

apuntes civiles

sobre trastorno bipolar

apuntes civiles

Nahasenda bipolarri buruz



Senideen eta Gaixotasun Mentalen Bizkaiko Elkarteak
Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental



Bizkaiko Foru Alkandua
Diputación Foral de Bizkaia



Senideen eta Gaixotasun Mentalen Bizkaiko Elkarteak
Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental



1	LA PUBLICACIÓN	4
2	AVIFES	5
3	¿QUÉ ES EL TRASTORNO BIPOLAR?	6
4	¿CÓMO SABER SI UNA PERSONA TIENE TRASTORNO BIPOLAR?	7
5	¿CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS?	8
6	¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR?	11
7	CAUSAS	13
8	¿CÓMO EVOLUCIONA?	15
9	¿EXISTE UN TRATAMIENTO EFICAZ?	17
10	PREGUNTAS FRECUENTES	22

La colección «Apuntes AVIFES» pretende ofrecer a los familiares, profesionales y otras personas interesadas en el ámbito de la salud mental, información útil sobre distintas cuestiones, diagnósticos y temas que aporten un mayor acercamiento y una mejor comprensión del ámbito de la salud mental, de sus recursos y apoyos, y de las inquietudes, necesidades y deseos de las personas afectadas y de sus familiares.

Tras publicar «SOBRE ESQUIZOFRENIA», continuamos esta colección con otra publicación dedicada al diagnóstico de trastorno bipolar, en la que de nuevo hemos pretendido recoger algunos conceptos e incluir algunas otras cuestiones que nos parecen de interés. Este segundo número está dirigido principalmente a los familiares y a las personas afectadas por alguna enfermedad mental severa con el objetivo de proveerles de información útil y más amplia sobre el trastorno bipolar.

LA ASOCIACIÓN VIZCAÍNA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

nace como Asociación en el año 1986 a partir de la iniciativa de un grupo de familiares de personas con enfermedad mental que tras constatar la gran escasez de recursos destinados al ámbito de la Salud Mental, emprendieron la tarea de agruparse entorno a una Asociación que luchara por dignificar esta enfermedad y reivindicara la generación de recursos para dar respuesta a las muchas necesidades sentidas. Es una entidad sin ánimo de lucro y declarada de utilidad pública.

Su misión es la de facilitar apoyos personalizados a lo largo de la vida de todas las personas con enfermedad mental de Vizcaya y sus familias para alcanzar autonomía personal, calidad de vida e inclusión en la comunidad: asegurando su condición de ciudadano o ciudadana de pleno derecho.

A lo largo de estos más de 20 años, con el compromiso y dedicación de las familias, profesionales, personas afectadas, personas voluntarias e instituciones se está consiguiendo superar el enorme desconocimiento de la sociedad hacia este colectivo que ha conllevado en muchas ocasiones situaciones de discriminación y estigmatización social.

Es necesario empoderar a las personas con enfermedad mental para que dispongan de mayores competencias para su pleno desarrollo en todos los ámbitos de la vida, apoyar su máxima autonomía personal y participación activa en la comunidad.

Los recursos y apoyos para las personas con enfermedad mental han ido aumentando en los distintos ámbitos. AVIFES gestiona distintos servicios pero todavía hoy en día es necesario generar mayores apoyos y más plazas. En este sentido, la **Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (La ley de la Dependencia)** que también contempla a las personas con enfermedad mental, constituye una oportunidad.

3 ¿QUE ES EL TRASTORNO BIPOLAR?

El Trastorno Bipolar, anteriormente denominado Psicosis Maniaco-Depresiva, está incluido dentro de los trastornos del estado de ánimo. Podemos definir el trastorno bipolar como una enfermedad crónica en la que se produce una alteración de los mecanismos bioquímicos del cerebro que regulan las emociones y el humor. Las personas experimentan alteraciones en el estado de ánimo y en la conducta, con una importante repercusión en su vida cotidiana y la de su familia.

La enfermedad se presenta en diferentes episodios:

- EPISODIO MANIACO: La persona está eufórica, su actividad física y mental diaria aumenta de manera patológica.
- EPISODIO HIPOMANIACO: En esta ocasión la persona también presenta síntomas de manía, pero la intensidad es menor.
- EPISODIO DEPRESIVO: La persona se encuentra muy triste, muy desanimada, y su actividad diaria se ve afectada.
- EPISODIO MIXTO: En estos episodios la persona vive síntomas maníacos y depresivos alternativamente. La persona se puede sentir eufórica pero a la vez no tener vitalidad, o por el contrario, tener un ánimo depresivo y estar muy activo.

El cambio de una fase a otra (de manía a depresión) es variable y como se ha dicho, entre estas fases hay periodos de estabilidad. La frecuencia varía de una persona a otra.

Según los últimos estudios, el trastorno bipolar aparece aproximadamente en el 1,2% de la población general, teniendo la misma incidencia en hombres que en mujeres. Pero debemos destacar los estudios que informan que los hombres tienden a presentar un número parecido de episodios maníacos y depresivos y las mujeres, en cambio, suelen presentar mayor número de episodios depresivos.

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica, pero con un adecuado tratamiento, las recaídas pueden disminuir y la persona puede intentar conseguir una mejor calidad de vida.

4 ¿COMO SABER SI UNA PERSONA TIENE TRASTORNO BIPOLAR?

El diagnóstico será realizado por un equipo de profesionales sanitarios, que se basarán en la historia médica de la persona y en una exploración psicopatológica.

Establecer este tipo de diagnóstico no es fácil y a veces se retrasa en el tiempo. Muchos de los síntomas que aparecen en la persona, son comunes a otras enfermedades, y además pueden variar en el tiempo. Habitualmente se considera que se trata de una depresión o de otro tipo de enfermedad y hasta que no se produce un episodio de manía no se suele poder determinar con seguridad. Además, en cada persona la enfermedad se presenta con diferentes síntomas creando situaciones únicas y personales.

El trastorno bipolar suele aparecer en la adolescencia o al principio de la edad adulta. Normalmente, aparece de forma aguda, manifestándose los síntomas en cuestión de días o semanas. La duración de los episodios es muy variable: a veces duran días y a veces meses, no se puede determinar con seguridad la evolución ni en una misma persona.

5 ¿CUALES SON SUS SINTOMAS?

Es evidente que la enfermedad se presenta y se desarrolla de manera única en cada persona, pero podemos describir una serie de síntomas que son comunes en las personas que presentan este diagnóstico. Clasificaremos estos síntomas dentro de los diferentes episodios maníaco y depresivo, anteriormente nombrados.

EPISODIO MANIACO

- *Alteraciones en el estado de ánimo:* La persona se muestra eufórica, con un estado de hiperactividad general. La persona se siente capaz de hacer cualquier cosa. En algunos casos, la excitación anímica llega a ser tan extraordinaria que desemboca en la hostilidad e irritabilidad.
- *Ausencia de conciencia de enfermedad:* En estos episodios, puede ser que la persona no sufra por los síntomas que se manifiestan en ella, se encuentra muy bien y no comprende por qué tiene que seguir un tratamiento.
- *La conducta está muy alterada.* La persona puede pasar la mayoría de su tiempo haciendo planes o desarrollando proyectos gigantescos. El autocontrol de impulsos es muy pobre.
- *Ausencia de interés por su aspecto personal:* Presenta un aspecto descuidado y poco aseado.
- *Alteración de los procesos cognitivos:* Los procesos cognitivos se caracterizan por su extraordinaria aceleración. El habla es rápida y entrecortada, salta de un tema a otro sin razón y tiene serias dificultades para mantener su atención.
- *Alteraciones en la percepción de la realidad y de si mismo:* Su autoestima puede estar tan hipertrofiada que incluso pueden aparecer síntomas psicóticos como delirios (de grandeza por ejemplo) o alucinaciones. Existe una confianza excesiva hacia si mismo.
- *Síntomas físicos:* Alteraciones del sueño, puede estar sin dormir durante mucho tiempo, aumento del apetito y un extraordinario incremento del umbral de la fatiga física.
- *Dificultad para mantener relaciones interpersonales:* Las relaciones son muy difíciles en los episodios de manía. La persona se muestra

polemista y controladora, tienen una gran resistencia a que se les contradiga o se les intente hacer ver lo inapropiado de su conducta.

Con un oportuno tratamiento farmacológico los síntomas que se manifiestan en esta fase disminuyen de manera destacable.

EPISODIO DEPRESIVO

- *Alteración en el estado de ánimo*: Aparece un gran sentimiento de tristeza, apatía, pérdida de interés por todo aquello que anteriormente le interesaba, abatimiento e infelicidad. Aparece un miedo irracional a todo que les hace sentirse desvalidos. Muestran deseos de estar solos. También son frecuentes la irritabilidad, la sensación de vacío y el nerviosismo.
- *Alteración de la percepción*: La valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa. La autodepreciación, la autoculpación y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, contenidos clave en los pensamientos de estas personas. Aparecen ideas pesimistas repetitivas.
- *Síntomas físicos*: Otros síntomas comunes son la fatiga (cansancio excesivo), la pérdida de apetito y una disminución de la actividad y el deseo sexual que en los hombres puede incluso acompañarse con dificultades en la erección. También aparecen importantes alteraciones del sueño. La mayoría de las personas sufren de insomnio (problemas para quedarse dormido, despertares frecuentes a lo largo de la noche o despertar precoz) pero, en un pequeño porcentaje de personas también puede darse hipersomnia. Aparecen continuas quejas sobre molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.)
- *Alteración de los procesos cognitivos*: El rendimiento cognitivo se ve afectado. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas.

