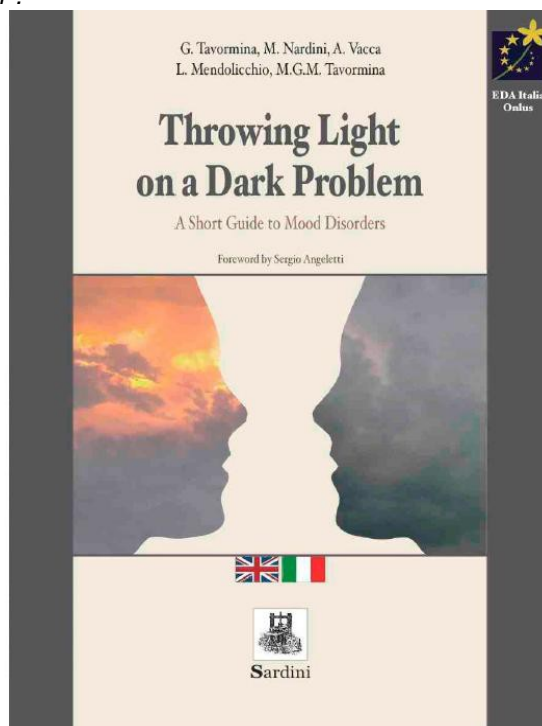


Arrojando luz en un problema oscuro

Version en castellano traducida por Juan Manuel Mendive

Original cover :



Autores :

Giuseppe Tavormina (Centro Studi Psichiatrici – Provaglio d’Iseo, BS),

Marcello Nardini (Università degli Studi “Aldo Moro” di Bari),

Antonella Vacca (Università degli Studi “Aldo Moro” di Bari),

Leonardo Mendolicchio (Università degli Studi di Foggia),

Maurilio Giuseppe Maria Tavormina (UOSM 57 di Torre del Greco, NA, ASL Napoli 3 Sud).

Todos los derechos reservados “Asociación Italiana para la Depresión” (“EDA Italia ONLUS”)



EDA Italia - ONLUS
Associazione Italiana sulla Depressione

piazza Portici, 11 - 25050 Provaglio d’Iseo (BS) - Italy
tel. / fax: +39 030 9882061 - e-mail: segreteria@edaitalia.org
web: www.edaitalia.org
P.IVA: 02897990988

Contenido

Prólogo de Sergio Angeletti

Introducción por Vincenzo Costigliola

- 1) ¿Qué son los trastornos del estado de ánimo?
- 2) ¿Qué es el trastorno afectivo bipolar?
- 3) ¿Cómo se presenta el trastorno afectivo bipolar?
- 4) ¿Cuáles son los síntomas del trastorno afectivo bipolar?
- 5) ¿Cuáles son los principales signos del trastorno afectivo bipolar?
- 6) ¿Qué dificultades surgen al reconocer el trastorno afectivo bipolar?
- 7) ¿Pueden los niños y adolescentes sufrir un trastorno afectivo bipolar?
- 8) ¿Cuáles son las causas del trastorno afectivo bipolar?
- 9) ¿Es tratable el trastorno afectivo bipolar?
- 10) ¿Qué medicamentos e intervenciones son efectivos en el tratamiento del trastorno afectivo bipolar?
- 11) ¿Qué son grupos de autoayuda?
- 12) ¿A quién debería consultar para obtener ayuda con el trastorno afectivo bipolar?

Bibliografía



EDA Italia ONLUS

Prólogo

Es un juego de palabras refinado y sutil, que evoca ideas psicológicas, fotográficas y bioquímicas para referirse a la depresión como un problema oscuro.

Este folleto para pacientes y sus cuidadores, que deben compartir la enfermedad debilitante del paciente, se ha desarrollado a partir de la experiencia de expertos internacionales, que lo han llamado "arrojar luz sobre un problema oscuro".

'Si te conozco, entonces sé cómo enfrentarte', y con suerte cómo vencerlo.

Se trata de cómo enfrentar, paso a paso y día a día, el aumento y la disminución de los síntomas de la depresión.

Pero ahora este folleto autoritativo saca a la luz el conocimiento científico más moderno sobre la depresión, haciéndolo disponible para aquellos que sufren y temen la depresión.

Como sabemos, la depresión se está volviendo más común. Por lo tanto, este útil folleto también debería estar más disponible: de hecho ya está disponible como una versión internacional.

Sergio Angeletti

Introducción

Siempre nos impactan los eventos informativos que involucran a madres jóvenes y sus hijos, episodios de suicidio y homicidio, a menudo inexplicables, ancianos, adultos y adolescentes que no dudan en llevar a cabo acciones extremas. Tal vez no habíamos notado su sufrimiento, y no habíamos entendido sus solicitudes de ayuda, sin entender que estaban atrapados en el vórtice de la Depresión.

