Llamaré a los médicos para solicitar citas urgentes.
- Retiraré de casa las bebidas alcohólicas y las armas.
- Me apoderaré de todas las pastillas.
- La llevaré al hospital (si se requiere hospitalización).

Las firmas que siguen indican que aprobamos las condiciones establecidas en este contrato.

Firma del primer miembro de la pareja

Firma del segundo miembro de la pareja

Fuente: Cynthia G. Last, Cuando un ser querido es bipolar. Copyright 2009 de Cynthia G. Last

Preocupación

“¿Y si intenta infligirse daños?”.

Quisiera poder decirle que no tiene de qué preocuparse. Pero cuando ve a su pareja sumida en los abismos de la depresión, y sabe, por lo que leyó en el capítulo 2, que el índice de suicidios se incrementa de forma significativa con el trastorno bipolar, es

perfectamente comprensible que tenga miedo. Sin embargo, no debe vivir en un estado de terror (y, de hecho, eso sólo empeoraría su situación y la de su pareja). Tenga en cuenta que existe un riesgo, pero que, provisto de los conocimientos y recursos que ya ha adquirido, hará todo lo humanamente posible para minimizar el peligro:

- La mayor amenaza de suicidio se da en las personas que no están tratadas, se automedican con alcohol y tienen un historial de intentos de suicidio. Si su pareja respeta el tratamiento y se abstiene del alcohol, cuenta con dos factores de protección significativos, aunque no sean una garantía absoluta.
- La capacidad de identificar las “banderas rojas” del suicidio descritas en este capítulo –el pensamiento suicida y la conducta sospechosa– le librarán de la agonía de no saber si reacciona en exceso o si se queda corto. Si establece un contrato de prevención del suicidio y un plan de emergencia, estará preparado para actuar en cuanto advierta estos signos.
- Tiene profesionales a su alcance: la menor sospecha justifica una llamada inmediata al médico de su pareja. Si no puede localizar al médico y cree que su pareja está en peligro inminente, acuda con ella al servicio de urgencias. Si no le queda otro recurso, llame a la policía.

Si estos recordatorios no le hacen sentir que está lo más preparado posible para proteger a su pareja, le sugiero que se consulte con un profesional para evitar la ansiedad.

Enfado

“Si se hubiera cuidado más, no estaría así ahora”.

Su pareja no tiene la culpa de padecer un trastorno bipolar, que en gran medida es una enfermedad genética. Pero si usted está molesto porque cree que su pareja podría haber hecho algo más para evitar este episodio depresivo, intente recordar que la recurrencia del trastorno sólo es parcialmente controlable. Los episodios pueden reaparecer incluso con un estricto cumplimiento de la medicación y una gestión adecuada de todos los factores comentados en el capítulo 7 con respecto al estilo de vida. Por lo tanto, le animo a que apele a su capacidad de compasión.

En cambio, si su pareja no ha respetado el tratamiento, usted tiene motivos para enfadarse. Los actos de su pareja han repercutido gravemente no sólo en ella, sino también en usted y en la convivencia de ambos. Con todo, esta terrible experiencia puede enseñarles una lección.

Si su pareja ha reducido o interrumpido la medicación a causa de los efectos secundarios, tal vez es conveniente que su pareja y usted hablen con el médico sobre los medicamentos alternativos que no tengan esos efectos. Si la recurrencia guarda relación con una mala gestión del estrés, puede ser una advertencia de que ha llegado el momento (aunque no cuando su pareja se encuentre en el punto más grave de la depresión) de que su pareja o los dos desarrollen nuevos instrumentos para evitar el estrés, como técnicas de relajación, yoga y/o meditación (véase el apartado de Recursos al final de este libro), o introduzcan otros cambios en el estilo de vida.

Lo importante es mirar al futuro, a otros tiempos potencialmente mejores en los que puedan beneficiarse del conocimiento adquirido sobre este episodio y sobre lo que lo haya podido provocar.

Tristeza

“No soporto verlo así”.

Presenciar el sufrimiento de un ser querido es una experiencia angustiosa. Resulta duro ver el dolor de su pareja día tras día, semana tras semana, o incluso durante meses. Sobre todo si usted es una persona sensible y empática, hasta cierto punto sentirá que sufre en carne propia la terrible experiencia de su pareja.

Describir la experiencia mediante un diario ayuda a clarificar los sentimientos y a distanciarse de las emociones. También puede ser beneficioso hablar con otras personas que han pasado por lo mismo (de nuevo, un grupo de apoyo para usted) y/o con un profesional de la salud mental. Tenga en cuenta que una tristeza acusada y omnipresente puede indicar que usted también se ha deprimido. En ese caso, necesitará una intervención médica. Puede pedir cita con un médico (tal vez con el psiquiatra de su pareja, si a usted no le incomoda y si su pareja no tiene inconveniente). Y no olvide seguir las estrategias para la depresión –y para usted– presentadas en este capítulo.

Soledad

“Tengo la sensación de que vivo solo”.

Es muy típico de la depresión el apartarse de los demás, incluso de las relaciones primarias, y centrarse enteramente en uno mismo y en el dolor. Como me dijo la esposa de un paciente mío, “Aunque mi pareja esté físicamente presente, en lo mental y en lo emocional no lo está. Sigo teniendo marido, pero no una auténtica pareja. Me siento sola”.

Aunque puede llegar a sentirse muy solo como pareja de una persona deprimida, su

caso no es el único. Miles de cónyuges pasan por la misma experiencia que usted en este momento. Por ello resulta tan útil un grupo de apoyo. Es un lugar donde puede establecer vínculos con otras personas que experimentan los mismos sentimientos. También es importante permanecer conectado con los amigos y familiares. Aunque no sean un sustituto de su relación de pareja, y no entiendan lo que usted está pasando, su amor e interés le ayudarán a no sentirse tan solo.

Impotencia

“No sé cómo ayudarlo”.

Espero que las herramientas y estrategias presentadas en este capítulo hayan atenuado su sentimiento de impotencia. Con todo, si cree que debe hacer algo más porque su pareja no mejora, recuerde que, aun con toda la ayuda y la medicación adecuada, su pareja puede tardar varias semanas, o incluso meses, en recuperar el bienestar.

Yo me cuento entre los afortunados pacientes que se recuperan relativamente rápido, con una respuesta total a la medicación antidepresiva, por lo que nunca sufrí durante mucho tiempo seguido. Otros individuos no reaccionan de forma tan rápida o drástica, e incluso empeoran un poco hasta que la medicación, la terapia y las técnicas “antidepresivas” señaladas en este capítulo actúan y alivian paulatinamente el dolor. Por ello es importante detectar en su pareja posibles cambios anímicos y conductuales mientras recibe el tratamiento contra la depresión. El seguimiento anímico, comentado en el capítulo 7, es un instrumento útil para mantener esta perspectiva.

Insatisfacción sexual

“Hace meses que no hacemos el amor”.

Lo cierto es que la depresión y la falta de deseo sexual van de la mano. Por lo tanto, es muy improbable que su pareja quiera tener relaciones íntimas con usted durante una depresión severa. Usted no tiene la culpa (aunque se lo parezca), pues este proceso se debe a otros factores inherentes a la experiencia y el tratamiento del trastorno bipolar:

- Su pareja se siente físicamente poco atractiva (vieja, fea, gorda) y sexualmente indeseable.
- Su pareja se siente vulnerable o frágil y no puede asumir la intimidad en este momento.
- Su pareja ya no presta atención a su cuidado personal y no se siente cómoda en el ámbito sexual.

- Su pareja se retrae y quiere estar sola.
- Los efectos secundarios de la medicación disminuyen el deseo sexual o interfieren en la capacidad de tener erecciones/orgasmos.
- Su pareja está agotada y no tiene la energía necesaria para los esfuerzos que requiere el sexo.
- En este momento su pareja no siente placer con nada, incluido el sexo.

Si sus relaciones sexuales eran buenas antes de la depresión, nada impide que sigan siéndolo cuando su pareja se recupere. En este caso, el problema sexual que padecen su pareja y usted es un síntoma del trastorno bipolar (o de su tratamiento), no un síntoma de su relación. Pero si nunca han tenido relaciones sexuales satisfactorias, la situación requiere mayor atención. Cuando su pareja se recupere (*no* mientras esté deprimida), puede sacar el tema de la relación sexual preguntándole si le parece satisfactoria la vida sexual que llevan. Lo más probable es que, si usted no está satisfecho, su pareja tampoco lo esté. Si ambos se comprometen a mejorar la intimidad, pueden solicitar la ayuda de un profesional de la salud especializado en este ámbito.

Por lo general, los cónyuges de pacientes bipolares que he conocido se mostraban muy comprensivos con los impedimentos sexuales asociados a la depresión. Y lentamente lograban recuperar la vida romántica a medida que mejoraba el estado de su pareja, empezando, en muchos casos, con pequeñas muestras de afecto y un incremento paulatino del contacto.

Tanto en la manía como en la depresión, la detección de los primeros signos de advertencia y la rápida intervención pueden evitar en muchos casos que usted y su pareja sufran los peores efectos de los episodios plenos. Sin embargo, no siempre ocurre así. Si su pareja ha sucumbido a un episodio pleno de manía o depresión, al final tendrán que afrontar las secuelas. El último capítulo de este libro presenta sugerencias para tratar las consecuencias prácticas y emocionales de los episodios, para gestionar los continuos conflictos que surgen en una relación con un paciente bipolar, y para mantener su propia salud y felicidad en medio de todo este proceso.

CÓMO CUIDARSE Y CUIDAR LA RELACIÓN

Presenciar la recuperación de su pareja tras un episodio de manía o depresión es un gran alivio, como ver salir el sol después de un oscuro y destructivo temporal. Desafortunadamente, antes de que le dé tiempo a asimilar el cambio, tendrá que afrontar las secuelas de la enfermedad.

Las consecuencias de un episodio anímico pueden ser tan difíciles de tratar como el episodio en sí. Enmendar los daños causados puede absorberle toda la energía, y aunque sepa que la situación no es culpa de su pareja, sino una manifestación de la enfermedad, le costará no abrigar sentimientos negativos hacia ella.

Al final, para que sobreviva la relación, tendrá que superar esos sentimientos y olvidar el pasado; no sólo por el bien de su relación, sino por el suyo propio, es decir, por usted como individuo. No es sano dejarse llevar por la ansiedad, la ira, la tristeza u otros sentimientos negativos. Es importante esforzarse por mantener la relación, pero es asimismo importante, o incluso más, no extenuarse con la enfermedad de su pareja hasta tal punto que acabe perdiendo usted.

También deberá afrontar otros desafíos en su relación a causa del trastorno bipolar de su pareja, no sólo después de los episodios anímicos, sino de forma continua o intermitente a lo largo de la vida. Entre otras cosas, deberán tomar decisiones muy difíciles que afectan a su futuro, como la de tener o no tener hijos. Otros aspectos guardan relación con temas sensibles que les afectan a los dos, como intentar remediar una vida sexual insatisfactoria. Y otros se refieren a los roles poco beneficiosos para usted, su pareja o su relación. Le ayudaré a resolver todas estas cuestiones.

Si trabajan conjuntamente, creo que su pareja y usted lograrán superar los desafíos. Sin embargo, en caso de que la situación no mejore, se le planteará una difícil elección. Me referiré a esta disyuntiva —la de dejar o no la relación— en un apartado posterior de este capítulo. Por el momento, empecemos por ver lo que puede hacer para resolver los conflictos actuales.

Sobrevivir a las secuelas de un episodio anímico

“Voy a tener que declararme en quiebra. Mi mujer acumuló una deuda de más de 100.000 dólares cuando estaba maníaca, y no podemos recuperarnos económicamente. Estoy muy enfadado, aunque sé que no fue por culpa suya”.

Puede tardar meses, o incluso años, en solventar el desahogado financiero provocado por su pareja en el último episodio maníaco. Mientras trata de enmendar la situación, es posible que sienta rencor contra su pareja y tema la posibilidad de que se repita lo mismo en futuros períodos maníacos. Además del plan de tratamiento, algunas de las medidas que resalte en el capítulo 8 le ayudarán a evitar futuros problemas monetarios. Pero eso no atenúa sus sentimientos actuales.