Pueden aparecer constantes pensamientos relacionados con la muerte.

- *Dificultad para mantener relaciones interpersonales*: La persona tiene importantes dificultades para mantener y comenzar relaciones. En muchas ocasiones las relaciones anteriores se ven deterioradas. Normalmente sufren rechazo de las personas que le rodean y esto hace que se aislen todavía más de su entorno.

A pesar de que la persona ha pasado por episodios depresivos anteriormente y sabe que es algo temporal, no es fácil para ellos entender esta situación y tienden a pensar que su vida no tiene sentido y que no merece la pena seguir el tratamiento. Por ello es necesario que la persona cuente con los apoyos necesarios (familiares, profesionales, farmacológicos... etc.).

EPISODIO DE HIPOMANÍA

Los síntomas son menos intensos y dramáticos que en los episodios de manía. No se dan síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones), ni se producen cambios conductuales que obliguen a la hospitalización. En este episodio podemos destacar los siguientes síntomas:

- Sensación de bienestar intensa.
- Mayor creatividad.
- Buena autoestima.
- Alteraciones de sueño (insomnio).
- Irritabilidad.
- Pensamiento acelerado.
- Inestabilidad que puede desembocar en una fase de manía.
- Posibilidad de consumo de alcohol o drogas.

Para evitar que esta fase termine en un episodio de manía es fundamental continuar con el tratamiento.

También podemos hablar de EPISODIO DE REMISIÓN. Son aquellos periodos en los que predomina en la persona la ausencia de síntomas. La persona con una red amplia y adecuada de apoyos y con un mantenimiento constante del tratamiento puede tener frecuentes episodios de estabilidad.

6 ¿CUALES SON LOS TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR?

En función de la intensidad de los síntomas y de los diferentes episodios que presenta la persona a lo largo de su vida podemos hacer la siguiente clasificación:

TRASTORNO BIPOLAR TIPO I

Es la forma clásica. Se caracteriza por fases de manía y depresiones de gran intensidad. Puede haber una variación entre las personas, en función de los diferentes episodios que presentan y en la intensidad de los mismos. Hay personas que presentan el mismo número de episodios maníacos y depresivos; pero existen personas que presentan principalmente un tipo de episodios o el otro.

Existen estudios que demuestran que es más probable que los hombres comiencen con un episodio maníaco y las mujeres con un episodio depresivo.

TRASTORNO BIPOLAR TIPO II

Se caracteriza por depresiones intensas y fases de hipomanía. Pueden aparecer síntomas psicóticos en las fases depresivas. Las fases de euforia moderadas a veces se confunden con cambios temperamentales en la persona. Se puede observar una mayor sociabilidad en la persona, por lo que es difícil darse cuenta.

FASES MIXTAS

Cuando los síntomas de los episodios de manía y de depresión aparecen mezclados. Esto sucede en un 30% de las personas que tienen un trastorno bipolar. Con bastante frecuencia en el mismo día la persona está alegre y triste, y a menudo está muy irritable y enfadada. Esto hace que la enfermedad sea difícil de comprender tanto para la persona como para su entorno.



CICLACIÓN RÁPIDA

Se da en aquellas personas que presentan los cuatro diferentes episodios anteriormente descritos en un mismo año. En este caso será necesario un tratamiento especial y deben ser atendidos con especial atención para descartar algunas enfermedades que, a veces, pueden asociarse con alteraciones de la glándula tiroides.

Las teorías vigentes integran los hallazgos en un modelo biopsicosocial de vulnerabilidad-estrés. La base de estas teorías responde a la suma de factores genéticos, factores ambientales, psicológicos (estrés, soporte social), e incluso metereológicos (cambio estacionales).

FACTORES PREDISPONIENTES

- *Genéticos*: Los factores genéticos podrían ser la causa principal del trastorno bipolar. Diferentes estudios demuestran que existen varios miembros diagnosticados con esta enfermedad en una misma familia. Uno de cada 3 hijos de las personas que presentan trastorno bipolar muestran esta enfermedad si alguno de los padres lo manifiesta, y en el caso en el que los dos padres presenten trastorno bipolar, el porcentaje de que un hijo lo manifieste es mayor.
- *Bioquímicos*: Se ha detectado una relación en los neurotransmisores en aquellas personas que se encuentran en la fase depresiva, destacando la presencia de la noradrenalina. Se sabe además que la depresión se asocia al hipotiroidismo, y al aumento del factor liberador de corticotropina y glucocorticoides, también se conoce que la administración de corticoides puede desencadenar complicaciones severas tanto depresivas como maníacas.

FACTORES PRECIPITANTES O DESENCADENANTES

La ocurrencia de ciertos sucesos vitales estresantes en personas vulnerables podría desencadenar la aparición de la enfermedad. Estos sucesos podrían ser la pérdida de un ser querido, cambio de domicilio, entrada en la universidad, servicio militar, comienzo o pérdida de un trabajo... etc.



FACTORES MANTENEDORES

Una vez instaurada la enfermedad, podemos identificar ciertas situaciones que tienden a empeorar o mantener los síntomas y otras que, por el contrario, tienden a disminuir el grado de vulnerabilidad:

PROTECTORES

- Cumplimiento de la Medicación
- Existencia de apoyos familiares y sociales
- Mantenimiento de una ocupación
- Reconocimiento de síntomas
- Vida saludable (estabilidad de horarios de sueño, no consumo de tóxicos...).

RIESGOS

- Acontecimientos vitales
- Ausencia de organización en las rutinas diarias
- Abandono medicación
- Predisponibilidad psicológica
- Carga emocional familiar excesiva: sobreprotección, crítica, desvalorización.
- Consumo alcohol y drogas.

El trastorno bipolar suele aparecer en la adolescencia tardía, la media de edad son los 20 años. Puede comenzar de forma imperceptible en esta época y aparecer de forma abrupta en la edad adulta con una fase depresiva o de manía. El primer episodio suele venir precedido de un factor estresante ambiental, pero los siguientes pueden aparecer de forma independiente de factores externos


Esta enfermedad, de evolución crónica, como ya hemos dicho se ve marcada por diferentes fases, destacando episodios de manía y de depresión. Los tipos de episodios y la frecuencia de los mismos, será diferente en cada persona. Algunas personas tienen los mismos episodios maníacos y depresivos, pero existen otros casos en los que destaca la presencia de uno de los dos tipos de fases. Las personas con trastorno bipolar tienen de media cuatro episodios durante los primeros 10 años de la enfermedad. El intervalo entre los episodios tiende a disminuir a medida que aumenta la edad (con la edad los intervalos asintomáticos entre episodios son cada vez más cortos). La intensidad de los episodios no siempre es la misma.

Diferentes estudios mantienen que tanto los episodios de manía como los depresivos se presentan de forma preferente en determinadas estaciones del año. Lo relacionan con la influencia que tienen las horas de sol, destacando la depresión en otoño e invierno, y la manía en primavera y verano.

Con tratamiento las fases se acortan y los episodios entre éstas se alargan mejorando la calidad de vida de la persona.

Existe un grupo de factores asociados a un mejor pronóstico:

- Contar con una red amplia de apoyos.
- Cumplir con el tratamiento.
- Seguir horarios regulares de sueño.
- Realizar actividades estructuradas.
- No consumir alcohol ni drogas.
- Aprender a detectar los síntomas de recaída



Las ideas de suicidio pueden aparecer a lo largo de la enfermedad y no solo aparecen en episodios depresivos. Son más frecuentes en el comienzo de la enfermedad. La tasa de suicidio en los pacientes bipolares no tratados oscila alrededor del 10-15% y la forma de disminuir este riesgo y de asegurar una mejor evolución es seguir las pautas anteriormente nombradas.

9 ¿EXISTE UN TRATAMIENTO EFICAZ?

Para que la persona alcance una buena calidad de vida y se dé una evolución favorable de la enfermedad, esta deberá contar con los apoyos necesarios.

El tratamiento farmacológico tendrá un gran peso en este proceso. Pero no debemos pensar que será el único apoyo para la persona, además debe ser acompañado por un abordaje psicosocial que intentará apoyar todas aquellas necesidades que la persona muestre como consecuencia de la enfermedad.


Contamos con diferentes recursos farmacológicos para hacer frente a la enfermedad. En los últimos años apreciamos un importante avance en esta área.

En los **episodios de remisión** los fármacos que se utilizan son aquellos que regulan el estado de ánimo y evitan las recaídas en episodios depresivos o maníacos. Éstos son los EUTIMIZANTES o reguladores del humor, que la persona deberá tomar a lo largo de su vida. El más utilizado es el LITIO.

El litio aparece en el ser humano en cantidades mínimas y las personas que tienen trastorno bipolar necesitan una cantidad mayor para mantener un estado del ánimo estable de la que se obtiene a través de los alimentos. No quiere decir que la persona tenga falta de litio, si no que este mineral se puede utilizar como tratamiento y le ayudará a normalizar su estado de ánimo.