Entonces, ¿qué es la depresión, esta fuerza maligna y debilitante que nos infiltra sin signos externos obvios?

Hemos estigmatizado como débiles a los afectados por ella, y eso no fue difícil, en un mundo que se nutre de la competencia.

La Organización Mundial de la Salud cree que la depresión será la tercera causa más importante de discapacidad y que su incidencia crecerá rápidamente, en particular entre las mujeres de entre 15 y 44 años.

Hace diez años nos preguntamos qué podíamos hacer para ayudar concretamente a las personas afectadas por la depresión. La medicación ayuda, pero solo no es suficiente. Es necesario romper el círculo vicioso de miedo, vergüenza, vergüenza y aislamiento social que desgasta inexorablemente a la persona deprimida, que se siente incapaz de responder a la cultura competitiva moderna, que siente que ya no puede tener relaciones sexuales normales, que no puede tener una relación constructiva con sus hijos, y que no puede lidiar con el estrés diario del lugar de trabajo.

Parecía necesario educar sobre la depresión, describiendo esta patología que se ve como una expresión de debilidad.

Era necesario decir que la depresión es una enfermedad como otras, y que puede tratarse.

Así, desarrollamos el Día de la Depresión: un día dedicado a informar a los trabajadores de la salud y al público en general sobre esta patología que está cada vez más presente en nuestra sociedad.

Junto con colegas de 10 países europeos elegimos el primero de octubre de cada año ese día.

Si tienes una pierna fracturada, es fácil que te agraven el estado de enfermedad. ¡Con una patología depresiva que no se ve es mucho más difícil obtener el mismo estatus!

Si no se reconoce la depresión, ¡no se puede tratar!

La depresión posparto es un claro ejemplo. Ciertamente factores hormonales están involucrados, pero también es cierto que los síntomas de ansiedad y estrés a menudo están infravalorados porque se consideran normalmente asociados con el cuidado de un bebé recién nacido.

¿Qué podemos hacer?

Deberíamos reconocer las causas de la depresión y los factores que la prolongan.

Debemos insistir en la educación adecuada de los profesionales de la salud.

Debemos aumentar la educación y la información sobre la enfermedad.

Este pequeño volumen es una contribución concreta para aumentar el conocimiento de la enfermedad y su terminología y causas, así como un apoyo para los profesionales de la salud, así como una luz guía en el oscuro túnel de desórdenes del humor.

Uno debe entenderlos mejor para poder derrotarlos.

Vincenzo Costigliola

Presidente de la EDA

1) ¿Qué son los trastornos del estado de ánimo?

Los trastornos del estado de ánimo son alteraciones en el tono y el comportamiento afectivos que pueden interpretarse como una reacción exagerada a las emociones que se experimentan a diario.

Los expertos internacionales más respetados tienden a hablar en la actualidad sobre los trastornos del ánimo en su totalidad, lo que implica que "cuando el estado de ánimo no es bueno, de hecho es inestable". Alrededor de una persona de cada cinco tiende a sufrir inestabilidad de ánimo.

Esta inestabilidad se manifiesta en episodios de estado depresivo, que se alternan con irritabilidad e inquietud o con episodios de manía o euforia, así como con otros síntomas. Todo esto ha llevado a los expertos internacionales a acuñar el término "trastorno bipolar del estado de ánimo" y "espectro bipolar".

Para comprender mejor la inestabilidad y la variabilidad del estado de ánimo, imaginemos que está compuesto por tres componentes: estado de ánimo, flujo y contenido de ideas y funciones motoras. Si pensamos en estos tres componentes orientados hacia abajo, entonces tenemos un estado de ánimo deprimido, una ralentización del pensamiento y poca energía o deseo de movernos; este es un estado deprimido. Si, en cambio, consideramos que los tres componentes están orientados hacia arriba, entonces tenemos un estado de ánimo eufórico, muchas ideas que fluyen rápidamente y movimientos hiperactivos, por lo tanto, ese estado de ánimo se conoce como maníaco.

2) ¿Qué es el trastorno afectivo bipolar?

El trastorno afectivo bipolar se caracteriza por la alternancia de un estado de ánimo depresivo con uno maníaco (o hipomaniaco). Cuando una persona no transita completamente de un estado a otro (en otras palabras, cuando no está ni completamente deprimido ni completamente maníaco), se dice que está en un estado mixto.

En muchos casos, los síntomas del paciente no se reconocen fácilmente y el paciente puede estar enfermo durante muchos años antes de recibir un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado.

La edad típica al comienzo de la enfermedad es entre los veinte y treinta años de edad, pero puede ocurrir a cualquier edad. No hay diferencias en la incidencia entre hombres y mujeres, excepto que las mujeres tienden a sufrir episodios depresivos más frecuentes y menos maníacos.