Le resultará útil asistir a un grupo de apoyo (véase la página 353) para parejas de pacientes bipolares. Otros participantes habrán experimentado lo mismo que sufre usted ahora, y no sólo podrán comprenderle sino que le darán consejos económicos interesantes.

La terapia individual, de forma adicional o en sustitución del grupo de apoyo, le ayudará a superar los sentimientos actuales. En el centro de salud mental de su municipio le prestarán servicio a un precio acorde con las circunstancias económicas de las familias, de manera que es algo asequible para casi todo el mundo. Otra forma económica de obtener terapia es a través de una universidad que tenga un programa de licenciatura en psicología. Muchas veces tales programas disponen de instalaciones (clínicas o centros psicológicos) donde los alumnos de doctorado prestan servicio, bajo la supervisión de un profesional titulado de la salud mental, en el marco del proceso formativo.

“A mi marido le retiraron el permiso de conducir después de detenerlo cuando conducía borracho. Si no le devuelven el carné, no sé qué vamos a hacer. ¿Cómo va a ir a trabajar? ¿Tendré que llevarlo yo todos los días, o podrá ir en transporte público?”.

Es difícil establecer los límites respecto de lo que debe hacer usted por su pareja en una situación como ésta. Por un lado, no quiere rescatar a su pareja de las consecuencias de sus actos, pero por otro, tampoco quiere penalizarla por padecer una enfermedad psiquiátrica.

¿Qué molestias supone para usted llevar a su pareja al trabajo? ¿Le queda de camino, o incrementa de forma significativa la duración del trayecto? ¿Qué inconvenientes supondría para su pareja ir en transporte público? ¿Es complicado (requiere coger varios autobuses, trenes, metros o una combinación de diversos transportes), consume mucho

tiempo o supone algún otro inconveniente grave?

Otro factor que debe tener en cuenta es si la conducción bajo los efectos de alguna sustancia ha sido una conducta recurrente en su pareja, o si ésta fue la primera vez. ¿Cree que sería beneficioso —es decir, ayudaría a evitar futuros casos similares— que su pareja “sintiese” las consecuencias de sus actos? En caso afirmativo, y si decide no ayudar a su pareja, ¿qué efectos puede tener en su relación? ¿Está preparado para afrontar la ira o el resentimiento que probablemente va a sentir hacia usted?

Nadie puede responder a estas preguntas por usted. Sin embargo, le será de utilidad explorar algunos de los asuntos que he planteado antes de decidir lo que debe hacer.

“Durante el último episodio maniaco, mi mujer me engañó con un compañero de trabajo. Ahora me preocupa que siga en el mismo entorno con esa persona. ¿Y si vuelve a ponerse maniaca? ¿Será demasiado grande la tentación?”.

La infidelidad sexual es muy difícil de superar. No sólo cuesta asimilar la idea de que su pareja haya mantenido relaciones íntimas con otra persona, sino que resulta arduo vivir con la preocupación (como en el ejemplo anterior) de que vuelva a ocurrir lo mismo en el futuro.

La ayuda profesional puede servir para superar las ideas y los sentimientos sobre lo que ha hecho su pareja. Pero la mejor defensa para evitar que vuelva a ocurrir es el tratamiento adecuado y constante. Los consejos que presenté en el capítulo 8 para afrontar la manía también ayudan a reducir la probabilidad de que se produzca una conducta de alto riesgo como ésta.

En esta situación concreta, sería aconsejable hablar con su pareja sobre cómo se siente cerca de la persona con la que ha tenido una relación. ¿Fue sólo una aventura fugaz, sin consecuencias para ella? ¿O fue una relación auténtica, cuyos sentimientos aún perduran? Si siente algo por esa persona, ¿podría trabajar en otro departamento o en otra localidad, de forma que se limitase el contacto entre ambos? ¿La situación justifica que su pareja cambie de trabajo?

“Cuando mi mujer estaba deprimida, tuve que dejar a nuestra hija en casa de mis padres. Mi mujer no podía ocuparse de la niña, y yo tenía que ir a trabajar, así que no podía estar físicamente presente para protegerla. Ahora mi hija tiene problemas emocionales, ansiedad por la separación. ¿Le hemos causado daños permanentes en su salud mental?”.

Si su hijo muestra problemas emocionales o conductuales, lo mejor que puede hacer es solicitar a un profesional de la salud mental que evalúe su caso, preferentemente un

psiquiatra o psicólogo especializado en niños. El médico emitirá un diagnóstico y determinará si se requiere algún tratamiento. Por ejemplo, su hijo puede necesitar terapia individual, terapia de familia o una combinación de ambas, y/o, dependiendo de la naturaleza y la gravedad de los problemas, medicación.

Si no ha comentado la enfermedad de su pareja con su hijo, es necesario que lo haga (y, posiblemente, también el terapeuta del niño, si está a tratamiento). Comunique a sus pequeños, de un modo que sea apropiado para la edad y el nivel de madurez, que su pareja tiene una enfermedad que a veces le impide prestarles toda la atención y los cuidados que requieren y necesitan. No olvide señalar que no se trata de una enfermedad mortal, para evitar el miedo a la pérdida, lo que agravaría la ansiedad por la separación.

“Fue terrible ver a mi marido psicótico. Después de verlo tan descontrolado, ya no puedo mirarle con los mismos ojos, aunque esté mejor. No consigo quitarme de la cabeza las terribles imágenes que presencié. No puedo tener relaciones íntimas con él, aunque sé que no era culpa suya”.

Si en un episodio reciente de la enfermedad ha visto algún aspecto poco atractivo de su pareja, puede ser difícil de olvidar. Afortunadamente, el tiempo acaba borrando esos recuerdos. Otras vivencias con su pareja le ayudarán a pasar página.

Entretanto, puede plantearse la posibilidad de comentar con su pareja cómo se siente, sobre todo en lo que respecta a la reanudación del contacto físico. Intente ser sensible y comprensivo al tratar este tema. Por ejemplo, puede decir algo como: “Me cuesta tener contacto físico contigo ahora que ya no estás enfermo. Necesito un poco más de tiempo para acostumbrarme a que estás bien y sentirme otra vez cómodo cerca de ti”. Intente reanudar poco a poco la relación física, incrementando paulatinamente el contacto físico a medida que se sienta más a gusto con su pareja.

“Han pasado seis meses, pero todavía no consigo asimilar que mi mujer haya intentado quitarse la vida. ¿Y si lo intenta otra vez? ¿Y si lo consigue?”.

Es una trágica realidad que la conducta suicida anterior puede predecir una conducta suicida futura, de modo que la preocupación es hasta cierto punto apropiada después de un intento de suicidio. Sin embargo, no puede pasarse la vida angustiado, esperando lo peor.

La mejor defensa es prevenir que se repita una situación similar, impidiendo que se produzcan los episodios anímicos. Si su pareja sigue el plan de tratamiento, tiene muchas probabilidades de mantenerse bien. Aun así sería conveniente establecer un contrato para evitar el suicidio (véase el capítulo 9), por si su pareja empeora. También es importante

estar atento a las eventuales “banderas rojas” (de nuevo, véase el capítulo 9) que indican que su pareja puede infligirse daños. Por último, procure tener preparado un plan de emergencia donde se contemple a qué hospital puede acudir en caso de que usted (o una persona cualificada) crea que existe un riesgo de suicidio.

Otros desafíos para su relación

La decisión de tener hijos

Si su pareja enfermó después del inicio de la relación, o si la enfermedad ha empeorado con el tiempo, usted tendrá que aceptar las duras circunstancias que conlleva la nueva realidad de su futuro como pareja. Uno de los aspectos más difíciles, a mi modo de ver, es la posibilidad de no tener hijos.

La decisión de tener o no tener hijos puede llegar a ser muy dolorosa. Deben tomar en consideración múltiples factores, entre los que destaco los siguientes:

- ¿Cuál es la frecuencia y la gravedad de los episodios de su pareja? ¿Estará en condiciones de afrontar las necesidades físicas y emocionales que conlleva un hijo?
- ¿Podrá prescindir de la medicación (o reducirla) durante el embarazo (y, en caso necesario, durante la lactancia)?
- ¿Cuál es la carga genética del trastorno bipolar (se da en las dos ramas de la familia, en todos los parientes de primer grado, etc.)? ¿Cómo se sentirían si el hijo desarrollase la enfermedad?
- ¿A usted le molestaría asumir más responsabilidades en el cuidado del hijo, en caso de que la enfermedad de su pareja se agravase?
- ¿La enfermedad de su pareja puede ser de algún modo dañina –directa o indirectamente– para el hijo?
- ¿Cómo afrontaría la posibilidad de no tener hijos? ¿Tener un hijo es un requisito para permanecer en esta relación?

Como ya señalé en el capítulo 2, la decisión de no tener hijos es una de las cosas más difíciles que hemos hecho mi marido y yo. No estoy totalmente segura de haber tomado la decisión adecuada. Hay ocasiones en que lamento haber renunciado a la maternidad (aunque cada vez menos con el paso de los años). Afortunadamente hemos podido llevar una relación satisfactoria y una vida productiva. Decidan lo que decidan ustedes, les deseo sinceramente que alcancen el mismo grado de satisfacción.

Falta de intimidad física

En el capítulo 9 ya señalé que su pareja puede sufrir una disminución de la libido (véase la página 335). Alternativamente, a raíz del trastorno bipolar y/o de su tratamiento, hay muchos motivos para que usted pierda el deseo sexual por su pareja:

- Su pareja no se arregla tanto como antes.
- Ha engordado mucho a causa de la medicación.
- La enfermedad es un factor disuasorio.
- Su pareja tiene dificultades para alcanzar el orgasmo a causa de la medicación.
- A usted le cuesta ver a su pareja como una persona adulta; le parece más un niño.
- No confía en su pareja después de lo que hizo (sexualmente) cuando estaba maníaca.
- Los acercamientos sexuales que usted inicia son objeto de rechazo, por lo cual ha dejado de intentarlo.

Como sucede en todas las parejas, es lícito aspirar a una relación sexual satisfactoria. Si éste no es su caso, debe abordar la situación de una manera que no sea acusatoria y que no responsabilice del problema a su pareja.

Por ejemplo, si los problemas íntimos se deben a que su pareja mantuvo relaciones extramatrimoniales durante un episodio maníaco, usted puede decirle: “Me cuesta superar lo que hiciste la última vez que te pusiste maníaca. Lo estoy intentando, pero todavía no me siento a gusto en la intimidad contigo”. Después pueden avanzar paulatinamente hacia un mayor acercamiento, tal vez empezando por bañarse juntos o por darse masajes. Si le cuesta soportar este nivel de proximidad, puede solicitar ayuda externa para olvidar el pasado.

Si la medicación es lo que afecta a las relaciones íntimas con su pareja, los dos pueden consultar al médico si existen otros fármacos que no tengan los mismos efectos secundarios. Si la causa del problema es otra, es mejor tratarlo mediante una terapia individual o de pareja, o bien mediante una terapia sexual, o una combinación de estas estrategias, dependiendo de las características concretas de su situación.

Asumir el papel de cuidador

Es posible que su pareja no padeciese (o no supiera que padecía) un trastorno bipolar cuando se casaron. Iniciaron la relación como cualquier otra pareja, pero a medida que

su cónyuge ha desarrollado la enfermedad, usted ha acabado asumiendo un papel de cuidador.

Si cree que se ha convertido en el cuidador, plantéese las siguientes preguntas:

- ¿Es realmente necesario hacer tantas cosas por su pareja? ¿Hay algo de lo que ella pueda encargarse y que usted no le deje hacer?
- ¿Tiende a asumir este papel en las relaciones? En caso afirmativo, ¿qué aspecto de este papel le resulta satisfactorio? ¿Hay otras fórmulas para satisfacer esas necesidades, de modo más saludable para usted y para su relación?
- ¿Qué actos de su pareja suscitan en usted la conducta cuidadora? ¿Cómo puede responder a estas señales de una manera que no consista en asumir responsabilidades?
- Si su pareja requiere cierto grado de atención, ¿hay otros recursos (individuos, organizaciones, centros, etc.) que puedan ayudarle y aliviar su carga?
- ¿Cómo puede ayudar a su pareja a que sea más independiente? ¿Qué habilidades puede desarrollar ella para asumir más responsabilidades? ¿Cómo puede ayudarle usted en el desarrollo de dichas habilidades?
- ¿Qué hace usted para ocuparse de sus propias necesidades (véanse las páginas 351 a 353)?