La dosis de litio que necesita cada persona será diferente, dependerá de factores como edad, sexo, peso o masa muscular, la utilización de otros medicamentos...etc. Por ello es fundamental controlar periódicamente los valores de litio de la persona midiendo su concentración en sangre, lo que permitirá al profesional médico ajustar la dosis adecuadamente y evitar que ésta supere cierta cantidad que podría ser tóxica para la persona, para ello habrá de realizarse periódicamente un análisis llamado LITEMIA.

Por lo general, el litio es un fármaco que se tolera bien. Los efectos secundarios más habituales son: temblor, sed, necesidad de orinar más de lo habitual, diarrea, dolor abdominal y mareo. En algunos



casos podría desarrollarse bocio (aumento del tamaño de la glándula tiroidea al disminuir su actividad), por lo que deben realizarse análisis de hormonas tiroideas antes de empezar con la medicación y posteriormente mantener esta revisión con una frecuencia al menos anual. Es también necesario el control de la función del riñón, con análisis cada seis meses que garanticen su normalidad. Es importante poner en conocimiento al médico de cabecera o a cualquier otro profesional de la medicina que pudiera influir de la toma de este tratamiento.

Siguiendo estas indicaciones debemos decir que el Litio es un tratamiento seguro, con beneficios importantes.


Para aquellas personas que no puedan seguir este tratamiento, existen otras alternativas, como por ejemplo los EUTIMIZANTES que se han usado tradicionalmente para el tratamiento de epilepsia y que se ha demostrado que también previenen recaídas del trastorno bipolar.

En las **fases depresivas** se utilizan antidepresivos, que contribuyen a mejorar el estado de ánimo. Dentro del trastorno bipolar puede darse el riesgo de que los antidepresivos puedan inducir un cambio de estado, de depresión a manía o hipomanía, por lo que su uso se debe reducir a las situaciones que clínicamente lo requieran. El efecto de estos fármacos no es inmediato, pueden pasar entre tres y seis semanas desde que se comienza a tomar hasta que se ven signos de mejoría.

En determinadas ocasiones aparecen los siguientes efectos adversos de los antidepresivos: dificultades en la función sexual (60% de los pacientes) y mareos o molestias digestivas como náuseas y diarreas (10%).

Cuando nos encontramos ante un episodio de depresión con mayor intensidad podemos recurrir a Antidepresivos Tricíclicos (Imipramina, Clomipramina o la Amitriptilina, entre otros). Los efectos secundarios de estos suelen ser más difíciles de tolerar.

La terapia electro convulsiva como tratamiento es una práctica poco habitual actualmente, ya que se realiza en casos muy concretos.



En las **fases de manía**, lo que se busca a través del tratamiento farmacológico es detener los síntomas de euforia. Los fármacos utilizados son los **ANTIMANIÁCOS**, **ANTIPSIKÓTICOS** o **NEUROLÉPTICOS**. Normalmente, los antimaníacos se utilizan durante un periodo breve de tiempo, lo necesario para que remita el episodio. Los efectos secundarios más comunes de estos fármacos son: somnolencia, rigidez de extremidades, enlentecimiento y aumento del apetito. Además de los fármacos mencionados, es frecuente acompañar con medicamentos que disminuyan la ansiedad o que contribuyan a mejorar el insomnio, como los ansiolíticos o las benzodiazepinas y los hipnóticos.

En ocasiones, cuando con el tratamiento establecido no es posible controlar estas fases, y existe riesgo para la persona o su entorno, puede ser necesario un ingreso hospitalario.


Una vez analizado el tratamiento farmacológico debemos añadir la gran importancia de ofrecer a la persona un tratamiento integral, que incluya todos aquellos apoyos necesarios para favorecer una buena calidad de vida.

PSICOTERAPIA Y TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES

Son intervenciones psicológicas y sociales orientadas a ayudar a las personas con trastorno bipolar a mantener la estabilidad en el cuadro clínico, mejorar el funcionamiento psicosocial y el desempeño cotidiano. En definitiva, buscan alcanzar un mayor nivel de autonomía en la persona y conseguir una mayor calidad de vida.

Las técnicas cognitivo conductuales, el entrenamiento en habilidades sociales y la psicoeducación han demostrado su eficacia en este sentido.

Pero las personas también necesitan, más allá del enfrentamiento de la enfermedad, disfrutar de experiencias significativas que contribuyan a su crecimiento y desarrollo personal. La oportunidad de experimentar logros positivos que incrementen su sentimiento de autovalía, un marco para la construcción de relaciones personales de amistad,



oportunidades para que puedan elegir y expresar sus preferencias en todo aquello que les concierne, son aspectos que colaboran notablemente en el bienestar de la persona.

Se trata de apoyar a las personas en la creación y desarrollo de su proyecto vital.

Los resultados que se pretenden conseguir con la disposición de estos recursos son:


- Incrementar el nivel de habilidades adaptativas, capacidades funcionales (autocuidado personal, para el empleo, acceso a la comunidad, manejo en el hogar, establecer amistades).
- Incremento de las características que posibiliten la presencia y participación en la comunidad, toma de elecciones, competencia y respeto.
- Aumento del bienestar en todas las dimensiones que constituyen a la persona.

RED DE APOYO

La red de apoyo de una persona está formada por apoyos naturales (la misma persona, familia, amigos, relaciones informales, etc...) y por apoyos profesionales (profesionales sanitarios, recursos comunitarios, etc...). Es importante que la persona cuente con una amplia y adecuada red de apoyo. Cada miembro de ésta apoyará de diferente forma a la persona en su proceso vital y favorecerá una positiva evolución de la enfermedad.

EL APOYO DE LA FAMILIA

La familia ocupa un lugar central en la red de apoyo de la persona. Los miembros de ésta, suponen figuras de referencia para la persona y proporcionan apoyos muy importantes tanto en la evolución de la enfermedad como en el desarrollo de la persona.



Para que las personas integrantes de la familia puedan apoyar a la persona con enfermedad, será necesario que trabajen sentimientos como angustia, negación, impotencia y avancen hacia la aceptación de la nueva situación familiar y de la persona con enfermedad.

Para ello, es importante que se tengan en cuenta las siguientes pautas:

- Conocer la enfermedad y las necesidades de la persona.
- Crear una buena relación con el familiar y comenzar relaciones con todas aquellas personas que puedan apoyar a su familiar.
- Buscar apoyos en personas o recursos que puedan facilitar su proceso de ayuda y convivencia con la persona con enfermedad mental.
- Tener expectativas realistas respecto a su familiar e intentar apoyarle en base a éstas.
- Abordar el tema de la enfermedad de manera normalizada y tratar con la persona y aquellas personas de su entorno con claridad todos los temas relacionados con ésta.

Las familias, unidas y representadas por el movimiento asociativo, se han constituido en muchas ocasiones en portavoces de las necesidades de este colectivo y desde ahí han reclamado el acceso universal a los mejores tratamientos, la ampliación de los recursos de toda índole, la promoción de la investigación y medidas de protección legal adecuadas a la realidad social.

1 ¿QUÉ PESO TIENE LA HERENCIA FAMILIAR?

El riesgo que cualquier persona tiene de tener un hijo con trastorno bipolar es alrededor de un 1%. Cuando el padre o la madre presentan esta enfermedad, el riesgo se eleva hacia alrededor del 10-15%.

2 ¿EXISTEN SÍNTOMAS QUE INDICAN UNA POSIBLE RECAÍDA?

Encontramos aquellos síntomas a los que denominamos «síntomas señal o de alarma» que nos indican que puede estar comenzando una recaída. A pesar de que determinados síntomas son comunes en todas las personas que tienen trastorno bipolar, estos síntomas señal son diferentes en cada persona.

Los más comunes en los episodios de depresión son: aumento de tristeza, aumento de las preocupaciones de la vida diaria, sensación de fatiga, disminución de sus relaciones sociales, trastornos en el sueño, malestar físico sin causa justificada...etc.

En los episodios de manía destacamos: euforia excesiva, inquietud, alteraciones del sueño, hiperactividad, alteración de la conducta...etc.

3 ¿PUEDE PERJUDICAR LA TOMA PROLONGADA DE LITIO DURANTE AÑOS?

El tratamiento con litio es muy eficaz y a la vez muy bien tolerado con pocos riesgos. Únicamente tenemos que tener en cuenta que se debe controlar la función renal y la función tiroidea, porque son dos funciones que pueden verse alteradas a largo plazo. Si esto sucediera, podrían buscarse otras alternativas terapéuticas.

4 ¿SE PUEDE CONOCER CÓMO SERÁ LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD?

Actualmente es difícil conocer la evolución que cada persona va a tener. Indicios de una mayor gravedad pueden ser el comienzo temprano, la aparición sin circunstancias precipitantes, los antecedentes familiares de trastorno bipolar o depresión entre otros.


5 ¿QUÉ SE PUEDE HACER SI LA PERSONA RECHAZA EL TRATAMIENTO?

El abandono del tratamiento implica en la mayoría de las personas una recaída. Esta es una de las causas más frecuentes de los ingresos hospitalarios. Además, implican mayores dificultades en su inclusión en la sociedad, desarrollo personal y relaciones familiares.

