

**Comentarios elogiosos previos a la publicación de**  
***Carrera mental: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno bipolar***

“Es increíble la manera en que Jamieson comprende al paciente bipolar joven. Pero, fundamentalmente, *Carrera mental* es un libro que deben leer tanto los adolescentes que padecen el trastorno como sus familias para aprender a controlar la enfermedad porque salvará sus vidas”.

—Andy Behrman, autor de *Electroboy: A Memoir of Mania*

“Patrick Jamieson ha escrito un manual valioso y sólido tanto para los jóvenes a quienes se les diagnosticó trastorno bipolar como para sus familias. Su libro contiene consejos sensatos y prácticos de una persona que sabe lo que significa vivir con un trastorno bipolar. Jamieson ha seguido los consejos de este libro para salvarse de los peligros del trastorno bipolar y tener una vida plena. Espero que mis hijos hagan lo mismo”.

—Paul Raeburn, autor de *Acquainted with the Night*, una autobiografía en la que cuenta cómo crió a sus hijos que padecen depresión y trastorno bipolar

“Una obra increíblemente importante y una guía hacia la esperanza para los jóvenes que padecen trastorno bipolar”.

—Bev Cobain, autora de *When Nothing Matters Anymore: A Survival Guide for Depressed Teens*

“*Carrera mental* es el libro que Patrick Jamieson ‘buscó pero no encontró’ cuando tenía 15 años. En una reflexión sobre sus años adolescentes, Jamieson presenta un apasionante relato personal de su lucha contra el trastorno bipolar. *Carrera mental* entreteje con gran destreza la narración personal del autor con información médica actual sobre el diagnóstico y el tratamiento. Fundamentalmente, Jamieson demuestra que la enfermedad se puede controlar y recalca que ‘la enfermedad no es nuestra identidad’. Los adolescentes y los adultos jóvenes que enfrentan los desafíos del trastorno bipolar se inspirarán y obtendrán información de este aporte excepcional a la creciente bibliografía sobre el trastorno bipolar”.

—Kate C. Pravera, Ph.D., directora ejecutiva, Child and Adolescent Bipolar Foundation



THE  
ANNENBERG FOUNDATION TRUST  
AT  
SUNNYLANDS

ANNENBERG FOUNDATION TRUST AT SUNNYLANDS

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente  
(Adolescent Mental Health Initiative)

---

Patrick Jamieson, Ph.D., *editor de la serie*

Además de *Carrera mental*, se están escribiendo otros libros de la serie para jóvenes sobre los siguientes temas:

Depresión (2006)

Adicción (2007)

Trastornos alimentarios (2007)

Trastorno obsesivo-compulsivo (2007)

Esquizofrenia (2007)

Trastorno de ansiedad social (2007)

También disponibles en la serie para padres y otros adultos:

*Si su adolescente padece depresión o trastorno bipolar (2005)*

Dwight L. Evans, M.D. y Linda Wasmer Andrews

*Si su adolescente padece un trastorno alimentario (2005)*

B. Timothy Walsh, M.D. y V. L. Cameron

*Si su adolescente padece un trastorno de ansiedad (2006)*

Edna B. Foa, Ph.D. y Linda Wasmer Andrews

*Si su adolescente padece esquizofrenia (2006)*

Raquel E. Gur, M.D., Ph.D. y Ann Braden Johnson, Ph.D.

# Carrera mental

---

*Relato personal de la experiencia de  
un adolescente con el trastorno bipolar*

Patrick E. Jamieson, Ph.D.

con Moira A. Rynn, M.D.



THE  
ANNENBERG FOUNDATION TRUST  
AT  
SUNNYLANDS

ANNENBERG FOUNDATION TRUST AT SUNNYLANDS

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente

THE ANNENBERG  
PUBLIC POLICY CENTER  
UNIVERSIDAD DE PENNSILVANIA  
(UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA)

OXFORD  
UNIVERSITY PRESS

2006

**OXFORD**

UNIVERSITY PRESS

Oxford University Press, Inc., publica trabajos que fomentan los objetivos de excelencia de la Universidad de Oxford (Oxford University) en investigación, becas y educación.

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands Annenberg Public Policy Center de la Universidad de Pensilvania Oxford University Press

Oxford New York Auckland Ciudad del Cabo Dar es Salaam Hong Kong Karachi Kuala Lumpur Madrid Melbourne Ciudad de México Nairobi New Delhi Shanghai Taipei Toronto

Con oficinas en: Argentina Austria Brasil Chile República Checa Francia Grecia Guatemala Hungría Italia Japón Polonia Portugal Singapur Corea del Sur Suiza Tailandia Turquía Ucrania Vietnam

Copyright © 2006 de Patrick E. Jamieson

Publicado por Oxford University Press, Inc. 198 Madison Avenue, New York, New York 10016 www.oup.com

Oxford es una marca registrada de Oxford University Press.

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción, el almacenamiento en sistemas de recuperación y la transmisión de la presente publicación, mediante cualquier método o procedimiento, sea éste electrónico, mecánico, de copiado, de grabación o de otra naturaleza sin el previo consentimiento de Oxford University Press.

Información del catálogo de publicación de la Biblioteca del Congreso Jamieson, Patrick E., 1973– Título original en inglés: *Mind Race: A Firsthand Account of One Teenager's Experience With Bipolar Disorder*/ Patrick E. Jamieson with Moira A. Rynn.

p. cm. — (Adolescent mental health initiative) “The Annenberg Foundation Trust at Sunnylands, the Annenberg Public Policy Center.”

Incluye referencias bibliográficas e índice.

ISBN-13: 978-0-19-530906-5 (cloth-13) ISBN-10: 0-19-530906-5 (cloth) ISBN-13: 978-0-19-530905-8 (paper-13) ISBN-10: 0-19-530905-7 (pbk)

1. Manic-depressive illness in adolescence.

I. Rynn, Moira A. II. Title. III. Series

RC516.J35 2006 616.89'5—dc22 2006002139

Partes de los criterios diagnósticos de los episodios maníacos y de los episodios depresivos mayores se reimprimieron con la autorización del *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado). Copyright © 2000, American Psychiatric Association

9 8 7 6 5 4 3 2 1

Impreso en los Estados Unidos de Norteamérica en papel sin ácido

*Para mi hijo, Finnian James*

# Contenidos

---

Prólogo	9
Prefacio	11
Agradecimientos	13

## Uno

Ida y vuelta: un viaje bipolar	15
<i>Escuela secundaria para bipolares</i>	17
<i>Delirio de un literato</i>	21
<i>Reflexión rápida</i>	23

## Dos

Cómo empezó todo	24
<i>Oahu, Hawai</i>	24
<i>Austin, Texas</i>	25
<i>Filadelfia, Pensilvania</i>	29
<i>Bipolar 101</i>	34
Holden Caulfield en <i>The Catcher in the Rye</i> (El guardián entre el centeno) y la depresión maníaca	40

## Tres

¿Qué saben los médicos sobre el trastorno bipolar y cómo lo saben?	43
<i>Diferentes tipos de trastornos bipolares</i>	45
<i>Síntomas del trastorno bipolar</i>	46
<i>Diagnóstico del trastorno bipolar: primer plano de las dificultades</i>	52
<i>¿Cuáles son las “causas” del trastorno bipolar?</i>	54
<i>¿Pueden presentarse otras afecciones conjuntamente con el trastorno bipolar?</i>	56
<i>El peligro de no actuar</i>	58
<i>Lo primordial</i>	58

## **Cuatro**

Cómo obtener ayuda	59
<i>Medicamentos</i>	60
<i>Psicoterapia</i>	66
<i>Otras terapias</i>	69
<i>Cómo controlar los pensamientos suicidas</i>	72
<i>Hospitalización</i>	73

## **Cinco**

La sala de psiquiatría	75
<i>Del piso de la cocina a la puerta de la sala de emergencias</i>	75
<i>El “paciente” es un riesgo...</i>	82
<i>Navegar por la burocracia del aburrimiento</i>	87
<i>¿Es normal volverse más extraño?</i>	88
<i>Estigma</i>	91

## **Seis**

La enfermedad no es nuestra identidad	94
<i>Palabras, palabras y más palabras: la tiranía de los rótulos</i>	94
<i>La profecía autocumplida y los conceptos equivocados de la violencia</i>	100
<i>Segunda parte del estigma</i>	101

## **Siete**

Uno en dos millones	103
<i>Tres personas distinguidas que padecen trastorno bipolar</i>	104
<i>En lo que a mí respecta: mi vida actual</i>	106
<i>En lo que a ti respecta: ¡no te rindas!</i>	107
Algunas preguntas frecuentes para aquellos que han recibido un diagnóstico reciente	108
Glosario	137
Recursos	143
<i>Organizaciones</i>	143
<i>Libros</i>	146
Bibliografía	147
Índice	154

# Prólogo

---

**L**a iniciativa para la Salud Mental del Adolescente (Adolescent Mental Health Initiative, AMHI por sus siglas en inglés) fue creada por la Annenberg Foundation Trust at Sunnylands con el objetivo de brindar información a los profesionales de la salud mental, a los padres y a los jóvenes sobre los avances actuales en el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales en adolescentes. La AMHI se hizo realidad gracias a la generosidad y visión de los embajadores Walter y Leonore Annenberg. La administración del proyecto estuvo a cargo del Annenberg Public Policy Center de la Universidad de Pensilvania en asociación con Oxford University Press.

La AMHI comenzó en 2003, cuando se convocaron en Filadelfia y Nueva York siete comisiones científicas constituidas por aproximadamente 150 psiquiatras y psicólogos destacados de todo el país. Presididas por los doctores. Edna B. Foa, Dwight L. Evans, B. Timothy Walsh, Martin E. P. Seligman, Raquel E. Gur, Charles P. O'Brien y Herbert Hendin, el objetivo de la creación de estas comisiones era evaluar el estado de las investigaciones científicas sobre los trastornos mentales frecuentes que, en su mayoría, se originan entre los 10 y los 22 años. Actualmente, sus hallazgos colectivos están reflejados en un libro dirigido a profesionales de la salud mental y a los responsables de formular políticas titulado *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders* (2005). Como primer producto de la AMHI, el libro también detalla una agenda de investigación que podría mejorar aún más nuestra capacidad para prevenir y tratar los trastornos mentales, entre ellos, los trastornos de ansiedad, la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias y la esquizofrenia.

La AMHI consta de tres partes y la segunda consiste en una serie de libros más pequeños para lectores en general. Algunos de los libros han sido diseñados principalmente para padres de adolescentes con un trastorno mental específico. Otros, éste incluido, están dirigidos a los adolescentes que están luchando contra alguna enfermedad mental. La información científica de estos libros proviene, en parte, de la capacidad profesional de la AMHI y se presenta de forma accesible para los lectores en general de

diferentes edades. Los “libros para adolescentes” también incluyen la historia de la vida real de una persona joven que ha luchado contra —y que actualmente controla— una enfermedad mental determinada. Sirven no solamente como una fuente de investigación sólida sobre la enfermedad sino también como una guía para la recuperación de jóvenes afectados. Por consiguiente, ofrecen una combinación única de ciencia médica y conocimiento práctico personal que inspira a los adolescentes a que participen activamente en su propia recuperación.

La tercera parte de la Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente de Sunnylands consiste en dos sitios web. El primero, [www.CopeCareDeal.org](http://www.CopeCareDeal.org), está dirigido a los adolescentes. El segundo, [www.oup.com/us/teenmentalhealth](http://www.oup.com/us/teenmentalhealth), brinda información actualizada a la comunidad médica sobre temas tratados en *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders*, el libro profesional de la AMHI.

Es nuestro deseo que este tomo —fruto de la AMHI— resulte útil y enriquecedor.

Patrick Jamieson, Ph.D., *editor de la serie*  
*Adolescent Risk Communication Institute*  
*Annenberg Public Policy Center*  
*Universidad de Pensilvania*  
*Filadelfia, Pensilvania*

# Prefacio

---

Padecer un trastorno bipolar, o depresión maníaca, como también se lo denomina, no tiene por qué ser deprimente. Maniático y maníaco son dos palabras y personas diferentes.

*Carrera mental* es el libro que busqué pero no encontré cuando, a los 15 años, supe que existía un nombre para la excitante sensación que me catapultaba, sin temor, a la galaxia, sin gravedad y aturdido, en un momento y, en otro, de repente, me dejaba aterrado, tras una noche de insomnio, y apenas capaz de funcionar mientras me hundía en un bajón que atontaba. El nombre era trastorno bipolar: una afección que dura toda una vida pero que se puede tratar.

La vida de una persona que padece trastorno bipolar puede ser tumultuosa. Durante los momentos de manía, pienso sin parar, acostado en la cama durante horas; las palabras entran a mis oídos y rebotan entre ellos; sé que una noche sin dormir aumenta la probabilidad de que me hospitalicen. Durante los momentos de depresión, me cuesta conectar las ideas. Disminuyo el ritmo de vida dramáticamente y un minuto parece una hora. No disfruto y no puedo recordar los sueños.

Éste es un relato en primera persona dirigido tanto a adolescentes y adultos jóvenes a quienes se les ha diagnosticado trastorno bipolar como a sus madres, padres, hermanas, hermanos y amigos. Dicho relato tiene como objetivo complementar, más que sustituir, los excelentes libros sobre trastorno bipolar a los que se puede acceder actualmente (algunos de los cuales se mencionan en la sección Recursos de este libro). *Carrera mental* describe cómo cambia la vida cuando, además de la alteración hormonal habitual, un adolescente tiene que enfrentar una afección crónica que altera la mente. Este libro se escribió para explicar a los jóvenes que estar informado puede ayudar a quienes padecen trastorno bipolar, para brindar información sobre los tratamientos a los que pueden acceder y para ofrecer consejos sobre cómo sobrellevar los efectos. Te invito a compartir mis vivencias.

Antes de comenzar a leer, permíteme unas notas preliminares. Primero, he cambiado los nombres de la mayoría de las personas mencionadas en los capítulos autobiográficos de

este libro para proteger su privacidad y, en el capítulo 5, he resumido en una sola narración las experiencias más importantes que tuve durante seis hospitalizaciones en una sala de psiquiatría. Segundo, a pesar de que analizo los medicamentos y otros tratamientos, esto no significa que recomiende seguir el tratamiento que mis médicos y yo hemos determinado. A tu mejor vía de tratamiento la debes escoger consultando con un médico capacitado, quien, tras evaluar tus síntomas, te recetará y controlará los medicamentos y sus efectos, y con un terapeuta capacitado, quien te ayudará a aceptar el trastorno y los ajustes que debido a éste debes realizar en tu vida. El trastorno bipolar se clasifica principalmente en dos categorías — bipolar I y bipolar II— y la enfermedad se manifiesta de manera diferente según las personas. Los acontecimientos descritos en este libro se relacionan con mi experiencia con el trastorno bipolar I; sin embargo, puede que tus propias experiencias sean muy diferentes. Además, las denominadas afecciones comórbidas —otros trastornos que se presentan conjuntamente— pueden complicar el trastorno bipolar. Una persona puede padecer un trastorno bipolar y uno alimentario, o un trastorno bipolar y uno obsesivo-compulsivo (un tipo de trastorno de ansiedad), o un trastorno bipolar y otras combinaciones de enfermedades mentales, incluido el abuso de sustancias. Es importante recordar que la experiencia que cada persona tenga con respecto a una enfermedad mental es tan única como la persona misma. Por lo tanto, te cuento mi propia historia, en parte, para alentarte a enfrentar tus propias y únicas circunstancias y tu propio y único diagnóstico y a buscar la ayuda profesional adecuada.

# Agradecimientos

---

Agradezco a quienes me alentaron durante los años que ha llevado y las transformaciones por las que ha atravesado *Carrera mental* y pido disculpas de antemano a quienes no haya mencionado. Agradezco a mi esposa, Laura, por todo lo que hace, y a mi hijo, Finnian, a quien dedico este libro, como así también a mi madre, mi padre y mi hermano Rob. También agradezco a los Annenberg y a la Annenberg Foundation Trust at Sunnylands; al Dr. Dan Romer, por su optimismo; a Dean Delli Carpini, por su apoyo; a Eian More, por simplificar mi vida; a Richard Cardona, por ayudarme a estar en mi sano juicio; a Karen Riley, por colaborar en la redacción; a Abby Zimmerman, por ayudarme a efectuar la investigación para escribir este libro; a Kate Kenski, por ser tan buena compañera en la universidad; al Dr. Jaroslav Pelikan, por enseñarme lo que un académico o, fundamentalmente, un ser humano, deber ser; a Zach y Nick; a la Dra. Moira Rynn, por su asesoramiento médico para este libro, y a los Doctores Marvin Lazerson, Martin Seligman y Dwight Evans, por revisar las primeras versiones. Hoy no sería quien soy sin los profesores que me alentaron, especialmente los profesores de historia y redacción, que apostaron por un niño con problemas. También les agradezco a las editoras de este libro, Marion Osmun y Sarah Harrington, de Oxford University Press.

P. E. J.

Filadelfia, Pensilvania

Carrera mental

---

## Capítulo uno

# Ida y vuelta: un viaje bipolar

---

La manía consiste en tratar, desesperadamente, de vivir la vida de una manera más apasionada, repitiendo dos o tres veces la ración de comida, alcohol, drogas, sexo y dinero, intentando vivir toda una vida en un sólo día.

—Andy Behrman, *Electroboy: A Memoir of Mania* (2002)

Quisiera compartir contigo los pensamientos acelerados de mi mente durante un episodio maníaco:

### EN EL JARDÍN Y COMIDO

Debajo del tronco, el bicho Pill, Maggot, larva,

Arroyo, riachuelo, Sueño extravagante, Puente de piedra, hombre llamado Malone.

Brillando, corriendo con prisa, fluyendo, creciendo,

Húmedo, mojado y cacareando,

Acunado en el vientre materno, la tumba de un perezoso,

Gansos, gorriones, no buenas parejas,

Juventud burlándose, rondando, diciembre oscuro. Recordar.