El primer episodio puede ser maníaco o depresivo. Cuando el primer episodio es maníaco, el paciente tiende a sufrir más episodios maníacos que depresivos.

Sin embargo, no se deben confundir los "altibajos" normales que todos experimentamos en nuestras vidas con las experiencias graves del trastorno bipolar, que pueden arruinar las relaciones interpersonales, hacer que los pacientes pierdan su trabajo y, en casos extremos, incluso pueden conducir a intentos de suicidio.

A diferencia de los "altibajos" normales que todos experimentamos en nuestras vidas, los síntomas del trastorno bipolar se caracterizan por una marcada intensidad, duración y persistencia, y a menudo son muy graves.

"La enfermedad Maníaco-Depresiva distorsiona el estado de ánimo y las ideas, hace que la persona cometa acciones terribles, destruye su base para el pensamiento racional y a menudo socava la voluntad de vivir. Es una enfermedad biológica pero se manifiesta a nivel psicológico. Es única entre las enfermedades en las ventajas y placeres que brinda, pero a su paso produce un enorme sufrimiento e incluso suicidio. Tengo la suerte de no haber muerto de esta enfermedad, de ser

afortunado por recibir el mejor tratamiento médico disponible y de ser afortunado de tener los amigos y familiares que tengo ".

(Kay Redfield Jamison, Una mente inquieta, TEA, 1995, pag 20).

3) ¿Cómo se presenta el trastorno afectivo bipolar?

Hay muchas maneras en que puede presentarse el trastorno afectivo bipolar, ya que los síntomas pueden variar a lo largo de todo el espectro del estado de ánimo [desde maníaco hasta deprimido] y también pueden variar en calidad y cantidad de síntomas, así como en intensidad. Esto ha llevado a los expertos a proponer el concepto del espectro bipolar, que implica una gran cantidad de síntomas, de los cuales la típica imagen bipolar es solo la punta del iceberg. Las presentaciones más comunes son las siguientes;

- Trastorno afectivo bipolar I: se usó en el pasado para llamarse Psicosis depresiva maníaca; Afecta principalmente a los hombres y se caracteriza por episodios maníacos y depresivos de igual seriedad.
- Trastorno afectivo bipolar II: este es el más común. Afecta principalmente a las mujeres y se caracteriza por episodios depresivos que son más graves que los episodios maníacos.
- Ciclotimia: estos pacientes sufren una variación continua en el estado de ánimo de una intensidad y duración que son mayores de lo que se esperaría fisiológicamente.
- Estados mixtos (estados depresivos mixtos o disforia): existe la presencia contemporánea de irritabilidad, tensión, tristeza y labilidad emocional, con frecuentes síntomas somáticos (dolores de cabeza, migraña, colitis, tensión muscular)
- Episodios depresivos (mayores o recurrentes): episodios depresivos largos y persistentes (o recurrentes, a menudo estacionales) que pueden ser graves.

4) ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad bipolar?

La enfermedad bipolar causa cambios dramáticos en el estado de ánimo, desde estados eufóricos con o sin irritabilidad hasta una tristeza absoluta con una pérdida total de esperanza. Estos cambios en el estado de ánimo están relacionados con variaciones intensas de energía y cambios en el comportamiento.

Los episodios eufóricos se llaman episodios de manía, los de los episodios de tristeza de la depresión. Los períodos con la presencia simultánea de euforia / irritabilidad y apatía / tristeza se conocen como estados mixtos.

Entre los episodios de manía y depresión, el estado de ánimo puede volver a la normalidad, y estos tiempos se denominan períodos de eutimia (fases eutímicas).

La fase depresiva.

En la fase depresiva, el estado de ánimo es triste, infeliz, melancólico y sin esperanza e indefenso. El paciente experimenta menos energía y se cansa fácilmente. La motivación es menor, el paciente carece de iniciativa y, a menudo, deja de hacer cosas porque siente que no tendrá éxito o siente que no puede haber un resultado feliz. El paciente tiene dificultades al formular pensamientos, hacer planes, y él / ella tiene la impresión de que no es capaz y ha perdido la capacidad o el espíritu para actuar.

Los síntomas más comunes del episodio depresivo son:

- Tristeza, pesimismo y desesperación;
- Falta de autoestima: una sensación de fracaso y pérdida;
- Anhedonia y apatía : pérdida de interés en todo y la sensación de que ya no siente nada por las personas que ama;
- Pobre motivación, falta de energía;
- Ausencia de deseo sexual;
- Trastornos del sueño (insomnio) y del apetito (comer demasiado poco o demasiado);
- En los casos más graves hay pensamientos suicidas y un deseo de morir.