El incumplimiento del tratamiento se explica por diferentes razones:

- Falta de conciencia de enfermedad por lo que la persona no percibe la necesidad de continuar con el tratamiento.
- Estigma y discriminación social de la enfermedad mental que traslada una visión negativa sobre todo aquello que tenga que ver con ella.
- Cansancio de la persona por la toma prolongada de medicación, fenómeno que se repite en otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión.
- Los efectos secundarios de la propia medicación (puede que a veces se atribuyen erróneamente a la medicación efectos molestos debidos en realidad a la propia enfermedad).

Es importante apoyar a la persona para que acepte la nueva situación. Hablar con ella y favorecer todo aquello que le ayude a aceptar la enfermedad y su tratamiento (ocupación, seguimiento sanitario, grupos de apoyos...etc.).



Como último recurso y en situaciones de riesgo, hoy en día la única posibilidad de imponer un tratamiento lo constituye el internamiento involuntario, en base a un certificado médico o una decisión judicial. Sin embargo, esta medida excepcional, muchas veces difícil y traumática, no garantiza la continuidad del tratamiento tras el alta.

6 SI UNA PERSONA ESTÁ EN TRATAMIENTO Y SUFRE UNA RECAÍDA ¿EL TRATAMIENTO NO ES EFICAZ?

No necesariamente, es posible tener una recaída habiendo recibido un tratamiento adecuado. Si sería conveniente realizar una nueva evaluación del tratamiento farmacológico por parte de su psiquiatra.

7 ¿QUIÉN TIENE LA CULPA DE LA ENFERMEDAD?

Nadie.

Enfrentar la enfermedad de un miembro de la familia es extremadamente difícil y genera una respuesta emocional que incluye sentimientos de culpa, miedo, enfado o tristeza. A menudo, especialmente los padres, se preguntan si su modo de proceder ha causado la enfermedad. A pesar de que las teorías que hablaban de pautas familiares patógenas han quedado descartadas y obsoletas, las familias muchas veces no pueden dejar de sentirse culpables.

La persona que niega su enfermedad y busca una explicación a lo que le está pasando, a menudo culpabiliza a los demás de su situación y con ello alimenta ese sentimiento.

A la inversa, a veces la impotencia y frustración, la dificultad para comprender la enfermedad y lo que conlleva, hace reaccionar a las familias con enfado y a malinterpretar ciertos comportamientos (p.ej. acusar a una persona de vago por su apatía).

Este tipo de sentimientos no favorecen la mejoría de la enfermedad, sino que, por el contrario, generan más tensión y conflictividad.

Los programas psicoeducativos dirigidos a las personas con trastorno bipolar y a sus familias contribuyen a conocer y comprender mejor la enfermedad y a generar actitudes positivas de afrontamiento.

8 ¿LA LEY DE LA DEPENDENCIA TAMBIÉN CONTEMPLA A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL?

La ley de dependencia, gracias a la reivindicación del movimiento asociativo de discapacidad intelectual y enfermedad mental contempla e incluye a nuestro colectivo.

Se trata de una Ley que reconoce el derecho a acceder a recursos de servicios sociales y prestaciones económicas a las personas valoradas con algún grado de dependencia. Dicha valoración de la Dependencia se debe solicitar en los servicios sociales de base de cada Ayuntamiento correspondiente, a través de la trabajadora social.

Una vez realizada la valoración se establecen diferentes grados de dependencia, lo cuales serían:

- Grado I. Dependencia moderada: dos subniveles.
- Grado II. Dependencia severa: dos subniveles.
- Grado III. Gran dependencia: dos subniveles.

Los recursos y prestaciones a los que se tiene derecho *tras ser determinado el grado de dependencia* van a ser los siguientes:

1. **CUIDADOS INFORMALES**, que incluyen los siguientes servicios y prestaciones:
 - Teleasistencia
 - Prestación económica al cuidador; más alta en la S/S, si puede ser cotizador (no jubilados, no pensionista)
 - Ayudas técnicas



2. **SERVICIOS EN EL DOMICILIO**, que incluyen los siguientes servicios:

- Teleasistencia
- Servicio de Ayuda a Domicilio: S.A.D.
- Centro de día.
- Programas de respiro (Residencias en estancia temporal.)

3. **SERVICIOS RESIDENCIALES**

- Servicio residencial
- Centro de día
- Ayudas técnicas.

1	ARGITALPENA	4
2	AVIFES	5
3	ZER DA NAHASMENDU BIPOLARRA?	6
4	NOLA JAKIN DAITEKE EA PERTSONA BATEK NAHASMENDU BIPOLARRA DUEN?	7
5	ZEIN DIRA HAREN SINTOMAK?	8
6	ZEIN DIRA NAHASMENDU BIPOLARRAREN MOTAK?	11
7	ZERGATIAK	13
8	ZER-NOLAKOA DA GAIXOTASUNAREN EBOLUZIOA?	15
9	BA AL DAGO TRATAMENDU ERAGINKORRIK?	17
10	SARRITAN EGITEN DIREN GALDERAK	22

«AVIFES Apunteak» bildumaren asmoa da informazio erabilgarria eskaintzea senideei, profesionali eta buru-osasunaren alorragatik interesatzen diren pertsoneri; hainbat arazo, diagnosi eta gai jorratuz, informazio horren asmoa da buru-osasunaren alorrera gehiago hurbiltzea eta alor hori hobeto ulertzen laguntzea, puntu hauek kontuan hartuta: baliabideak, laguntzak, eta ukitutako pertsonen eta haien senideen kezkak, beharrak eta nahiak.

«ESKIZOFRENIARI BURUZ» izeneko testua argitaratu ondoren, nahasmendu bipolarraren diagnosiari buruzko argitalpen batez jarraitu dugu bilduma honekin; testu berri honetan, aurrekoan bezala, kontzeptu batzuk bildu ditugu eta interesgarritzat jotzen ditugun beste gai batzuk sartu ditugu. Bigarren argitalpen hau buru-gaixotasun larriren bat pairatzen duten pertsonengana eta haien senideengana zuzentzen da bereziki, nahasmendu bipolarrari buruzko informazio erabilgarria eta sakona eskaintzea xedetzat hartuta.

BURU-GAIXOTASUNAK DITUZTEN PERTSONEN ETA BEREN SENIDEEN BIZKAIKO ELKARTEA (AVIFES)

1986an sortu zen elkarte bezala, buru-gaixotasunak dituzten pertsonen senide talde baten eskutik; buru-osasunaren eremura bideratzen ziren baliabideak oso urriak zirela ikusita, pertsona horiek elkarte batean bildu ziren, gaixotasun hori duinago bihurtzearen alde borrokatzeko eta sentitutako behar askori erantzutera zuzendutako baliabideen sorrera errebindikatzeko. Dirua irabazteko asmorik gabeko elkarte bat da, onura publikokotzat deklaratu.

Beraren eginkizuna da laguntza pertsonalizatua eskaintzea buru-gaixotasunak dituzten Bizkaiko pertsoneri eta beren senideei, autonomia pertsonala, bizi-kalitatea eta gizarteratzea lortzea xedetzat hartuta, eskubide osoko herritarrak izan daitezen eta horrela hartu ditzaten.

20 urtetik gorako garai horretan, familien, profesionalen, gaixotasuna pairatzen duten pertsonen, pertsona boluntarioen eta erakundeen konpromiso eta lanari esker, gizarteak kolektibo horren aurrean erakusten zuen ezjakintasun nabaria gainditzea lortu dugu, arian-arian; kontuan hartu behar da, gainera, ezjakintasun horrek diskriminazioa eta estigmatizazio soziala ekarri dituela hainbat kasutan.

Beharrezkoa da buru-gaixotasunak dituzten pertsoneri beren ahalmenaz jabetzen laguntzea; izan ere, era horretan gaitasun handiagoa izango dute osoko garapena lortzeko bizitzaren eremu guztietan; halaber, laguntza eman behar zaie beren autonomia pertsonala ahalik eta gehien garatu dezaten eta komunitatean modu aktiboan parte hartu dezaten.

Buru-gaixotasunak dituzten pertsonen baliabideak eta laguntzak ugaritu egin dira hainbat eremutan. AVIFESek zenbait zerbitzu kudeatzen ditu, baina oraindik ere beharrezkoa da laguntza eta plaza gehiago sortzea. Alde horretatik, **Autonomia Pertsonala Sustatzeari eta mendetasun-egoeran dauden pertsonak Zaintzeari buruzko 39/2006 Legeak (Mendetasunaren Legea)** aukera eskaintzen du horretarako, zeren buru-gaixotasunak dituzten pertsonak ere hartzen baititu kontuan.

3 ZER DA NAHASMENDU BIPOLARRA?

Nahasmendu Bipolarra gogo-aldartearen nahasmendu bat da, lehen psikosi maniako-depresibo deitzen zena. Definizioari dagokionez, esan dezakegu nahasmendu bipolarra gaixotasun kroniko bat dela, non nahasmendu bat gertatzen baita emozioak eta umorea erregulatzen dituzten burmuin-mekanismo biokimikoetan. Gaixotasun hori pairatzen duten pertsonak nahasteak edo alterazioak izaten dituzte gogo-aldartean eta jokabidean, eta horrek eragin nabaria izaten du beren eguneroko bizimoduan eta beren senideen eguneroko bizimoduan.