Traer a la memoria la savia. Traer a la memoria el sol. Traer a la memoria las liliáceas y las lilas. Traer a la memoria la primavera.

Flotando libremente, un somorgujo, capullo de tres millas. No

Tocar el suelo. Rebotar.

Sábanas blancas como la leche, calor húmedo, escalofrío de otoño, Rezar al Señor, dar, perdonarla.

Rápido como un rayo, aterrador, un octubre para recordar, ¡esperen diciembre! Víspera del día de Todos los Santos o Navidad, no nos desestimen. Ondas de Olas pavimentadas, imploradas. Corro hacia la montaña y caigo.

Entre plátanos. Pequeños. Puesto.

Ámbar, punto ajustado y esbelto, hacha pesada, tropiezo por una roca, atrapado por el impacto

Apartado del sacerdocio. Las bellezas azules se contorsionan.

Interior.

Escondido.

Brazos desatados. Ruidos ensordecedores. En ciudades sin fronteras.

Cabeza coronada. Ahogado. Rebotado.

Rey de la noche.

Escogiendo el asta, mano derecha sacada rápidamente, Jared el Escultor.

Balancearse con placer, miedo, recuperarse, socavar la savia, raíces. Cálido, sólido, junto, Tomar la herramienta, Mango injertado en fibra,

2000 años dentro de ella. Fuego. La figuro.

No es Dylan Thomas ni Jacob Dylan. Ahora lo sé, pero cuando escribí este poema, temprano una mañana, durante una estela de manía y alcohol, pensé que era brillante. Si estos pensamientos nacieran de una mente equilibrada, serían metáforas pero, durante un episodio maniaco, siento que los vivo.

La sensación de euforia traviesa y psicodélica que el episodio de manía produce puede durar momentos, días o semanas. Si nunca lo has experimentado, todo lo que puedo ofrecerte son analogías. Recuerda la primera vez que pensaste que estabas enamorado; los sentimientos parecían únicos, irresistibles y reales. La vida giraba alrededor de una sola persona y estaba llena de expectativas y satisfacciones. Esperabas los momentos que compartirías con ella. Repetías: “¡Ella me ama!”. Ahora imagina experimentar todos esos sentimientos con la tostadora. Te maravillas de cómo los engranajes y las bobinas funcionan

en perfecta sincronía y admiras tu reflejo sobre su superficie brillante. Ahora tu atención pasa a estar en una naranja. Te maravillas de cómo el jugo está capturado en minúsculas células. La naturaleza comparte sus secretos contigo.

Sientes que la vida está repleta de posibilidades. Te sientes feliz por la posibilidad de ir de compras más tarde ese día. Te vuelves conversador y te sientes audaz, poderoso, atractivo, encantador y astuto, todo al mismo tiempo. ¡Las actividades habituales son extraordinarias! Los supermercados son como templos con altares llenos de cereales, pasteles, budines, maníes, leche y mayonesa. ¡Todo lo que podría comer, cocinar, pintar o bailar! El mundo maníaco es aliterado y está lleno de rimas y juegos de palabras: “Entre plátanos. Pequeños. Puesto... Fuego. La figuro”.

Me convierto en el conejito de Energizer en un sobrealimentador. “¿Por qué todos los demás necesitan dormir tanto?”, me pregunto. Apresuradamente termino la tarea para la próxima semana y escribo poesía hasta altas horas de la noche. Las horas pasan como minutos, los minutos como segundos. Si duermo, es por poco tiempo y cuando me despierto me siento como nuevo y pienso: “¡Éste será el mejor día de mi vida!”.

## **Escuela secundaria para bipolares**

Al día siguiente las palabras no fluyen; salen a borbotones. Lo único que sigue el ritmo de mi mente es la cuenta de teléfono, dado que vuelvo a conectarme con una galaxia de amigos y conocidos. Al día siguiente, luego de haber hecho una llamada a medianoche que duró una hora, uno de mis amigos me mira de manera burlona. Al observar mi nuevo optimismo, mi profesor preferido pregunta si me siento bien. El entrenador de béisbol me reprende por adelantarme a la tercera base sin esperar la señal. Lo ignoro. A pesar de que no pude llegar a la base, el escaparme me salvó de que me crecieran zarcillos en la segunda.

“¿Por qué todos conducen tan despacio?”, me pregunto. “Y caminan tan despacio y hablan tan despacio y piensan tan despacio. Si no empiezan a vivir pronto, le saldrán hongos.”

Cuando tengo un episodio maníaco, me siento más seguro, estoy más irritable y soy más agresivo verbalmente.

*Cuando tengo un episodio maníaco, me siento feliz cuando estoy solo y más feliz cuando atraigo a otros con mi energía.*

Los pensamientos me bombardean desde todas las direcciones. Cuando tengo un episodio maniaco, me siento feliz cuando estoy solo y más feliz cuando atraigo a otros con mi energía.

Cuando estoy en estado maniaco puedo quedarme despierto toda una noche y arreglármelas con unas pocas horas de descanso la noche siguiente antes de quedarme dormido durante más tiempo. Recuerdo que mi hermano me sacó los zapatos sin desatar los cordones (¿esperas algo más de un hermano mayor?). Una tarde había llegado a casa de la universidad y me encontró todavía dormido. Cuando no puedes diferenciar las horas durante las que normalmente estás despierto o dormido, puedes despertarte sin saber si es de día o de noche.

Una de las ironías de la enfermedad es que la euforia maniaca es un preludeo, no un estado final. Al principio es excelente, pero no dura mucho. La excitación de la euforia no merece la pena, por lo que viene después. La manía es una montaña desde la que me sumerjo abruptamente en la depresión o desde la que asciendo a una cima aún más alta de manía, donde la picardía se convierte en agresión verbal y los intercambios extravagantes de palabras con la familia y los amigos se convierten en monólogos. Cuando tengo un episodio maniaco creo que sé más que otras personas y, por consiguiente, lanzo las palabras como si fueran cuchillos tanto a mis amigos como a mi familia.

Antes, el insomnio era una bendición; ahora es una maldición. En tan sólo momentos mi mente pasa de brincar y jugar inofensivamente a acelerarse peligrosamente. Ella es la conductora, yo el motor. No controlo ni el encendido ni el acelerador. Vivo una pesadilla de fantasías que me desvelan y en las que incluyo a las personas que intentan entrar a mi mundo. Ya no son presencias benévolas cautivadas por mi inteligencia. Intentan engañarme o lastimarme. Convoco sentimientos que habitualmente no tengo para rebanar y cortar en dados a estos adversarios como un Vegemetic.

Después de varias semanas, el episodio maniaco desaparece a medida que desciendo en un mundo de sonidos apagados y sombras grises. La depresión. Hacer tareas simples, por ejemplo, lavar la ropa, es como librar una ardua batalla. Los movimientos bruscos provienen de brotes de energía que saco de mis restos casi sin vida. Sufro una autotransformación; estoy cansado, no le encuentro sentido a nada y me sumerjo en un mundo lleno de ecos sordos de mis propios pensamientos y de susurros de otros, un mundo oscuro y desolado. A medida que mi mente se congela, mi habla se vuelve más lenta. Me petrifico.

Una simple señal de que estoy depresivo es que no contesto el teléfono. Una noche, después de algunos apelativos en voz alta, lo tiré por la ventana de mi dormitorio. Para mí, la acción estaba justificada. Cada vez que el teléfono sonaba, mi oído hipersensible amplificaba el sonido. El protagonista de Edgar Allan Poe en “The Tell-Tale Heart” (El corazón delator) hubiera podido hablar en mi nombre cuando dijo: “¿No te he dicho que lo que confundes con locura no es más que una mayor agudeza de los sentidos?”. Cuando estoy en este estado, creo que las llamadas telefónicas son un ataque o un engaño para controlar mi tiempo. Para autoprotegerme, me niego a recibirlas. Por el contrario, una simple señal de la ciclación hacia la manía es que no puedo despegarme del teléfono. Empleo el término *ciclación* para referirme a la transición de un estado de ánimo o energía a otro, por ejemplo, el ascenso desde un estado sin energía a una manía o el choque de pasar de la manía a la depresión.

Cuando tengo un episodio maniaco, no puedo notar la diferencia entre el mundo que cambia a mi alrededor y mi percepción interna de ese cambio; los límites entre el mundo y yo empiezan a hacerse borrosos. A medida que mi mente desencadena una manía, giro en momentos prolongados de asociaciones libres, como se refleja en el poema incluido al principio de este capítulo. La conexión entre las ideas se extiende más allá de los significados para incluir los sonidos. Las palabras adquieren color y corren apresuradamente para fusionarse con las que tienen un tono similar. Éste es un mundo en el que la sensibilidad a los movimientos, las formas y los sonidos está más acentuada. Es un tiempo durante el cual te desvelas y estallas con la energía que no aprovechaste antes. Los días incansables dan paso a noches llenas de energía. Si me preguntas cómo creo que los demás me ven, te diré que me ven tan brillante, creativo, aliterado, ingenioso y tan mentalmente perspicaz como puedo serlo. Es un momento excitante.

¿Cómo es la depresión? Me convierto en un hombre de 120 años. No tengo energía; me desplomo cuando me siento y hago pequeños pasos cuando me muevo. Como poco y mastico despacio. Siento el sonido de mi respiración.

Camino con dificultad. Utilizo una técnica para hacer frente a esta situación: sigo de cerca a alguien que camina delante de mí y permito que me remolque. Paso tras paso, pulgada tras pulgada, camino en línea recta usando toda mi energía para seguir la orilla de la acera. Los transeúntes parecen empujarme a propósito, me chocan los hombros e invaden mi espacio.

Cuando experimento un episodio maníaco o depresivo asigno significados negativos a impulsos inocentes; los extraños parecen amenazantes. Creo que el cajero del 7-Eleven piensa lo contrario cuando me dice: “Que tenga un buen día” y me entrega el cambio tras haber comprado una botella de jugo. Centro mi atención en cosas perturbadoras, como por ejemplo, una persona sin hogar en la calle o un carro muy abollado. Cuando los camioneros tocan el claxon, creo que lo hacen para exasperarme.

*Cuando estoy  
deprimido, trato  
de ocultarlo de  
la mejor manera.*

Cuando estoy deprimido, trato de ocultarlo de la mejor manera. Si me preguntan cómo me siento, digo que simplemente estoy cansado. A veces es realmente cierto. Pero sucede algo más cuando evito el contacto visual, arrastro el habla, duermo mucho más de lo habitual, me niego a entablar conversaciones y me aíso.

Cuando estoy deprimido, siento la cabeza embotada. He tenido esa sensación en todos los episodios. Cuando ocurre, me doy cuenta de que debería haber buscado ayuda antes. Actualmente, después de años de control, reconozco que es una señal de que estoy cayendo en una depresión. Ahora puedo reconocer varias señales que advierten la aparición de un estado de ánimo o energía. Mientras que a la manía la puedo predecir por una sensación de poder cada vez mayor, a la depresión la puedo anticipar por una sensación de impotencia en continuo aumento. La manía es brillante, la depresión apagada. La manía es un proceso de aceleración, la depresión de desaceleración. Cuando era adolescente y tenía otras prioridades, las visitas frecuentes al profesional de salud mental parecían una tortura pero me ayudaron a protegerme de las manifestaciones más alarmantes de la enfermedad dado que aprendí el significado de las señales de advertencia y cómo obtener ayuda.

Cuando tengo un episodio maníaco, corro riesgos innecesarios y no me adapto a los demás. En una oportunidad, cuando ya era lo suficientemente maduro, pero mi estado de ánimo y energía cambiaban de ciclo sin obstáculos, una camioneta deportiva negra aceleró y rechinó los neumáticos antes de pasarme a toda velocidad por una calle que no tenía acera. Como creí que había tratado de atropellarme, le arrojé un vaso de cartón con refresco al vehículo amenazante y lo golpeé. Ahora me doy cuenta de que arrojar objetos a vehículos en movimiento es una verdadera tontería, especialmente si el vehículo pertenece a un malhumorado que practica artes marciales. Lo que empieza de manera violenta termina de manera violenta. El conductor me persiguió a pie y me pegó en la garganta. En otra

oportunidad, destrocé una reproductora de video porque creía que si cambiaba su forma entraría en la maleta para un viaje que iba a realizar. No recuerdo qué pensé que lograría pero, en ese momento, para mí, todo tenía sentido. A tus padres no les hace ninguna gracia que destruyas los artefactos electrónicos del hogar.

Durante un episodio maniaco, seguí la señal de giro del carro que estaba delante de mí porque creía que Dios intentaba guiarme. Como la manía desencadena segundas y terceras interpretaciones de todas las acciones, otra posibilidad era que, si seguía al carro, algo importante, que de lo contrario sería incognoscible, se revelaría; un misterio se aclararía en el lugar al que ese carro se dirigía.

Una vez, durante un episodio maniaco en un encuentro religioso en la escuela secundaria Quaker, no pude seguir sentado, entonces me puse de pie y dije que la negativa de la escuela a exhibir ciertas obras de arte no era diferente de la censura Nazi de quienes se oponían al fascismo. Logré poder hablar en público y exasperar a muchos profesores. Es fácil hacer el ridículo cuando los compañeros de clase y los profesores escuchan que haces asociaciones libres con la velocidad de un rayo. Puedes ganar concursos de poesía, pero parece y suena extraño.

## **Delirio de un literato**

A veces, cuando mi estado de ánimo y energía cambiaba de ciclo, experimentaba otro posible síntoma del trastorno bipolar, lo que los psiquiatras denominan *características psicóticas*, incluidos los delirios que alimentaban mi autoestima. En el mundo de la salud mental, se

*...se consideran psicóticos a quienes les cuesta enfrentar el entorno, en parte, debido a los delirios y a las alucinaciones...*

consideran psicóticos a quienes les cuesta enfrentar el entorno, en parte, debido a los delirios (creencias falsas) y a las alucinaciones (percepciones sensoriales falsas). Por ejemplo, a veces, sentía como si me hubieran atacado. Otras veces, la realidad de otras personas definía la mía. En una oportunidad, me sentí atrapado en

la novela *1984* de George Orwell. El gobierno era Gran Hermano y los agentes policiales y los docentes eran agentes del estado que me controlaban. Es difícil apartarse de esta forma de pensar debido a que *1984* es verosímil. El estado en realidad espía a su propio pueblo. Lo que me ayudó a escapar de esta trampa orwelliana es haber comprendido que el estado no

presta atención a jóvenes de 16 años de la escuela secundaria, salvo que sean asesinos, gimnastas destacados o excelentes piratas informáticos. Yo no era nada de eso. Una parte de mi mente se preguntaba por qué alguien gastaría dinero para vigilarme. Pero, después, otra parte de mi mente analizaba la posibilidad de que Gran Hermano haya metido esa pregunta en mi cabeza.

A veces, durante un episodio maniaco, sentía como si perteneciera a otra época. Durante una manía viví en una Filadelfia del futuro, en el mismo momento en que caminaba por las calles de la Filadelfia actual. Todo parecía como si hubiera ocurrido dentro de veinte años. En ese momento, no me daba cuenta, pero no era conveniente que estuviera solo cuando mi sentido de la realidad estaba tan distorsionado. Por lo general, cuando mi mundo se acelera, simplemente lo sobrellevo, pero esa vez fue difícil. Después de todo, estaba en el futuro y no había puntos de referencia familiares. Cuando me acercaba a desconocidos para pedir ayuda, se alejaban rápidamente con miedo en la mirada. No podía encontrar mi Volkswagen Rabbit verde. Deambulé por negras calles mojadas y pavimentadas. El vapor de los respiraderos de metal de los sumideros transformaba las letras rojas de una señal de neón en jeroglíficos y el ruido de las sirenas y los neumáticos de los carros, los transeúntes y los gorriones se fusionaban en una sola sinfonía. La página de un periódico volaba por el bulevar, luego pasaba por encima de una pared de piedra y volvía a flotar para dar otro paseo. Si Dios existía en ese mundo, quería que me recordara, por eso dejé caer una moneda de 25 centavos en la taza de un hombre sin hogar. Pasé por una iglesia que tenía un cerrojo. Si Dios no estaba adentro, tendría problemas para entrar, pensé.

El instinto me llevó desde el centro de Filadelfia a mi casa, justo dentro del borde de la ciudad (si me dejan en algún lugar que esté a poca distancia a pie de una parada de un medio de transporte puedo caminar dormido a través del sistema de transporte). Cuando volví a casa, mis padres estaban despiertos. Mi amigo Hector los había llamado porque no había llegado a su apartamento. Había organizado un grupo que salió a buscarme. Les aseguré a mis padres que me sentía bien: simplemente no recordaba dónde vivía Hector ni dónde había estacionado el carro, por eso había tomado el tren para volver a casa. A la mañana siguiente llamé al psiquiatra para acordar una reunión de emergencia en la que ajustó los medicamentos. Mi mente se calmó y volví a vivir en el presente.

## Reflexión rápida

Cuando tengo un episodio maniaco, siempre hay más de una posible explicación para todo. Quizás ésta es la inspiración que los artistas asocian con los periodos de gran creatividad. Algunas experiencias no se pueden traducir en palabras. A pesar de que parezca extraño, en un estado de manía, las verdades son paradojas; aún así, por única vez, el universo tiene absoluto sentido. Te inunda una energía creativa. La vida no es desagradable hasta que la manía, llena de placer, se convierte en un desorden psicótico.

Cuando estoy psicótico, estoy irritable y apenas tolero a otras personas. Que me choquen en la acera o que otro conductor me impida el paso pueden desencadenar un grito pelado o algo peor. Las ocasiones en mi vida en las que pude haber ido a prisión ocurrieron durante los episodios psicóticos. Lo bueno es que tengo seguro médico y que pude recuperarme de los brotes psicóticos en las salas de psiquiatría.