La fase maníaca

La fase maníaca puede considerarse opuesta a la fase depresiva: durante la fase depresiva, el paciente se siente infeliz, sin autoestima y energía, mientras que en la fase maníaca el paciente siente exactamente lo contrario. Él / ella se siente especialmente feliz, especial, brillante y sin límites. El paciente está muy emocionado, sus energías son mayores, sus pensamientos son rápidos, originales y ricos. Tiene una actitud positiva, a veces dominante, exhibicionista o provocadora. Percibe que el entorno es lo más cercano a él, los objetivos como aceptables, el éxito positivo o ciertos obstáculos son irrelevantes, mientras que las personas que no están de acuerdo con ellos son criticados o agredidos. En algunos casos, el paciente puede volverse psicótico, con síntomas de grandiosidad, misticismo o delirios persecutorios.

Los síntomas más comunes de la fase maníaca son:

- Ser excesivamente optimista, sentirse brillante y sentirse omnipotente y capaz de lograr cualquier cosa;
- Tener pensamientos rápidos y hablar rápidamente: una persona en fase maníaca habla muy rápido y es difícil de entender;
- Tender a hablar de una manera difícil de entender para el oyente (el paciente se mueve de un argumento a otro sin una conexión lógica clara, y algunas veces la rima es el único vínculo entre los pensamientos: el vuelo de las ideas);
- Dormir muy poco por la noche sin notar cansancio y teniendo la impresión de que el paciente tiene una reserva inagotable de energía;
- Sentir las percepciones más fuertes: los sonidos aparecen más fuertes y los colores más vívidos;
- Tener una serie de proyectos grandiosos que, sin embargo, no son muy realistas, en los que la persona siente que tiene talentos especiales y que están destinados a tener éxito, por lo que comienza muchos proyectos y nunca concluye ninguno de ellos;
- Sentirse completamente desinhibido, de modo que cuando previamente el paciente era prudente y cuidadoso, ahora no tiene inhibiciones, y dice lo que piensa sin considerar las consecuencias, y está muy desinhibido sexualmente (lo que puede llevar a conductas imprudentes y vergonzosas));
- Gastar de manera imprudente y comprar de manera excesiva, de modo que en esta fase los pacientes pueden acumular enormes deudas e invertir dinero de manera imprudente;
- En los casos más graves, el paciente puede ser excesivamente agresivo: la persona en fase maníaca puede ser litigiosa, problemática y puede volverse físicamente violenta;
- En los casos más graves también, el paciente puede tener delirios de grandeza, y puede estar convencido de que tienen poderes especiales, capacidades extraordinarias, ser amado por una celebridad, etc.

5) ¿Cuáles son los principales signos y síntomas que no pueden ignorarse para lograr el diagnóstico precoz de esta enfermedad?

Hacer un diagnóstico correcto del trastorno afectivo bipolar es una cuestión clave de importancia para la salud pública. Este diagnóstico a menudo no se considera, a menudo es infradiagnosticado, no se trata o se trata mal, con las graves consecuencias que pueden surgir debido a estos errores; deterioro de las relaciones interpersonales, pérdida de trabajo, crisis familiares, abuso de sustancias, impulsividad, autolesión o daño a otros (tragedias familiares, suicidio, violación, etc.).

El diagnóstico precoz es por lo tanto esencial para un tratamiento efectivo. Una pista muy útil para el diagnóstico es su presencia, en una de sus formas, en al menos un miembro de la familia.

Para hacer un diagnóstico de manía o hipomanía, debe establecerse un período distinto de estado de ánimo anormal y persistente con características de expansividad o irritabilidad. La alteración del estado de ánimo debe ser lo suficientemente grave como para comprometer las actividades de estudio, trabajo o capacidad de relacionarse socialmente.

Para un diagnóstico de depresión es necesario que haya un período de al menos dos semanas de duración de la pérdida de interés o el disfrute de todas o la mayoría de las actividades.

La depresión debe ser lo suficientemente grave como para causar un cambio de apetito, de peso corporal, trastornos del sueño, dificultad para concentrarse, así como un sentimiento de culpa, inutilidad o desesperación; también puede haber pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

Es importante excluir la posibilidad de que estos síntomas puedan ser causados por drogas u otras patologías físicas. El médico debe realizar un examen físico completo y pruebas apropiadas, y puede ser necesario un examen neurológico.

A veces, una persona solo puede experimentar episodios de euforia / hipomanía / manía, o solo períodos de depresión, alternando con períodos de estado de ánimo estable. Si solo hay episodios de depresión, la enfermedad generalmente se llama trastorno depresivo mayor (y se denomina recurrente si el problema ocurre periódicamente o cíclicamente).

6) ¿Cuáles son las dificultades para reconocer y tratar esta enfermedad?