Si su pareja está muy enferma en algunas ocasiones, usted tendrá que asumir el papel de cuidador durante esos períodos. Pero no conviene prolongar este grado de asistencia más de lo necesario. Dicho de otro modo, hay que saber retirarse a tiempo. En caso contrario, puede acabar “inutilizando” a su pareja, induciéndola a depender de usted hasta un punto en que no pueda valerse por sí misma.

Es más, si adopta continuamente el papel de cuidador, acabará sufriendo el inevitable agotamiento físico y psicológico que supone un esfuerzo demasiado intenso y prolongado, y entonces ya no estará en condiciones de ayudar a su pareja.

¿Cómo se sabe cuándo está a punto de tocar fondo? Si se cuida y se plantea periódicamente las siguientes preguntas, sabrá en qué momento se está agotando y debe tomar medidas para evitarlo:

- ¿Tiene dificultades para dormir? ¿Le cuesta conciliar el sueño, no duerme bien, se despierta varias veces por la noche, o antes de lo necesario por la mañana?
- ¿Está cansado gran parte del tiempo, aunque duerma lo suficiente?

- ¿Está más irritable de lo normal? ¿Le molestan más que de costumbre las cosas pequeñas e insignificantes?
- ¿Tiene síntomas físicos de estrés (dolor de cabeza, dolor de estómago o de espalda)?
- ¿Se siente triste o deprimido? ¿No le ilusionan las cosas que normalmente le animaban?
- ¿Tiene lapsos de memoria o confusión mental? ¿Se le queda en blanco la mente a menudo?
- ¿Se siente abrumado por la ansiedad? ¿Está tenso o nervioso gran parte del tiempo, o tiene ataques de pánico?
- ¿Recorre a la comida/el alcohol/la cafeína/el tabaco para aliviar el estrés?

Si responde afirmativamente a una o más de estas preguntas, empiezan a presentarse algunos síntomas de que está asumiendo demasiadas responsabilidades. Debe relajarse y dedicarse tiempo a sí mismo, un tema que abordaré más adelante.

Cómo abordar el incumplimiento recurrente del tratamiento

¿Su pareja recae a menudo en la enfermedad porque reduce o interrumpe con frecuencia la medicación? ¿Ha tratado con ella este tema, pero no ha servido de nada?

El incumplimiento de la medicación, como he señalado anteriormente, es un problema común en los pacientes bipolares. Si este incumplimiento se debe a los efectos secundarios de los medicamentos, su pareja debe pedirle al médico otro tratamiento alternativo. Si la causa guarda relación con otro aspecto –por ejemplo, la negación de la enfermedad o el deseo de tener episodios maníacos/hipomaníacos–, entonces no le queda otra opción que dar un ultimátum a su pareja (véase el capítulo 6).

No se puede tener una relación importante con una persona que está maníaca o depresiva gran parte del tiempo. No es justo para usted, ni tampoco es conveniente para su pareja. A veces un planteamiento duro es lo único que surte efecto. Y si no es así, desafortunadamente usted se verá obligado a sopesar la viabilidad de la relación, como veremos más adelante en este capítulo.

Cómo soportar los improperios

Los pacientes bipolares pueden ser muy inestables en el plano emocional, incluso en situaciones normales (y mucho más cuando se encuentran en un episodio anímico), principalmente si no se medican o si lo hacen de forma inadecuada. Cuesta mantener un sentimiento de amor por una persona que se vuelve contra uno en cualquier momento.

Por supuesto, el problema se atenúa si usted procura que su pareja respete el tratamiento. El resto depende de ella.

Los pacientes bipolares suelen ser selectivos en sus ataques verbales. Pueden controlar esta conducta en algunas situaciones donde podrían suponer un problema grave, como sucede en el entorno laboral. Si su pareja puede controlarse con otras personas, en teoría debería ser capaz de controlarse también con usted. Es necesario que le llame la atención cuando le falte al respeto. Por ejemplo, puede decirle algo así: “No voy a permitirte nunca más que me hables de esta manera”. Si los improperios continúan, salga de la habitación. De este modo defenderá firmemente su posición.

También conviene recordar que, cuando su pareja le insulta, no es ella quien habla, sino la enfermedad. Por supuesto, es más fácil decirlo que hacerlo. Si usted no lo consigue y sufre a menudo los comentarios negativos o desagradables de su pareja contra usted o contra la relación, deberá tomar decisiones muy difíciles. Todos tenemos un límite en cuanto a lo que podemos aceptar en una relación, y usted debe saber establecerlo. Puede darle a su pareja un ultimátum. A veces es una motivación eficaz para cambiar las cosas.

Atender sus propias necesidades

No es extraño que los psicólogos (como yo) preguntemos a la gente si se ocupa de sus necesidades. Creo que muchas personas están tan ocupadas con la vida cotidiana que no dedican mucho tiempo a reflexionar sobre cuáles son sus necesidades. Por ello inicio este apartado pidiéndole que piense sobre lo que es más importante para su felicidad y su bienestar.

Observe la lista de abajo. Después de revisarla, indique al final de la página cualquier otra necesidad que sea importante para usted. Luego priorice la lista, asignando un valor numérico a cada elemento, utilizando el “1” para indicar su necesidad más importante, el “2” para el segundo aspecto más importante, y así sucesivamente, hasta que haya puntuado todos los elementos.

¿Cuáles son mis necesidades?

Ordene la siguiente lista de necesidades, puntuando con un “1” la necesidad más importante, con un “2” el segundo elemento más importante, y así sucesivamente, hasta el “10”, que se reservará para el elemento de menor relevancia para usted.

Estar en buena forma física.

Sentirme conectado con otras personas y contar con su apoyo.

Tener una conexión espiritual.
Cultivar mis intereses y aficiones.
Estar estimulado en el plano intelectual.
Ser productivo en casa, en los estudios, en el trabajo.
Sentirme querido.
Tener una vida sexual satisfactoria.
Darme a los demás.
Ocuparme de mi aspecto físico.

Fuente: Cynthia G. Last, *Cuando un ser querido es bipolar*. Copyright 2009 de Cynthia G. Last.

Ahora que ha identificado las necesidades más importantes para usted, tómese el tiempo necesario para pensar si se cumplen, empezando por aquella a que la que ha concedido mayor relevancia (“1”). Por ejemplo, si su necesidad número uno es darse a los demás, ¿cree que esta necesidad se cumple plenamente (o al menos lo suficiente)? ¿Acaso se da a su pareja, a sus amigos, a su familia, pero cree que alcanzaría una mayor satisfacción si contribuyese más al bienestar de la comunidad o de una organización que sea importante para usted? O bien, tomando otro ejemplo, si una de las necesidades que ocupan los primeros puestos en su lista es estar estimulado en el plano intelectual, ¿qué actividades desarrolla que desafíen su intelecto? Si la conexión espiritual es una prioridad, ¿satisface esta necesidad? ¿Está satisfecho con su lugar de culto (si participa en una religión organizada), o debería explorar otros que sean más adecuados para usted? Si siente que tiene carencias significativas en el ámbito de la espiritualidad, pero quisiera solventarlo, ¿qué pasos puede tomar para aproximarse a este objetivo?

Si su respuesta al ejercicio anterior es “No tengo tiempo para centrarme en mis necesidades, pues las exigencias de mi pareja ocupan todo mi tiempo”, entonces usted es una de las personas para las que está diseñada esta actividad. Responda a esta pregunta: “¿Estoy totalmente contento y satisfecho en mi vida?”. Si su respuesta es “sí”, entonces continúe y sáltese el ejercicio, pero si su respuesta es “no”, le sugiero que dedique algo de tiempo a revisar los asuntos que se plantean aquí.

Una de mis necesidades importantes es:

En qué medida atiando actualmente esta necesidad:

Otras cosas que podría hacer para atender esta necesidad:

Fuente: Cynthia G. Last, *Cuando un ser querido es bipolar*. Copyright 2009 de Cynthia G. Last.

Una de mis necesidades principales es ser productiva. Aunque el trabajo es una gran fuente de satisfacción para mí –darme, mejorar la salud de los demás, incrementar mi autoestima demostrando mi valía, aportar estimulación intelectual–, por sí solo no “produce” nada. Ése es uno de los motivos por los que me resulta tan gratificante escribir libros, una actividad que convierte mis esfuerzos en productos finales y tangibles.

Usted también necesita apoyo

En mi ejercicio profesional, a menudo he observado que las parejas de los pacientes bipolares necesitan tanto apoyo como los enfermos con quienes conviven, o incluso más. Sin embargo, lo que varía de una persona a otra es el tipo de apoyo emocional. A algunas les resulta útil tener a alguien que les *escuche*. Aunque yo no soy una terapeuta de orientación psicoanalista, sé por experiencia que en muchos casos la expresión de las emociones intensas contribuye a atenuarlas (“catarsis”), haciéndolas más manejables.

Otros agradecen que les ayuden en la *resolución de los problemas* que surjan. Los miembros del círculo más íntimo –el grupo de personas con cuyo apoyo se puede contar– pueden aportar una perspectiva nueva sobre una situación con la que usted lleva tiempo luchando, o pueden tener en este momento mejores aptitudes que usted para resolver problemas (véase el capítulo 7 en lo que respecta a la resolución de problemas).

Algunas personas se benefician más de los *recursos* que les ofrecen los demás. Tener un amigo que traiga un guiso (para que usted no tenga que cocinar) un día de mucho estrés es como un salvavidas. O si su pareja está muy enferma y no debe quedarse sola, algunos miembros de su círculo más íntimo quizás estén dispuestos a sustituirle cuando necesite un descanso.

Hasta cierto punto, el grado de apoyo emocional que usted necesite dependerá de la evolución de la enfermedad de su pareja. Si ésta tiene síntomas gran parte del tiempo, sufre episodios anímicos muy severos o ve muy mermada su funcionalidad, usted probablemente necesitará más apoyo que una persona casada con un individuo que sufre un trastorno bipolar mucho más leve.

¿A quién puede recurrir?

¿A quién puede recurrir? ¿Cómo puede saber quién será comprensivo, quién le tranquilizará y le brindará su apoyo, y quién se mostrará negativo y poco dispuesto a ayudar, tal vez incluso hiriente, cuando le cuente lo que le ocurre a su pareja?

Tal vez suponga que las personas que le quieren serán capaces de aportarle el apoyo y el consuelo que necesita. Sin embargo, debo decirle que no siempre es el caso. Algunas

personas no tienen una mentalidad psicológica, a otras les incomoda enfrentarse al dolor emocional de los demás, y otras –por algún motivo– carecen del tiempo necesario para dedicarlo a ofrecer apoyo (véase la tabla reproducida más abajo).

Con el fin de evaluar la capacidad de una persona de ofrecer apoyo, es mejor empezar por ponerla a prueba contándole una pequeña parte del problema. Empiece por los amigos o los familiares que le parezcan buenas fuentes de apoyo; por ejemplo, personas a las que haya visto preocuparse por los demás (en otros casos) o que hayan sufrido problemas de salud mental en carne propia o en su familia. Ahora bien, tenga en cuenta que las mejores personas a las que puede recurrir no son necesariamente las más próximas a usted o a su pareja. No caiga en la trampa de “pero es su madre/padre/hermano/hermana/mejor amigo/mejor amiga”. El hecho de que alguien sienta afecto por su pareja (o por usted) no significa necesariamente que sea un buen apoyo.

Si, después de confiar en alguien, observa que la respuesta (o la falta de respuesta) le deja aún peor que antes, interprételo como un signo de que probablemente no es la persona idónea. No siga esperando que atienda sus necesidades un individuo que, como apuntan todos los indicios, no es capaz de hacerlo; acabará decepcionándole en múltiples ocasiones.

Como he señalado en otros capítulos, existen otras vías para obtener el apoyo necesario fuera del círculo de amigos y familiares. Hay grupos de apoyo para las personas que conviven con pacientes bipolares. Allí encontrará una válvula de escape para expresar sus experiencias (y aprender de las de los demás). No obstante, tenga en cuenta que existen muy diversos grados de gravedad en el trastorno bipolar, como ya he señalado anteriormente en este libro. Si observa que no se puede relacionar con los miembros de un determinado grupo de apoyo porque sus circunstancias son muy distintas de las suyas, busque otro grupo que satisfaga mejor sus necesidades. Si no logra encontrar ningún grupo de apoyo, puede asistir a un grupo de cuidadores. Aunque las enfermedades que atiendan los participantes sean distintas, los desafíos pueden ser similares.