Si has experimentado manía o depresión, entonces sabes lo que estas palabras significan. Si no las has experimentado, lo mejor que puedes hacer es establecer lazos de empatía. Quienes han tenido manías psicóticas o han estado clínicamente deprimidos, no

*Si has experimentado manía o depresión, entonces sabes lo que estas palabras significan. Si no las has experimentado, lo mejor que puedes hacer es establecer lazos de empatía.*

desean pasar por eso nuevamente. Si los medicamentos y los consejos de los médicos, familiares y amigos no previenen una segunda o tercera experiencia, desearás que la próxima vez sea más breve y que el viaje sea menos difícil. La buena noticia es que probablemente no vuelva a ocurrir pero, si así fuera, tendrás herramientas para sobrellevarlo que antes no

tenías. Ahora sabes el nombre de tu enemigo y también que lo puedes domar con los medicamentos, la psicoterapia y la ayuda de quienes te quieren y a quienes quieres.

## Cómo empezó todo

---

Es como si dos corrientes eléctricas accionaran mi vida mágicamente: la positiva feliz y la negativa desesperada; la que esté funcionando en un momento determinado domina e inunda mi vida.

—Sylvia Plath, quien padeció la enfermedad maníaco-depresiva,  
*The Unabridged Journals of Sylvia Plath* (2000)

### Oahu, Hawai

**E**xperimenté el primer episodio maníaco cuando tenía 11 años, justo después de que mi familia se mudara de Maryland a Hawai, donde vivimos durante seis meses. Hawai me parecía tan brillante que me mareaba, un mundo de nubes blancas abultadas y océano azul. En este lugar, sentí por primera vez que la sensación de energía se acentuaba, que necesitaba dormir menos tiempo y que los pensamientos y el habla se aceleraban. Nadie se preocupó por esto. Mis padres pensaron que esta conducta era una manera razonable de responder a un lugar nuevo, pleno de sol y olas. Sin embargo, algo estaba sucediendo porque estaba nervioso y enojado.

Las flores perennes y el florecimiento de las plantas también me provocaron asma, por lo que comencé a respirar con dificultad. Me llevaron a un especialista en asma, quien me recetó un inhalador con cortisona; en ese momento, era un tratamiento nuevo, pero actualmente es estándar. Medio día después de haber aspirado del inhalador por primera vez, el mundo se derrumbó. Como me sentía despreciable, desesperado, asustado y solo, me apartaba de los que me rodeaban. Mi madre, al observar con gran preocupación ese retraimiento, suspendió el uso del inhalador y le informó al médico que me había producido un efecto extraño. Dijo: “Si Patrick fuera adulto, diría que padece depresión”. De hecho, después de tres meses de manía, probablemente activada por el estrés de la mudanza, experimenté, a los 11 años, un verdadero choque de fármacos que parecía depresión, aparentemente provocado por una reacción rara a la cortisona del inhalador. Algunos años

después, un médico me dijo que probablemente fue una coincidencia, pero, de todos modos, no se prolongó y mi estado de ánimo se estabilizó durante el resto del tiempo que vivimos en Hawai. No obstante, recuerdo mi estadía en esa ciudad como perturbadora y difícil, un paraíso perdido.

## **Austin, Texas**

Cuando tenía 13 años, después de un breve intervalo en Maryland, mi familia se mudó nuevamente, esta vez, a Austin, Texas. Varios meses después, comencé a tener problemas de salud. La alergia me fastidiaba. Tuve sinusitis y bronquitis varias veces. Me sentía cansado pero, equivocadamente, atribuía el letargo a la bronquitis. Ni mis padres ni los médicos a quienes consultaban pensaron alguna vez que podría estar deprimido. Mi fama de excéntrico, guiada por el individualismo alocado que el método Montessori promovía y la educación antiautoritaria que mis padres reafirmaban, podía explicar todos los síntomas de

*...yo no sabía que los adolescentes eran susceptibles a la depresión, menos a la depresión maniaca.*

una enfermedad mental. Al igual que mi madre, quien suponía que, independientemente de lo que el inhalador con cortisona me producía, no podría haber provocado una depresión en un niño de 11 años, yo no sabía que los adolescentes eran susceptibles a la depresión, menos a la depresión maniaca. En efecto, en ese

momento, creo que nunca había escuchado las palabras maniaco y depresión combinadas en un sólo término.

En Austin, me sentía como un desconocido en una tierra desconocida. Texas: grandes refrigeradores, parrilladas de barbacoa y agostos secos con temperaturas de 104 grados. Durante el año escolar, los fines de semana pasaban muy rápido y los lunes por la mañana llegaban muy pronto. Ésta fue mi experiencia: no dormía bien. A las pulgas de mi gato les parecí una alternativa atractiva y el ciclo del aire acondicionado perturbaba mi sueño. Me despertaba atontado. Sentía el pecho vacío. Mi corazón latía con fuerza. No oía el despertador y llegaba tarde a la escuela.

En el carro, camino a la escuela, me di cuenta de que una sensación primitiva se había apoderado de mí; los pensamientos me daban vueltas. El cerebro había pasado del primer cambio al cuarto. En la escuela, paralizado delante del armario, miraba fijamente a

una multitud de estudiantes que caminaban a mi alrededor arrastrando los pies para ir a clase. Con la mano izquierda sostenía el transportador, evidencia concreta de que me había inscrito en una clase de geometría, pero no recordaba haberlo sacado del morral. Los pensamientos ya no trotaban sino que galopaban a gran velocidad desde el mundo real que me rodeaba hasta una abstracción extravagante. Si mi vida generalmente era una fotografía, en ese momento era como un Van Gogh, con colores intensos y perspectivas distorsionadas.

La clase de inglés se volvió borrosa. No podía concentrarme lo suficiente como para tomar notas. Escribía tonterías. “Padre huerto. Oréanos”. Confundía página tras página con renglones que se cruzaban. Recordé que el bordado que tenían las almohadas de una de mis tías decía: “Dios escribe derecho con renglones torcidos”. Ese día nada estaba derecho.

En la clase de geometría, las representaciones en la pizarra se transformaban en figuras artísticas. Lo que era bidimensional había adquirido una tercera dimensión. El rectángulo dibujado en la pizarra era una caja de juguetes, un ataúd, el vehículo de transporte de la nave espacial *Enterprise*. Respondía ridículamente las preguntas que hacía la profesora. El área debajo de la curva, afirmé, era el espacio negativo que se dejaba ver al dibujar un rectángulo alrededor de la fórmula. Hacía ya tiempo que la profesora me consideraba un sabelotodo. Creé escenarios similares en clases subsiguientes.

Durante el viaje en autobús a casa, un compañero de clases se burló reiteradamente de mi pelo despeinado. “Eres un dejado”, me decía el niño bien con cara de hurón, gafas con armazón de alambre y ojos redondos y brillantes como cuentas que me clavaban la mirada. Por lo general, hubiera respondido con un desaire inteligente, pero mi mente no lograba encontrarlo; se estaba apurando para pasar a otra cosa. Entre dientes, dije lo que aquellos con susceptibilidad delicada llaman palabrota. Reviví ese intercambio fragmentado de palabras por la noche. En lugar de ser una conversación casual, se convirtió en una verdadera obra de moralidad o un enfrentamiento entre el Coyote y el Correcaminos, excepto que en este escenario, el Correcaminos, inusitadamente, arrastraba pesados grillos y cadenas.

Tratar de disminuir el ritmo de los pensamientos ajusta la correa que tengo alrededor del cuello. ¿Han intentado alguna vez obligarse a no perder la calma cuando están acostados, por la noche, después de un hecho catastrófico? Después del fallecimiento de un familiar o después de haber sufrido un accidente automovilístico. Es imposible. Los pensamientos penetran todas las barreras construidas para contenerlos. En algún momento pensé que, con

la práctica, llegaría a controlar los pensamientos durante un episodio maníaco, pero fue una ilusión.

Según mi experiencia, las manías generalmente anticipan la depresión. El peligro y la letalidad de cada una se magnifican cuando se unen para formar lo que los psiquiatras denominan *estado mixto*, un momento en el que se presentan tanto los síntomas de las manías como los de la depresión. Algunos años después me di cuenta de que lo que había vivido en Austin —pensamientos rápidos, falta de concentración y poca energía— era un estado

*...quizás eso era lo que se sentía al ser adolescente, o que quizás todo se debía a un tema hormonal.*

mixto. Creo que es el estado más desagradable que puedes experimentar porque dificulta la interrelación con los demás. La mente se aparta del presente. Era una situación en la que todos perdíamos pero, en ese momento, no tenía idea de lo que estaba ocurriendo. Pensaba que quizás eso era lo que se sentía al ser adolescente, o que quizás todo se debía a un tema hormonal.

Las personas que me rodeaban también estaban desconcertadas. Durante ese tiempo prolongado de manía seguida de depresión y estado mixto, mis padres y yo consultamos a una infinidad de médicos en Austin. Me investigaban, examinaban, exploraban y escudriñaban. Parecía como si hubieran estado realizando pruebas de todos los fluidos corporales que me podían extraer para ver si encontraban enfermedades tanto raras como comunes. Tras series y series de exámenes, cada médico daba un diagnóstico diferente. Uno informó que tenía un trastorno del sistema inmunológico. Otro llegó a la conclusión de que era un tipo raro de mononucleosis. Un tercer médico dijo que era el virus de Epstein-Barr. Alergias, afirmó un cuarto. Ninguno pidió un análisis de sangre o de orina, una TC o una IRM que demostraran evidencia concreta de alguno de esos diagnósticos. Era lo mismo que dijeran: “No tenemos idea”.

Agotado después de meses de dormir poco y de tener aún menos concentración, salí del estado mixto y entré en una depresión que duró cinco meses, durante los cuales dormía hasta 18 horas por día y perdí más clases de las que asistí. Comencé a sentirme bien justo a tiempo para estudiar lo suficiente como para apenas aprobar los finales. Mientras ese proceso se acercaba al final, pasé muchas horas con un mazo en la mano trabajando en el entramado de madera que mi padre estaba construyendo en nuestra casa, fuera de la ventana de mi dormitorio.

La satisfacción que sentí por haber construido algo con mis manos era primitiva. Afilaba mis propios cinceles y construía mis propios mazos. Era bueno distanciarse y analizar lo que había logrado al final del día, de la semana o del mes. Una parte de mí estaba en la casa. El proceso también fue terapéutico. Parecía como si la fuerza que tenía en las manos, los brazos y los hombros se hubiera transportado a mi cerebro. Colocar los pasadores en las bisagras de madera para fijarlas hacía que mi mente se concentrara.

Jon, un amigo de mi padre, nos ayudaba con el trabajo pesado. Lo que sabía de él eran sólo fragmentos aislados de información que podía escuchar en las conversaciones entre los adultos. Si toma los medicamentos, susurraban los adultos, se siente bien. Sin embargo, cuando se siente bien, ocasionalmente deja los medicamentos y, a la larga, lo deben hospitalizar. Su enfermedad se denominaba trastorno bipolar.

A pesar de que fue brillante en la universidad, desde entonces no había tenido un trabajo estable. Después de una especie de “crisis”, le recetaron litio, un medicamento que estabiliza el estado de ánimo. Al principio le temía porque no sabía cómo reaccionaría una persona que tomaba litio. Cuando estábamos juntos, parecía tan normal como cualquier otro adulto, casado, con dos hijos, rápido e ingenioso y no se lo veía afectado por el pecado primordial de los adultos: no era condescendiente. Al principio, el misterio que rodeaba su enfermedad me asustaba. Trabajar en el techo de un entramado de madera de tres plantas significaba estar a 27 pies del suelo. Me preguntaba qué tan seguro era estar ahí arriba con alguien que tenía un trastorno mental. Las dudas desaparecieron rápidamente. Trabajaba tanto como lo hacía mi padre. Eran amigos. Era un buen hombre. Lo que no sabía en ese momento era que él y su esposa habían notado un paralelismo entre mis altibajos durante el año académico que había pasado y el viaje de Jon hacia el trastorno bipolar.

El contacto con Jon no fue el único de mis primeros encuentros con el trastorno bipolar. Kyle, el esposo de mi tía, era un hombre carismático y completo que disfrutaba de la cocina gurmé, acampar en los bosques, ir en balsa en aguas rápidas, pasear en piragua y alejarse, rudimentariamente, de la civilización. También escribía música y tocaba el saxofón y la guitarra de acompañamiento en una banda de rock. Para mí, él era la prueba evidente de que la vida aburrida de adulto que nuestros padres predecían —como ingenieros, abogados, médicos o profesores— no era el fin inevitable de crecer.

Pero había otro Kyle. El primer indicio de su otra cara se dejó entrever cuando no asistió a una reunión familiar en la casa de mis abuelos; los rumores empezaron a circular por la familia. Kyle había pasado meses en silencio en una habitación oscura. Se había ausentado de su casa durante días para dedicarse a sesiones maratónicas de grabación con la banda. Ese Kyle usaba estimulantes para contrarrestar la depresión y sedantes para aquietar la manía, una práctica común entre quienes padecen trastorno bipolar. Ese Kyle no accedió a las súplicas de mi tía para que consultara a un médico y tomara los medicamentos recetados para el trastorno bipolar. Frente al ultimátum —terapia y medicamentos o el divorcio— Kyle eligió divorciarse, después de lo cual el consumo de alcohol y drogas aumentó. Algunos años más tarde, al no poder salir de la profunda depresión y no estar dispuesto a pedir ayuda, se suicidó.

Recuerdo que durante un viaje en piragua, Kyle saltó de la suya para ayudarnos a mi hermano y a mí a enderezar la nuestra porque se había dado vuelta. Recuerdo la historia absurda que Kyle contaba sobre un demonio necrófago sin cabeza y las bromas que hacía al respecto mientras nos ayudaba a encender el fogón con el que cocinaríamos la cena. No conocía al Kyle que le puso fin a su propia vida, o quizás sí, pero no lo entendía.

## **Filadelfia, Pensilvania**

En 1989, nos mudamos de Austin a Filadelfia, donde me inscribí en el segundo año de una escuela urbana Quaker privada. Tenía 15 años cuando, al finalizar el verano, ya me había transformado de alguien que dormía más que el resto en alguien que parecía no necesitar dormir. Otra vez tenía energía. Ese otoño, cursaba muchas materias —historia, inglés, francés y, la materia en la que peor me iba, álgebra II— y quedé atrasado casi desde el principio. Mi mente se aceleraba y mi habilidad para concentrarme en clase aparecía y desaparecía. La directora de la escuela habló con mi madre. “Nos preocupa Patrick”, dijo. “No se concentra, habla rápido y lo que dice no tiene mucho sentido. Creo que debería consultar a un médico”.

Tras tres años en Austin, al mudarnos a Filadelfia, mi familia y yo tuvimos la oportunidad de ir a un hospital escuela y consultar a expertos que no sólo reconocían sino que también estudiaban el trastorno bipolar en adolescentes. Frente a un adolescente de 15

años que no había dormido durante días, que no podía controlar sus pensamientos y que verbalmente era cada vez más agresivo, mi médico de cabecera planteó dos hipótesis: disfunción tiroidea o trastorno bipolar. Los médicos en Austin ya me habían hecho estudios para ver si tenía disfunción tiroidea, pero los resultados fueron negativos. Tras un análisis de sangre, confirmaron su conclusión y me diagnosticaron trastorno bipolar.

Pregunté si significaba que era esquizofrénico, la única enfermedad mental que pude evocar de inmediato, pero el médico claramente lo descartó. Ahora sé que a veces es difícil trazar una línea entre trastornos del estado de ánimo o “afectivos”, como el trastorno bipolar y la esquizofrenia. En efecto, hay casos en los que el individuo tiene los síntomas de ambos y, por lo tanto, se lo diagnostica como esquizoafectivo.

Un tiempo después, mis padres, de mediana edad, y yo nos sentamos en el Youth Guidance Center junto a un psiquiatra de mediana edad que tenía pelo corto negro, gafas y barba canosa. El Dr. Gottstein dijo: “Hay una gran probabilidad de que estemos frente a una depresión maníaca o un trastorno bipolar”. Reaccioné de la misma manera en que lo hice cuando el médico de cabecera me dio el diagnóstico por primera vez. Quedé atónito. Cinco

*Reaccioné de la misma manera en que lo hice cuando el médico de cabecera me dio el diagnóstico por primera vez. Quedé atónito.*

minutos más tarde la incredulidad aún me irritaba. Debe estar equivocado, pensé, sólo debo tener el virus Epstein-Barr o un trastorno inmunológico; eso era lo que habían dicho los médicos en Austin y, en ese momento, deseaba creerles desesperadamente. Los síntomas eran reales, físicos. El corazón se me aceleraba. La garganta se me

secaba. Esto no existe sólo en mi cabeza, me repetía a mí mismo. No estoy “chiflado”. No estoy loco.

Si estaba enfermo, deseaba que fuera una enfermedad física, no una mental; en ese momento, creía con firmeza que había una diferencia bien definida entre ambas. Deseaba padecer una enfermedad causada por una bacteria que se pudiera tratar con antibióticos, u otra producida por una astilla que se pudiera sacar con una cirugía. Las enfermedades psiquiátricas no eran reales, todo existía “en la cabeza”; forma suprema de hipocondría autocompasiva, pensé, una manera de evasión para los perezosos o ineptos que no pueden hacer frente al mundo, una estafa usada para burlarse de las compañías de seguro y para engañar a empleadores.

Si a los 15 años es difícil aceptar una enfermedad crónica, es aún más difícil aceptar una sobre la cual no existe mucha información. Cuando la palabra trastorno bipolar formó parte de mi vocabulario, años después de que formara parte de mi vida, empecé a creer en los estereotipos de las denominadas “enfermedades mentales” tanto como el resto de las personas. Uno de los aspectos maliciosos de los estereotipos es que uno cree que son reales. Comencé a buscar información a la que le encontrara sentido y que me revelara qué era real y qué fantasía con respecto a esta afección. Quería saber qué significaba ese diagnóstico, pero el problema era que si bien los investigadores y los médicos habían progresado considerablemente en su intento de entender y tratar el trastorno bipolar, todavía se desconocía mucho sobre la enfermedad, particularmente en los adolescentes, población que aún se estaba estudiando. Por consiguiente, parte de la información que encontré respondía mis preguntas, mientras que otra parte me preocupaba más de lo que me tranquilizaba.