La principal dificultad en el reconocimiento y tratamiento de esta enfermedad generalmente ocurre en la fase maníaca. Por lo general, de hecho, una persona que se encuentra en una fase maníaca se niega a ser tratada. No acepta que esté enfermo, de hecho, afirma que nunca se sintió mejor en su vida. El paciente del trastorno bipolar a menudo experimenta una sensación de liberación durante la fase maníaca. Durante la fase depresiva, las personas se sienten inhibidas, fracasadas, sin perspectivas, y luego, cuando se vuelven maníacas, estos sentimientos desaparecen de repente. Durante los episodios maníacos, las personas se sienten seguras de sí mismas, libres de hacer lo que quieran, sin ningún límite. Todo parece fácil de lograr, e incluso los proyectos más inverosímiles parecen realizables.

Durante la fase maníaca, las facultades de juicio y criticidad se debilitan y desaparecen todos los controles inhibitorios, y con ellos todas las dudas y ansiedades. Sin embargo, una vez que este estado psicológico de exaltación finaliza, la persona que sufre de trastorno afectivo bipolar debe enfrentar todas las consecuencias de sus acciones imprudentes y embarazosas (por ejemplo, haber adquirido deudas de varios millones de euros, haber renunciado al trabajo en un momento de ira haber sido sexualmente promiscuo sin tomar precauciones, etc.)

A menudo las fases depresivas siguen fases maníacas, y la situación es completamente opuesta. El estado de ánimo es muy bajo, con la sensación de que nada puede interesar al paciente o darle placer. Se pierde la importancia de la vida y la vida parece profundamente infeliz. El sueño y el

apetito pueden aumentar o disminuir. El paciente se siente cansado y le falta energía y tiene gran dificultad para concentrarse. Las fases depresivas pueden volverse tan severas que pueden provocar autolesiones o suicidio.

El abuso de drogas y alcohol ilícitas a menudo se asocia con la enfermedad bipolar y puede hacerlo mucho más grave.

El diagnóstico del trastorno bipolar no se puede realizar mediante análisis de sangre o exámenes de imágenes del cerebro. El diagnóstico se basa en los síntomas y en la historia longitudinal de la duración y el desarrollo de la enfermedad, y en los antecedentes familiares, si está disponible. Por lo tanto, es extremadamente importante decirle al especialista todos los síntomas, pensamientos, comportamientos del paciente y también los episodios que han ocurrido en la vida de otros miembros de la familia. Por esta razón, es aconsejable que un miembro de la familia o un amigo le acompañe a la consulta para que le cuente al médico las actitudes y el comportamiento del paciente durante los últimos meses

En resumen, los siguientes puntos deben tenerse en cuenta:

- Antecedentes familiares de trastorno bipolar o suicidio;
- Episodios previos de hipomanía prolongada / euforia / irritabilidad;
- Primera presentación (o recurrencia) durante temporadas específicas (durante el invierno o durante el verano);
- Episodios previos de ciclotimia (cambios en el estado de ánimo de forma constante o continua);
- La presencia o asociación de síntomas de ansiedad que incluyen síntomas de pánico o síntomas obsesivos;
- La presencia de dolores de cabeza frecuentes (migrañas), tensión muscular, trastornos gastrointestinales, cambios en el apetito;
- Un historial de abuso de sustancias (ya sea periódico o continuo).

A veces, durante los episodios graves de manía o depresión, pueden aparecer síntomas psicóticos. Los más comunes son:

- Alucinaciones sensoriales (escuchar voces, ver cosas que no existen, olores inusuales que otros no huelen ...),
- Delirios (opiniones falsas, firmemente sostenidas, que no pueden ser explicadas por la lógica o por el valor cultural de las personas).

Las personas con trastorno bipolar que presentan síntomas psicóticos pueden recibir un diagnóstico incorrecto de esquizofrenia.

7) ¿Pueden los niños y adolescentes sufrir de trastorno bipolar?

El trastorno bipolar puede tener un comienzo temprano y puede presentarse en niños y adolescentes.

Es importante distinguir entre las crisis normales del desarrollo y un trastorno real del estado de ánimo. Esto puede ser más fácil si uno de los padres del niño también sufre de trastorno bipolar. A diferencia de la presentación adulta, en la infancia y la adolescencia temprana la enfermedad se presenta con cambios rápidos, repentinos e injustificados en el estado de ánimo que se pueden observar a veces varias veces al día. Los niños suelen ser muy irritables y agresivos y pueden tener tendencias destructivas y, a veces, momentos extremos de felicidad y alegría que a menudo no están justificados.

En la última fase de la adolescencia, la enfermedad tiene las mismas características que en el adulto.

Se puede observar la tendencia a caer en situaciones de riesgo y un desafío continuo a la autoridad (padres, maestros, etc.).

La enfermedad se asocia frecuentemente con el uso de drogas ilícitas y alcohol para tratar una gran cantidad de sufrimiento mental que los jóvenes no entienden y que les resulta difícil discutir con adultos.