Las personas a las que no debe recurrir

“Los descreídos”

“Eso del trastorno maníaco-depresivo es un cuento chino”.

“No creo en los psiquiatras ni en los psicólogos”.

“Las personas que tienen trastornos psiquiátricos son débiles”.

“Los adivinos”

“Nunca se va a recuperar”.

“El suicidio es un pecado; irá al infierno”.

“Esa medicación no va a funcionar”.

“Los que eluden el problema”

“Mejor cambiemos de tema”.

“¿Y por qué no te separas?”.

“Iré a visitarlos cuando ya se encuentre mejor”.

También puede entablar relación con otras parejas de pacientes bipolares a través de Internet. En muchos sitios web sobre el trastorno bipolar (véase el apartado de Recursos) existen foros que permiten la comunicación entre los usuarios (pacientes bipolares o sus parejas). Ésta puede ser una opción interesante si reside lejos del lugar donde se encuentra el grupo más cercano.

Su lugar de culto –el clero y/o los feligreses– puede ser otro recurso. No dé por sentado que, por el simple hecho de compartir la misma fe o asistir a la misma iglesia o sinagoga, estos individuos serán comprensivos con su situación. Tantee su carácter tal como le he recomendado con los amigos y familiares.

Plantéese la posibilidad de consultarse con un profesional de la salud mental. No sólo será una persona formada para tratar problemas como los que usted padece, sino que además con ella no tendrá que preocuparse por la posibilidad de “ser una carga” o “abrumarla” con su situación (como sucede con los amigos o los familiares). Debo señalar la importancia de no sobrecargar a una sola persona (salvo a los profesionales de la salud mental) con su necesidad de apoyo. Si es posible, es mejor contar con el apoyo de varios individuos, de forma que ninguno acabe tan agotado como usted.

Cómo cuidarse

Comprendo que algunos lectores de este libro no quieran recurrir a otras personas para contarles sus problemas. Aunque considero que es beneficioso abrirse a los demás, a algunos individuos les resulta “poco natural” o “indecoroso”. Si usted se cuenta entre ellos, tal vez prefiera aportarse el “apoyo” necesario mediante diversas técnicas “antiestrés”.

La siguiente lista es sólo una muestra de los tipos de actividades que puede desarrollar para tranquilizarse y reponer sus recursos personales:

Actividad física (ejercicio; deportes).

Vida social con amigos.

Ejercicios de relajación.

Escuchar música.

Yoga.

Meditación.
Cultivo de alguna afición.
Aromaterapia.
Un baño o ducha caliente.
Leer un buen libro.
Darse un masaje.

Esta lista puede parecer simplista, si se encuentra abrumado por la convivencia con una persona que padece un trastorno bipolar. No pretendo afirmar que darse un baño caliente sea la panacea para el estrés permanente de su vida. Tampoco digo que, si está sumido en la tristeza por ver la lucha de su pareja, o frustrado a causa de las dificultades que conlleva su relación, vaya a cambiar su panorama si se toma un café con un amigo. Lo que intento decir es que estas pequeñas cosas, si se incorporan a su vida de forma regular, pueden aliviar un poco el nivel de estrés crónico que padece. Espero que empiece a prestar atención a su propio bienestar diario y tome medidas para cuidarse, aunque sea en pequeñas dosis.

A lo mejor no dispone de una hora y media para ir al gimnasio a diario, pero puede dar un paseo rápido de veinte minutos por el parque. La actividad física de cualquier tipo, en cualquier grado –ejercicio, deportes, etc.–, puede reducir la ansiedad y mejorar el estado de ánimo. El ejercicio regular le ayudará a dormir mejor y a sentirse más fuerte. Es posible que la construcción de maquetas o la elaboración de álbumes de recortes le parezcan cosas triviales, en comparación con los desafíos que debe afrontar constantemente. Pero el cultivo de las actividades que le gustan –sus aficiones o intereses– puede ser muy rejuvenecedor, y dedicar cierta cantidad de tiempo semanal a estas tareas es como ingresar dinero en el banco, en forma de energía y actitud positiva. Es posible que nunca se haya planteado hacer yoga o meditación. No obstante, si lo intenta, descubrirá que los ejercicios de relajación, el yoga y la meditación pueden reducir la ansiedad e incrementar la capacidad de afrontar el estrés. Algunos de los puntos incluidos en la lista puede incorporarlos a su vida cotidiana, mientras que a otros puede recurrir ocasionalmente, cuando surja la necesidad.

El espacio de este libro no me permite entrar en detalles sobre ninguna de estas técnicas y sus beneficios, pero existen muchas fuentes de información a las que puede recurrir; he mencionado algunas en el apartado de Recursos.

Cuando ya no puede más

“A veces siento que no puedo seguir así. Sé que estoy comprometido con esa persona, pero no creo que sea justo para mí pasarme el resto de la vida de esta manera. Pero luego pienso: “Ella no quiere estar así”, y me siento culpable por haberme planteado la posibilidad de separarme. Al fin y al cabo, ¿qué haría ella sin mí? ¿Quién se ocuparía de cuidarla?”.

Al estar casado con un paciente bipolar, habrá momentos en que se pregunte si estaría mejor separado. Las relaciones son difíciles, incluso para las parejas que no sufren problemas de salud mental; el trastorno bipolar incrementa el nivel de dificultad, sobre todo si no se trata o si se trata de forma inadecuada.

¿Es usted esencialmente feliz? Si no lo es, ¿cree que una parte importante de su descontento se debe a los problemas derivados de su relación? ¿Cuáles son los problemas de su relación? ¿El cambio le parece probable? ¿Cuánto tiempo está dispuesto a esperar el cambio (6 meses, 1 año, 5 años, toda una vida)? A veces conviene plantearse preguntas duras como éstas. Aunque sea difícil afrontar la verdad, nada cambiará si no empieza por reconocer lo que está mal.

Hace varios años que Patsy y Fernando no tienen relaciones sexuales. Al principio Patsy atribuía la culpa a su depresión. Pero la depresión acabó hace casi dos años, y ella aún sigue aduciendo excusas para eludir el contacto íntimo con su marido. Fernando ha planteado a Patsy la posibilidad de asistir juntos a un terapeuta especializado en este problema, pero Patsy se niega. Dice: “Es que el sexo ya no es importante para mí”.

Es posible que la disminución del interés sexual sea un efecto secundario de la medicación. Si Patsy y su marido lograsen asociar el comienzo del problema con la incorporación de un determinado fármaco al tratamiento, podrían identificar el medicamento causante de la falta de apetito sexual. Y Patsy podría plantear al médico la posibilidad de sustituirlo por otro fármaco que no tenga esos efectos secundarios.

Ahora bien, ¿y si la falta de deseo de Patsy no es un efecto secundario de la medicación, sino que tiene raíces más profundas que no está dispuesta a ver ni tratar? ¿Fernando acepta la falta de vida sexual con su pareja? ¿Recorre a las relaciones extraconyugales para satisfacer sus necesidades? ¿O debe separarse de su mujer?

¿Qué carencias tiene nuestra relación (por ejemplo, compañerismo; vida sexual satisfactoria; amor; afecto; estimulación intelectual; alegría y risa; sensación de estabilidad)?

¿Qué aspectos de los mencionados en el apartado anterior deben cambiar para que yo permanezca en esta relación?

¿Qué puedo hacer para favorecer esos cambios? (*Mencione las cosas concretas que puede hacer*).

¿Qué puede hacer mi pareja para favorecer dichos cambios? (*Mencione las cosas concretas que puede hacer su pareja*).

Fuente: Cynthia G. Last, *Cuando un ser querido es bipolar*. Copyright 2009 de Cynthia G. Last.

Al igual que Fernando, Matt se plantea cuestiones difíciles. Simone desarrolló un trastorno bipolar de ciclo rápido el año pasado, unos seis meses después del compromiso. El problema es que ella se niega a tratarse la enfermedad o tomar medidas para estabilizar sus oscilaciones anímicas. ¿Matt seguirá adelante con la boda? ¿Qué probabilidades tiene Simone de “tomar conciencia” del problema y poner los medios necesarios para cuidar su salud mental? ¿Es un riesgo excesivo?

Los amigos y parientes de Matt tienen opiniones distintas sobre lo que debe hacer. Algunos le sugieren que “deje la relación” mientras esté a tiempo. Otros restan importancia a la situación, y le dicen que el trastorno bipolar “no es para tanto” y que no debería influir en su decisión. En última instancia, Matt debe seguir el dictado de su corazón y su conciencia. Debe ser honesto consigo mismo sobre sus capacidades. Tiene que evaluar si podrá, llegado el caso, desempeñar un papel de cuidador, y si es el tipo de persona que puede ofrecer apoyo sin rendirse. Cuando se plantea estas preguntas, y evalúa sus sentimientos por su pareja, decide seguir adelante con la boda. Pero quiere que Simone también ponga algo de su parte, así que le da un ultimátum: se pospondrá la boda hasta que ella se trate la enfermedad (véase el capítulo 5 sobre cómo dar un ultimátum).

Es posible que usted, como la persona a la que me referí al comienzo de este apartado, quiera poner fin a su relación pero piense que no tiene elección, que está “atrapado” porque su pareja está enferma y depende de usted, y no existe ninguna otra persona que pueda asumir esta responsabilidad. Sin embargo, hay otras opciones. Si su pareja no puede vivir sola, tal vez haya familiares que puedan intervenir. Si no es el caso, existen otras fórmulas de vida alternativas (centros de residencia “transitorios”) para las personas con enfermedades mentales crónicas que no pueden vivir totalmente solas.

Aunque le resulte posible separarse, acaso crea que no puede hacerlo porque se sentiría culpable. Tal vez piensa: “¿Qué clase de persona abandonaría a su pareja enferma?”. Cuando se casó, prometió serle fiel “en las alegrías y en las penas, en la salud y en la enfermedad”. Quiere cumplir su promesa, pero ¿qué precio está dispuesto a pagar? Si su pareja no ha cambiado, y usted prevé que es improbable que cambie en el

futuro, ¿está dispuesto a dedicarle el resto de su vida? ¿Dónde queda usted? ¿Y sus deseos y necesidades?

Me gustaría ayudarle más, pero desconozco su situación concreta. Y aunque conociese bien su caso, no podría decidir por usted. Sólo usted puede tomar la decisión mediante un proceso introspectivo propio. También puede hablar con alguna persona en la que haya confiado en otras situaciones difíciles: algún amigo o familiar, o un profesional de la salud mental. No para preguntarle lo que debe hacer, sino para que le escuche y haga de caja de resonancia. A veces, al expresar en voz alta los pensamientos, uno percibe con claridad lo que debe o no debe hacer.

Si cree que ha llegado al final del camino en su relación, después de haberlo intentado todo para salvarla, no se culpe por tomar la decisión de separarse. Tenga presente que ha hecho cuanto estaba en su mano. Nadie se puede exigir más.

Nota final

Una pregunta fundamental que plantean los psicólogos al evaluar la felicidad de las personas en su matrimonio es la siguiente: “Si pudiera volver atrás, sabiendo lo que ahora sabe, ¿se casaría con la misma persona?”. Si la respuesta es “no”, es un indicador evidente de insatisfacción, mientras que una respuesta afirmativa significa que la persona lleva una vida matrimonial satisfactoria.

Así pues, mientras redactaba este capítulo, decidí plantearle esa pregunta a mi marido, precedida de la siguiente advertencia: “Sé lo difícil que ha sido para ti la convivencia con una paciente bipolar, así que entenderé que me respondas que no”. Pero la velocidad y la firmeza de la respuesta de mi marido (afirmativa, por cierto) fueron asombrosas. Ni siquiera tuvo que pensárselo. A pesar de todo lo que habíamos sufrido durante las dos últimas décadas, estaba seguro de que volvería a elegirme como pareja estable.