El médico que había hablado con mi familia era un psiquiatra que se especializaba en el tratamiento de adolescentes con trastorno bipolar. No quería que él estuviera en lo cierto. No quería tener el estigma de una “enfermedad mental” y tampoco quería el tratamiento. “Si esta enfermedad es trastorno bipolar, tendrás que tomar litio el resto de tu vida”, dijo el médico. Pensé: “¡No es posible! Ni siquiera puedo cepillarme los dientes dos veces al día”. Sólo escuchaba fragmentos de lo que decía. Nada de cerveza. Nada de alcohol. Nada de drogas. Nada de estimulantes. Citas semanales. Sentía como si mis 15 años fueran 40. A partir de ese momento, se suponía que debía ser adulto. Sentí que me habían robado la adolescencia.

A pesar de que los estereotipos sociales generalizados de Occidente están cambiando poco a poco, se considera que es preferible tener una enfermedad física y no una mental, que es preferible consultar a un pastor y no a un psicoterapeuta, que es preferible consultar a un psicoterapeuta y no a un psiquiatra, que es preferible ser tratado como paciente ambulatorio y no como paciente hospitalario y que es preferible la hospitalización voluntaria y no la involuntaria. Desafortunadamente, la mayoría de nosotros negamos nuestra propia afección, incluso a nosotros mismos.

Consultar a un psiquiatra parecía ser un reconocimiento de que estaba loco. Me molestaba que se atreviera a analizar mis actitudes y mi conducta. Me molestaba que imaginara que abusaba del alcohol y de las drogas ilegales. Mi resentimiento se convirtió en

palabras sarcásticas, a veces salvajes, y en una guerra de voluntades. Respondía a una situación difícil culpando a mi “loquero” (así lo llamaba cuando estaba enojado) por mi conflicto.

Creer que no necesitaba la ayuda de nadie aumentaba mi desdén hacia los psiquiatras. Pedir ayuda me parecía una señal de debilidad. También era duro conmigo mismo por no poder solucionar mis propios problemas. Me sentía incompetente por tener que depender de un médico y de la cama de un hospital como herramientas para seguir viviendo. Quizás, esta autosuficiencia es una debilidad machista. Al igual que la gran estrella de béisbol, Joe DiMaggio, se supone que los hombres pueden jugar con dolor. Esta forma de pensar me trajo problemas dado que sufrí una recaída cuando dejé de tomar litio porque durante un tiempo prolongado me sentí bien y pensé que me habían dado un diagnóstico equivocado o que estaba curado.

Otro motivo por el que me desagradaban los psiquiatras era que los asociaba con las aparentemente interminables muestras de orina y análisis de sangre que una persona, a la que recientemente le diagnostican la enfermedad, debe realizar para intentar equilibrar los nuevos medicamentos. No salía del consultorio del médico sin recetas nuevas en la mano. También lo asociaba con largas filas y grandes gastos. (Los seguros que cubren 100% de las denominadas enfermedades físicas, generalmente sólo cubren la mitad del costo de las denominadas mentales).

Me molestaba mucho padecer trastorno bipolar y tener que tomar medicamentos por ello, pero más me resistía a las sesiones de “charla” con el psicoterapeuta. Para los adolescentes, la privacidad es algo muy serio. Durante esos años, nuestros dormitorios son zonas prohibidas, incluso para los miembros de la familia, y las conversaciones telefónicas con los amigos adquieren un tono conspirador. En este mundo amurallado entra un adulto indiscreto que hace preguntas muy personales sobre los sentimientos y la familia, las drogas y el alcohol, la inclinación y la actividad sexual y los patrones de sueño y los pensamientos suicidas. En parte, estas preguntas son perturbadoras porque sugieren el grado de preocupación que tienen quienes nos rodean.

Todas las dudas que tenía el psiquiatra que me diagnosticó la afección (todavía no lo consideraba “mi”

*...sus preguntas me parecían invasoras. No tenía derecho a preguntar. No confiaba mucho en él como para responderle.*

psiquiatra) parecían indiscretas. Conozco a personas que le cuentan todo a cualquiera, pero nunca he sido una de ellas. Soy prudente para hacer amigos y comparto confidencias con cierta vacilación. A pesar de que la actitud del psiquiatra no era sentenciosa, sus preguntas me parecían invasoras. No tenía derecho a preguntar. No confiaba mucho en él como para responderle.

Tampoco me gustaba autoreflexionar cuando me lo ordenaban y me rebelaba contra los requisitos de las denominadas sesiones de “control de los medicamentos”. Necesitaba culpar a alguien por mi enojo, miedo e incredulidad. Fiel al perfil que esbozan los manuales de psicología, culpé al médico.

Los psiquiatras están capacitados para hacer preguntas más que para responderlas. La psiquiatría combina la ciencia y el arte para tratar individuos que tienen una historia personal única. Es una de las profesiones más difíciles. Los psiquiatras egresan de facultades de medicina y pasan años haciendo una residencia. Al igual que los médicos de urgencias, los psiquiatras mantienen a las personas con vida, pero a diferencia de ellos, los psiquiatras ven a sus pacientes durante semanas, meses o años. Mientras que algunos médicos consideran a sus pacientes como visitantes ocasionales a sus consultorios, los psiquiatras tienen una relación terapéutica continua con los pacientes, quienes confían en que esa relación los guiará para aprender habilidades de supervivencia.

Los adolescentes heredan algo más que una enfermedad cuando se les diagnostica trastorno bipolar. Tenemos que enfrentar padres asustados y, una vez que se nos diagnostica la enfermedad, tenemos que manejar relaciones con más adultos, incluidos el psiquiatra o el terapeuta. El trastorno bipolar en los adolescentes es un problema familiar que afecta tanto a hermanos y cónyuges como a padres y abuelos, a tal punto que se les pide que nos ayuden a controlar el trastorno y que también sean parte de la relación con el médico que nos trata.

A los 16 años, tenía una opinión más cínica de la relación entre paciente y psiquiatra que la que tengo actualmente. No consideraba que merecían recibir el dinero del seguro que solicitaban por “hacer nada”. No creía justo tener que pagarle al psiquiatra más de \$100 cada dos semanas o todos los meses para obtener una receta. ¿No podía simplemente llamar por teléfono para autorizar la receta o darme un pedido regular?

Ahora sé que el nivel de recaídas es mucho más bajo porque tengo citas regulares con el psiquiatra. El National Institute of Mental Health dice: “Los estudios han demostrado que las intervenciones psicosociales pueden contribuir a aumentar la estabilidad del estado de ánimo, reducir las hospitalizaciones y mejorar el funcionamiento en distintas áreas”. En otras palabras, es importante consultar a un psiquiatra o a un terapeuta.

## **Bipolar 101**

Tomar litio implica que hay que controlarlo. Mi vida se enmarcó dentro de las paredes blancas de la clínica para pacientes ambulatorios y del hospital al que acudía regularmente. Tras algunos meses, podía llegar a la sección de pacientes ambulatorios del centro de salud mental con los ojos cerrados. Me hacían análisis de sangre cada dos semanas para que el médico controlara el nivel de litio y debía dar muestras de orina por razones que no entendía muy bien. Es una suerte que tengo venas gruesas cercanas a la superficie. Cuando me sacaban sangre, cambiaba de brazo y hacía bromas. Como el humor oculta el miedo, los flebotomistas sonreían como si hubieran escuchado las preguntas “¿Cree que me quedará sin sangre?”, “¿Aún es roja?” por primera vez. Pero el proceso no es nada divertido. En varias oportunidades, una mala técnica o una aguja mal colocada me producían hematomas desde el codo hasta la muñeca. Da miedo pero no es peligroso. Una mala técnica de extracción de sangre es simplemente una de las realidades de vivir con una enfermedad crónica.

Me convertí en proveedor profesional de muestras de orina. Me imaginaba compitiendo en la carrera de postas para orinar en el frasco en las próximas olimpiadas de bipolares. Para los hombres, el éxito de la técnica está en la muñeca. ¡Otra vez! Me arremangaba la manga, dejaba correr agua fría por la muñeca, desechaba el envoltorio de la toallita, bajaba el cierre, orinaba, lo juntaba en el frasco, terminaba de orinar, levantaba el cierre, buscaba la bandeja donde se colocan los frascos y pagaba los gastos. Otra competencia podría haber sido tirar a la basura los pequeños envoltorios de las toallitas antisépticas que se entregan con cada recipiente de orina. Cuando todo fracasa, todavía se puede saltar con garrocha la pared del psiquiátrico. (Los que padecemos las denominadas “enfermedades mentales” podemos bromear con respecto al psiquiátrico; quienes nos quieren lo deben hacer con gran vacilación).

En ese momento, no me habían dicho que además de controlar el nivel de litio, alguien con una bata blanca controlaría si consumía drogas ilegales, incluido el THC, un producto que se aloja en la grasa de quienes consumen marihuana. Debido a que es probable que quienes padecen trastorno bipolar abusen del alcohol y de las drogas ilegales, y dado que ambos debilitan el tratamiento, los médicos, según las palabras de un ex presidente de los Estados Unidos, “confían pero verifican”. Como no consumía drogas ni bebía cuando me dieron el diagnóstico, me molestaba que imaginaran que necesitaban verificarlo. ¿Por qué no confiar en mi palabra?

*Debido a que es probable que quienes padecen trastorno bipolar abusen del alcohol y de las drogas ilegales, y dado que ambos debilitan el tratamiento, los médicos, según las palabras de un ex presidente de los Estados Unidos, “confían pero verifican”.*

Por lo tanto: no sólo tenía que tomar litio todos los días —píldoras por la mañana y píldoras por la noche— como si hubiera estado en una clínica de convalecencia, sino que tenía que aprender a convivir con la realidad de que nunca podría volver a beber y con la suposición de los médicos que, de una manera u otra, me automedicaría con hierba y alcohol. Deseaba que reconocieran el mérito del esfuerzo que hacía de buena fe para enfrentar la enfermedad, sin embargo nadie lo hizo. Ahora me doy cuenta de que en lugar de haberme sentido insultado, tendría que haberme sentido halagado ya que el psiquiatra imaginaba que yo era lo suficientemente hábil como para ocultar el consumo de alcohol o drogas, a pesar de tener padres serios y un psiquiatra atento. Un tiempo después, les demostré a mis padres, médicos y a mí mismo que, en efecto, era lo suficientemente inteligente como para camuflar que bebía. Sin embargo, lo que podía ocultarles a ellos no se lo podía ocultar al cerebro, quien recompensó mi conducta con un “gran paso del litio” y una hospitalización. En la ciencia, un gran paso significa un logro; sin embargo, cuando uno está condicionado a tomar litio, la metáfora es sinónimo de fracaso: la enfermedad había “pasado sobre” el litio.

Ser adolescente ya es suficientemente complicado sin tener que negociar una afección médica crónica. Uno justo aprende a conducir, pero la desorientación nos hace dudar si deberíamos hacerlo o no. Los chicos más grandes salen con todas las chicas de nuestra edad, particularmente con las lindas e inteligentes, y nos dejan sólo algunas. Las calificaciones son

malas, tanto que quizás debas asistir a la escuela durante el verano, que es lo único peor que tener un trabajo de verano en el que cortas el césped por un salario mínimo.

Después de que me diagnosticaron trastorno bipolar el primer semestre en Filadelfia y de que comencé a tomar litio, me estabilicé. Había domado los cambios salvajes de energía. Quizás empezaría a sentirme bien, pensé. Pronto llegó la primavera. Una amiga que tenía en Austin, Beth, luchaba para graduarse con la mejor calificación en Austin High School. Era una estudiante mediocre; estaba impresionado. Le escribía todas las semanas y ocasionalmente hablábamos por teléfono. Una noche me llamó y me preguntó: “Patrick, ¿vendrías a Texas para acompañarme al baile del colegio en abril?”. Le respondí: “¿Me preguntas en serio? ¡POR SUPUESTO QUE SÍ!”. Sabía que éramos simplemente amigos, pero aún los amigos pueden tener esperanzas.

En la primavera fue evidente que respondía sólo parcialmente al litio. Surtía efecto pero no el suficiente como para controlar los altibajos. A principios de abril, entré en otro estado mixto: mi mente avanzaba y mi cuerpo rebobinaba. Los ajustes de los medicamentos no interrumpieron el estado mixto. Estaba desorientado. Mis padres me aconsejaron llamar a Beth y explicarle que estaba muy enfermo como para tomar un vuelo hasta Austin para el baile del colegio. No tuve el valor de hacerlo. Alguien a quien consideraba importante contaba con mi presencia. Tenía que solucionarlo de alguna manera. Con el pasaje en una mano y la maleta en la otra, tomé el tren hacia el aeropuerto. Gracias a que la noche anterior dormí tras tomar un fármaco, me sentía distanciado de la realidad, pero a mitad de camino yendo a la estación, me di cuenta de que no tenía suficiente control como para bailar y que, debido al litio, no iba a poder beber en el baile. Caminé con dificultad hacia mi casa, dejé caer la maleta, subí la escalera hasta mi dormitorio con gran esfuerzo, me acurruqué sobre la cama desordenada y deseé poder lanzar el maldito trastorno al espacio sideral.

Después de que te diagnostican el trastorno bipolar, parece como si la vida conspirara en tu contra. Tus padres y tu loquero te miran como halcones que observan una paloma. No tienes tu propio espacio. Los profesores dicen que tienes un gran potencial, pero colocan calificaciones C en el certificado académico. Gran parte del problema es que has estado funcionando con una afección crónica sin saberlo o sin tratarla. Ahora, todos los que te rodean tienen que tratar de entender qué significa esa afección y no saber cómo hacerlo lleva a que muchos reaccionen de manera exagerada. O eso es lo que a uno le parece.

*Las personas que padecen trastorno bipolar pueden tener periodos prolongados de remisión.*

Las personas que padecen trastorno bipolar pueden tener periodos prolongados de remisión. Durante uno de esos periodos en los que funcioné con normalidad tuve las mismas experiencias adolescentes que otros jóvenes de mi edad. Según mi lógica en ese momento, o me había curado, o en realidad no había padecido trastorno bipolar. Por lo tanto, con amigos nuevos que había hecho en los equipos de fútbol y básquetbol, restringiendo la ingesta de alcohol, me divertí todo el verano, antes de empezar el que fue el mejor año de la escuela secundaria, el tercer año. Desafortunadamente, este periodo de “normalidad” duró poco y me dio una falsa sensación de seguridad. Como me sentía sobrealimentado y no notaba diferencias entre mi forma de responder al mundo y la de mis amigos, hice lo que la mitad de los que toman litio hacen, dejé el medicamento. No consulté con mis padres la imprudente decisión de abandonar el medicamento porque sabía que no me lo permitirían. Si hubiese sabido, por un importante porcentaje de personas que abandonan el medicamento, que el litio no surte efecto en el futuro, habría tomado otra decisión.

Dado que ya no tomaba litio, no me preocupaba el efecto que sobre él podría tener el alcohol. Suponía que podía tomar cerveza sin que me produjera efectos adversos. Al estar en la cúspide de los 17, beber con los amigos era un rito de iniciación que deseaba compartir. En octubre, los dioses me dieron el tipo de oportunidad por la que los adolescentes suplican. Al parecer inocente y responsable, convencí a mis padres para que me dejaran en casa al cuidado de las mascotas —dos gatos y un perro— mientras ellos asistían a una reunión en Atlanta. Después de todo, tenía 17; estaba a un año de votar y de inscribirme para el llamamiento. La estafa funcionó.

Gracias a la habilidad y energía de dos amigos y el derroche del dinero que había ahorrado en el verano, organicé una parranda digna de la película *Animal House* (Desmadre a la americana): muchos barriles, muchas cajas de cerveza y Pepsi, sorpresas, cigarros, globos, comida y 30 de mis mejores amigos. Los que tenían contactos trajeron otros ingredientes.

La juerga comenzó un sábado a las 7 de la noche. Durante la primera hora estuvimos tranquilos. Algunos se paraban y conversaban. Otros bailaban en la sala. Un par se besuqueaban en el sofá. Algunos bebían cerveza y otros refrescos. Yo bebía cerveza. A medida que el nivel de alcohol en sangre de mis invitados aumentaba, mi poder para

controlar la fiesta disminuía. Alrededor de las 9, la atmósfera comenzó a cambiar. Cuando tres de ellos pusieron discos de Slayer y Metallica en el reproductor, el nivel de decibeles subió de golpe. Las chicas que habían estado bailando en la sala huyeron a otras habitaciones.

Uno de mis amigos me pidió que pusiéramos en marcha la cortadora de césped de montar de color naranja que tenía 15 años y, como estaba demasiado borracho como para poder diferenciar una idea buena de una mala, lo hice. Me había convertido en el quinto jinete borracho del Apocalipsis. Muerte, guerra, hambre, pestilencia y embriaguez. Tras ir a toda velocidad por el jardín, con los faros que rompían la oscuridad, choqué contra el enrejado de madera que rodeaba la galería y así terminó mi viaje.

Dentro de la casa, un amigo que pesaba 240 libras destrozó a puñetazos la mesa de la cocina para demostrar su talento como imitador de Jackie Chan. Las astillas caían al piso como si fueran objetos de utilería.

Como experto en fiestas, llené una súper pistola de agua con vodka y la otra con agua tónica. A las 10 de la noche., las pistolas estaban vacías. Mientras tanto, la cantidad de invitados a la fiesta fue aumentando de 30 a 150, muchos de los cuales eran colados que provenían de una escuela cercana. La música, el sonido de las voces y la aglomeración de personas aumentaron drásticamente.