Gaixotasuna mota desberdineko episodiotan agertzen da.

- EPISODIO MANIAKOA: pertsona euforiko dago; beraren eguneroko jarduera fisiko eta mentala modu patologikoan handitzen da.
- EPISODIO HIPOMANIAKOA: kasu honetan, pertsonak maniaren sintomak ere izaten ditu, baina haien intentsitatea txikiagoa da.
- EPISODIO DEPRESIBOA: pertsona oso triste sentitzen da, oso desanimatuta, eta hori islatu egiten da berearen eguneroko jardunean.
- EPISODIO MISTOA: episodio hauetan, pertsonak sintoma maniakoak eta depresiboak izaten ditu, txandaka. Euforia senti dezake, baina bizi-indarrak izan gabe; edo, kontrako muturrean, gogo-aldarte depresiboa izan dezake baina oso aktibo egon.

Fase batetik bestera (maniatik depresiora) pasatzea ez da beti erritmo edo maiztasun berberarekin gertatzen, eta, esan dugun bezala, fase horien artean badira egonkortasunaldiak. Maiztasuna desberdina da pertsona bakoitzarentzat.

Azken azterlanen arabera, nahasmendu bipolarra biztanleria orokorraren %1,2rengan agertzen da, eta eragin berdintsua du gizonengan eta emakumeengan. Dena dela, azpimarratzekoa da azterketek erakusten duten zerbaite, hots, gizonek maiztasun berberaz pairatzen dituztela episodio maniakoak eta depresiboak, eta emakumeek, berriz, episodio depresibo gehiago izaten dituztela.

Gaixotasun bipolarra gaixotasun kroniko bat da, baina tratamendu egoki batez gaixoberritzeak (episodioen agerpenak) murriztu daitezke eta pertsona saia daiteke bizi-kalitate hobea lortzen.

4

NOLA JAKIN OTE DAITEKE EA PERTSONA BATEK NAHASMENDU BIPOLARRA DUEN?



Diagnosia profesional sanitario talde batek egin behar du, pertsonaren historia medikoa eta miaketa psikopatologikoa oinarritzat hartuta.

Diagnosi mota hori egitea ez da erraza, eta sarritan gerorako utzi behar izaten da. Pertsonarengan agertzen diren sintoma asko beste gaixotasun batzuetan ere agertzen dira, eta, gainera, sintoma horiek aldatu egin daitezke denboran zehar. Normalean, pertsonari gertatzen zaiona depresio bat edo beste gaixotasun mota bat dela pentsatu ohi da, eta episodio maniako bat agertu arte ezin izaten da diagnosia segurtasunez egin. Horrez gain, gaixotasuna sintoma desberdinez agertzen da pertsona bakoitzarengan, eta horrek egoera bakarrak eta pertsonalak sortzen ditu.

Nahasmendu bipolarra nerabezaroan edo helduaroaren hasieran agertu ohi da. Normalean, modu akutuan agertzen da, eta sintomak egun edo aste batzuen buruan azaleratzen dira. Episodioen iraupena oso aldakorra da: batzuetan egun batzuez irauten dute eta beste batzuek hilabete batuez; ezinezkoa da eboluzioa segurtasunez determinatzea, ezta pertsona berberaren kasuan ere.

5 ZEIN DIRA HAREN SINTOMAK?

Garbi dago, jakina, gaixotasuna modu bakarrean agertu eta garatzen dela pertsona bakoitzarengan, baina badira diagnosi hori duten pertsonentzat komunak diren sintoma batzuk. Sintoma horiek lehen aipatutako episodio maniako eta depresiboen barnean sailkatuko ditugu.

EPISODIO MANIAKOA

- *Gogo-aldartearen nahasteak*: pertsona euforiko dago, hiperaktibitate orokorreko egoeran. Pertsona gai sentitzen da edozer egiteko. Kasu batzuetan, gogo-aldartearen kitzikapena izugarria da, eta horrek etsaitasuna edo sumintasuna ekartzen du.
- *Gaixotasunaz ez konturatzea*: episodio hauetan, gerta liteke pertsona ez sufritzea berengan sortzen diren sintomengatik, oso ondo sentitzen da, eta ez du ulertzen zergatik jarraitu behar duen tratamendu bat.
- *Jokabidea oso nahastuta dago*: pertsonak denbora gehiena eman dezake planak egiten edo proiektu erraldoiak garatzen. Bere bulkaden kontrola oso makala da.
- *Ez du interesik bere itxura pertsonalagatik*: zaindu gabeko itxura du, garbiketa onik gabe.
- *Prozesu kognitiboan nahastea*: prozesu kognitiboak izugarri azeleratzen dira. Oso arin eta etenka hitz egiten du, gai batetik bestera pasatzen da arrazoirik gabe, eta zailtasun larriak ditu arretari eusteko.
- *Nahasteak errealitatearen eta norberaren pertzepzioan*: bere autoestimua hipertrofia handia izan dezake, hainbestearino non eldarnio (handitasun-eldarnioa, adibidez) edo haluzinazio moduko sintoma psikotikoak izan ditzakeen. Bere buruarenganako konfiantza handiegia da.
- *Sintoma fisikoak*: loaren nahasteak izatea –denbora luzea eman dezake lo egin gabe–, jateko gogo handiagoa izatea eta neke fisikoaren atalasea modu izugarrian igotzea.
- *Zailtasunak pertsonen arteko harremanetan*: harremanak oso zailak dira episodio maniakoetan. Pertsona polemista eta kontrolatzaile

agertzen da, ez du onartzen beraren kontra ezer esatea edo beraren jokabidea desegokia dela erakusten saiatzea.

Tratamendu farmakologiko egoki batez, fase honetan azaleratzen diren sintomak nabarmenki murrizten dira.

EPISODIO DEPRESIBOA

- *Gogo-aldartearen nahastea*: tristura sentimendu handia, apatia, interes galera lehen interesatzen zitzaien guztiagatik, eroritasuna, zorionik eza. Beldur irrazionala agertzen da gauza guztien aurrean, eta horrek babesgabe sentiarazten die. Bakarrik egoteko desio handia sentiitzen dute. Halaber, sarritan agertzen dira suminkortasuna, hutsune-sentsazioa eta urduritasuna.
- *Pertzepzioaren nahastea*: deprimitutako pertsona batek bere buruaz, bere inguruneaz eta bere etorkizunaz egiten duen balorapena negatiboa izan ohi da. Horrenbestez, bere burua gutxiestea eta erruduntzat hartzea eta bere autoestimua galtzea funtseko edukiak izaten dira pertsona horien pentsamenduetan. Ideia pesimista errepikakorrek agertzen dira.
- *Sintoma fisikoak*: beste sintoma arrunt batzuk hauexek dira: gehiegizko nekea, jateko gogoa galtzea, eta jarduera eta desio sexuala jaitea –gizonen kasuan, erekzio arazoak ere ekar ditzake horrek–. Halaber, lo egitearekin zerikusia duten nahasteak ere agertzen dira. Pertsona gehienek insomnioa pairatzen dute (lo hartzeko arazoak, gauen maiz esnatzea edo goizegi esnatzea); dena dela, pertsonen ehuneko txiki batek hipersomnia paira dezake. Gorputz-molestia zehaztugabeei buruzko kexak ere agertzen dira etengabe (buruko eta bizkarreko mina, goragaleak, gorakoak, idorreria, mikzio mingarria, ikusmen lausoa, eta abar.).
- *Prozesu kognitiboaren nahastea*: episodioak badu eragina errendimendu kognitiboan. Oroimena, arreta eta kontzentrazio-gaitasuna ukituta gera daitezke modu nabarian, halako moldez non ezin erabil baitaitezke eguneroko zereginetan. Heriotzarekin lotutako pentsamenduak ager daitezke etengabe.

- *Zailtasunak pertsonen arteko harremanetan*: pertsonak baditu zailtasun nabariak harremanak hasteko eta mantentzeko. Sarri askotan, aurretik zituen harremanak hondatu egiten dira. Normalean, inguruko pertsonak baztertu egiten dute, eta horren eraginez are gehiago isolatzen da bere inguruetik.

Pertsonak episodio depresiboak izan ditu aurretik eta badaki aldi baterakoak direla, baina, hala eta guztiz ere, berarentzat ez da erraza egoera hori ulertzea, eta bere biziak zentzurik ez duela eta tratamendua egiteak merezi ez duela pentsatzeko joera izaten du. Horregatik, ezinbestekoa da pertsonak behar dituen sostenguak izatea (senide eta profesionalenak, farmakologikoak, eta abar).

HIPOMANIA EPISODIOA

Sintomak ez dira mania-episodioetakoak bezain biziak eta dramatikoak. Ez dago sintoma psikotikorik (eldarnioak eta haluzinazioak), eta ez da gertatzen ospitaleratzera behartzen duen jokabide-aldaketarik. Episodio mota honetan, sintoma hauek azpimarratu ditzakegu:

- Ongizate sentsazio bizia.
- Sormen handiagoa.
- Autoestimu ona.
- Loaren nahasteak (insomnioa).
- Suminkortasuna.
- Pentsaera azeleratua.
- Ezegonkortasuna, mania-fasera eraman dezakeena.
- Alkohola edo drogak hartzeko posibilitatea.