A decir verdad, si yo estuviera en su situación, no sé si hubiera respondido de la misma manera. No sé si podría asumir los desafíos que conlleva la convivencia con un cónyuge bipolar. Pero no soy mi marido. Yo me esfuerzo por equilibrar las cosas en mi vida, mientras que a mi marido, que por naturaleza es muy estable, le gusta que las cosas estén un poco revueltas. En ese sentido, nos complementamos. A él le gustan los aspectos espontáneos, ingeniosos, creativos, apasionados y entusiastas de mi personalidad, mientras que yo valoro su perseverancia y, sí, su predictibilidad.

Por las muchas parejas de pacientes bipolares que he conocido en mi ejercicio profesional, sé que muchos lectores de este libro serán como mi marido. Si tuvieran la

oportunidad, volverían a elegir a la misma persona como pareja. Y eso es porque, aunque el trastorno bipolar plantea muchos obstáculos, su pareja tiene cualidades especiales, las cualidades que le llevaron a enamorarse de ella.

En los momentos duros, recuerde esas cualidades. Y en los momentos no tan duros, disfruten de la vida juntos. Ambos se han esforzado en mantener a raya la bestia bipolar. Disfruten del éxito. Los dos lo merecen.

RECURSOS

Selección de libros sobre el trastorno bipolar

- Duke, P. y Turan, K. (1987), *Call me Anna*, Nueva York, Bantam Books.
- Fieve, R. R. (1997), *Moodswing*, Nueva York, Bantam Books (trad. cast. *El humor alternante*, Barcelona, Grijalbo, 1977).
- González Isasi, Ana (2011), *Trastorno bipolar: el enemigo invisible*, Bilbao, Desclee De Brouwer.
- Goodwin, R. K. y Jamison, K. R. (2007), *Manic-depressive illness*, Nueva York, Oxford University Press.
- Holloway, A. A. (2006), *The bipolar bear family: When a parent has bipolar disorder*, Nueva York, Authorhouse.
- Jamison, K. R. (1995), *An unquiet mind*, Nueva York, Knopf (trad. cast. *Una mente inquieta: testimonios sobre afectos y locura*, Barcelona, Tusquets, 1996).
- Miklowitz, D. J. (2002), *The bipolar disorder survival guide*. Nueva York, Guilford Press (trad. cast. *El trastorno bipolar: una guía práctica para familias y pacientes*, Barcelona, Paidós, 2004).
- Mondimore, F. M. (1999), *Bipolar disorder: a guide for patients and families*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Sutherland, S. (1998), *Breakdown*, Nueva York, Oxford University Press.
- Torrey, E. F. y Knable, M. B. (2002), *Surviving manic-depression*, Nueva York, Basic Books.

Libros que ofrecen ayuda con problemas afines

Libros de relajación

- Barlow, D. H. y Craske, M. G. (2006), *Mastery of your anxiety and panic: Workbook*, Nueva York, Oxford University Press.
- Bourne, E. J. (2005), *The anxiety and phobia workbook*, Oakland, CA, New Harbinger.
- Davis, M., Eshelman, E. R., y McKay, M. (2008), *The relaxation and stress reduction workbook*, Oakland, CA, New Harbinger.

Cómo cambiar los pensamientos y creencias inútiles

- Beck, A. T. (1988), *Love is never enough: How couples can overcome misunderstandings, resolve conflicts, and solve relationship problems through cognitive therapy*, Nueva York, HarperCollins.
- Burns, D. D. (1999), *Feeling good: The new mood therapy*, Nueva York, Avon Books.
- Craske, M. G. y Barlow, D. H. (2006), *Mastery of your anxiety and worry: Workbook*, Nueva York, Oxford University Press.
- McKay, M. y Fanning, P. (2000), *Self-esteem: A proven program of cognitive techniques for assessing, improving, and maintaining your self-esteem*, Oakland, CA, New Harbinger.

Meditación

- Davich, V. (2004), *8 minute meditation: Change your mind, change your life*, Nueva York, Penguin Books.
- Gunaratana, B. H. (2002), *Mindfulness in plain English*, Somerville, MA, Wisdom.

Kabat-Zinn, J. (1994), *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*, Nueva York, Hyperion.

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z. y Kabat-Zinn, J. (2007), *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*, Nueva York, Guilford Press.

Recursos de Internet

<http://asociacionbipolar-demadrid.com>

<http://asociacionbipolar-demadrid.com/Web/Asociaciones-y-Federaciones.html>

<http://www.bipolarweb.com/asoc.htm>

<http://www.avtbipolar.org>

<http://www.atbar.es>

<http://www.mundobipolar.org>

About.Com: Bipolar Disorder

www.bipolar.about.com

Este sitio web contiene mucha información sobre la enfermedad, así como tres “tableros de anuncios” para que los usuarios se comuniquen en relación con determinados temas relevantes para el trastorno bipolar.

Bipolar Disorder Web

www.bipolardisorderweb.com

Además de la información habitual sobre el trastorno bipolar, este sitio contiene numerosos comentarios escritos por las parejas de pacientes bipolares sobre los problemas de relación.

Bipolar Meetup Groups

www.bipolar.meetup.com

Esta página web es un espacio donde los pacientes bipolares pueden localizar grupos “de encuentro” cerca de su lugar de residencia para conversar, informarse y recibir apoyo. Actualmente hay grupos en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Irlanda

Bipolar News. Org

www.bipolarnews.org

Este sitio contiene las últimas noticias sobre las investigaciones en materia de trastorno bipolar (y sobre la depresión severa). Incluye resúmenes de los artículos científicos más recientes. Es un recurso increíblemente valioso para las personas que quieren estar al día sobre lo que sucede en este ámbito.

Bipolar Support Org

www.bipolarsupport.org

La finalidad de este sitio web es aportar información y ofrecer apoyo, no sólo a los pacientes bipolares, sino a sus familiares, parejas y amigos. Incluye muchos foros chats de apoyo; en conjunto, crea un entorno comunitario virtual.

Bipolar World

www.bipolarworld.net

Según se afirma en la declaración de intenciones, el objetivo principal de este sitio web es aportar un entorno seguro e interactivo de autoayuda donde los pacientes bipolares puedan conocerse, compartir y ayudarse. El sitio web incluye también muchos materiales dirigidos a las parejas de los pacientes.

Bipolar 4 All

www.bipolar4all.co.uk

Esta página británica se describe como un lugar seguro para cualquier persona (incluidos los familiares y amigos)

afectada por el trastorno bipolar. Ofrece información y apoyo, así como algunos enlaces útiles para los cuidadores.

Fyreniyce

www.members.iinet.net.au/~fractal1

Al entrar en Fyreniyce, el principal sitio web australiano sobre el trastorno bipolar, sorprende de inmediato su “provocación” visual. Una vez superada esta impresión inicial, el sitio contiene mucha información útil presentada de manera amena, un grupo de apoyo a través de correo electrónico y un grupo de apoyo en tiempo real.

Harbor of Refuge Organization, Inc.

www.harbor-of-refuge.org

Este sitio ofrece apoyo de particular a particular para pacientes bipolares y sus cuidadores (familiares, amigos). En este momento existen diversos debates programados, donde se abordan asuntos referidos a la familia y la relación. Este sitio suscita una sensación muy familiar y comunitaria.

Living Bipolar

www.livingbipolar.co.nz

La finalidad de este sitio web neozelandés es aportar información actualizada y apoyo a las 20.000 personas que padecen trastorno bipolar en ese país, así como sensibilizar a la población en general sobre esta enfermedad.

McMan’s Depression and Bipolar Web

www.mcmanweb.com

Éste es un sitio web muy elaborado e informativo, desarrollado por el hombre que está detrás del conocido boletín sobre el trastorno bipolar (aquí puede inscribirse para recibir el boletín).

Pendulum Resources

www.pendulum.org

Desde 1994 *pendulum.org* es el principal recurso de Internet para la información bipolar. Si entra a verlo, comprenderá por qué. Es extraordinariamente exhaustivo. Incluye información que no figura en la mayor parte de las páginas web sobre este tema (libros recientes; próximos congresos; últimas noticias).

Organizaciones

Estados Unidos

Child and Adolescent Bipolar Foundation

www.bpkids.org

Esta fundación es una entidad virtual sin fines lucrativos, dirigida por padres y formada por familias donde hay niños y adolescentes que padecen o tienen riesgo de sufrir un trastorno bipolar. Para beneficiarse de los servicios de esta organización hay que asociarse —como “familiar” o como “profesional”— y hacer una pequeña donación. Entre sus rasgos útiles se cuentan los grupos de apoyo online para padres y un listado de médicos donde constan los socios profesionales de la organización, clasificados por estado/provincia.

Depression and Bipolar Support Alliance

www.dbsalliance.org

El objetivo de la alianza es mejorar la vida de las personas que conviven con la depresión y el trastorno bipolar. Entre las actividades de la organización se cuentan los grupos de apoyo entre particulares, una página web interactiva, los folletos educativos y los programas de asistencia y formación. Uno de los rasgos interesantes de este sitio web (entre muchos otros) es la inclusión de datos sobre las pruebas clínicas actuales empleadas para el trastorno bipolar.

International Society for Bipolar Disorders

www.isbd.org

El objetivo de la ISBD es impulsar el conocimiento del trastorno bipolar en la sociedad en general, entre los profesionales de la salud mental, y fomentar la investigación científica sobre el trastorno, incluida la colaboración de investigadores internacionales. La revista oficial de la sociedad es *Bipolar Disorders—An International Journal of Psychiatry and Neurosciences*.

National Alliance for Mental Illness

www.nami.org

La NAMI es la organización estadounidense más importante para personas con enfermedades mentales y para sus familias. Su objetivo es aportar apoyo, formación y defensa jurídica. Además de este sitio web, la alianza tiene un teléfono de ayuda: 1-800-950-6264.

National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression

www.narsad.org

La NARSAD es el principal proveedor de fondos para la investigación sobre el trastorno bipolar, al margen del gobierno federal. Aunque el sitio web es de una organización científica, es muy “accesible” y de fácil navegación. Si tiene interés, puede consultar los resúmenes de algunas investigaciones recientes sobre el trastorno bipolar.

National Institute of Mental Health

www.nimh.nih.gov

La NIMH es la organización científica más importante del mundo sobre la investigación de los trastornos mentales. Aunque existe mucha información sobre el trastorno bipolar, puede resultar difícil de encontrar, dada la naturaleza exhaustiva de este sitio. No obstante, me gusta el resumen anual de “noticias científicas”. Si le interesan estas cosas, puede echar un vistazo al listado de noticias relacionadas con el trastorno bipolar.

Australia

Australasian Society for Bipolar Disorders

www.bipolar disorders.com.au

El objetivo de esta sociedad es ser el foro de Australasia (internacionalmente reconocido) donde se fomente la continua colaboración, la formación, la investigación y los avances en todos los aspectos del trastorno bipolar. Pueden asociarse los profesionales de la salud mental, así como los grupos e individuos particulares interesados. El próximo congreso del grupo está previsto para octubre de 2009.

Black Dog Institute

www.blackdoginstitute.org.au

Este instituto, adscrito al Prince of Wales Hospital y a la Universidad de Nueva Gales del Sur, es un centro educativo, científico y clínico, con una orientación de servicio público, dedicado a mejorar el conocimiento, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos anímicos. Lleva a cabo diagnósticos detallados y formula planes de tratamiento para los pacientes bipolares que no han respondido al tratamiento anterior o que sólo han tenido respuestas parciales.

Even Keel: Bipolar Disorder Support Association

www.evenkeel.org.au

Even Keel ofrece una red de grupos de apoyo entre particulares en Australia Occidental para pacientes bipolares, así como para sus familiares y amigos. Este sitio web contiene también un foro online.

SANE Australia

www.sane.org

Organización benéfica nacional que trabaja para mejorar la vida de las personas que padecen enfermedades mentales importantes, incluidos el trastorno bipolar y la esquizofrenia, mediante la defensa jurídica, la formación y la investigación. Además del sitio web, la organización tiene una línea telefónica a través de la cual aporta

información y referencias.

Canadá

Mood Disorders Association of British Columbia

www.mdabc.net

El objetivo de la asociación es aportar apoyo y formación a los pacientes con trastornos anímicos y a sus familiares y amigos. La MDA fomenta la reunión de grupos en numerosas localidades de toda la Columbia Británica.