Preocupado por el ruido y viendo que la casa estaba patas arriba, a las 2:30 de la madrugada puse fin a la fiesta diciendo que un vecino había llamado a la policía. Tres compañeros de clase que evidentemente estaban demasiado borrachos como para conducir se tiraron a dormir en los sofás y en el piso. Otro compañero me llevó hasta un Dunkin' Donuts abierto durante las 24 horas para comprar mi primera comida sin alcohol desde el mediodía: sopa de fideos con pollo y una rosquilla glaseada. Cuando volvimos a mi casa, controlé nuevamente a los que dormían en el piso y comencé a limpiar. En ese momento me di cuenta de que las puertas del frente y de la parte trasera de la casa estaban abiertas. El perro y los dos gatos se habían ido y, al día siguiente, me enteré de que la joyas de mi madre también faltaban.

Mis padres regresaron el domingo cerca del mediodía y se encontraron con una destilería abandonada que alguna vez llamaron casa y unos pocos amigos, todavía con resaca,

tratando valientemente de hacer desaparecer las evidencias de la parranda de la noche anterior. Había escondido ocho bolsas de jardinería llenas de basura de la fiesta detrás de la pila de leña, pero no había tenido tiempo de ventilar completamente la casa o de quitar una octava parte de las porquerías que había en el piso de roble de la sala. A pesar de que junto con dos amigos habíamos limpiado los pisos, la casa olía a vómito.

El precio que pagué por esta gran infracción fue bajo. Me castigaron durante seis meses y tuve que limpiar todo y reponer lo que habíamos roto. Por suerte, el perro, los gatos y las joyas eventualmente fueron devueltos. En retrospectiva, creo que la fiesta fue una mala idea, pero si hubiese estado medicado, de todos modos, la hubiese organizado. La presión a la que me sometían mis pares era grande y realmente deseaba seguir siendo popular entre mis nuevos amigos de la escuela, quienes habían organizado fiestas similares. Fundamentalmente, deseaba sentirme como cualquier otro muchacho de mi edad y ser parrandero parecía una buena manera de lograr ese objetivo.

A medida que el invierno se aproximaba y las hojas cubiertas con nieve medio derretida hacían los bordes de las calles resbaladizos, mi energía decaía y entré en depresión. El ritmo de vida y la sensación del paso del tiempo disminuían al mismo tiempo. La tarea sin hacer se empezó a acumular en el escritorio. Dado que me hospitalizarían en el futuro si no corregía rápidamente lo que hacía, tras consultarlo con el médico, comencé nuevamente a tomar litio. Como el litio es mejor para prevenir los momentos de euforia que los de depresión de los ciclos, tardé semanas en sentirme mejor. Poco a poco sentía que volvía a estar equilibrado.

Con el correr de los meses, fue evidente que el litio solo no era suficiente para moderar completamente el trastorno bipolar. El psiquiatra me sugirió agregar otro medicamento, por lo que me pidió que eligiera uno de los dos anticonvulsivantes nuevos que me ayudaría a estabilizar el estado de ánimo. Como no me había dejado muy claro cuál era mejor, elegí. Tras varios días de haber tomado el medicamento nuevo, mi piel se enrojeció como si me hubiesen escaldado con una ducha caliente y comenzó a mudarse. Vomitaba repetidamente cada vez que intentaba comer. Convencí a mis padres de que las personas con gripe no se enrojecen ni pierden la piel y buscamos atención médica.

*...fue evidente que el litio solo no era suficiente para moderar completamente el trastorno bipolar.*

Me diagnosticaron una enfermedad del tipo Stevens-Johnson, una reacción alérgica extremadamente rara provocada por el medicamento nuevo. Después de haber tomado esteroides sobre los que me habían advertido que me producirían episodios maníacos (es mejor que estar muerto, pensé) y una visita desagradable de 32 días al hospital, volví a casa. Me dijeron que debía dejar de tomar alcohol porque el hígado había sufrido una cicatriz tras la reacción alérgica. En otras palabras, si comienzas a tomar medicamentos nuevos, debes tener cuidado con las reacciones alérgicas y las interacciones químicas que quien los recete puede no haber advertido o incluso esperado.

### **Holden Caulfield en *The Catcher in the Rye* (El guardián entre el centeno) y la depresión maníaca**

Medicado o no, algunas de mis experiencias en la escuela secundaria fueron diferentes a las de mis pares. Cuando en tercer año leí la novela *The Catcher in the Rye* (1951), de J. D. Salinger, algunas partes me parecieron extrañamente familiares. Holden es bipolar, pensé. De qué otra manera se explicaría el hecho de que sea hostil, apático, aletargado, desinteresado y que, antes de que Darth Vader modificara el significado de la frase, se centrara en lo siniestro. El evento traumático que pudo haber despertado la enfermedad en Holden fue la muerte de su hermano menor, Allie. Como su manera de reaccionar es romper ventanas a puño limpio, lo hospitalizan. A pesar de que el texto no es explícito, ese hospital pudo haber sido una institución psiquiátrica. La enfermedad que experimenta cuando vuelve a su casa es psicológica.

También tiene tendencias suicidas, habla mucho tiempo por teléfono, hace llamadas tarde a la noche, tiene dificultad para dormir, habla en voz muy alta, llora sin motivos, dice constantemente que está deprimido y gasta dinero sin discernimiento. Además, fuma mucho, lo que puede ser su manera de automedicarse. También experimenta una falta de conexión entre los sentimientos y las acciones. “Sentí deseos de rezar, o algo parecido, cuando estaba en la cama, pero no lo pude hacer. No siempre puedo rezar cuando lo deseo”. Finalmente, tiene sentimientos contradictorios al mismo tiempo. “Ni siquiera me gustaba mucho, pero aún así, de repente, sentí que estaba enamorado y que quería casarme con ella”, dice del personaje Sally.

El habla rápida y las conversaciones incoherentes de Holden son señales de manía. Cuando conversa con Sally dice: “Por ejemplo, la mayoría de las personas se vuelven locas por los carros. Se preocupan si les hacen una pequeña raya, siempre hablan de cuántas millas recorren con un galón y, si compran un carro nuevo, ya piensan en entregarlo como parte de pago por otro más nuevo. Ni siquiera me gustan los carros viejos. Es decir, ni siquiera me interesan. Prefiero tener un maldito caballo. El caballo, al menos, es humano”. Sally responde: “No sé de qué estás hablando... Recién te bajas de uno de ellos”.

Si Holden padecía un trastorno bipolar en la década de los cincuenta, cuando se publicó el libro, su futuro hubiese sido menos optimista de lo que sería si se lo diagnosticaran actualmente. El uso del litio, que estabiliza el desequilibrio químico que produce el trastorno bipolar, no se aprobó en los Estados Unidos hasta 1970. Al no tomar litio, Holden probablemente hubiese seguido experimentando cambios en el estado de ánimo o se hubiese quitado la vida. Los que padecen trastornos psiquiátricos graves son aproximadamente entre siete y diez veces más propensos a suicidarse que la población en general. Los tratamientos surten efecto. Según un estudio realizado en 2002, la tasa de suicidios entre los pacientes tratados fue menos de la mitad que la de los que no recibieron tratamiento. Fue una suerte para Holden que muchos de los que padecen la enfermedad experimentan periodos prolongados sin síntomas. A mí me ha ocurrido.

En la década de los cincuenta, cuando se publicó *Catcher*, prácticamente ningún psiquiatra hubiese diagnosticado trastorno bipolar. De hecho, bajo el hechizo de Sigmund Freud y sus herederos, a Holden ni siquiera lo hubiesen designado como enfermo mental. Según la ortodoxia del momento, desde el punto de vista del desarrollo, los adolescentes no eran lo suficientemente maduros para internalizar el enojo o experimentar la depresión. Freud dividía la mente en tres categorías: el yo, el superyó y el ello. Según los freudianos, como el duro superyó provocaba la depresión y los niños todavía no tenían el superyó, no podían estar deprimidos. Como probablemente hayan aprendido en inglés de segundo año, es el mismo Freud autor del complejo de Edipo (si lo creó debido a que se acostaba con su madre o no, es otro tema). Si en Atenas Edipo estaba desconsolado y se desvelaba porque se daba cuenta de que la idea de matar a su padre y acostarse con su madre era una idea realmente de locos, entonces, según Freud, tendría que haber esperado que su superyó se desarrollara para que se lo pudiera considerar “deprimido”. Por suerte, esta teoría se

desacreditó; los médicos saben mucho más sobre la adolescencia y los trastornos del estado del ánimo en jóvenes y actualmente existen mejores tratamientos que los que existían en la década de los cincuenta. El próximo capítulo es una breve revisión de lo que los médicos saben.

## ¿Qué saben los médicos sobre el trastorno bipolar y cómo lo saben?

---

La batalla que libré contra mí no es común. El principal problema clínico para tratar la depresión maníaca no es la falta de medicamentos eficaces, porque en realidad existen, sino que los pacientes a menudo se niegan a tomarlos. Pero es aún peor que, debido a la falta de información, al poco asesoramiento médico, al insuficiente tratamiento médico y al estigma o miedo terrible a las represalias personales o profesionales, los pacientes no busquen tratamiento.

—Dr. Kay Redfield Jamison, “Manic Depression: A Personal and Professional Perspective,” discurso dado el 26 de julio de 2000 en la Universidad de Melbourne (University of Melbourne), Australia

“¿Cómo te sientes hoy?”, pregunta la médica. Te duele la garganta. Tragar se siente como bajar una tuna. Tienes fiebre. “Creo que tengo la garganta inflamada”, digo con voz áspera. Aparecen el hisopo de algodón y el portaobjeto para cultivo. Coloca el hisopo en la parte inferior de la garganta. Te dan arcadas. Según la postura que tenga el médico con respecto al uso de antibióticos, puede que no los recete hasta que obtenga el resultado del cultivo de la garganta. Cuando tenga dichos resultados tendrá un diagnóstico claro. Hay o no inflamación en la garganta.

Quizás te preguntes cómo los médicos diagnostican el trastorno bipolar si no hay cultivos, análisis de sangre o de orina, ECG ni biopsia que lo indiquen de manera específica.

*...obtienes el diagnóstico acertado sólo después de haber consultado a varios médicos que, incorrectamente, diagnostican afección tiroidea, Epstein-Barr, esquizofrenia...*

Al igual que otros trastornos psiquiátricos, es difícil diagnosticar el trastorno bipolar. Mi propia experiencia y la lectura sobre otras personas demuestran que obtienes el diagnóstico acertado sólo después de haber consultado a varios médicos que, incorrectamente, diagnostican una afección tiroidea, Epstein-Barr, esquizofrenia, trastorno

de déficit de atención e hiperactividad o alguna otra afección.

Durante varios años, los médicos han tratado de perfeccionar y aclarar las pautas que utilizan para diagnosticar los trastornos psiquiátricos. En el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) de la American Psychiatric Association se publicó una serie estándar de pautas. Actualmente, la cuarta edición (desde 1994) se denomina *DSM-IV*, en forma abreviada y, a partir del año 2000, también existe un *DSM-IV-TR* o texto revisado. A modo de guía para los profesionales de salud mental, el *DSM-IV* identifica los signos y síntomas que tienden a caracterizar una enfermedad en particular y trata, de esta manera, de guiarlos hacia un diagnóstico correcto. Escuchando las descripciones que los pacientes hacen sobre sus experiencias (“Escucho voces”, “No puedo comer”, “No puedo dormir”) y observando su conducta, los profesionales pueden evaluar dicha información según las definiciones (denominadas “criterios”) de una enfermedad en particular y sus síntomas que aparecen en el *DSM-IV* y obtener un diagnóstico formal. Generalmente, los criterios para diagnosticar una enfermedad mental determinada incluyen una lista de síntomas e indicaciones específicas, que el paciente no necesita haber experimentado en su *totalidad* para que se le diagnostique dicha enfermedad, sólo una cantidad específica. Como mencioné anteriormente, la manera en que se experimenta una enfermedad mental determinada varía según las personas; por lo tanto, esta variación es lo que tanto dificulta el diagnóstico.

¿Qué es el trastorno bipolar? El concepto es muy amplio, pero, fundamentalmente, es un desequilibrio químico del cerebro que puede producir síntomas externos como depresión profunda, manía incontrolable e incluso psicosis. En un sentido más clínico, trastorno bipolar es el nombre que el *DSM-IV* actualmente le asigna a un grupo de síntomas (manía, depresión, etc.) que varían según patrones predecibles y se presentan en una cantidad determinada de personas con suficiente frecuencia como para identificarlos como partes de una afección diferenciada (distinta de otras). Pertenece a una clasificación más amplia de enfermedades denominadas “trastornos del estado de ánimo” o “trastornos afectivos”. El nombre de la afección es importante debido a que determina los estudios que indicarán a los médicos los tratamientos disponibles y sus índices de eficacia. Ciertos tratamientos son más eficaces que otros; lo que funciona bien para una afección puede no funcionar para otra y ciertos fármacos son útiles para tratar un trastorno pero perjudiciales para otros. (Por un lado, no me interesa cómo lo denominen, siempre que encuentren maneras eficaces de hacer desaparecer o minimizar la aceleración de mi mente durante una de las fases de esta afección

y la disminución de la capacidad para pensar y funcionar que caracteriza la otra). El litio y el Depakote, el nombre comercial del estabilizador del estado de ánimo ácido valproico, son los medicamentos de primera línea para el trastorno bipolar.

## Diferentes tipos de trastornos bipolares

El trastorno bipolar se clasifica en dos tipos: bipolar I y bipolar II. Las manías y las depresiones graves son características del bipolar I. Imaginemos una mecedora que se balancea bruscamente hacia delante y hacia atrás o una montaña rusa que baja y después sube a lo largo de tramos similares del trayecto. La depresión característica del tipo más común, bipolar II, es tan profunda como la del bipolar I pero la manía, conocida como *hipomanía*, es menos grave. Esta mecedora se balancea levemente hacia delante pero completamente hacia atrás. Si una persona que padece trastorno bipolar II es hospitalizada, seguramente es debido al riesgo de suicidio asociado con la depresión y no por la hipomanía. Yo padezco el tipo menos común, bipolar I.

*La depresión característica del tipo más común, bipolar II, es tan profunda como la del bipolar I pero la manía, conocida como hipomanía, es menos grave.*

Los que padecen *ciclotimia* pasan de la hipomanía a la depresión leve. Dado que ninguno de los estados de ánimo es grave, esta afección casi nunca requiere hospitalización. Los cambios que incluyen una manía en estado avanzado y depresión mayor que ocurren más de cuatro veces al año se conocen como ciclación rápida. Los cambios de un estado a otro a veces ocurren el mismo día y se denominan ciclación ultrarrápida. Aproximadamente entre el 10% y 15% de quienes padecen depresión maníaca, en su mayoría mujeres, experimentan la ciclación rápida. La ciclación rápida es desorientadora, difícil de tratar y generalmente requiere hospitalización. Algunos la describen como el “yo-yo” de los cambios del estado de ánimo.

La hipomanía se encuentra entre el estado eutímico (normal) y la manía en estado avanzado; este estado seductor es agradable y productivo. ¿Recuerdas las sirenas de la mitología clásica? Su canto era atractivo, pero si te dejabas embelesar, estabas perdido. La hipomanía es el canto de una sirena. En estado de hipomanía, amas la vida y te sientes bien contigo mismo. Las personas desean estar a tu alrededor. Pierdes la inhibición y ganas

confianza, pero no lo suficiente como para meterte en problemas serios que caracterizan a las psicosis. No te sientes simplemente sano sino que *extremadamente* sano y, desde esa perspectiva, puedes convencerte fácilmente de que ya no necesitas los medicamentos. Esa conclusión está entre las rocas al final del viaje hacia el canto de las sirenas. La manía en estado avanzado es otro de los corales contra los que te puedes estrellar.

En mi caso, a las manías siempre le siguen depresiones o estados mixtos. Mientras más tiempo tengo energía, más profunda es la depresión posterior. En mi caso, la relación aproximada del tiempo que paso en estado maníaco con respecto a la depresión subsiguiente, es, como mínimo, uno a tres. Reconocer las señales de la ciclación y buscar tratamiento de inmediato minimiza el sufrimiento.

También existe lo que se denomina *manía unipolar*, que es la manía sin depresión. En septiembre de 2002, una publicación médica confirmó que aproximadamente el 16% de las personas que padecen trastorno bipolar I experimentan manía unipolar.

## Síntomas del trastorno bipolar

### ***Manía: elevación de la energía y del estado de ánimo***

Creo que las características distintivas de la manía son pensar de manera acelerada y hablar a una milla por minuto. Según el *DSM-IV-TR*, la manía se diagnostica cuando existe un “periodo bien diferenciado de un estado de ánimo anormal y continuamente elevado, expansivo e irritable”. Este periodo deber durar, como mínimo, una semana. Tres (o más) de los siguientes síntomas han persistido y estado presente en un grado importante:

- autoestima o grandiosidad exageradas
- menor necesidad de dormir (p. ej. sentirse descansado después de dormir sólo tres horas)
- más conversador que lo habitual o presión para seguir hablando
- fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamientos acelerados
- distractibilidad (es decir, cuando se presta atención fácilmente a estímulos externos que no son importantes o que son irrelevantes)
- aumento de las actividades dirigidas a la obtención de un fin (ya sea socialmente, en el trabajo o la escuela, o sexualmente) o agitación psicomotora

- participación excesiva en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias dolorosas (p. ej. realizar compras de manera desenfrenada, tener indiscreciones sexuales o hacer inversiones económicas insensatas)

Además, para diagnosticar una manía, no deben presentarse estados mixtos, ni tiroides hiperactivas (hipertiroidismo) ni abuso de drogas (que generalmente se confunde con manía). El *DSM-IV* agrega que la manía es un diagnóstico acertado si se requiere hospitalización, aún si los síntomas duraron menos de una semana y que no se considera bipolar I si el episodio ocurrió debido a los medicamentos, la terapia electroconvulsiva (TEC) o la terapia de luz.