Fase hau mania-episodio batez bukatu ez dadin, funtsezkoa da tratamenduarekin jarraitzea.

Halaber, ARINTZE-EPISODIOez ere hitz egin dezakegu. Sasoi horietan, pertsonengan ez da sintomarik agertzen. Sostengu-sare zabal eta egokia duen eta tratamendua modu iraunkorrean betetzen duen pertsonak egonkortasun-aldiak izan ditzake maiz.

6 ZEIN DIRA NAHASMENDU BIPOLARRAREN MOTAK?

Sintomen intentsitatea eta pertsonak bere bizitzan zehar dituen episodioak kontuan hartuta, sailkapen hau egin dezakegu:

I. MOTAKO NAHASMENDU BIPOLARRA

Mota klasikoa da. Ezaugarri nagusia da intentsitate handiko mania eta depresio faseak tartekatzea. Desberdintasunak egon daitezke pertsonen artean, norberak zenbat eta zer-nolako episodio dituen eta haien intentsitatea kontuan hartuta. Pertsona batzuek episodio maniako eta depresiboen kopuru berbera izaten dute; beste batzuek, berriz, episodio mota bat edo bestea izaten dute gehienbat. Azterlan batzuen arabera, ohikoagoa da gizonak episodio maniakoez hastea eta emakumeek episodio depresiboez.

II. MOTAKO NAHASMEN DU BIPOLARRA

Beraren ezaugarri nagusia da depresio sakonak eta hipomania tartekatzen dituela. Fase depresiboetan sintoma psikotikoak ager daitezke. Euforia ertaineko faseak pertsonaren aldarte-aldaketekin nahasten dira sarritan. Pertsonaren soziabilitatea handiagoa izan daiteke, eta, hortaz, zailagoa da arazoaz konturatzea.

FASE MISTOAK

Fase hauetan, episodio maniako eta depresiboak nahastuta agertzen dira. Hori nahasmendu bipolarra duten pertsonen %30ari gertatzen zaio. Sarritan, pertsona alaitsu eta triste egoten da egun berean, eta sarri askotan suminkor eta haserre dago. Horren eraginez, bai pertsonarentzat eta bai bere ingurukoentzat zaila izaten da gaixotasuna ulertzea.



ZIKLAZIO ARINA

Lehen deskribatutako lau episodioak urte berean dituzten pertsonengan gertatzen da. Kasu horretan, beharrezkoa izango da tratamendu berezi bat betetzea eta gaixoa arreta bereziz atenditzea, gaixotasun batzuk baztertzeko –batzuetan, tiroide guruinaren alterazioekin izan dezakete zerikusia–.

Indarrean dauden teoriak urrakortasun eta estreseko eredu biopsikosozial batean integratzen dituzte aurkikuntzak. Teoria horien oinarrietan hainbat faktore biltzen dira: faktore genetikoak, ingurune-faktoreak, faktore psikologikoak (estresa, euskarri soziala) eta baita meteorologikoak ere (urtaroen aldaketak).

GAIXOTZEKO JOERA SORTZEN DUTEN FAKTOREAK

- *Genetikoak*: baliteke faktore genetikoak izatea nahasmendu bipolarraren kausa nagusia. Zenbait azterlanek erakutsi dutenez, familia berean badira gaixotasun hau diagnostikatu zaien senide batzuk. Nahasmendu bipolarra pairatzen duten pertsonen seme-alaben artean, hirutatik batek gaixotasun hori pairatzen du gurasoetako batek ere pairatzen baldin badu; bi gurasoek nahasmendu bipolarra baldin badute, berriz, gaixotasun hori duten seme-alaben ehunekoa are handiagoa da.
- *Biokimikoak*: Fase depresiboan dauden pertsonen kasuan, erlazio bat detektatu da neurotransmisoreetan, eta nabarmena da noradrenalinaren presentzia. Ezaguna da, gainera, depresioa hipotiroidismoarekin lotzen dela, eta baita kortikotropina eta glukokortikoideak askatzen dituen faktorearen igoerarekin ere. Ezaguna da, halaber, kortikoideak administratzeak konplikazio larriak ekar ditzakeela, bai depresiboak eta bai maniakoak.

GAIXOTASUNA ABIARAZTEN DUTEN FAKTOREAK

Pertsoneri urrakorrei –gaixotzeko joera izan dezaketenak– estres handia sortzen dieten bizi-egoerak gertatzeak abiaraz dezake gaixotasuna. Gertaera horiek, adibidez, hauexek izan daitezke: maitatutako pertsona baten heriotza, etxez aldatzea, unibertsitatean ikastean hastea, soldaduska, lanean hastea edo lanpostua galtzea, eta abar.

GAIXOTASUNA IRAUNARAZTEN DUTEN FAKTOREAK

Gaixotasuna hasi denean, sintomak okertzera edo mantentzera daramaten sintoma batzuk detektatu ditzakegu; beste batzuk, aldiz, lagungarriak dira urrakortasun gradua murrizteko:

BABESLEAK

- Medikazioa behar den bezala hartzea.
- Sostengu familiar eta sozialak izatea.
- Zeregin batean aritzea.
- Sintomak ezagutzea eta antzematea.
- Bizimodu osasuntsua egitea (lo egiteko ordutegi egonkorra, gai toxikorik ez kontsumitzea...).

ARRISKUAK:

- Gertaera larriak.
- Eguneroko errutinak antolatuta ez egotea.
- Medikazioa bertan behera uztea.
- Aurretiko joera psikologikoa.
- Gehiegizko emozio-zama familiaren aldetik: gehiegizko babesa, kritika, gutxiespena.
- Alkohola eta drogak kontsumitzea.

Nahasmendu bipolarra nerabezaroaren azken fasean agertu ohi da, gutxi gorabehera 20 urterekin. Batzuetan, gaixotasuna adin horretan agertzen da baina ez da azaleratzen; gero, helduaroan azaleratzen da bat-batean, fase depresibo edo maniako batez. Lehendabiziko episodioa estresa sortzen duen ingurumen-faktore baten ondorio izan ohi da, baina gainerako episodioak modu independentean ager daitezke, hau da, kanpo faktoreei lotuta egon gabe.


Lehen esan dugunez, eboluzio kronikoa duen gaixotasun honek zenbait fase ditu, eta azpimarratzekoak dira maniaren eta depresioaren episodioak. Episodioen nolakotasuna eta haien maiztasuna desberdinak izango dira pertsona bakoitzarengan. Pertsona batzuek episodio maniako eta depresibo berdintsuak dituzte –kopuru aldetik–, baina beste pertsona batzuek bi fase horietako bat nagusitzen da presentzia aldetik. Nahasmendu bipolarra duten pertsonak lau episodiotan izaten dituzte, batez beste, gaixotasunaren lehenengo 10 urteetan. Episodioen arteko denbora-tartea gutxituz doa adina igotzen den neurrian (adinarekin, episodioen arteko tarte asintomatikoak gero eta laburragoak dira). Episodioen intentsitatea ez da beti berdina izaten.

Zenbait azterlanen arabera, bai episodio maniakoak eta bai depresiboak urtaro jakin batzuetan agertzen dira gehien. Eguzki-orduek duten eraginarekin lotzen dute hori; hala, depresioa udazkenean eta neguan agertzen da gehienbat, eta mania udaberrian eta udan.

Tratamenduaren eraginez, faseak laburtzen dira eta haien arteko episodioak luzatzen dira, eta horrek hobetu egiten du pertsonaren bizi-kalitatea.

Bada pronostikoa hobetzearekin lotuta dagoen faktore multzo bat:

- Sostengu-sare zabala izatea.
- Tratamendua behar den bezala betetzea.
- Lo egiteko ordutegi erregularra izatea.
- Egituratutako ekintzak egitea.
- Ez hartzea ez alkoholik ez drogarik.
- Gaixoberritzearen sintomak detektatzen ikastea.



Norberaren burua hiltzeko ideiak gaixotasun osoan zehar ager daitezke, ez episodio depresiboetan soilik. Sarriagoak dira gaixotasunaren hasieran. Tratatu gabeko paziente bipolarren suizidio tasa %10-15 da, eta arrisku hori murrizteko eta eboluzioaren hobekuntza segurtatzeko forma lehen adierazitako arauak betetzea da.

Pertsonak bizi-kalitate ona lortu dezan eta gaixotasunaren eboluzioa ona izan dadin, pertsona horrek sostengu egokiak izan beharko ditu.

Tratamendu farmakologikoak oso pisu handia izango du prozesu horretan. Dena dela, ez dugu pentsatu behar horixe izango dela pertsonaren sostengu bakarra; izan ere, horrez gain tratamendu psikosozial bat ere izango da beharrezkoa, gaixotasunaren ondorioz pertsonarengan agertzen diren behar guztiak bideratzen laguntzeko.

Baditugu zenbait baliabide farmakologiko gaixotasunari aurre egiteko. Azken urteotan, gainera, aurrerapen mardula nabaritu dugu alor horretan.