Mood Disorders Association of Manitoba

www.depression.mb.ca

La asociación opera en toda la provincia de Manitoba y apoya a las personas afectadas por trastornos anímicos, así como a sus familiares, amigos y cuidadores. Entre las actividades que organiza se cuentan el apoyo entre particulares, la formación pública y la defensa jurídica.

Mood Disorders Association of Ontario

www.mooddorders.on.ca

Esta asociación aporta a los pacientes bipolares y a sus familiares servicios formativos, grupos de apoyo entre particulares y atención telefónica en toda la provincia de Ontario.

Mood Disorders Society of Canada

www.mooddorderscanada.ca

La MDSC es una organización nacional online, no lucrativa, dirigida por voluntarios, con el compromiso de mejorar la calidad de vida de los pacientes depresivos y bipolares. Entre los muchos rasgos de este sitio web destaca el sistema exhaustivo de búsqueda de servicios sanitarios mentales por provincias y regiones.

Nueva Zelanda

Balance NZ: Bipolar and Depression Network

www.balance.org.nz

Balance NZ es una asociación benéfica dedicada a la formación, el apoyo, la defensa jurídica y la recuperación de los neozelandeses que padecen un trastorno bipolar o una depresión grave. Además de los servicios dirigidos a los propios pacientes, la asociación ofrece grupos de apoyo online para las parejas y los familiares.

Bipolar Support Canterbury

www.bipolarsupportcanterbury.org.nz

Organización benéfica no lucrativa constituida por pacientes bipolares, familiares y profesionales sanitarios. El objetivo principal del grupo es atender las necesidades de la ciudad de Christchurch, aportando información sobre el trastorno, organizando grupos de apoyo entre particulares, ofreciendo apoyo individualizado y dirigiendo sesiones educativas e informativas.

Reino Unido

Bipolar Carers Trust UK–Wales

www.bipolarcarerstrustuk.co.uk

Organización benéfica, con sede en Gales, que organiza cursos de dos días para grupos reducidos de cuidadores de pacientes bipolares, tanto en Gales como en Inglaterra. El curso, denominado “Together” (“Juntos”), está concebido para que los cuidadores incrementen su capacidad de atender con mayor eficacia a sus seres queridos.

Bipolar Fellowship Scotland

www.bipolarscotland.org.uk

Bipolar Fellowship Scotland es una asociación dedicada a aportar información, apoyo y asesoramiento a las

personas afectadas por el trastorno bipolar y a sus cuidadores, fomentar la autoayuda en toda Escocia e informar sobre la enfermedad y la propia asociación.

Equilibrium: The Bipolar Foundation

www.bipolar-foundation.org

Organización no gubernamental independiente e internacional (benéfica, sin fines lucrativos) dedicada a mejorar el tratamiento y la comprensión de las causas y los efectos del trastorno bipolar. Se fundó por iniciativa de la Universidad de Oxford. Por lo que he podido averiguar a través de la página web, el principal objetivo de este grupo es erradicar los prejuicios y estigmas asociados a la enfermedad en todo el mundo.

MDF: The Bipolar Disorder Organization

www.mdf.org.uk

Esta organización benéfica nacional, dirigida por los usuarios, fundada en 1983 y dedicada a las personas cuyas vidas se han visto afectadas por el trastorno bipolar, permite que los socios se beneficien de sus servicios: grupos de autoayuda, asesoramiento en materia de empleo, información y publicaciones, un programa de autogestión, seguros de viaje y una línea permanente de asesoramiento jurídico. La organización actúa también para combatir el estigma y los prejuicios que sufren los pacientes bipolares.

Mood Swings Network

www.moodswings.org.uk

Esta organización benéfica dedicada a la salud mental ofrece información gratuita y confidencial, asesoramiento y apoyo a las personas que padecen depresión o trastorno bipolar, así como a los cuidadores y a los profesionales de la salud mental y los asistentes sociales de todo el Reino Unido. Actualmente existen servicios de apoyo específico para cuidadores, como “Carers Support Group” y “Carers Pamper Day”.



Manual práctico del Trastorno Bipolar **Claves para autocontrolar las oscilaciones**

Mónica Ramírez Basco

ISBN: 978-84-330-2266-0

Las oscilaciones del estado de ánimo pueden formar parte de la existencia, pero la lucha por controlarlas no tiene por qué dominar nuestra vida. Junto con la medicación oportuna, el Manual práctico del trastorno bipolar puede devolvernos el control de nuestra enfermedad. La Dra. Ramírez ha reunido una gama versátil de estrategias de autoayuda debidamente comprobadas con objeto de ayudarnos a reconocer los primeros signos que nos advierten de una posible recaída, a resistirnos al seductor empuje de los episodios maníacos, y a salir de la parálisis de la depresión. Tanto si nos acaban de diagnosticar el trastorno (y no estamos totalmente seguros de que sea correcto) como si queremos consolidar nuestro tratamiento actual, este sencillo programa nos permitirá tomar parte activa. Directrices y hojas de trabajo fáciles de seguir nos ayudan a identificar áreas problemáticas y a minorar su impacto, incluidas posibles formas de:

Reducir la reaparición y la gravedad de los síntomas

Bajar el ritmo y dormir lo necesario cuando irrumpe la manía

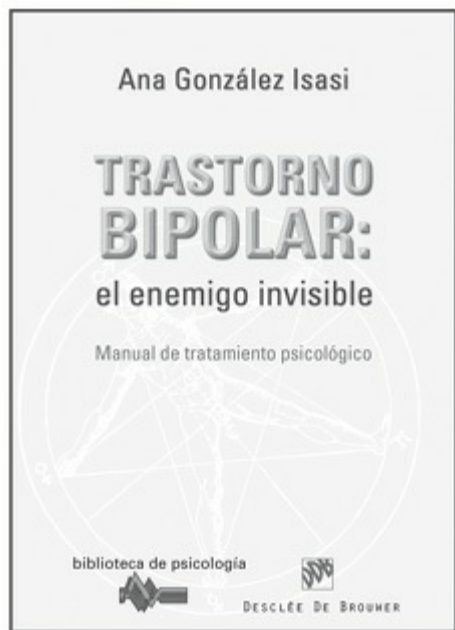
Mantener la motivación y evitar la dilación cuando nos deprimimos

Ajustar los tratamientos farmacológicos para maximizar los beneficios

Refrenar las reacciones emocionales

Mantener la concentración y alcanzar nuestros objetivos.

Dado que la experiencia de cada persona individual con el trastorno bipolar es única, la Dra. Ramírez nos alienta a personalizar un plan específico que se ajuste a nuestras propias necesidades. Procedamos, pues, a hacernos cargo de nuestra enfermedad y a mejorar activamente nuestra calidad de vida.



Trastorno Bipolar: el enemigo invisible **Manual de tratamiento psicológico**

Ana González Isasi

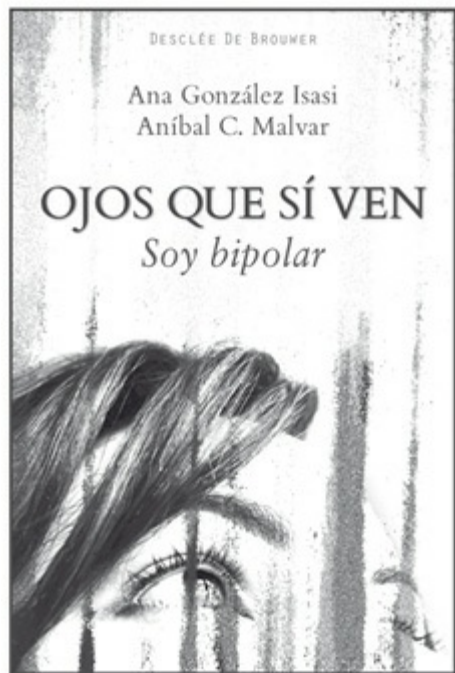
ISBN: 978-84-330-2463-3

El objetivo principal de este manual es ofrecer un programa de tratamiento psicológico que, junto al tratamiento farmacológico, reduzca las hospitalizaciones y las recaídas, y mejore la calidad de vida y la recuperación funcional de los pacientes con trastorno bipolar o con trastorno bipolar refractario.

El tratamiento farmacológico ha sido, hasta hace pocos años, el único tratamiento ofertado a los pacientes con un trastorno bipolar, mostrándose insuficiente en una gran proporción de casos. En los últimos años se ha investigado la influencia de diferentes terapias psicosociales en el trastorno bipolar, apostando por la necesidad de un programa estructurado que combinara técnicas de distintos modelos. Por ello, presentamos un programa de tratamiento psicológico en veinte sesiones para ser aplicado en formato grupal, que integra psicoeducación con terapia cognitivo-conductual y añade técnicas de otros modelos. Este programa se desarrolla en el medio clínico habitual de los pacientes, por lo que puede ponerse en práctica tanto en hospitales como en centros de salud mental. Este manual pretende ofrecer a los profesionales un amplio repertorio de estrategias útiles y prácticas para mejorar la evolución de nuestros pacientes.

El presente volumen se completa con la obra *Ojos que sí ven. "Soy Bipolar"* (Ed.

Desclée De Brouwer. Colección Serendipity. Bilbao, 2011), un compendio de diez entrevistas de corte humano con pacientes bipolares que participaron en esta experiencia científica.



Ojos que sí ven
Soy bipolar

Ana González Isasi
Aníbal C. Malvar

ISBN: 978-84-330-2462-6

Ojos que sí ven es una obra acientífica estructurada alrededor de diez extensas entrevistas con personas que padecen trastorno bipolar refractario. La intención de este libro es pedagógica, aunque no académica, ya que pretende que sean los propios enfermos quienes indaguen su patología con palabras profanas, quienes intenten explicar a sus familiares, amigos y a la sociedad en general, qué es el trastorno bipolar, cómo es el hondo dolor que genera y cuál es la forma más adecuada de enfrentarse “al bicho”, como alguno de ellos apoda a su “acompañante crónico”.

Este libro habla de amor, de trabajo, de frustración, de lucha, de sexo, de miedo, de literatura, de muerte, de valor y, un poco, sólo un poco, de psicología... de la condición humana, en resumen. Pero desde una premisa: “Soy Bipolar”. Todos los entrevistados habían participado en las innovadoras terapias grupales diseñadas por Ana González Isasi y basadas en la conjunción de estrategias psicosociales diversas (*Trastorno Bipolar: el Enemigo Invisible. Manual de tratamiento psicológico*, Ed. Desclée De Brouwer, 2011). El periodista y escritor Aníbal Malvar la acompañó para buscar una perspectiva más divulgativa que acerque al público en general a estos enfermos para comprenderlos,

integrarlos e, incluso, admirarlos. Pero, sobre todo, para que *Ojos que sí ven* se convierta en un arma con la que luchar contra los estigmas que dañan la integración social de los enfermos bipolares. Ellos abrieron las puertas de su casa y de su alma a los autores de este libro sin la menor prevención. La puerta sigue abierta.



DIRECTORA: OLGA CASTANYER

1. *Relatos para el crecimiento personal*. CARLOS ALEMANY (ED.). (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. OLGA CASTANYER. (34ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. A. GIMENO-BAYÓN. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. ESPERANZA BORÚS. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* JOSÉ LUIS TRECHERA. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (eds.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. LORETTA ZAIRA CORNEJO PAROLINI. (5ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo*. JEAN SARKISOFF. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. LUIS LÓPEZ-YARTO ELIZALDE. (7ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. MARIA-ANNE GALLÉN - HANS NEIDHARDT. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. LUIS ZABALEGUI. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. BRUNO GIORDANI. (3ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. JAVIER GAFO (ed.). (4ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. DON RICHARD RISO. (6ª ed.)
19. *manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia*. THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez*. JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (12ª ed.)
21. *Terapia Zen*. DAVID BRAZIER. (2ª ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*. GERALD MAY.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado*. JUAN MASÍÁ CLAVEL.
24. *Pensamientos del caminante*. M. SCOTT PECK.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la integración psicológica y espiritual*. DAVID RICHÓ. (3ª ed.)
27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones*. JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte*. STANLEY KELEMAN.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia*. ASCENSIÓN BELART - MARÍA FERRER. (3ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías*. MIGUEL ÁNGEL CONESA FERRER.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía básica para sobrevivir a los exámenes*. KEVIN FLANAGAN.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico*. VERENA KAST.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo*. DAVID RICHÓ. (3ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad*. WILKIE AU - NOREEN CANNON. (2ª ed.)
35. *Vivir y morir conscientemente*. IOSU CABODEVILLA. (4ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego*. MARÍA PRIETO URSÚA.
37. *Psicoterapia psicodramática individual*. TEODORO HERRANZ CASTILLO.
38. *El comer emocional*. EDWARD ABRAMSON. (2ª ed.)
39. *Creer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales*. JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH. (2ª ed.)
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
41. *Valórate por la felicidad que alcances*. XAVIER MORENO LARA.
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad*. RAMIRO J. ÁLVAREZ.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo*. CHARLES L. WHITFIELD.