*...la manía es una fiesta personal embriagadoramente divertida pero, a largo plazo, es dolorosamente destructiva.*

En resumen, la manía es una fiesta personal embriagadoramente divertida pero, a largo plazo, es dolorosamente destructiva. Luego de la conducción imprudente, el despilfarro de dinero, el sexo inseguro, el abuso de drogas y otros síntomas peligrosos que la manía desencadena, pueden aparecer consecuencias no saludables como las lesiones personales, el daño a las relaciones personales, la depresión, el estado mixto, los episodios psicóticos y la posibilidad de suicidio.

En la década de los veinte, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, gurú de la clasificación de la depresión maníaca, describió la manía como “la incapacidad para producir una serie de pensamientos de manera coherente, entender de forma continua y lógica y ordenar determinadas ideas; también incluye la inconstancia del interés y el salto abrupto y repentino de un tema a otro”. Agregó que a un paciente maníaco no se lo puede “convencer de la naturaleza real de su estado. Se siente más saludable y capaz que nunca (y) tiene una energía colosal para trabajar”. La obra de Kraepelin sentó las bases del estudio moderno del trastorno bipolar.

La manía puede incluir pensamientos acelerados, distractibilidad, autoestima elevada, locuacidad y menor necesidad de dormir. Cuando experimento una manía, también pierdo la capacidad de pensar desde la perspectiva de otras personas. Parece como si mi mente se desconectara y anulara la capacidad para pensar, decidir, interpretar y obrar de acuerdo con mis propias conclusiones.

Las siguientes metáforas que las personas en estado maníaco utilizan para capturar la experiencia sugieren euforia, velocidad y falta de control: un motor de carreras, un tren

veloz, un cometa, una pintura que incluye todos los colores de la paleta en un lienzo amarillo encendido, una observación del mundo a través de un calidoscopio.

La mayoría de las personas que padecen trastorno bipolar presentan una mezcla de cambios en el estado de ánimo y la energía. Afortunadamente, no todos nos volvemos psicóticos durante un episodio maníaco. Uno de los motivos por los que me comprometí a continuar el tratamiento con los medicamentos y la psicoterapia es que no deseo volver a experimentar la psicosis.

La manía puede ser exasperante. Recuerdo cómo intentaba dejar de pensar tanto y cómo me inquietaba y enojaba cuando no podía lograrlo. Creo que es imposible dejar de pensar cuando uno tiene un episodio maníaco. La profesora de psiquiatría Kay Redfield Jamison, en su autobiografía, *An Unquiet Mind*, de 1995, describe una de sus manías como “un choque múltiple de neuronas en las carreteras del cerebro y, mientras más intentaba disminuir el ritmo del pensamiento, más me daba cuenta de que no podía. Mi entusiasmo también se disparaba, aunque generalmente había algún hilo de lógica subyacente en lo que estaba haciendo”. Durante un episodio maníaco es común que empieces proyectos pero que no los termines. Las palabras y las manos no pueden seguir las ideas aceleradas.

Otra señal reveladora de la manía es el gasto excesivo de dinero. “Debo haber gastado más de treinta mil dólares durante mis dos episodios maníacos principales”, señala Jamison y “sólo Dios sabe cuánto más durante las frecuentes manías leves”. Ella describe una extensa lista de productos frívolos que, por capricho, compró a crédito. Yo también gasto más durante los episodios maníacos. Dado que dependo de dinero en efectivo más que del crédito, evito las deudas aplastantes.

### **¿Cuántos estadounidenses padecen trastorno bipolar?**

Es difícil calcular cuántas personas padecen trastorno bipolar pero, según una fuente de 2002, aproximadamente el 0.85%, o 1.9 millones de adultos (de 15 años de edad y mayores) en Estados Unidos probablemente padecen trastorno bipolar I o trastorno bipolar II. En los hombres, es más probable que el primer episodio de trastorno bipolar sea manía en lugar de depresión. En las mujeres, ocurre lo contrario. No se puede precisar exactamente por qué, tanto en Europa como en Estados Unidos, el trastorno bipolar es más común entre las personas adineradas y con mejor educación, mientras que lo contrario ocurre con la esquizofrenia. Esto no se atribuye totalmente a la tendencia de los psiquiatras a diagnosticar esquizofrenia a los pacientes de menor condición socioeconómica.

### ***Depresión: bajones***

Una característica distintiva cuando estoy deprimido es que permanezco quieto y hablo poco debido a que no tengo energía o motivación. El *DSM-IV-TR* recomienda que se diagnostique depresión cuando la persona experimenta ya sea (1) un estado de ánimo deprimido o (2) una pérdida de interés o placer. Los síntomas deben causar “angustia o impedimentos importantes desde el punto de vista clínico en el área social y ocupacional u otras áreas de funcionamiento” pero no deben presentarse a causa de los “efectos fisiológicos directos de una sustancia o una afección médica general”, como por ejemplo, la baja actividad de la glándula tiroidea (hipotiroidismo). Según el *DSM-IV-TR*, para diagnosticar una depresión, “cinco (o más) de los siguientes síntomas deben haber estado presentes durante un periodo de dos semanas y deben representar un cambio con respecto al funcionamiento anterior”:

- estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días
- notable disminución del interés o placer por todas, o casi todas, las actividades
- pérdida (no debido a dietas) o aumento de peso importante o disminución o aumento del apetito casi todos los días
- insomnio o sueño excesivo (hipersomnia) casi todos los días
- conducta que parezca demasiado nerviosa o demasiado tranquila
- fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada (puede ser ilusoria) casi todos los días
- disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión

Entre los síntomas de la depresión, también se incluyen los pensamientos de muerte recurrentes, los pensamientos suicidas recurrentes, con o sin un plan específico, y el intento de suicidio. El diagnóstico de depresión debe cumplir con varios criterios, incluido el hecho de que los síntomas no se atribuyan a un pesar (por ejemplo, tristeza tras la pérdida de un ser querido).

La lista de verificación del psiquiatra para evaluar la depresión incluye el estado de ánimo disfórico (infelicidad), la autodesaprobación, la conducta agresiva, los trastornos o las afecciones del sueño, los cambios en el rendimiento escolar o en las actitudes con respecto a

la escuela, la disminución de la sociabilidad, la pérdida de energía habitual y el cambio en el apetito o el peso. Traducido a español, el psiquiatra supone que una persona deprimida se siente infeliz, inútil, hostil, cansada, desinteresada por los seres queridos y, generalmente, prefiere estar sola. Algunas personas deprimidas se despiertan y no pueden volver a conciliar el sueño, otras no pueden salir de la cama. Algunas experimentan los síntomas de la depresión con mayor intensidad por la mañana y, a medida que transcurre el día, sienten más alivio por la noche. Otras pueden experimentar el patrón exactamente opuesto.

*...el psiquiatra supone que una persona deprimida se siente infeliz, inútil, hostil, cansada, desinteresada por los seres queridos y, generalmente, prefiere estar sola.*

Dicho de otra manera, los distintos tipos de depresión que ocurren con el trastorno bipolar se caracterizan por la tristeza, la baja autoestima y la pérdida de interés por las actividades. Otros signos de depresión son la culpa, el insomnio y la dificultad para concentrarse y generar ideas. Para una persona depresiva, hablar es un trabajo, no un placer. La libido decae. No me siento atractivo cuando estoy deprimido. Esa respuesta a estos síntomas parece sensata. Sentirse atractivo es incongruente con sentirse infeliz, desinteresado, cansado e inútil.

Las metáforas que quienes están deprimidos generalmente utilizan para describir sus experiencias son pasivas, oscuras, profundas y peligrosas: una caída en un pozo, un descenso por una fosa sin fondo, un deslizamiento por un tobogán interminable, un agujero negro, una pintura en tonos grises sobre un lienzo gris, una observación del mundo con gafas oscuras, un mundo de sombras.

Sentirse triste y estar deprimido son dos cosas distintas. Como escribió Norman Endler en su libro de 1982, *Holiday of Darkness: A Psychologist's Personal Journey Out of His Depression*, la enfermedad “domina la vida de las personas y afecta seriamente el funcionamiento diario”. Para que la depresión se considere como tal, el estado de ánimo debe ser extremo, duradero y estar acompañado de una conducta motriz inquieta o retrasada, incluida el habla lenta o ininteligible. Mientras que algunas de las personas que padecen trastorno bipolar y están deprimidas notan una disminución del sueño y del apetito, otras revierten este patrón y duermen y comen más que lo habitual. En su autobiografía de 1990, *Darkness Visible*, el autor, William Styron, describió su propia depresión grave de la siguiente manera: “Todas las esperanzas desaparecieron, como así también la idea de un futuro; mi

cerebro, esclavo de sus forajidas hormonas, se había convertido más en un instrumento que registraba, minuto a minuto, los distintos grados de su propio sufrimiento que en un órgano para pensar”.

Kraepelin mencionó que “los ojos pierden el brillo”. La esposa de Norman Endler dice que podía ver la depresión en sus ojos. Mis amigos dicen lo mismo. También pueden ver una fotografía mía y juzgar si estaba deprimido en el momento en que se tomó. Cuando estoy deprimido camino encorvado y me siento con los hombros caídos.

¿Qué tan desesperadas se sienten las personas con depresión? Kay Redfield Jamison lo describe en *An Unquiet Mind* como “un dolor despiadado e implacable que no permite ninguna esperanza, ninguna alternativa a la existencia sombría y salobre y ningún alivio a los fríos trasfondos de pensamiento y sentimiento que dominan las noches terribles e inquietas de desesperación”.

### ***Estado mixto: mente maniaca, cuerpo deprimido***

Mi primer psiquiatra, el Dr. Gottstein, tenía un calificativo para designar por qué a los 17 años me sentía tan mal. El huésped inoportuno se llama *estado mixto* y al mío le gustaba quedarse. El estado bipolar se manifiesta en diferentes combinaciones de estado de ánimo y energía. Existen depresiones y manías poco profundas que duran algunas semanas y, en otros momentos, depresiones y manías profundas que duran más tiempo. El denominado estado mixto ocurre cuando los rasgos de la manía y la depresión se combinan. De hecho, según las investigaciones realizadas en 2005, los estados mixtos son característicos en el 40% de las internaciones debido a un trastorno bipolar. Creo que los estados mixtos son el aspecto más desagradable del trastorno bipolar, en parte, porque es difícil salir de ellos. Sin embargo, según las investigaciones realizadas, el estado del cual es más difícil salir es la depresión grave.

*El denominado estado mixto ocurre cuando los rasgos de la manía y la depresión se combinan.*

Es difícil explicar los estados mixtos porque las personas que no padecen el trastorno bipolar quizás nunca se sienten tan mal así. Si no pudieras dormir durante días, si tuvieras una corriente interminable de pensamientos acelerados en los que *realmente* no quisieras pensar y si sintieras tu cuerpo como una cáscara dolorida y vacía atropellada por una

caravana de camiones, te sentirías abatido como en un estado mixto. Mis metáforas no alcanzan para expresar lo mal que me siento durante los estados mixtos.

### **Diagnóstico del trastorno bipolar: primer plano de las dificultades**

Los síntomas del trastorno bipolar no son iguales en todas las personas. Debido a esto y a que la información que los médicos tienen sobre lo que el individuo experimenta se basa, en gran parte, en lo que éste es capaz de relatar, el diagnóstico de un médico puede diferir del de otro. Además, según el *DSM-IV*, los síntomas “deben representar un cambio con respecto al funcionamiento anterior”, pero parte de lo que complica el proceso de determinar qué se está experimentando es que quienes nos evalúan no saben cómo somos comúnmente. Algunas personas tienen más energía que otras; algunas son más pesimistas que otras. Los especialistas en diagnósticos médicos intentan determinar, si es posible, cómo las conductas, los pensamientos y los estados de ánimo que experimentamos difieren de nuestras normas y personalidades basales. Para lograrlo, deben confiar en nuestras descripciones y las de nuestras familias para poder determinar si lo que representa un cambio para una persona es en realidad *statu quo* para otra. Otro aspecto de esta enfermedad es que como su aparición puede ser insidiosa, con síntomas que evolucionan con el transcurso del tiempo, el diagnóstico representa un desafío para el médico, las familias y la persona que la padece.

#### **Obtención del diagnóstico**

Quienes padecemos trastorno bipolar compartimos una serie de experiencias comunes:

- Es común que los diagnósticos sean erróneos o estén incompletos.
- Según una encuesta de la Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA), el 38% de los encuestados que fueron diagnosticados habían consultado a tres o más profesionales antes de obtener el diagnóstico acertado. El cincuenta por ciento no recibió asistencia por su enfermedad durante cinco años.
- La declaración de consenso de la DBSA indica que: “En promedio, las personas que padecen trastorno bipolar... pasan aproximadamente 8 años buscando tratamiento antes de obtener el diagnóstico acertado”.
- Los diagnósticos iniciales que generalmente se dan previos al diagnóstico de un trastorno afectivo en adolescentes son el trastorno de déficit de atención, el trastorno de la conducta, los trastornos de ansiedad, los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias y las fases iniciales de la esquizofrenia. Comentaré más sobre este tema —es decir, sobre lo que los médicos denominan “afecciones comórbidas”— más adelante en este capítulo.

También existe un problema con la manera en que nuestra sociedad ve ciertos tipos de experiencias. Algunos estudiosos creen que los pares salud mental/enfermedad mental, sensato/demente y normal/anormal son simplemente palabras cargadas de valor que suponen que una es el opuesto de la otra y que una es deseable y la otra no. Otros creen que no son pares de palabras opuestas sino categorías en una secuencia, punto de vista cada vez más común. Como expresó en 1999 el entonces Director General de Salud Pública de los Estados Unidos: “[L]a salud mental’ y la ‘la enfermedad mental’ no son polos opuestos sino que se los puede considerar puntos en una secuencia... El pensar en la salud y la enfermedad como puntos en una secuencia nos ayuda a comprender que ninguno de estos estados existe completamente aislado del otro”.

Además, antes de aceptar el concepto de que algunos patrones de conducta son normales y otros anormales, sería importante preguntarnos qué concepto de “normal” está en juego en el *DSM-IV* si, según sus definiciones, entre un tercio y la mitad de la población es anormal. El *DSM-IV*, publicado en 1994, incluye más de 300 trastornos mentales. Frente a ese número, ¿quién es realmente “normal”?

*Es difícil trazar una línea que separe a los que están en la secuencia de los enfermos mentales que necesitan tratamiento de aquellos que no lo necesitan...*

Es difícil trazar una línea que separe a los que están en la secuencia de los enfermos mentales que necesitan tratamiento de aquellos que no lo necesitan debido a que existe una mitad confusa de quienes funcionan pero que lo sobrellevarían mejor si recibieran tratamiento. En última instancia, sería más útil que este debate se aclare. Un primer paso importante se podría dar en el área de “paridad del seguro médico”, es decir, una cobertura médica que pague el mismo monto por un tratamiento por enfermedad mental como uno por enfermedad física.

Otro paso importante sería contar con un verdadero plan nacional de salud pública que provea controles preventivos y voluntarios de salud mental y, si fuera necesario, el tratamiento adecuado, al igual que cuando uno acude al odontólogo para realizarse un tratamiento con flúor para prevenir caries o a las visitas de “bebé sano”.

## ¿Cuáles son las “causas” del trastorno bipolar?

### *¿Ocurre algo en el cerebro?*

Algunos investigadores hacen una distinción entre las enfermedades funcionales y las biológicas. Los trastornos funcionales son problemas relacionados con vivir, interactuar con los demás y realizar las tareas básicas de la vida cotidiana, como por ejemplo, encargarse adecuadamente de las necesidades propias diarias, mantener un trabajo y evitar conductas perjudiciales. Se supone que los trastornos biológicos se relacionan con la parte física, por ejemplo, una enfermedad cardíaca o el cáncer. Cuando se demostró que el trastorno bipolar no respondía a intervenciones como la terapia conversacional (que trataría un trastorno funcional) pero que sí respondía al litio, varios dijeron: “¡Ajá! Clasificación incorrecta”, y la cambiaron del grupo “funcional” al “biológico” (debido a que estos trastornos responden a la intervención con medicamentos). Varias teorías señalan la naturaleza psicológica del trastorno bipolar, entre ellas, la teoría que sostiene que la afección se caracteriza por la disminución o la aceleración del ritmo de las comunicaciones entre las células nerviosas del cerebro. Las expresiones psicológicas de estos cambios bioquímicos son los cambios en el estado de ánimo y energía, los delirios y la euforia y la disforia (desazón, irritación, estado generalizado de sensación de malestar o infelicidad). Algunos teorizan que el trastorno bipolar se puede manifestar cuando quienes tienen predisposición a padecer la enfermedad experimentan un “factor desencadenante” en su entorno. Posiblemente, el marco genético del individuo determine dicha predisposición. Esto significa que algún aspecto estresante en el entorno del individuo puede perturbar parte de su estructura interna única, digamos que la manera en que el cerebro está conectado. En mi caso, el estrés provocado por la mudanza a Hawai es un ejemplo de un factor desencadenante potencial y estresante del entorno a los que los teóricos se refieren.

La verdad es que, a pesar de que recientemente se ha descubierto que ciertas partes del cerebro (la amígdala, por ejemplo) tienen un tamaño diferente en los jóvenes que padecen trastorno bipolar, actualmente, los investigadores aún desconocen las causas del trastorno y cómo prevenirlo.

