



Los picos del alma

Intervienen:

Myriam García Vera

Beatriz Pacheco García

Eloy Rodríguez Arrebola

Coordinador y director: Fernando Núñez

Miércoles, 24 de enero a las 20 h.

El Palomar de Picasso (El Pimpi)

Granada, 52

Entrada libre hasta completar el aforo

Los picos del alma

Los trastornos mentales y del comportamiento son uno de los mayores problemas de Salud Mental Pública. Son frecuentes en las distintas sociedades y culturas; crean un alto nivel de discapacidad y de sufrimiento a las personas que los padecen y una considerable aflicción a nivel de amigos y familiares.

Los sistemas actuales de clasificación de los trastornos mentales (DSM y CIE) establecen una división de los trastornos afectivos en dos categorías: trastornos unipolares y el trastorno bipolar, que a su vez se clasifica en trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y ciclotimia, entidad que es clasificada en el CIE en un apartado diferente.

Bipolares, en cuanto al estado de ánimo, somos todos los humanos, pero solo hablamos de trastorno cuando esa bipolaridad nos desencaja de nuestra vida familiar, social o laboral. En efecto, una persona, en cualquier hora de cualquier día, en cualquier día de cualquier semana e incluso en cualquier semana de cualquier mes, puede sentirse con el ánimo más expansivo o más decaído de lo que normalmente lo tiene sin que ello le lleve a deteriorar sus relaciones familiares, sociales y laborales. En cambio cuando hablamos del Trastorno Bipolar, estos cambios anímicos van a conducir a un deterioro en esos ámbitos referidos debido a la manía y a la depresión.



Se llama Trastorno Bipolar (Trastorno Afectivo Bipolar, TAB) a un trastorno orgánico que se caracteriza por un estado de ánimo cambiante que puede fluctuar entre dos polos completamente opuestos. La definición que acabo de dar se ciñe al Trastor-

no Afectivo Bipolar y entre esos dos polos opuestos, blanco y negro, manía y depresión, existe toda una “gama de colores” con distintas intensidades de grises que tienen en común la bipolaridad. Es lo que se conoce como **Espectro Bipolar**.

EL ESPECTRO BIPOLAR

El espectro bipolar ha sido un concepto difícil de precisar. Estaría conformado por el TAB tipo I, en el que alternan la presentación de episodios depresivos y maniacos y una serie de cuadros clínicos, conformados por grados variables de depresión y manía, que estarían en medio. El DSM establece una serie de criterios, que no son exactamente idénticos a los del CIE, para definir cada episodio o cuadro clínico; es decir, la manía, la hipomanía, la depresión mayor, los estados mixtos y los cuadros de ciclados rápidos. Pero a pesar de ello, uno de los conceptos más controvertidos es el de la duración de la hipomanía.

La palabra espectro implica un concepto dimensional y no es categorial. Implica la presencia de variaciones del estado de ánimo o variaciones clínicas, que pueden ir en el TAB- I, cuadro clínico situado en el extremo de máxima gravedad, desde un cuadro de manía pura y grave a un episodio de depresión mayor con características melancólicas. En el otro extremo del espectro, encontramos las variaciones clínicas que se aceptan, como normales o no patológicas. El problema radica en hallar un punto de corte que permita identificar el inicio del espectro bipolar; para identificar las entidades clínicas, que por la intensidad de sus síntomas, deben ser consideradas como trastornos.

La mayoría de los autores, acepta una tasa del 5-6% para la prevalencia del espectro bipolar. Las diferencias radican en aquellos criterios de inclusión empleados en cada estudio, – en el concepto de trastorno bipolar que emplea el investigador-.

Este razonamiento viene al caso de comentar las diferentes concepciones del trastorno bipolar, si supone un grupo clínico independiente o forma parte del mundo de los trastornos afectivos y es necesario delimitar sus fronteras: por un lado, los trastornos paranoicos (especialmente con la esquizofrenia) y por otro con los trastorno depresivos unipolares. Por último conviene comentar los aspectos del espectro bipolar colindantes con los trastornos de personalidad.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA

La incidencia y la prevalencia son dos medidas de frecuencia de la enfermedad, es decir, miden la frecuencia (el número de casos) con que una enfermedad aparece en un grupo de población. Durante mucho tiempo se ha contemplado una prevalencia del 1%, no obstante, los estudios epidemiológicos recientes, encuentran una prevalencia cercana al 5-6 % que podría corresponder a la parte oculta de un “iceberg”, trastornos más difíciles de identificar y que con frecuencia pasan desapercibidos para los clínicos.

Existen fases de exaltación anímica que alternan con episodios de depresión, de bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, ideas negativas y, en muchos casos, ideas de suicidio. Al periodo de exaltación [un estado de ánimo elevado -euforia excesiva-, expansivo -hiperactividad anormal- o irritable] se le llama **episodio maniaco**.