44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*. JOSÉ CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda*. MATILDE DE TORRES. (2ª ed.)
46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión*. DAVID BRAZIER.
47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar*. JORGE BARRACA.
48. *Palabras para una vida con sentido*. M^a. ÁNGELES NOBLEJAS. (2ª ed.)
49. *Cómo llevarnos bien con nuestros deseos*. PHILIP SHELDRAKE.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo*. LUIS CENCILLO. (2ª ed.)
51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no*. LESLIE S. GREENBERG. (3ª ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto*. AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
53. *Desarrollo de la armonía interior. La construcción de una personalidad positiva*. JUAN ANTONIO BERNAD.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico*. PABLO POBLACIÓN KNAPPE Y ELISA LÓPEZ BARBERÁ. (2ª ed.)
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza*. LORETTA CORNEJO. (3ª ed.)
56. *El guión de vida*. JOSÉ LUIS MARTORELL. (2ª ed.)
57. *Somos lo mejor que tenemos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares*. GIULIANA PRATA, MARIA VIGNATO Y SUSANA BULLRICH.
59. *Amor y traición*. JOHN AMODEO.
60. *El amor. Una visión somática*. STANLEY KELEMAN.
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía*. KEVIN FLANAGAN. (2ª ed.)
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal*. IOSU CABODEVILLA.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* OLGA CASTANYER Y ESTELA ORTEGA. (7ª ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo*. JOSÉ-VICENTE BONET, S.J. (2ª ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente*. JUAN MASÍA.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso*. PEDRO MORENO. (9ª ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud*. KATHLEEN R. FISCHER Y THOMAS N. HART.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir*. ESPERANZA BORÚS.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronicidad mediante los cuentos*. JEAN-PASCAL DEBAILLEUL Y CATHERINE FOURGEAU.
71. *Psicoanálisis para educar mejor*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación*. PEDRO MIGUEL LAMET.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser*. JEAN SARKISSOFF.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la longevidad de la pareja. Casos y reflexiones*. PATRICE CUDICIO Y CATHERINE CUDICIO.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares*. MARGA NIETO CARRERO. (2ª ed.)
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros*. JESÚS DE LA GÁNDARA MARTÍN.
77. *La nueva sofrología. Guía práctica para todos*. CLAUDE IMBERT.
78. *Cuando el silencio habla*. MATILDE DE TORRES VILLAGRÁ. (2ª ed.)
79. *Atajos de sabiduría*. CARLOS DÍAZ.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la psicología*. RAMÓN ROSAL CORTÉS.
81. *Más allá del individualismo*. RAFAEL REDONDO.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica*. DAVE MEARNY Y BRIAN THORNE.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance psicoterapéutico*. FRED FRIEDBERG. Introducción a la edición española por RAMIRO J. ÁLVAREZ
84. *No seas tu peor enemigo... ¡... Cuando puedes ser tu mejor amigo!* ANN-M. MCMAHON.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia*. LUZ CASASNOVAS SUSANNA. (2ª ed.)
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas*. IGNACIO BERCIANO PÉREZ. Con la colaboración de ITZIAR BARRENENGOA. (2ª ed.)
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia*. M. PILAR QUIROGA MÉNDEZ.
88. *Creer en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona*. TOMEU BARCELÓ. (2ª ed.)
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos*. ALEJANDRO BELLO GÓMEZ, ANTONIO CREGO DÍAZ.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores*. NICK OWEN.
91. *Cómo volverse enfermo mental*. JOSÉ LUÍS PIO ABREU.

92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* AGNETA SCHREURS.
93. *Fluir en la adversidad.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad.* JUAN ANTONIO BERNAD.
95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez.* JOHN AMODEO.
96. *Luz, más luz. Lecciones de filosofía vital de un psiquiatra.* BENITO PERAL. (2ª ed.)
97. *Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas.* LUIS RAIMUNDO GUERRA. (2ª ed.)
98. *Crecimiento personal: Aportaciones de Oriente y Occidente.* MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA (Ed.).
99. *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina.* CLAUDE IMBERT. (2ª ed.)
100. *Cuando lo perfecto no es suficiente. Estrategias para hacer frente al perfeccionismo.* MARTIN M. ANTONY - RICHARD P. SWINSON. (2ª ed.)
101. *Los personajes en tu interior. Amigándote con tus emociones más profundas.* JOY CLOUG.
102. *La conquista del propio respeto. Manual de responsabilidad personal.* THOM RUTLEDGE.
103. *El pico del Quetzal. Sencillas conversaciones para restablecer la esperanza en el futuro.* MARGARET J. WHEATLEY.
104. *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN. (10ª ed.)
105. *El tiempo regalado. La madurez como desafío.* IRENE ESTRADA ENA.
106. *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos, o con sus alumnos.* MANUEL SEGURA MORALES. (13ª ed.)
107. *Encrucijada emocional. Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia).* KARMELO BIZKARRA. (4ª ed.)
108. *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán.* MARISA BOSQUED.
109. *Cuando me encuentro con el capitán Garfio... (no) me engancho. La práctica en psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN Y CARMEN VÁZQUEZ.
110. *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.* JORGE BARRACA MAIRAL. (2ª ed.)
111. *¡Deja de controlarme! Qué hacer cuando la persona a la que queremos ejerce un dominio excesivo sobre nosotros.* RICHARD J. STENACK.
112. *Responde a tu llamada. Una guía para la realización de nuestro objetivo vital más profundo.* JOHN P. SCHUSTER.
113. *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior.* MICHAEL L. EMMONS, PH.D. Y JANET EMMONS, M.S.
114. *El espíritu de organizarse. Destrezas para encontrar el significado a sus tareas.* PAMELA KRISTAN.
115. *Adelgazar: el esfuerzo posible. Un sistema gradual para superar la obesidad.* A. CÓZAR.
116. *Crece en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido.* ALEJANDRO ROCAMORA. (3ª ed.)
117. *Rabia sana. Cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia.* BERNARD GOLDEN. (2ª ed.)
118. *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia.* JUAN CARLOS VICENTE CASADO.
119. *Manejar y superar el estrés. Cómo alcanzar una vida más equilibrada.* ANN WILLIAMSON.
120. *La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. Un manual para terapeutas y consejeros.* BALAJAISON.
121. *Este no es un libro de autoayuda. Tratado de la suerte, el amor y la felicidad.* LUIS RAIMUNDO GUERRA.
122. *Psiquiatría para el no iniciado.* RAFA EUBA. (2ª ed.)
123. *El poder curativo del ayuno. Recuperando un camino olvidado hacia la salud.* KARMELO BIZKARRA. (3ª ed.)
124. *Vivir lo que somos. Cuatro actitudes y un camino.* ENRIQUE MARTÍNEZ LOZANO. (4ª ed.)
125. *La espiritualidad en el final de la vida. Una inmersión en las fronteras de la ciencia.* IOSU CABODEVILLA ERASO. (2ª ed.)
126. *Regreso a la conciencia.* AMADO RAMÍREZ.
127. *Las constelaciones familiares. En resonancia con la vida.* PETER BOURQUIN. (9ª ed.)
128. *El libro del éxito para vagos. Descubra lo que realmente quiere y cómo conseguirlo sin estrés.* THOMAS HOHENSEE.
129. *Yo no valgo menos. Sugerencias cognitivo- humanistas para afrontar la culpa y la vergüenza.* OLGA CASTANYER. (3ª ed.)
130. *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes.* LORETTA CORNEJO. (3ª ed.)
131. *¿Para qué sirve el cerebro? Manual para principiantes.* Javier Tirapu. (2ª ed.)
132. *Esos seres inquietos. Claves para combatir la ansiedad y las obsesiones.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.

133. *Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN, JUAN GARCÍA Y ROSA VIÑAS. (3ª ed.)
134. *Cuidados musicales para cuidadores. Musicoterapia Autorrealizadora para el estrés asistencial.* CONXA TRALLERO FLIX Y JORDI OLLER VALLEJO.
135. *Entre personas. Una mirada cuántica a nuestras relaciones humanas.* TOMEU BARCELÓ.
136. *Superar las heridas. Alternativas sanas a lo que los demás nos hacen o dejan de hacer.* WINDY DRYDEN
137. *Manual de formación en trance profundo. Habilidades de hipnotización.* IGOR LEDOCHOWSKI
138. *Todo lo que aprendí de la paranoia.* CAMILLE
139. *Migraña. Una pesadilla cerebral.* ARTURO GOICOECHEA
140. *Aprendiendo a morir.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ
141. *La estrategia del oso polar. Cómo llevar adelante tu vida pese a las adversidades.* HUBERT MORITZ
142. *Mi salud mental: Un camino práctico.* EMILIO GARRIDO LANDÍVAR
143. *Camino de liberación en los cuentos. En compañía de los animales.* ANA MARÍA SCHLÜTER RODÉS
144. *¡Estoy furioso! Aproveche la energía positiva de su ira.* ANITA TIMPE
145. *Herramientas de Coaching personal.* FRANCISCO YUSTE (2ª ed.)
146. *Este libro es cosa de hombres. Una guía psicológica para el hombre de hoy.* RAFA EUBA
147. *Afronta tu depresión con psicoterapia interpersonal. Guía de autoayuda.* JUAN GARCÍA SÁNCHEZ Y PEPA PALAZÓN RODRÍGUEZ
148. *El consejero pastoral. Manual de “relación de ayuda” para sacerdotes y agentes de pastoral.* ENRIQUE MONTALT ALCAYDE
149. *Tristeza, miedo, cólera. Actuar sobre nuestras emociones.* DRA. STÉPHANIE HAHUSSEAU
150. *Vida emocionalmente inteligente. Estrategias para incrementar el coeficiente emocional.* GEETU BHARWANEY
151. *Cicatrices del corazón. Tras una pérdida significativa.* ROSA Mª MARTÍNEZ GONZÁLEZ
152. *Ojos que sí ven. “Soy bipolar” (Diez entrevistas).* ANA GONZÁLEZ ISASI - ANÍBAL C. MALVAR
153. *Reconcíliate con tu infancia. Cómo curar antiguas heridas.* ÜLRIKE DAHM
154. *Los trastornos de la alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido.* JANET TREASURE - GRÁINNE SMITH - ANNA CRANE
155. *Bullying entre adultos. Agresores y víctimas.* PETER RANDALL
156. *Cómo ganarse a las personas. El arte de hacer contactos.* BERND GÖRNER
157. *Vencer a los enemigos del sueño. Guía práctica para conseguir dormir como siempre habíamos soñado.* CHARLES MORIN
158. *Ganar perdiendo. Los procesos de duelo y las experiencias de pérdida: Muerte - Divorcio - Migración.* MIGDYRAI MARTÍN REYES
159. *El arte de la terapia. Reflexiones sobre la sanación para terapeutas principiantes y veteranos.* PETER BOURQUIN
160. *El viaje al ahora. Una guía sencilla para llevar la atención plena a nuestro día a día.* JORGE BARRACA MAIRAL
161. *Cómo envejecer con dignidad y aprovechamiento.* IGNACIO BERCIANO
162. *Cuando un ser querido es bipolar. Ayuda y apoyo para usted y su pareja.* CYNTHIA G. LAST

Serie MAIOR

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática.* STANLEY KELEMAN. (8ª ed.)
2. *La experiencia somática. Formación de un yo personal.* STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
3. *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación.* ANDRÉ LAPIERRE.
4. *Psicodrama. Teoría y práctica.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. (3ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales.* CARLOS ALEMANY (ED.). (13ª ed.)
6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ.
7. *Crece bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS, S.J. (12ª ed.)
8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico.* CAROLYN J. BRADDOCK.
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia.* JUAN MASIÁ CLAVEL
10. *Vivencias desde el Enneagrama.* MAITE MELENDO. (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa.* DOROTHY MAY.
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS. (5ª ed.)