Gaixotasuna arintzen edo baretzen den episodioetan, erabiltzen diren farmakoak hauexek dira: gogo-aldarte erregulatzen dutenak eta episodio depresibo edo maniakoan berragerpena eragozten dutenak. Farmako horiek EUTIMITATZAILEAK dira, hots, umorea erregulatzen dutenak. Gaixotutako pertsonak bere bizitza osoan hartu beharko ditu. Gehien erabiltzen dena LITIOA da.

Litioa oso kantitate txikietan agertzen da gizakiongan, eta nahasmendu bipolarra duten pertsonen kantitate handiagoa behar dute gogo-aldarte egonkorra mantentzeko, hots, elikagaien bitartez lortzen dena baino kantitate handiagoa. Horrek ez du esan nahi pertsonari litioa falta zaionik, bazik eta mineral hori tratamendu bezala erabil daitekeela eta lagungarria izango zaiola bere gogo-aldarte normaltzeko.

Pertsona bakoitzak behar duen litio-dosia desberdina izango da, eta zenbait faktoreren mende egongo da: adina, sexua, pisua edo muskulu-masa, beste botika batzuen erabilera... Horregatik, oso garrantzitsua da pertsonaren litio-balioak aldizka kontrolatzea, odoletan duen kontzentrazioa neurtuz; horri esker, profesional medikoak modu egokian doitu ahal izango ditu dosiak, pertsonarentzat kaltegarria izan litekeen mailara iritsi ez daitezen. Horretarako, LITEMIA izeneko analisi bat egin beharko da aldizka.

Orokorrean, litioa ondo toleratzen den farmako bat da. Albo-efektu ohikoena hauexek izaten dira: dardara, egarria, sarriagotan gerneru egin behar izatea, diarrea, abdomeneko mina eta zorabioak. Kasu

batzuetan, boziora garatu daiteke (tiroide-guruinaren tamaina handitzen da, haren aktibitatea jaistean), eta, hortaz, tiroide-hormonen azterketa egin behar da medikazioarekin hasi aurretik, eta gero azterketa horiek urtean behin egin behar dira, gutxienez. Halaber, beharrezkoa da giltzurrunaren funtzioa kontrolatzea, sei hiletik behin azterketak eginez, haren normaltasuna bermatzearren. Garrantzitsua da tratamendu horren berri ematea familiako medikuari edo pazientearekin zerikusia duten gainerako profesional medikoei.

Jarraitze horiek betez gero, esan dezakegu Litioa tratamendu segurua dela, onura nabarmenak baititu.


Tratamendu hori ezin egin dezaketean pertsonak badituzte beste aukera alternatibo batzuk, hala nola EUTIMIZATZAILEAK erabiltzea. Izan ere, botika horiek epilepsia tratatzeko erabili izan dira, eta frogatuta dago baliagarriak direla nahasmendu bipolarraren gaixoberritzeak prebenitzeko.

Fase depresiboetan antidepresiboak erabiltzen dira, zeren lagungarriak baitira gogo-aldarteak hobetzeko. Nahasmendu bipolarraren barnean bada arrisku bat, alegia, antidepresiboek pazientearen egoera aldaraz dezaketela, depresiotik maniara edo hipomaniara pasaraziz. Horregatik, haien erabilera murriztu egin behar da hori klinikoki beharrezkoa denean. Farmako horien eragina ez da berehalakoa; aitzitik, hiru eta sei aste bitarteko epea pasatu behar da pazienteak farmakoa hartzen hasten denetik hobekuntza-sintomak nabaritzen dituen arte.

Zenbait egoeratan, antidepresiboek efektu negatibo hauek izaten dituzte: zailtasunak funtzio sexuarean (pazienteen %60), zorabioak eta digestio-eragozpenak, hala nola goragaleak eta diarreak (%10).

Intentsitate handiagoko episodio depresibo bat agertzen denean, antidepresibo triziklikoak erabiltzera jo behar dugu (Imiprimina, Klomipramina edo amitriptilina, besteak beste). Farmako horien albo-efektuak toleratzea zailagoa izaten da.

Konbultsio elektrikoaren terapia tratamendu gisa erabiltzea ez da oso ohikoa, oso kasu konkretuetan erabiltzen baita.



Mania faseetan, tratamendu farmakologikoaren bidez bilatzen dena da euforia sintomak gelditzea. Erabiltzen diren farmakoak **ANTIMANIAKOAK**, **ANTIPSIKOTIKOAK** edo **NEUROLEPTIKOAK** dira. Normalean, antimaniakoak denbora-tarte labur batez erabiltzen dira, hots, episodioa moteltzeko behar den denbora-tarteaz. Farmako horien albo-efektu ohikoenak hauexek dira: lokuma, gorputz-adarren zurruntasuna, geldotasuna eta jateko gogoaren igoera. Aipatutako farmakoez gain, ohikoa da antsietatea moteltzen duten edo insomnia hobetzen laguntzen duten botikak ere hartzea, hala nola antsiolitikoak edo benzodiazepinak eta hipnotikoak.

Zenbait kasutan, fase horiek ezin kontrola daitezkeenean ezarritako tratamenduarekin, eta pertsonarentzat edo bere ingurukoentzat arriskua egonez gero, beharrezkoa izan daiteke pazientea ospitaleratzea.


Tratamendu farmakologikoa aztertu ondoren, gogoratu behar dugu oso garrantzitsua dela pertsonari tratamendu integral bat eskaintzea, bizi-kalitate onarentzat lagungarriak izan daitezkeen sostengu guztiak barne sartuta.

PSIKOTERAPIA ETA TRATAMENDU PSIKOSOZIALAK

Interbentzio psikologiko eta sozialak dira, xede hauek dituztenak: nahasmendu bipolarra duten pertsonen laguntzea, koadro klinikoaren egonkortasuna mantentzea, eta funtzionamendu psikosoziala eta eguneroko jarduna hobetzea. Azken batean, pertsonaren autonomia maila igotzen saiatzen dira, bizi-kalitate handiagoa lortzen saiatzeaz batera.

Teknika kognitibo-konduktualek, gaitasun sozialen trebakuntzak eta psikoheziketak frogatuta dute beren eraginkortasuna alor horretan.

Dena dela, gaixotasunari aurre egiteaz gain, pertsonen esperientzia esanguratsuez gozatu behar dute, alegia, beren hazkunde eta garapen pertsonalarentzat lagungarriak diren esperientziez. Badira pertsonen ongizatearentzat oso onuragarriak diren zenbait elementu, hala nola beren balio pertsonala edo autoestimua igotzen duten lorpenak



esperimentatu ahal izatea, adiskidetasun harreman pertsonalak eraikitzekeo esparru bat izatea, eta eurekin zerikusia duen guztiari buruzko erabakiak hartzea eta beren lehentasunak adieraztea.

Kontua da pertsoneri laguntzea beren bizi-proiektuaren sorreran eta garapenean.

Baliabide hauek eskura jartzearen bidez bilatzen diren emaitzak hauek dira:


- Egokitzeko gaitasunen eta gaitasun funtzionalen maila igotzea (norberaren burua zaintzea, enplegurako gaitasuna, komunitatean integratzea, etxean autonomiaz aritzea, lagunak egitea).
- Komunitatean presentzia izatea eta bertan parte hartzea ahalbidetzen duten ezaugarriak indartzea; erabakiak hartzea, ahalmena eta errespetua.
- Ongizatea hobetzea pertsonaren dimentsio guztietan.

SOSTENGU-SAREA

Pertsona baten sostengu-sarearen osagaiak bai sostengu naturalak (pertsona bera, familia, lagunak, harreman informalak, eta abar) eta bai sostengu profesionalak dira (profesional sanitarioak, baliabide komunitarioak, eta abar). Garrantzitsua da pertsonak sostengu-sare zabala eta egokia izatea. Sare horren kide bakoitzak modu desberdin batean lagunduko dio pertsonari bere bizi-prozesuan, eta lagungarria izango da gaixotasunaren eboluzio positiborako.

FAMILIAREN SOSTENGUA

Familiak funtsezko lekua du pertsonaren sostengu-sarean. Senideak erreferentziatzko figurak dira pertsonarentzat, eta oso euskarri garrantzitsuak eskaintzen dituzte, bai gaixotasunaren eboluzioarentzat eta bai pertsonaren garapenarentzat.



Senideek lagundu ahal izan diezaioten gaixotutako pertsonari, sentimendu batzuk landu behar izango dituzte –larritasuna, ezintasuna–, eta aurrera egin beharko dute egoera familiar berria eta gaixotutako pertsona onartzeko bidean.

Horretarako, garrantzitsua da jarraibide hauek kontuan hartzea:

- Gaixotasuna eta pertsonaren beharrak ezagutzea.
- Harreman ona eratzea senidearekin, eta harremanak hasteak beren senideari lagundu diezaioketen pertsona guztiekin.
- Buru-gaixotasuna pairatzen duen pertsonari laguntzeko eta harekin bizitzeko prozesuari lagundu diezaioketen pertsonen eta baliabideen sostengua bilatzea.
- Beren senideari buruzko itxaropen errealistak izatea, eta horren arabera laguntzean saiatzea.
- Gaixotasuna modu normalizatuan tratatzea, eta bai pertsona eta bai beraren inguruneke pertsonak modu garbian tratatzea gaixotasunarekin zerikusia duten gai guztietan.