Los pensamientos suicidas también son comunes y no deben ser ignorados. La ayuda de un psiquiatra debe buscarse con urgencia, independientemente de la edad del paciente.

La idea de que "el que habla de suicidarse generalmente no lo hace" y que el objetivo del paciente es simplemente llamar la atención es, en nuestra opinión, un error fundamental. Al hacerlo, uno está menospreciando el mensaje que la persona está dando y menospreciando el riesgo de sus ideas. Si se lo deja solo, se pone irritable y decepcionado, ya que se siente incomprendido. En cambio, es importante ofrecerle atención y palabras de consuelo y aliento. Una persona que ha encontrado el coraje para confiar sus sentimientos sobre el suicidio a otra persona ya ha ido más allá de sus propias posibilidades de enfrentar el problema: necesita nuestra ayuda y apoyo

8) ¿Cuáles son las causas del trastorno afectivo bipolar?

Las causas exactas del trastorno afectivo bipolar no se conocen.

La mayoría de las investigaciones sobre esto sugieren que es causada por un desequilibrio bioquímico en ciertas partes del cerebro, lo que provoca cambios en los sistemas de comunicación entre las neuronas.

Las neuronas usan neurotransmisores químicos para comunicarse entre ellas.

Por ejemplo, los neurotransmisores de monoaminas (serotonina, noradrenalina y dopamina) y el neurotransmisor excitador de aminoácidos glutamato, o el inhibidor neurotransmisor de aminoácidos gaba-amino-butérico-ácido (GABA).

Los medicamentos que se usan para tratar el trastorno afectivo bipolar o los estabilizadores del estado de ánimo funcionan en estos sistemas.

Otros estudios sugieren que el trastorno afectivo bipolar es la consecuencia del mal funcionamiento de los sistemas mensajeros intracelulares (los sistemas motores dentro de las células) en ciertas partes específicas del cerebro.

Es posible que el desarrollo del trastorno bipolar ocurra a través de un proceso de "sensibilización" o "inflamación".

Esta teoría sugiere que los primeros episodios de la enfermedad se deben a eventos estresantes (logros, pérdida de un trabajo, enfermedades crónicas, etc.), pero que cada episodio causa cambios cerebrales que hacen que el próximo episodio sea más probable, hasta que finalmente los episodios acaban desarrollándose espontáneamente.

Este proceso fue descrito por primera vez para explicar la epilepsia, y esto podría explicar por qué ciertos medicamentos anticonvulsivos también son efectivos en el tratamiento del trastorno bipolar.

Los eventos traumáticos de la vida, como pérdidas graves, enfermedades crónicas, abuso de drogas o problemas financieros graves, pueden provocar episodios de esta enfermedad en sujetos predispuestos.

Existe una clara predisposición genética al trastorno bipolar: de hecho, se observa su presencia familiar. Más de dos tercios de las personas afectadas por esta patología tienen al menos un pariente directo que sufre variaciones episódicas en el estado de ánimo o depresión mayor.

9) ¿Es tratable el trastorno afectivo bipolar?

El trastorno afectivo bipolar es una enfermedad crónica, sin embargo, la mayoría de las personas que padecen esta enfermedad pueden lograr un estado de ánimo básicamente estable con un tratamiento adecuado.

El tratamiento preventivo a largo plazo es casi siempre necesario.

El modelo básico para el tratamiento de esta enfermedad es que no es suficiente para tratar el episodio maníaco o depresivo, pero es más importante tratar la enfermedad real.

Una estrategia terapéutica que incluye medicamentos e intervenciones psicoterapéuticas se considera óptima para tratar esta afección a lo largo del tiempo.

Hay situaciones en las que puede haber cambios importantes en el estado de ánimo a pesar del tratamiento adecuado. En estas situaciones, es importante que, tan pronto como aparezcan los primeros signos, se ponga en contacto con su psiquiatra, quien podrá evitar que el nuevo episodio se desarrolle por completo ajustando la dosis del medicamento. También hay otros factores que pueden ser importantes, como acontecimientos vitales estresantes, consumo excesivo de café, alcohol, drogas ilícitas u otros estimulantes, irregularidades graves en el sueño, mala calidad de vida, algunos medicamentos, enfermedades concomitantes, situaciones traumáticas y duelo .

Las intervenciones psicoterapéuticas tienen como objetivo ayudar al paciente a reconocer mejor su propia forma de funcionamiento y aceptarlo, distinguirse a sí mismo y su personalidad de la enfermedad, mejorar su manejo del estrés e indirectamente reducir los factores que inducen la recaída.