### *¿Ocurre algo en los genes?*

*El “factor de riesgo” más constante del trastorno bipolar... es el antecedente familiar.*

El “factor de riesgo” más constante del trastorno bipolar —es decir, la característica que generalmente aumenta las posibilidades de manifestar la enfermedad— es el antecedente familiar. Por ejemplo, los estudios que se realizaron en gemelos sugieren que probablemente se trate de una enfermedad genética, lo que significa que si un gemelo univitelino padece trastorno bipolar, el otro tiene mayores posibilidades de padecerlo que un hermano no gemelo. Otros puntos interesantes:

- El doce por ciento de los familiares directos (hermanas, hermanos, padres y primos hermanos) de quienes padecen depresión maníaca sufren depresión mayor.
- La Depression and Bipolar Support Alliance escribió en 2005 que “Es más probable que el trastorno bipolar afecte a hijos de padres que lo han padecido”. Cuando uno de los padres padece trastorno bipolar, se estima que el riesgo para sus hijos es del 15 al 30%. Cuando ambos padres padecen trastorno bipolar, el riesgo pasa a ser del 50 al 75%.
- Las mujeres cuyos familiares directos padecen trastornos del estado de ánimo son 2.4 veces más propensas a reaccionar con un episodio maníaco o una depresión ante a una situación estresante que las que no tienen ese vínculo genético.
- En general, según un manual de 1998 para profesionales médicos “[e]ntre el 80 y el 90% de los pacientes bipolares tienen un padre, un hermano o una hermana, o un hijo que padece un trastorno del estado de ánimo”.

En la actualidad, los investigadores consideran que el trastorno bipolar posiblemente involucre genes múltiples. Lo bueno, al igual que con otras enfermedades, es que tener una variante genética en particular no significa automáticamente que esa persona manifestará la afección. Por ejemplo, otras variaciones de la estructura genética de la persona pueden modificar el gen. Además, el hecho de que la aparición del trastorno bipolar sea tan impredecible indica que los factores del entorno (p. ej. situaciones estresantes de la vida) también desempeñan un papel importante en la enfermedad, a pesar de que todavía se debe investigar más hasta qué punto es así.

### **¿Cuándo se manifiesta el trastorno bipolar, con qué frecuencia y cuánto dura?**

- El trastorno bipolar puede aparecer durante la adolescencia. Según una fuente en 1999, la “edad promedio de aparición de la enfermedad bipolar maníaco-depresiva es alrededor de los diecisiete o dieciocho años”.
- Noventa y cinco por ciento de quienes padecen la afección experimentan más de un episodio. Según un estudio, la cantidad de episodios que se presentan durante la vida oscila entre 2 y más de 30. El cuarenta y dos por ciento tuvo más de diez episodios, definidos como un periodo que se caracteriza por la manía y la depresión, y la cantidad media fue 9.
- Si no se la trata, según un informe de Kay Redfield Jamison en 1999, “la manía dura de uno a tres meses y la depresión bipolar, sin tratamiento, dura, como mínimo, un promedio de seis a nueve meses... Con el transcurso de los años, los intervalos entre episodios pueden disminuir tan notablemente que la enfermedad parece crónica”.

### **¿Pueden presentarse otras afecciones conjuntamente con el trastorno bipolar?**

Sí. El trastorno bipolar generalmente coexiste con otros trastornos emocionales y conductuales, lo que puede complicar aún más el diagnóstico y tratamiento. Entre estas “afecciones comórbidas”, como se denominan, se incluyen las siguientes:

- **Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH):** los síntomas se presentan antes de los 7 años de edad y se caracteriza por la hiperactividad, la falta de atención, o ambas, y la impulsividad. A pesar de que la manía puede manifestarse en los niños, es muy raro. En algunos, una forma grave del TDAH puede ser la primera manifestación de una manía incipiente del trastorno bipolar I. En otros casos, parece que ambas coexisten. Debido a las similitudes, hay un alto potencial de que el diagnóstico sea erróneo; sin embargo, la mayoría de los expertos están de acuerdo con que existen distinciones importantes entre ellas. Por ejemplo, la conducta peligrosa de un adolescente que padece trastorno bipolar generalmente se refleja en la toma de decisiones impulsiva basada en un pensamiento distorsionado, mientras que, en un adolescente con TDAH, esta misma conducta se debe a la falta de atención general y a la impulsividad. En los adolescentes que padecen trastorno bipolar y TDAH simultáneamente, se puede observar una combinación compleja de los dos patrones de conducta. Actualmente, los científicos están realizando

investigaciones clínicas en niños y adolescentes que luchan contra estos síntomas para descubrir la relación que existe entre estas enfermedades.

- **Trastornos de ansiedad:** una de cada cinco personas que padecen trastorno bipolar también experimentar un trastorno de pánico.
- **Abuso de sustancias:** según un estudio de 1994, el 52% de los adolescentes que experimentaron trastorno bipolar antes de los 20 años de edad abusaban de las drogas o el alcohol. En 2001, el National Institute of Mental Health informó que el abuso de drogas, incluidos el alcohol, la cocaína y las píldoras para dormir, es una señal de manía.
- **Trastorno de la conducta:** se caracteriza por una gran dificultad para obedecer las reglas o tener una conducta socialmente aceptable. Al igual que con el TDAH, hay una superposición de síntomas entre el trastorno de la conducta y el bipolar. Un factor que los diferencia es el sentimiento de culpa. Los niños que padecen trastorno bipolar generalmente se sienten culpables sin tener motivos, mientras que aquellos con trastorno de la conducta habitualmente no sienten remordimiento por haber hecho algo que no debían.
- **Trastorno negativista desafiante:** se caracteriza por un patrón duradero de desafío, falta de colaboración y hostilidad hacia las personas con autoridad, incluidos los padres. Los adolescentes que padecen trastorno bipolar o trastorno negativista desafiante son irritables, hoscos, agresivos y propensos a las pataletas. Además, las creencias grandiosas de la manía generalmente se parecen mucho al desafío a los adultos, dado que los adolescentes con episodios maníacos, convencidos de sus propias capacidades superiores o propios poderes sobrehumanos, sienten que no necesitan escuchar a los demás. Al igual que con el TDAH y el trastorno de la conducta, obtener un diagnóstico acertado dependerá de encontrar un profesional con experiencia que pueda distinguir si el problema es realmente un trastorno bipolar, un trastorno negativista desafiante o ambos.

## El peligro de no actuar

Es difícil admitir que uno tiene problemas o que no los puede manejar sin ayuda, pero la verdad es que negarlos, pensar que con el tiempo desaparecerán o enfrentarlos sin ayuda no es una respuesta viable. Necesitas buscar un tratamiento con el asesoramiento de un profesional especialista en salud mental. De lo contrario, te enfrentas a una ardua batalla

*Si tienes pensamientos  
suicidas o planeas  
suicidarte, dile a tus padres  
o a un amigo adulto  
responsable y pide ayuda  
médica de inmediato.*

que probablemente no ganarás. Las personas que padecen trastornos del estado de ánimo no tratados (depresión bipolar o mayor) son más propensas a tener mal rendimiento en la escuela, abusar de sustancias e involucrarse en conductas peligrosas, como por ejemplo, conducir de manera imprudente. Según los Centers for Disease Control and Prevention, en 2001, las lesiones involuntarias, la mayoría debido a accidentes automovilísticos, son la primera causa de muerte de los jóvenes estadounidenses de entre 15 y 24 años. El suicidio también representa un riesgo serio. De hecho, el riesgo de suicidio de quienes padecen trastorno bipolar es 20 veces mayor que en los que no lo padecen y quienes que no tratan su trastorno mental son los que corren mayor riesgo de suicidio. Si tienes pensamientos suicidas o planeas suicidarte, dile a tus padres o a un amigo adulto responsable y pide ayuda médica de inmediato. Los números a los que puedes llamar cuando estés en crisis es 1-800-SUICIDE o 911 y son recursos valiosos en caso de emergencia.

## Lo primordial

¿Qué es lo primordial? A pesar de que todavía no existe una prueba confiable para confirmar la presencia del trastorno bipolar, sabemos cuándo es probable que aparezca y cuáles son algunos de los patrones. Si bien las causas aún no se han identificado, los médicos han encontrado tratamientos que surten un efecto razonablemente bueno en muchas personas la mayoría de las veces. También han elaborado una serie de pautas que ayudan a controlar la afección. Si obtuviste un diagnóstico erróneo antes de encontrar al médico que reconoció la afección, no eres el único. Nuestro último episodio probablemente no será el final pero podemos hacer algo para disminuir las posibilidades a nuestro favor. Estos tratamientos serán los temas de los siguientes capítulos.

## Cómo obtener ayuda

---

Resistan y resérvense para algo mejor.

—Virgil, *Aeneid*

**E**s importante que quienes padecen trastorno bipolar reciban atención médica de calidad, pero ¿qué implica esto? A pesar de que en Estados Unidos hay pocos psiquiatras especializados en niños o adolescentes, una buena forma de encontrar uno especializado en trastornos bipolares pediátricos es a través de una derivación del pediatra o médico de cabecera, del contacto con un hospital escuela asociado a una facultad de medicina o del directorio de derivaciones de la Academy of Child and Adolescent Psychiatry (consulta la sección Recursos al final de este libro). Para los jóvenes mayores de 18 años, sin embargo, es preferible consultar a un psiquiatra especializado en adultos, que, en efecto, será más fácil de encontrar dado que hay una mayor cantidad en el país.

Vivo en una ciudad muy importante y tengo beneficios de atención médica, por lo que me siento muy afortunado por poder elegir al proveedor médico de salud mental. En un principio, el médico general me derivó a un psiquiatra especializado en niños pero, con el transcurrir de los años, cuando dejé de ser menor, comenzó a atenderme un psiquiatra especializado en adultos. Todavía estaba enfermo cuando asistía a la universidad, por lo que consulté a un tercer psiquiatra para que me ayudara a controlar mejor el trastorno. Cuando dejó de ejercer, me derivó a un psiquiatra de gran trayectoria con quien, desde entonces, funciono bien y las hospitalizaciones no son necesarias. En otras palabras, la perseverancia en tratar de encontrar al proveedor de tratamiento adecuado vale la pena.

¿A qué tratamientos pueden acceder las personas que padecen un trastorno bipolar? Este capítulo se presenta como un breve catálogo de introducción a los tipos de tratamientos que se pueden encontrar.

## Medicamentos

El tratamiento psicofarmacológico (toma de medicamentos) es esencial para tratar el trastorno bipolar. Los psiquiatras u otros profesionales médicos recetan los medicamentos (en algunos estados, los psicólogos clínicos y los enfermeros profesionales también pueden realizar recetas). El litio, el Depakote y otros estabilizadores del estado de ánimo son los medicamentos que más comúnmente utilizan las personas que padecen la enfermedad.

### *Estabilizadores del estado de ánimo*

#### LITIO

A pesar de que es un elemento que se encuentra naturalmente en antiguas aguas alcalinas de manantial, las propiedades antimaniacas del litio fueron descubiertas accidentalmente en 1948 por un psiquiatra australiano, llamado John Cade, mientras realizaba experimentos con conejillos de Indias. Posteriormente, se probó el litio en los humanos y, a principios de la década de los setenta, la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos aprobó su uso en los seres humanos. En la actualidad, es el estabilizador del estado de ánimo para tratar el trastorno bipolar que se probó durante más tiempo. Una ventaja adicional es que hay evidencia que demuestra que los pacientes que toman litio tienen menores probabilidades de suicidarse, pero lo malo es que entre el 42% y el 64% de los adultos no responden a él. Del mismo modo, sólo cerca de la mitad de los jóvenes responden al litio pero la otra mitad no. Este medicamento, al igual que todos, tiene algunos efectos secundarios desagradables. Los temblores, el aumento de peso y la somnolencia son lo más comunes. Existe un nivel en sangre terapéutico para hacer el tratamiento con litio, ya que en demasiada cantidad puede ser tóxico. Los individuos tratados con litio deben realizarse un control sanguíneo regular no sólo por el nivel de litio sino también por otros efectos adicionales que el tratamiento crónico con litio puede provocar, como por ejemplo, el hipotiroidismo y la alteración de la función renal. Si tomas litio, es muy importante que ingieras mucha agua, especialmente en verano, ya que la transpiración puede producir una mayor concentración de litio en la sangre.

*Si tomas litio, es muy importante que ingieras mucho agua...*

## ***Anticonvulsivantes***

Al principio, los medicamentos anticonvulsivantes se utilizaban para tratar la epilepsia ya que prevenían las convulsiones; actualmente, se sabe que el ácido valproico (Depakote) y la carbamazepina (Tegretol) —ambos anticonvulsivantes— también surten efecto como estabilizadores del estado de ánimo para el trastorno bipolar. Dado que no todos toleran el litio, o se benefician de él, los anticonvulsivantes representan opciones adicionales para tratar el trastorno bipolar. Al igual que con el litio, quienes utilizan carbamazepina y ácido valproico necesitan controlar constantemente los niveles en sangre como así también realizar otras pruebas de laboratorio para controlar que no haya alteraciones en la sangre y/o el hígado debido al tratamiento crónico con estos medicamentos. Los efectos secundarios más comunes de la carbamazepina son la torpeza, la somnolencia, los mareos y los vómitos y, los del ácido valproico, las náuseas, los dolores de cabeza, la visión doble, los mareos, la ansiedad y la confusión. Las mujeres que planean quedar embarazadas y/o desean amamantar deben prestar especial atención a los beneficios y riesgos del uso de estos medicamentos. Por ejemplo, en un estudio realizado en 2002, se informó que se presentaron ciertas anomalías menstruales y ováricas en mujeres que tenían epilepsia y tomaban ácido valproico.

### **Nota especial sobre los medicamentos dirigida a mujeres que padecen trastorno bipolar**

El objetivo no es asustar sino educar: se ha relacionado el uso de litio, especialmente durante el primer trimestre de embarazo, con casos de malformaciones congénitas y otras complicaciones graves del feto. Además, las madres que toman litio y amamantan pueden producir toxicidad por litio en sus hijos. En general, las anomalías congénitas pueden ser entre dos y tres veces más probables si se utiliza ácido valproico o carbamazepina durante el embarazo. El uso del ácido valproico se considera seguro durante la lactancia; sin embargo, los médicos sostienen que se debe controlar cuidadosamente a los niños cuyas madres utilizaron carbamazepina. Es de vital importancia consultar este tema a fondo y con prudencia con el médico. Los investigadores señalan que si los medicamentos se elijen con prudencia, si se toma la dosis efectiva mínima, si se utiliza sólo un fármaco y si se limita el tiempo de ingesta puede que la combinación de ser bipolar y tomar medicamentos durante el embarazo o la lactancia sea más segura.

La lamotrigina (Lamictal), otro anticonvulsivante, es la primera terapia aprobada por la FDA, después del litio, como tratamiento de mantenimiento para el trastorno bipolar I. Mientras que ésta parece ser eficaz para aliviar la depresión bipolar, el litio tradicionalmente se ha considerado el mejor medicamento para reducir las manías. Entre los efectos

secundarios se pueden mencionar las náuseas, el insomnio y los sarpullidos leves que generalmente desaparecen solos. Sin embargo, parece que los adolescentes que toman Lamictal tienen mayor riesgo de presentar un sarpullido que puede llegar a ser fatal denominado síndrome de Stevens-Johnson. A pesar de que es una reacción poco común, como se mencionó antes en el libro, fui uno de los jóvenes que manifestó este efecto secundario con tanta gravedad que tuve que hospitalizarme para controlarlo. La mayoría de los expertos recomiendan comenzar lentamente con la lamotrigina para minimizar los sarpullidos graves potenciales.

### ***Antidepresivos***

Los antidepresivos, como por ejemplo, los inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO) y los antidepresivos tricíclicos (ADT), que se utilizan para tratar la depresión en los adultos no se recetan ni para niños ni para adolescentes. Los IMAO implican restricciones dietarias y a los médicos les preocupa que los adolescentes no las respeten y los ADT han sido relacionados con muertes súbitas cardiacas. Existen antidepresivos más modernos denominados IRSS, o inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina —cuyo acceso se amplió en las décadas de los ochenta y los noventa— que aumentan la cantidad existente de serotonina en el neurotransmisor para facilitar la comunicación entre las neuronas cerebrales. Entre los IRSS se incluyen la fluoxetina (Prozac), única aprobada para niños y adolescentes que sufren depresión, la paroxetina (Paxil), la sertralina (Zoloft) y otros. Al bupropión (Wellbutrin) se lo denomina antidepresivo atípico debido a que su forma de actuar en el cerebro difiere de la de otros antidepresivos.

La asociación entre el tratamiento con antidepresivos y los pensamientos suicidas en algunos jóvenes ha sido motivo de preocupación en los últimos años. A fines del verano de 2004, la FDA publicó un estudio que indicaba que los antidepresivos con varios mecanismos de acción podrían aumentar el riesgo de pensamientos y conductas suicidas en niños y adolescentes. En octubre de ese año, la FDA exigió a los fabricantes de antidepresivos que agregaran en la etiqueta del producto una “advertencia dentro de un cuadro negro” sobre los riesgos y la necesidad de supervisar de cerca a los jóvenes a quienes se les recetan estos medicamentos. Esto recalca la importancia del control cuidadoso por parte de un profesional de salud mental cuando se toman estos medicamentos y la necesidad de ser honesto con el

médico con respecto a los pensamientos suicidas. Además, tú y tu familia deben revisar, junto con el médico que receta el medicamento, todos los efectos secundarios potenciales del medicamento específico que estés tomando. La mayoría de los efectos secundarios son de naturaleza leve a moderada y, generalmente, desaparecen tras varias semanas de tratamiento.

Sin embargo, ciertos tipos de efectos secundarios, como por ejemplo, la sensación de mayor

*Habla con total honestidad con el médico si notas modificaciones en los síntomas o si experimentas otros nuevos...*

agitación, irritabilidad e impulsividad, se relacionan con un mayor riesgo de pensamiento y/o conducta suicida. Otra consecuencia potencial del uso de antidepresivos para tratar la depresión bipolar es que pueden desencadenar un episodio maníaco; también pueden presentarse síntomas de abstinencia

si se interrumpe el medicamento de repente. Habla con total honestidad con el médico si notas modificaciones en los síntomas o si experimentas otros nuevos como así también si tienes pensado dejar los medicamentos.