13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente.* EUSEBIO LÓPEZ. (2ª ed.)
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal.* JOSÉ MARÍA TORO.
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones.* CARLOS DOMÍNGUEZ MORANO. (2ª ed.)
16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales.* ANA GIMENO-BAYÓN Y RAMÓN ROSAL.
17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños.* EUGENE T. GENDLIN. (2ª ed.)
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida.* CHRIS L. KLEINKE.
19. *El valor terapéutico del humor.* ÁNGEL RZ. IDÍGORAS (Ed.). (3ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días.* RON DALRYMPLE, PH.D., F.R.C.
21. *El hombre, la razón y el instinto.* JOSÉ Mª PORTA TOVAR.
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación.* BRUCE M. HYMAN Y CHERRY PEDRICK.
23. *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método.* GEORGE DE LEON.
24. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas.* WALEED A. SALAMEH Y WILLIAM F. FRY.
25. *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales.* HOWARD KASSINOVE Y RAYMOND CHIP TAFRATE.
26. *Agujeros negros de la mente. Claves de salud psíquica.* JOSÉ L. TRECHERA.
27. *Cuerpo, cultura y educación.* JORDI PLANELLA RIBERA.
28. *Reír y aprender. 95 técnicas para emplear el humor en la formación.* DONI TAMBLYN.
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN. (7ª ed.)
30. *Más magia de la metáfora. Relatos de sabiduría para aquellas personas que tengan a su cargo la tarea de Liderar, Influir y Motivar.* NICK OWEN
31. *Pensar bien - Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes.* PAUL STALLARD.
32. *Ansiedad y sobreactivación. Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio.* PABLO RODRÍGUEZ CORREA.
33. *Amor y violencia. La dimensión afectiva del maltrato.* PEPA HORNO GOICOECHEA. (2ª ed.)
34. *El pretendido Síndrome de Alienación Parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia.* SONIA VACCARO - CONSUELO BAREA PAYUETA.
35. *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia.* OLGA CASTANYER (Coord.); PEPA HORNO, ANTONIO ESCUDERO E INÉS MONJAS.
36. *El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta.* MIGUEL DEL NOGAL.
37. *Los sueños en psicoterapia gestalt. Teoría y práctica.* ÁNGELES MARTÍN.
38. *Medicina y terapia de la risa. Manual.* RAMÓN MORA RIPOLL.
39. *La dependencia del alcohol. Un camino de crecimiento.* THOMAS WALLENHORST.
40. *El arte de saber alimentarte. Desde la ciencia de la nutrición al arte de la alimentación.* KARMELO BIZKARRA.
41. *Vivir con plena atención. De la aceptación a la presencia.* VICENTE SIMÓN.

Índice

Portada interior	2
Créditos	3
Prólogo	4
Agradecimientos	8
Introducción	10
1. CUANDO UN SER QUERIDO SUFRE UN TRASTORNO BIPOLAR	14
Estados de ánimo normales y anormales	16
¿Qué es un estado de ánimo?	16
¿Cómo son los cambios de estado de ánimo durante la manía y la hipomanía?	17
¿Cómo es un estado de ánimo depresivo?	18
Episodios maníacos e hipomaníacos	18
¿En qué se diferencian la manía y la hipomanía?	18
Episodios depresivos	23
Episodios mixtos	26
El diagnóstico: trastorno bipolar de tipo I y tipo II	27
El trastorno ciclotímico	28
¿Trastorno bipolar o depresión grave?	29
¿Es posible que mi pareja tenga otra cosa?	31
Esquizofrenia	31
Trastorno esquizoafectivo	32
Trastorno de la personalidad	33
Rasgos de la personalidad	34
Consumo abusivo de sustancias	34
2. QUÉ CABE ESPERAR DEL FUTURO. Un trastorno bipolar	36
¿Con qué frecuencia reaparecerán los episodios anímicos?	37
Factores que disminuyen la frecuencia de los episodios	38
Irrupción de nuevos episodios	38
Un factor que intensifica el ciclo: la edad	38
Afrontar la recurrencia	40
¿Cuánto duran los episodios anímicos?	40

Episodios anímicos no tratados	41
El consumo abusivo de sustancias prolonga los episodios	41
¿Cómo estará mi pareja en los períodos comprendidos entre los episodios?	42
Recuperación completa y recuperación parcial	42
Depresión doble	43
Recuperación parcial que conduce a una recuperación completa	43
Se encuentra en remisión, pero ¿podrá volver a relacionarse con los demás?	44
Trayectoria degenerativa	44
¿Por qué se desencadenan los episodios anímicos?	45
Alteración del ciclo sueño-vigilia	45
Cambios de rutina	46
Pautas estacionales	46
Los acontecimientos estresantes de la vida	48
Episodios anímicos inducidos por sustancias	49
¿Influye la edad a la que se inicia la enfermedad?	51
¿Afecta el género a la evolución de la enfermedad?	52
Los efectos de los cambios hormonales en las mujeres bipolares	53
Las hormonas sexuales masculinas y el trastorno bipolar	55
¿Mi pareja puede desarrollar otras enfermedades psiquiátricas?	56
Esquizofrenia	56
Trastornos de la personalidad	56
Trastornos de ansiedad	56
Consumo abusivo de sustancias	56
¿El trastorno bipolar II se convierte en trastorno bipolar I?	57
Riesgo de mortalidad en el trastorno bipolar	57
La enfermedad cardiovascular	57
Suicidio	58
Accidentes	59
Los beneficios del trastorno bipolar: creatividad y liderazgo	60
3. “¡NO SOY YO!”: Cuando su pareja no acepta la enfermedad	62
Por qué rechaza el diagnóstico su pareja	64
Nadie quiere ser tildado de “loco”	64
Nadie quiere tomar medicación psiquiátrica	65
Nadie quiere padecer una enfermedad crónica que no tiene cura	67
A nadie le gusta no saber exactamente quién es	68

Cómo rechaza el diagnóstico su pareja: las múltiples caras del rechazo	69
“A mí no me pasa nada”	69
“No soy yo; son los demás”	72
“Ese médico no sabe lo que dice”	75
“Sólo estoy deprimido”	78
“Da igual. Tampoco es para tanto”	80
Qué hacer cuando falla todo lo demás	82
4. LO QUE DEBE SABER SOBRE EL TRATAMIENTO DE SU PAREJA	83
Buscar al médico adecuado	84
Psiquiatras y psicofarmacólogos	84
Médicos de cabecera	87
Lo que debe saber sobre la medicación de su pareja	89
Estabilizantes anímicos	91
Antipsicóticos atípicos	95
Antipsicóticos típicos	98
Antidepresivos	100
Benzodiacepinas	103
Otros tratamientos médicos que debe conocer	104
Terapia electroconvulsiva (TEC)	104
Estimulación magnética transcraneal rápida (EMTr)	105
Estimulación del nervio vago (ENV)	105
Fototerapia	106
Incremento de la hormona tiroidea	106
Privación de sueño	107
¿Qué terapia es más adecuada para su pareja y usted?	107
Terapia cognitivo-conductual (TCC)	108
Terapia dialéctico-conductual (TDC)	110
Terapia interpersonal y de ritmo social (TIRS)	113
Terapia centrada en la familia (TCF)	114
Grupos de apoyo y autoayuda	116
5. USTED, SU PAREJA Y LOS MÉDICOS: el trabajo en equipo para alcanzar y mantener el bienestar	118
Encuentro con los médicos de su pareja	120
De médico a médico: colaboración entre los profesionales	124

Expectativas realistas sobre el médico de su pareja	126
Expectativas realistas sobre usted	129
¿A partir de qué punto la ayuda pasa a ser inútil?	131
Afrontar la situación día a día	132
6. CÓMO CONTRIBUIR A QUE SU PAREJA RESPETE LA MEDICACIÓN	134
“No me gusta la idea de tomar medicación”	135
Dar un ultimátum	137
“Ya me siento mejor, así que ya no tengo que seguir el tratamiento”	138
“No surte efecto”	140
“Me olvidé de tomar la medicación”	142
“No soporto los efectos secundarios”	144
“Echo de menos las etapas de ánimo elevado”	147
7. OTRAS COSAS QUE PUEDEN HACER SU PAREJA Y USTED PARA EVITAR LOS EPISODIOS ANÍMICOS	151
Anime a su pareja a que se documente sobre el trastorno bipolar	153
Aprender de los médicos	153
Libros de autoayuda	154
Internet	155
Interacción con otros pacientes bipolares	155
Apoye a su pareja en el seguimiento de los estados de ánimo y en la identificación de los factores que desencadenan las crisis	155
Paso 1: Aprender a utilizar la escala de valoración del estado anímico	157
Paso 2: Identificar los factores que desencadenan las fluctuaciones anímicas	159
Paso 3: Empezar a cumplimentar el formulario de seguimiento de los estados anímicos	161
Anime a su pareja a que duerma lo suficiente	164
¿Su pareja no logra conciliar el sueño a causa de la ansiedad?	166
Establezca una rutina familiar	167
Apoye a su pareja en la abstinencia del alcohol	170
Retire el alcohol de su hogar	172
Eviten los lugares y las personas asociados con la bebida	173
Entre en un grupo de autoayuda	173
Ayude a su pareja a afrontar y resolver los conflictos	175
Aborden los problemas conjuntamente	175

Conozca los “temas sensibles” de su pareja	175
Conflictos que surgen de errores de percepción	177
8. ESTRATEGIAS PARA TRATAR CONJUNTAMENTE LOS MOMENTOS DE ÁNIMO ELEVADO	179
¿Cómo puedo saber cuándo empieza a estar maníaca mi pareja?	181
¿Qué debo hacer si observo los primeros signos de advertencia?	184
El plan de intervención temprana	186
¿Y si los síntomas evolucionan demasiado rápido para el plan de intervención temprana?	189
¿Cómo puedo salvaguardar a mi pareja y mi familia durante un episodio maníaco?	191
Dinero	191
Conducción	192
Alcohol	194
Infidelidad	195
El cuidado de los hijos	196
Tendencias suicidas	197
Psicosis	197
El contrato conductual	201
¿Y mis sentimientos?	202
Enfado	202
Culpa	202
Tristeza	202
Miedo	203
Dolor	203
Soledad	203
Ansiedad	204
Agotamiento	204
Desesperanza	205
¿Qué le cuento a la gente?	205
Familiares y amigos	205
El jefe	206
Los compañeros de trabajo	207
9. ESTRATEGIAS PARA TRATAR CONJUNTAMENTE LOS MOMENTOS DEPRESIVOS	209

Identificación de los primeros signos de advertencia de la depresión	210
El plan de intervención temprana	213
¿Y si no hay tiempo para el plan de intervención temprana?	216
Las cosas que se deben evitar	219
Abuso del alcohol	220
Tendencia suicida	220
Psicosis	223
¿Y mis sentimientos?	223
Confusión	223
Preocupación	224
Enfado	225
Tristeza	226
Soledad	226
Impotencia	227
Insatisfacción sexual	227
10. CÓMO CUIDARSE Y CUIDAR LA RELACIÓN	229
Sobrevivir a las secuelas de un episodio anímico	230
Otros desafíos para su relación	233
La decisión de tener hijos	233
Falta de intimidad física	234
Asumir el papel de cuidador	234
Cómo abordar el incumplimiento recurrente del tratamiento	236
Cómo soportar los improperios	236
Atender sus propias necesidades	237
Usted también necesita apoyo	239
¿A quién puede recurrir?	239
Cómo cuidarse	241
Cuando ya no puede más	242
Nota final	245
RECURSOS	247
Selección de libros sobre el trastorno bipolar	247
Libros que ofrecen ayuda con problemas afines	247
Libros de relajación	247
Cómo cambiar los pensamientos y creencias inútiles	247
Meditación	247

Recursos de Internet	248
Organizaciones	249
LA AUTORA	253