"De una manera indescriptible, la psicoterapia devuelve uno a la salud. De alguna manera, da sentido a la confusión, pone un freno a los sentimientos y pensamientos que asustan a uno, restaura el control y la esperanza y la posibilidad de aprender de todo esto ... Ninguna píldora puede ayudarme a enfrentar el problema si no quiero tomar pastillas; de la misma manera, ningún tipo de psicoterapia puede, por sí solo, prevenir mi manía y mi depresión. Necesito ambos".

(Kay Redfield Jamison, Una mente inquieta, TEA, 1995).

10) ¿Qué medicamentos están indicados para el tratamiento?

Los medicamentos utilizados para tratar el trastorno bipolar generalmente son recetados por psiquiatras. Los medicamentos utilizados son:

- Estabilizadores del estado de ánimo (estos son los medicamentos de primera elección, y son esenciales para controlar la alteración y los cambios de humor en cualquier dirección: estos medicamentos incluyen litio y medicamentos antiepilépticos);
- Antipsicóticos atípicos (estos medicamentos se usan porque tienen propiedades estabilizadoras del estado de ánimo);
- Antidepresivos: estos solo deben usarse durante la fase depresiva de la enfermedad junto con los estabilizadores del estado de ánimo para reducir el riesgo de que el paciente cambie al polo opuesto (manía) y para prevenir (o no fomentar) el desarrollo de la enfermedad hacia una reducción en la duración de los períodos sin síntomas y un consiguiente aumento en el número de "ciclos de enfermedad".

11) ¿Qué intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas están disponibles para tratar la enfermedad?

Estas intervenciones generalmente se llevan a cabo con psicólogos y otras personas profesionales que han sido específicamente capacitadas en la técnica, y siempre deben llevarse a cabo en colaboración con el psiquiatra que trata al paciente.

Las técnicas utilizadas con más frecuencia en el tratamiento del trastorno bipolar son:

- Terapia cognitivo-conductual,
- Psicoeducación,
- Psicoterapia cognitiva-constructiva
- Intervenciones familiares,
- Rehabilitación psicosocial.

La terapia cognitivo-conductual es una de las terapias más efectivas para esta enfermedad. Puede ayudar al paciente aumentando su comprensión y capacidad para manejar su enfermedad y puede ayudar al médico a comprender mejor el desarrollo de los síntomas para poder elegir un tratamiento más eficaz.

Este enfoque también incluye la psicoeducación tanto para el paciente como para su familia para que puedan comprender mejor las diferentes fases de la enfermedad. A menudo la familia infravalora ciertos síntomas, como el insomnio, la euforia y la irritabilidad, redefiniéndolos en términos de peculiaridades de carácter o como aspectos relacionados con la voluntad de la persona, la influencia de una mala compañía o una vida ordenada.

La rehabilitación psicosocial es un elemento cardinal en el tratamiento del paciente, quien, liberado de los síntomas de la enfermedad y con una buena comprensión de la expresión fisiológica de su propio ser, vuelve a ocupar su lugar en la sociedad no solo porque se siente mejor y puede volver al trabajo pero también porque es capaz de lidiar con sus propias dificultades, lidiar con los elementos destructivos de la enfermedad y vivir de tal manera que pueda manejar su propia enfermedad. Las técnicas rehabilitadoras útiles para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo incluyen la terapia de canciones, la terapia de baile, la terapia de arte y el deporte (en particular, correr, nadar y jugar en equipo). El efecto del grupo diluye las tensiones personales, facilita nuevos desafíos y fomenta la cooperación y la sinergia de acción para lograr un objetivo común.

12) ¿Qué son los grupos de autoayuda?

Grupos de autoayuda o grupos de ayuda mutua para pacientes y sus familias son pequeños grupos de personas que sufren los mismos problemas y que se reúnen regularmente para compartir sus experiencias y para ofrecerse mutuamente comprensión y aliento.

Uno puede encontrar información, apoyo, solidaridad y amistad. Los grupos de autoayuda han sido aprobados por la OMS.

Los grupos de autoayuda son una parte esencial de una nueva cultura y un nuevo enfoque para los problemas de salud mental basados en un nuevo concepto de alentar a los pacientes y sus familias a comprender y asumir la responsabilidad de su enfermedad.

13) ¿Dónde debería uno ir para tratar la depresión y el trastorno afectivo bipolar?

Todas las personas que sufren de trastorno afectivo bipolar deben ser seguidas regularmente por un psiquiatra que tenga capacitación específica en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

El manejo adecuado de los trastornos del estado de ánimo es fundamental para la calidad de vida del paciente y su familia. Esto puede hacerse entendiendo y aplicando algunos parámetros básicos:

- El psiquiatra debe ser el médico a cargo de la atención;
- Una buena alianza terapéutica con el paciente es esencial para garantizar que el paciente siga el plan de tratamiento;
- La depresión es una enfermedad que causa cambios biológicos significativos: por lo tanto, no es un signo de debilidad o laxitud, y no puede superarse solo mediante un acto de voluntad (¡debo hacerlo solo!).