El trastorno bipolar es una enfermedad en la que se pueden dar las siguientes situaciones clínicas:

- Episodios depresivos.
- Episodios maníacos.
- Episodios eutímicos (de supuesta normalidad).
- Episodios mixtos.

Un concepto clasificatorio básico, simple, que del TAB, podría hacerse es el siguiente:

- 1 Trastorno Afectivo Bipolar Grave:** que incluiría, además de la bipolaridad, conductas suicidas, adicciones a drogas de neurotropismo trascendente, necesidad de incapacitación, necesidad de internamiento y circunstancias que la estén agravando (un embarazo, la toma de medicamentos desestabilizantes, la existencia de otra patología conductual que sea también notoria, el uso de tóxicos en general...) etc.
- 2 Trastorno Afectivo Bipolar Menos Grave:** que estaría desprovisto de los contenidos de la Grave.

DEBUT DE LA ENFERMEDAD

El trastorno hace su aparición frecuentemente entre los 15 y 20 años de edad. El primer tratamiento suele sufrir una demora, por retraso en el diagnóstico, de entre 8 y 10 años, sin embargo hay muchos indicios de su inicio en la pubertad o incluso antes, de una manera solapada. El inicio precoz puede ser un indicador de mal pronóstico.

En las edades más jóvenes suele existir dificultad para identificar el trastorno ya que suelen pasar inadvertidos con frecuencia recibiendo el diagnóstico de la patología comórbida que le suele acompañar.

FACTORES DE RIESGO

- Edad entre 20 y 40 años.
- Estado civil separado y divorciado.
- Historia familiar de paciente bipolar o cualquier otra patología conductual.
- Eventos estresantes negativos de la vida.
- Estrés continuado
- Consumo de sustancias
- Habitar en suburbios.

DIFERENCIA EN CUANTO AL SEXO

En las mujeres suelen predominar los episodios depresivos mientras en los hombres lo hacen más frecuentemente los maníacos o al menos igualan en frecuencia a los depresivos.

Elas presentan síntomas atípicos más frecuentemente que ellos en las depresiones. También en ellas son más frecuentes los episodios mixtos y la ciclación rápida. Existe un riesgo elevado de recaída durante las primeras semanas del puerperio. Por otro lado, la tensión premenstrual y el uso de anticonceptivos orales pueden tener connotaciones que hay que valorar.

CLASIFICACIÓN

Existen diversas formas y subtipos dentro de la propia enfermedad, que, como veremos, tiene una forma de presentación clínica característica y unas causas genéticas y biológicas que motivan que el tratamiento sea, fundamentalmente, farmacológico.

El **trastorno bipolar** se clasifica dentro de los trastornos afectivos (del estado de ánimo) y se caracteriza, a diferencia de los trastornos unipolares, por combinar los episodios de depresión con episodios de exaltación afectiva y motriz, a los que tradicionalmente se ha denominado “maníacos”.

El trastorno bipolar de tipo I cursa con fases maníacas completas y fases depresivas, aunque además puede asociarse a fases hipomaníacas (manía suave, nunca acompañada de síntomas paranoicos) y a fases mixtas (en las que se mezclan los síntomas maníacos con los depresivos).

El trastorno bipolar de tipo II cursa con depresiones e hipomanías, pero nunca con manía o fases mixtas. Muchas veces se confunde con el trastorno depresivo unipolar porque los pacientes acostumbran a acudir al médico solamente durante las fases depresivas.

La ciclotimia es el tercer tipo de trastorno bipolar, y el más leve, aunque no por ello, menos incapacitante, de manera intermitente. Consiste en cambios frecuentes de humor, de horas, de días de duración, que hacen parecer al afectado “raro”, “difícil” o “inestable”, por lo que con frecuencia es etiquetado de trastorno de la personalidad.

El curso de estos trastornos es crónico, con recaídas y remisiones, que obliga a un tratamiento a largo plazo. Es fundamental convencer al paciente y a sus allegados de la necesidad de dicho tratamiento para impedir las importantes secuelas neurológicas y sociales de la enfermedad. Así como de la necesidad de combinarlo con terapia, especialmente psicoeducación.

ASPECTO EXTERNO DEL PACIENTE

El paciente bipolar en fase maníaca aparenta un contacto fácil y jovial, pero realmente es a veces difícil mantener una relación con él por su tendencia a la indiscreción y a invadir el terreno ajeno.

Frecuentemente se viste de forma llamativa o extravagante, abusando de los colores chillones y con numerosos abalorios y amuletos. Cuando la manía es más intensa, puede mostrarse desarreglado, sucio, o incluso desnudo.

Algunos pacientes son muy proclives a vestir ropa deportiva durante

las fases maníacas o hipomaníacas, aprovechando cualquier momento para realizar ejercicios físicos.

En pacientes muy irritables, el paso de la afabilidad a la agresión física es muy sutil.