Familiak, batuta eta elkarteen mugimenduaren bitartez, kolektibo honen beharren eledun gisa jardun dute sarritan, honako eskari hauek plazaratuz: tratamendurik onenak pertsona guztien esku jartzea, era guztietako baliabideak handitzea, ikerkuntza babestea, eta errealitate sozialera egokitutako legezko babes neurriak.

1 ZER PISU DU HERENTZIA FAMILIARRAK?

Nahasmendu bipolarra duen seme/alaba bat izateko arriskua %1 da edozein pertsonarentzat. Aitak edo amak gaixotasun hori pairatzen badu, arriskua %10-15era igotzen da.

2 BA AL DAGO GAIXOBERRITZEA IRAGARTZEN DUEN SINTOMARIK?

«Seinale- edo alarma-sintoma» deritzanak aurkitzen ditugu, hots, gaixoberritzea hasten egon litekeela adierazten diguten sintomak. Nahiz eta sintoma batzuk komunak diren nahasmendu bipolarra duten pertsona guztientzat, seinale-sintoma horiek desberdinak dira pertsona bakoitzarengan.

Depresio-episodioen seinale-sintoma arruntenak hauexek dira: tristura handitzea, eguneroko bizimoduaren kezkak handitzea, neke-sentsazioa, harreman sozialak murriztea, lo-nahasteak, arrazoi justifikaturik gabeko ondoeza fisikoa, eta abar.

Mania-episodioetan, berriz, sintoma hauek azpimarratzen ditugu: gehiegizko euforia, urduritasuna, lo-nahasteak, hiperaktibitatea, portaeraren alterazioa, eta abar.

3 KALTEGARRIA IZAN OTE DAITEKE LITIOA HAINBAT URTEZ HARTZEA?

Litioaren bidezko tratamendua oso eraginkorra da eta oso ondo toleratu izaten da, arrisku gutxirekin. Kontuan hartu behar den gauza bakarra da giltzurrunen eta tiroidearen funtzioa kontrolatu behar dela, zeren epe luzera alterazioak izan baititzakete. Hori gertatuz gero, beste alternatiba terapeutiko batzuk bilatu litezke.

4 JAKIN OTE DAITEKE ZER-NOLAKOA IZANGO DEN GAIXOTASUNAREN EBOLUZIOA?

Gaur egun, zaila da jakitea zer eboluzio izango duen pertsona bakoitzak. Larritasun handiagoa iragartzen duten sintomak hauexek izan daitezke: hasiera goiztiarra; gaixotasuna agertzea zirkunstantzia eragilerik gabe; nahasmendu bipolarreko depresioko aurrekariak egotea familian; eta beste batzuk.

5 ZER EGIN DAITEKE PERTSONAK TRATAMENDUARI UKO EGITEN BADIO?

Tratamenduari uko egiteak gaixotasuna berriz agertzera eramaten du, pertsona gehienen kasuan. Hori da ospitaleratzeen arrazoi ohikoenetako bat. Gainera, zailtasun handiagoak sortzen dira pertsonak gizarteratzeko, eta baita haien garapen pertsonalerako eta familia-harremanetarako ere.

Tratamendua ez betetzeak arrazoi batzuk izan ditzake:

- Gaixotasunaren kontzientzia ez izatea. Horrelakoetan, pertsona ez da konturatzen tratamenduarekin jarraitzeko beharraz.
- Buru-gaixotasunaren estigma eta diskriminazio soziala; izan ere, horrek ikuspegi negatiboa transmititzen du berarekin zerikusia duen guztiaz.
- Pertsonaren nekea medikazioa denbora luzez hartzeagatik; hori beste gaixotasun kroniko batzuetan ere gertatzen da, hala nola diabetean edo hipertentsioan.
- Medikazioak berak dituen albo-efektuak (batzuetan, gaixotasunak berak ekarritako ondorio gogaikarri batzuk medikazioari egozten zaizkio, modu okerrean).

Garrantzitsua da pertsonari laguntzea egoera berria onartu dezan. Berarekin hitz egitea eta gaixotasuna eta beraren tratamendua onartzen laguntzen dion guztia bultzatzea (zeregina, jarraipen sanitarioa, sostengu-taldeak, eta abar).

Azken baliabide gisa, egoera arriskugarrietan, tratamendua inposatzeko gaur egun dagoen aukera bakarra da gaixoa bere borondatearen kontra ospitaleratzea, egiaztagiri mediko bat edo erabaki judizial bat oinarritzat hartuta. Dena dela, ohiz kanpoko neurri horrek –sarritan zaila eta traumatikoa izateaz gain– ez du bermatzen gaixoak tratamenduarekin jarraituko duela altaren ostean.

6 PERTSONA BAT GAIXOBERRITZEN BADA TRATAMENDUAN DAGOENEAN, ESAN NAHI AL DU HORREK TRATAMENDUA EZ DELA ERAGINKORRA?

Ez nahitaez. Gaixoa gaixoberritu daiteke –episodio bat izan– tratamendu egokia hartu arren. Kasu horretan, komenigarria izango litzateke psikiatrak beraren tratamendu farmakologikoa berriz ebaluatzea.

7 NORENA DA GAIXOTASUNAREN ERRUA?

Ez da inoren errua.

Senide baten gaixotasunari aurre egitea oso zaila da eta emoziozko erantzun bat sortzen du, bere barnean erruduntasun, beldur, haserre edo tristura sentimenduak dituena. Senideek –batez ere gurasoek– sarritan galdetzen diete beren buruari ea beren jokabidea izan ote den gaixotasunaren eragilea. Nahiz eta pautu familiar patogenoek hitz egiten zuten teoriak baztertuta eta zaharkituta geratu diren, familientzat zaila izaten da, askotan, errudun ez sentitzea.

Bere gaixotasuna ukatu eta gertatzen zaionaren esplikazioa bilatzen duen pertsonak bere egoeraren errua botatzen die besteei sarritan, eta hori egitean sentimendu hori elikatzen du.

Eta, alderantziz, ezintasunak eta frustrazioak, gaixotasuna eta horrek berekin dakarrena ulertzeko zailtasunak, haserrez erreakzionatzeraren eraman ditzake senideak, eta baita portaera batzuk gaizki interpretatzeraren ere (adibidez: pertsona bat alfertzat hartzea bere apatiagatik).

Horrelako sentimenduak ez dira lagungarriak gaixotasuna hobetzeko; aitzitik, tentsio eta istilu gehiago sortzen dituzte.

Nahasmendu bipolarra duten pertsonengana eta haien senideengana zuzendutako psikoheziketako programak lagungarriak dira gaixotasuna hobeto ezagutzeko eta ulertzeko, eta baita gaixotasunari aurre egiteko jarrera positiboak sortzeko ere.

8 BURU-GAIXOTASUNAK DITUZTEN PERTSONAK ERE HARTZEN AL DITU KONTUAN MENDEASUN LEGEAK?

Ezgaitasun intelektualak eta buru-gaixotasunak dituzten pertsonen elkarteetan errebindikazioari esker, mendetasun legeak gure kolektiboan ere hartzen du kontuan.

Lege horrek gizarte zerbitzuen baliabideak eta prestazio ekonomikoak jasotzeko eskubidea aitortzen die mendetasun graduren bat baloratu zaien pertsonari. Mendetasunaren balorapen hori Udala bakoitzaren oinarriko gizarte zerbitzuetan eskatu behar da, gizarte langilearen bitartez.

Balorapena egin ondoren, mendetasun gradu desberdinak ezartzen dira. Hona hemen zein diren gradu horiek:

- I. Gradua. Mendetasun ertaina edo moderatua: bi azpimaila.
- II. Gradua. Mendetasun larria: bi azpimaila.
- III. Gradua. Mendetasun handia: bi azpimaila.

Mendetasun gradua determinatu ondoren eskura daitezkeen baliabide eta prestazioak hauek dira:

1. **ZAINITZA INFORMALAK**, honako zerbitzu eta prestazio hauekin:
 - Telelaguntza.
 - Zaintzailearentzako prestazio ekonomikoa; eta Gizarte Segurantzaren alta ematea, kotizatu ahal baldin badu (jubilatuek eta pentsiodunek ezin dute).
 - Laguntza teknikoak.

2. **ETXEKO ZERBITZUAK**, honako zerbitzu hauekin:

- Telelaguntza.
- Etxeko Laguntza Zerbitzua. S.A.D.
- Eguneko zentroa.
- Atsedeen programak (aldi baterako egonaldiak egoitzetan).

3. **EGOITZA ZERBITZUAK**

- Egoitza zerbitzua.
- Eguneko zentro.
- Laguntza teknikoak.

www.avifes.org

info@avifes.org

Faxa: 94 413 21 51

Tel. 94 445 62 56

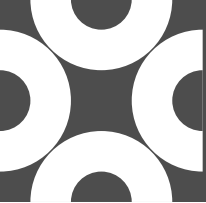
Bº Sarrikue s/n Bilbao

AVIFES

LEGE GORDAILUA: BI-1199-09

EDIZIOA: 2009





EDICIÓN: 2009
DEPÓSITO LEGAL: BI-1199-09

AVIFES
Bº Sarrikue s/n Bilbao
Tel. 94 445 62 56
Fax: 94 413 21 51
info@avifes.org
www.avifes.org