Cuando aparecen los primeros signos de enfermedad, uno debe consultar a su médico, ya sea en un Centro de Salud Mental o en una clínica privada, a fin de recibir medidas preventivas, atención y rehabilitación apropiadas para superar su trastorno del estado de ánimo.

El tratamiento de su trastorno del estado de ánimo significa una buena calidad de vida.

No sufra solo ¡Informe a las personas apropiadas!

No permita que la vergüenza y el prejuicio le impidan obtener ayuda.

No crea que no hay nada que se pueda hacer.

¡Recuerde que juntos podemos vencer!

¡No se quede solo con su tristeza!



¡Recuerda que la depresión puede combatirse y ganarse!

Remember that one can
fight depression



and **WIN** !



EDD
European
Depression
Day

Bibliografia

- 1 - A.VV.: DSM -IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. A.P.A., 2000.
- 2 - AA.VV.: Medicina e salute. Milano, Motta, 2004.
- 3 - Akiskal HS. (1996) - The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol*, 16: suppl 1: 4-14.
- 4 - Akiskal HS. Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review. [2003] - In: Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, eds. *Bipolar disorder*. Chichester: John Wiley and Sons, 1-52.
- 5 - Agius M, Tavormina G [2009] - "The bipolar spectrum: do we need a single algorithm for affective disorder?". *European Psychiatry*, 24: suppl 1: P01-218.
- 6 - Agius M, Tavormina G [2007] - "Identifying and treating bipolar illness early". *BMJ*, February 19th, 2007.
- 7 - Angst J, Gamma A, Benazzi F, et al. [2003] - Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord*, 73: 133-146.
- 8 - Ba G. (a cura di) - *Metodologia della riabilitazione psicosociale*. Milano, F. Angeli, 1994.
- 9 - Baum A.E., et al. (2008) - A genome-wide association study implicates diacylglycerol kinase eta (DGKH) and several other genes in the etiology of bipolar disorder *Molecular Psychiatry*, 13(2), 197-207.
- 10 - Bear M.F./Connors, B.W./Paradiso, M.A., (1999) - "Neuroscienze: Esplorando Il Cervello", Masson. Milano.
- 12 - Benazzi F. [2007] - "Mixed Depression and the dimensional view of mood disorders". *Psychopathology*, 40:431-439.
- 13 - Benson D.F / Blumer, D., (1975) - "Aspetti psichiatrici delle malattie neurologiche", Bulzoni Editore. Roma.
- 14 - Burton P.R., et al. (2007) - Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls *Nature*, 447(7145), 661-678.
- 15 - Cassano Giovanni B., (1999) - "Trattato Italiano di Psichiatria", Masson. Milano.
- 16 - Civita A., (1999) - "Psicopatologia. Un'introduzione storica", Carocci Editore. Roma.
- 17 - Clarkson P. (1995) - *La relazione psicoterapeutica integrata*. Roma, Sovera, 1997.
- 18 - Doron R., Parot F., Del Miglio C. (1988) - *Nuovo Dizionario di Psicologia*. Roma, Borla, 2001.
- 19 - Fallon IRH., (2000) - "Che cos'è il Disturbo Bipolare", Ecomind. Salerno.
- 20 - Goldberg JF., Harrow M., (2000) - "Disturbi Bipolari" Raffaello Cortina. Milano.
- 21 - National Institute of Mental Health. *Depression*. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2002.
- 22 - Pinel J. (2000) - "Psicobiologia" il Mulino. Bologna.
- 23 - Sajatovic M, Smith D. (2008) - Subjective experience of bipolar disorder, treatment adherence and stigma. *New Research In Mental Health*, vol. 18. Ohio Department of Mental Health.
- 24 - Simis A., (2005) - "Introduzione alla Psicopatologia descrittiva". Raffaello Cortina Editore. Milano.
- 25 - Stephen M., (2005) - "Psicofarmacologia essenziale della depressione e del disturbo bipolare". Centro Scientifico Editore. Torino.
- 26 - Tavormina G. [2010] - "The temperaments and their role in early diagnosis of bipolar spectrum disorders". *Psichiatria Danubina*, 22, suppl 1: 15-17.
- 27 - Tavormina G [2011] - "Are somatisations symptoms important evidence for an early diagnosis of bipolar spectrum mood disorders?". *Psichiatria Danubina*, 23, suppl 1: 13-14.
- 28 - Tavormina G - An approach to diagnosis and treatment of patients with bipolar spectrum mood disorders, indentifying temperaments. *Psichiatria Danubina*, 2012; 24, suppl 1: 25-27.
- 29 - Zdanowicz N., Myslinski A. ADHD and bipolar disorder among adolescents: nosology in question. *Psichiatria Danubina* 2010; 22:139-142.