El paciente maníaco casi siempre intenta dirigir la entrevista, dificultándola con su distraibilidad y locuacidad.

Las formas graves de manía catatónica y grandes agitaciones, descritas por los clásicos, son raras actualmente.

En la fase depresiva, son más frecuentes los síntomas atípicos, como hipersomnia, hiperfagia y reactividad del humor, que los más habituales de la depresión unipolar, por lo que el paciente puede mostrarse descuidado en su higiene y más apático que auténticamente triste.

También se dan con frecuencia depresiones de tipo melancólico, por lo que el paciente puede aparecer callado o muy enlentecido, y a veces sin conciencia de enfermedad para el entrevistador, pero obvio para el paciente.

En la depresión el curso está enlentecido y el paciente no encuentra las palabras que desea para expresarse, o lo hace con lentitud.

EDAD DE COMIENZO

(Datos obtenidos de www.bipolarneuro.com entre el 2006 y 2009 sobre una muestra de 1800 encuestados).



- menos de 15 años el 3%
- entre 15 y 20 años el 15%
- entre 20 y 30 años el 39%
- entre 30 y 40 años el 24%
- entre 40 y 50 años el 14%
- más de 50 años el 5%

El trastorno está ya presente en la niñez – no en vano es genético – pero su debut diagnóstico se demora una media de 10 años a partir del primer cuadro clínico susceptible de iniciar tratamiento, es decir, cuando un desencadenante (un estrés físico o social) hace que se manifieste como tal.

Dicha demora puede deberse a confundir el diagnóstico con:

- **Una causa comórbida.** Generalmente se confunde con uno de los cuadros clínicos a los que puede asociarse (trastorno de ansiedad, trastorno de atención, adicción a drogas, trastorno obsesivo y compulsivo, trastorno de la personalidad, trastorno de la conducta y otros) y el TB pasa desapercibido.
- **Una esquizofrenia.** Es llamativo, a posteriori, para el paciente que se le haya confundido, incluso, con una esquizofrenia en aquellos casos en que el trastorno cursa con síntomas psicóticos. Y esto no siempre es fácil de evitar.
- **Una depresión unipolar.** Una depresión es unipolar si no ha presentado una fase maníaca o no se ha percatado su existencia por parte del paciente y los próximos o por parte de un médico poco incisivo al realizar la anamnesis. Distinguiremos entre una depresión unipolar y una bipolar más adelante.
- **Una manía unipolar.** Ocurre algo similar a lo descrito para el error diagnóstico de la depresión unipolar. La manía unipolar es, la mayoría de las veces, una manía bipolar a la que no se le ha relacionado al paciente con un algún episodio depresivo.

(Textos facilitados por la Asociación Bipolares de Málaga <https://trastornobipolarbao.com/portal/> gran parte de éste material transcribe el trabajo de fin de curso de “experto universitario en salud mental y clínica psiquiátrica” realizado por el Dr. Carlos Sánchez Rodríguez, neurólogo col. 29/2868 <https://trastornobipolarbao.com/portal/wp-content/uploads/2013/06/ACERCA-DEL-TB.pdf>)

Los picos del alma

Todos tenemos altibajos anímicos; todos oscilamos nuestro humor ligeramente ante eventualidades, cambios, situaciones estresantes — tristes o alegres—, días nublados, etc. Todos tenemos oscilaciones, menos los cadáveres. Lo patológico es cuando esas oscilaciones, aumentan su intensidad, hasta el punto de que no se puede llevar una vida normalizada, cuando afecta a nuestro día a día, a nuestro entorno familiar, social y laboral; en definitiva, cuando se afecta nuestra existencia a todos los niveles. Cuando constantemente, se zarandea nuestra vida y se desmorona todo, perdemos el interés por todo lo que normalmente nos era agradable, placentero. En resumidas cuentas, se pierde el deseo de vivir o por el contrario se está tan expansivo y tan excesivamente bien, que nadie nos pueda seguir el paso —aquí radica la diferencia, ahí está la patología.

La enfermedad mental de cualquier tipo, afecta a una de cada cuatro personas. Todos somos vulnerables a padecerla, igual que cualquier otro tipo de patología. No entiende de sexo, raza, estatus social, etc. Es muy “democrática”.

Myriam García Vera

El Pimpi

Bajo los techos de El Pimpi han cabido todas las expresiones, filosofías, ideologías y religiones. La diversidad es la riqueza de un pueblo y la cultura es la libertad. Un pueblo sin cultura no es libre. Por eso nosotros desde El Pimpi siempre hemos apostado por la cultura y el respeto, por la diversidad contra la arrogancia, la soberbia, la intolerancia y el pensamiento único.

Todo ello se combate con amor y respeto. Sobrevivimos a los enemigos de la paz, cuando ellos hayan visto el final, nosotros estaremos empezando.

Pepe Cobos