### ***Antipsicóticos***

Los tratamientos para las manías y las psicosis han mejorado considerablemente desde el 1700, cuando no existían tratamientos eficaces. En esa época, a los habitantes de una de las ciudades más grandes, Filadelfia, se le cobraba el ingreso a instituciones psiquiátricas para que hicieran preguntas a los enfermos mentales. Más tarde, a mediados del siglo XX, hubo una revolución psicofarmacológica y las subsiguientes mejoras de los medicamentos antipsicóticos han posibilitado que las personas con manías y/o psicosis salgan de ese estado, duerman y se curen. Uno de esos fármacos es el haloperidol (Haldol), un antipsicótico de antigua generación que producía efectos secundarios importantes. Si bien nubla la mente y enrigidece las articulaciones, en la sala del hospital me lo daban regularmente en la década de los noventa, posiblemente para ahorrar dinero, a pesar de que algunos de sus otros efectos secundarios, como por ejemplo, la discinesia tardía (tics faciales y movimientos de la lengua en forma de gusano), pueden ser irreversibles. Los medicamentos antipsicóticos atípicos más modernos y costosos, como por ejemplo, la clozapina (Clozaril), la olanzapina (Zyprexa), la quetiapina (Seroquel), la risperidona (Risperdal) y la ziprasidona (Geodon) minimizan los riesgos. También se utilizan fármacos para complementar los antipsicóticos, como por ejemplo, el Ativan (lorazepam), un ansiolítico que produce relajación rápida.

El haloperidol y el antipsicótico atípico risperidona se utilizan para tratar trastornos mentales graves, incluidos aquellos con alucinaciones y delirios. Los antipsicóticos atípicos más modernos, como por ejemplo, la olanzapina (Zyprexa) y la clozapina (Clozaril), tienen efectos secundarios que van desde el aumento de peso a niveles altos de azúcar en sangre y diabetes. Con el Clozaril, también se requiere un análisis de sangre semanal para controlar que la cantidad de glóbulos blancos no disminuya.

### ***Consecuencias de la terapia con medicamentos***

Parece extraño que debas tomar medicamentos cuando existen varios motivos para no hacerlo: son costosos, puedes ser alérgico a ellos, pueden producir efectos secundarios perturbadores y casi todo lo que se sabe sobre estos medicamentos (excepto el litio) proviene de estudios realizados relativamente a corto plazo. Además, dado que experimentar manías e hipomanías puede ser agradable, que desaparezcan de tu vida por los medicamentos sería como si te aguaran la fiesta, como dice el refrán. La realidad es que si estás enfermo, necesitas ayuda, lo que significa tomar —y continuar tomando— los medicamentos. Existen maneras de sobreponerse a la desventaja de tener que tomarlos, o al menos manejarla. Por ejemplo, puedes ahorrar mucho dinero si pides las recetas por Internet. Puedes darte cuenta y actuar de inmediato si presentas una reacción alérgica a los medicamentos que tomas. Puedes contrarrestar el aumento de peso con ejercicios; incluso hay medicamentos que te pueden ayudar a controlar otros efectos secundarios, como por ejemplo, los temblores. Además puedes probar un fármaco diferente, uno que tenga el mismo mecanismo de acción o que pertenezca a otro grupo de medicamentos que no provoquen efectos secundarios. Existen medicamentos modernos que producen diferentes efectos secundarios para tratar distintos aspectos del trastorno bipolar, pero recuerda que el hecho de que sea moderno no necesariamente significa que sea mejor. Puede significar que los medicamentos sean más costosos y que se sepa menos sobre ellos debido a que se realizaron menos ensayos. Lo fundamental es lo siguiente: independientemente del medicamento que te receten, comunícale al médico los efectos secundarios que manifiestes.

*...los beneficios de los medicamentos recetados y controlados en forma correcta para tratar el trastorno bipolar son mayores que los riesgos que corre el paciente.*

¿Por qué debes continuar con el tratamiento? En pocas palabras, continuar con los medicamentos —lo que los profesionales de salud mental denominan “cumplimiento del tratamiento con medicamentos”— es de vital importancia para recuperarte. Por ejemplo, las personas que tratan su enfermedad mental tienen menos probabilidades de suicidarse y se puede asegurar que los beneficios de los medicamentos recetados y controlados en forma correcta para tratar el trastorno bipolar son mayores que los riesgos que corre el paciente.

Asistir a “sesiones de control de los medicamentos” también puede ayudarte a controlar el estrés y prevenir la reaparición de síntomas que podrían redundar en una hospitalización. En las sesiones, el psiquiatra y yo nos reunimos para asegurarnos de que gozo de buena salud y que aún continúo el tratamiento con los medicamentos. Además, analizamos y revisamos los niveles en sangre de los medicamentos y conversamos sobre el control de los efectos secundarios, la disminución del estrés, el descanso regular y el abuso de drogas. En otras palabras, nos aseguramos de que yo controle a la enfermedad y no que ella me controle a mí.

#### **Consejos para el uso de medicamentos**

- Acostúmbrate a tomar los medicamentos a la misma hora todos los días (cuando desayunas o te cepillas los dientes) para no olvidarte de la dosis.
- Cuando viajes, utiliza envases en los que puedas guardar los medicamentos para una semana o un mes y colócalos en una bolsita de plástico que puedas sellar herméticamente para evitar que terminen en el fondo del bolso o la maleta.
- Lleva los medicamentos en el equipaje de mano durante el viaje así no los pierdes en caso de que las maletas despachadas se extravíen.
- Al reponer los medicamentos, primero toma los anteriores siempre que no estén vencidos.
- Marca en el calendario, con bastante anticipación, cuándo debes adquirir más medicamentos o nuevas recetas.

## Psicoterapia

Está comprobado que quienes padecemos trastorno bipolar nos beneficiamos si el tratamiento incluye tanto medicamentos como psicoterapia en lugar de uno o el otro (o ninguno). Puede resultar difícil encontrar la psicoterapia adecuada ya que si bien los médicos generales pueden recetar antidepresivos no están capacitados como terapeutas. Si puedes encontrar y pagar una buena terapia, a continuación se incluyen algunos de los métodos terapéuticos típicos.

### *Terapia cognitivo-conductual*

Con la terapia cognitivo-conductual (TCC), se busca corregir los patrones negativos de pensamiento y conducta que puedan causar ciertos trastornos de salud mental, como la depresión. En parte, se basa en la terapia cognitiva (TC), creada por Aaron Beck, psiquiatra eminente de la Universidad de Pensilvania que sigue siendo una figura destacada en el trabajo que se realiza para aliviar la depresión. La TC, empleada principalmente en adultos, enseña al paciente a modificar el pensamiento negativo para disminuir los sentimientos de desesperanza y depresión. En esta terapia, el paciente aprende a emplear habilidades de razonamiento, incluso cómo sobreponerse a pensamientos y creencias irracionales y cómo evitar generalizar en forma excesiva los sucesos negativos. Un ejemplo de pensamiento irracional sería cuando supuse, hace años, que la joven que invité a salir —y que me dijo que estaba ocupada el viernes por la noche— me odiaba. La TC enseña a detener los pensamientos negativos automáticos y a dar lugar a otras posibilidades. Quizás, realmente

*La terapia cognitiva enseña a detener los patrones de pensamientos negativos antes que desencadenen la desesperanza y se propaguen a impulsos con consecuencias más graves...*

estaba ocupada y hubiese salido conmigo en otra oportunidad. Si la hubiese invitado otra vez y me hubiese respondido: “¡No, ni hoy ni nunca!”—entonces ¿qué hubiera hecho? En lugar de ser pesimista y generalizar en forma excesiva que todas las mujeres me odian, puedo aprender a ser más objetivo. Ella es sólo una de las

mujeres. Hay muchas otras que se adaptan mejor a mis necesidades, mi personalidad y mis talentos; por lo tanto, seguiré invitando mujeres a salir hasta que alguna acepte. (¡Así encontré a mi esposa!). La terapia cognitiva enseña a detener los patrones de pensamientos negativos antes que desencadenen la desesperanza y se propaguen a impulsos con

consecuencias más graves, como por ejemplo, el consumo de drogas ilegales y la posibilidad del suicidio.

Beck y sus colegas han probado la terapia cognitiva en adultos con alto riesgo de suicidio (las personas sin hogar, los adictos a la heroína y los empobrecidos) y los resultados son prometedores. En agosto de 2005, Beck y sus colegas informaron que el programa de terapia cognitiva de sólo 8 a 10 sesiones (tradicionalmente son 15) disminuyeron a la mitad el riesgo de suicidio en los pacientes.

La TCC combina la terapia cognitiva con lo que se denomina terapia de la conducta. La terapia de la conducta implica el aumento de actividades positivas planificadas en las que participará el paciente, lo que para mí significaría ir a un restaurante entretenido con un amigo o un miembro de mi familia, mirar una película divertida o realizar trabajos de mejoras en mi casa. En otras palabras, en lugar de mirar TV solo y rumiar acerca de cuánto la vida y ciertas personas te han herido, haces planes y permaneces ocupado con personas positivas. La TCC combina las habilidades de razonamiento de la terapia cognitiva para disminuir los pensamientos problemáticos con la reconsideración y las habilidades de participación planificada positiva para aliviar la depresión.

Se ha demostrado que la TCC es tan eficaz como los medicamentos para tratar a adultos con depresión mayor moderada a grave, según el nivel de habilidad del terapeuta. De acuerdo con un libro médico publicado en 2005, la TCC parece ser eficaz en el tratamiento de la depresión también en adolescentes, pero aún se está evaluando. Además, se ha demostrado que la terapia es un complemento eficaz, más que una sustitución, de la farmacoterapia (medicamentos) para tratar el trastorno bipolar. De hecho, los estudios indican que emplear la TCC como complemento lleva a cumplir mejor el tratamiento con medicamentos, disminuir las hospitalizaciones y lograr mejor calidad general de vida a través de un mejor control de la enfermedad.

### ***Terapia interpersonal (TIP)***

Otro tratamiento para la depresión es la terapia interpersonal (TIP). En la TIP con adultos, se desarrollan habilidades de comunicación e interacción para abordar cuatro “áreas problemáticas” principales, incluidas la transición de los roles, la tristeza, los déficits

interpersonales y las disputas interpersonales. La TIP con adolescentes se encarga de diversas áreas, como por ejemplo, la independencia de los padres, los asuntos de autoridad y autonomía, la presión de los pares y la pérdida. La idea es que, si bien los factores genéticos o biológicos pueden causar trastornos del estado de ánimo, son las interacciones interpersonales estresantes o difíciles las que *desencadenan* los episodios más graves. La TIP intenta emplear la terapia conversacional para detectar y abordar los problemas interpersonales desencadenantes y ayuda al paciente a desarrollar habilidades de interacción para resolver esos problemas.

### ***Terapia de ritmo social***

La terapia de ritmo social (Social Rhythm Therapy, SRT por sus siglas en inglés) consiste en regular las interacciones sociales y los ritmos circadianos. La idea es que los ritmos circadianos alterados (ciclos de actividades diarias que duran 24 horas) pueden desencadenar la ciclación de estados de ánimo; por lo tanto, la SRT ayuda a que quienes padecen trastorno bipolar mantengan su estado de ánimo estable regulando los procesos biológicos básicos, como por ejemplo, comer, dormir y exponerse a la luz solar.

### ***Terapia familiar***

La TCC, la TIP y otras psicoterapias se emplean mayormente en sesiones individuales entre el terapeuta y el paciente; sin embargo, algunas también se pueden emplear en forma grupal, como la terapia familiar, que implica que varios miembros de la familia asistan juntos a las sesiones. Puede ayudar a que las familias trabajen en forma conjunta para detectar y modificar los patrones destructivos que puedan contribuir a la enfermedad del adolescente o surgir de ésta. También puede abrir canales de comunicación y enseñar a todos los miembros habilidades para hacer frente a la enfermedad. Otros posibles objetivos pueden ser reforzar los lazos familiares, mejorar la empatía entre los miembros de la familia y reducir los conflictos en el hogar.

En efecto, el estrés y los conflictos en el hogar pueden desempeñar un papel importante como desencadenantes de los episodios del estado de ánimo. A su vez, la conducta maníaca de un adolescente puede aumentar rápidamente el estrés y la tensión de

todos los demás. No es sorprendente, entonces, que en varios estudios con personas que recientemente habían estado hospitalizadas debido al trastorno bipolar se descubrió que quienes regresaban a su hogar y encontraban un ambiente estresante tenían mayor riesgo de recaer. En comparación, un estudio realizado en 1990 indicó que al mejorar las habilidades para hacer

*...en un hogar más calmo, la vida es más agradable para todos los miembros y el riesgo de recaída del adolescente con trastorno bipolar disminuye.*

frente a la enfermedad y reducir las conductas familiares negativas, los pacientes se sentían menos deprimidos, cumplían mejor con el tratamiento con medicamentos y tenían menor necesidad de hospitalización. El tema es que, en un hogar más calmo, la vida es más agradable para todos los miembros y el riesgo de recaída del adolescente con trastorno bipolar disminuye. La terapia familiar puede ayudar a que la familia trabaje en forma conjunta para lograr este objetivo.

¿Qué obtengo de estas diferentes terapias? He aprendido que gozo de mejor salud cuando controlo el pensamiento negativo automático a través de la reformulación y la objetividad y cuando planeo actividades sociales. Me concentro en levantarme y acostarme a la misma hora todos los días, en tratar de comer con regularidad y en tener un trabajo que no implique viajar a zonas con distintos usos horarios para que pueda dormir regularmente.

#### **Cálmate: reduce la tensión antes de que explotes**

Al principio de mi aventura con el trastorno bipolar, durante los años de escuela secundaria cargados de manía, a veces, las confrontaciones verbales con mis padres desencadenaban una lucha general. El psiquiatra me había sugerido que en esos casos podía controlar el daño y distender la situación si me iba de la habitación y dejaba que todo se "calmara". El calmarme funcionó y podría funcionar para otros jóvenes. Si todos conocieran este plan con antelación, se ofenderían menos cuando los jóvenes salen de la zona de peligro. Esta técnica evita que los desacuerdos verbales desencadenen algo peor y da lugar a una comunicación posterior más pacífica, sanadora y terapéutica.

## **Otras terapias**

Los medicamentos y las terapias tradicionales surten efecto en la mayoría de los pacientes pero también hay opciones para quienes no responden.

## ***Terapia de luz***

La terapia de luz —también denominada fototerapia— consiste en exponerse diariamente a luz muy brillante proveniente de una fuente artificial. La intensidad de la luz es similar a la de la luz solar temprano por la mañana y muchas veces más brillante que la de los artefactos normales para iluminar el interior de la casa. Si bien la terapia de luz no es la defensa de primera línea para el trastorno bipolar, en la actualidad, los investigadores saben que existe una relación entre la luz solar y la depresión. Se puede aliviar la depresión de invierno, o el trastorno afectivo estacional (TAE), durante los meses en que hay mayor oscuridad utilizando una caja de luz para que la luz solar artificial refleje en los ojos. No se necesita receta para comprar estas cajas de luz. Según la norma de la industria, se permite la exposición a 10,000 lux durante 30 minutos por día. La ventaja de este sistema es que la luz es natural. Sin embargo, una desventaja es que sentarse frente a una caja de luz durante media hora todos los días, en lugar de dormir o realizar otra actividad, puede ser poco práctico. De todos modos, es importante consultar con el médico si el tratamiento actual no está surtiendo efecto y se desea complementarlo con otro tratamiento como la terapia de luz para la fase depresiva de la enfermedad. (Una alternativa inteligente para que el ambiente tenga mucha luz es mirar hacia una ventana orientada al sur mientras trabajas o estás en casa o, como ésta no es una opción posible para todos nosotros, caminar todos los días para exponerse al sol).

¿Por qué es tan importante la luz solar? En el centro del cerebro existe una glándula denominada linterna de Aristóteles o glándula pineal. Específicamente, la falta de luz solar hace que la glándula pineal libere melatonina, una droga que nos permite dormir. Un estudio reciente ha demostrado que la luz solar, artificial o real, estimula la glándula y de ese modo modifica y regula los ritmos circadianos (diarios) de nuestro cuerpo.

## ***Terapia de oscuridad***

Un interesante estudio piloto publicado en 2005 indica que la terapia de oscuridad —es decir, 14 horas de oscuridad y descanso desde las 6 p.m. hasta las 8 a.m. durante tres días consecutivos— es beneficiosa para los pacientes bipolares con ciclación rápida que comienzan a tratar la manía dentro de las dos semanas posteriores a la aparición. La manía

disminuyó más rápidamente, se necesitaron menor cantidad de medicamentos antimaníacos y se les dio el alta del hospital antes. A pesar de que el estudio es alentador, fue sólo piloto, por lo que se necesita mayor investigación con muestras más numerosas para entender qué ocurre.

### ***Terapia electroconvulsiva***

La terapia electroconvulsiva (TEC), procedimiento ampliamente investigado y común para tratar la depresión en personas que no responden a otras terapias, demuestra claras mejorías en el 75% de los casos. En la TEC, la convulsión se induce intencionalmente a través de una corriente eléctrica en el cerebro mientras el paciente está bajo anestesia total. Originariamente, los médicos utilizaban insulina para producir las convulsiones dado que aliviaban la depresión, pero a veces llevaban a fracturas de huesos y dientes. Actualmente, cuando se emplea la TEC, se coloca anestesia y relajantes musculares para provocar de manera segura y eficaz las convulsiones que calman la depresión. El principal efecto secundario es la pérdida de memoria a corto plazo y también existe una tasa de mortalidad muy baja; sin embargo, se ha comprobado clínicamente que este procedimiento alivia la depresión.

La TEC (mal apodada “tratamiento de shock”) tiene una reputación no merecida fomentada por películas, como por ejemplo, *One Flew Over the Cuckoo’s Nest* (Atrapado sin

*La TEC (mal apodada “tratamiento de shock”) tiene una reputación no merecida fomentada por películas, como por ejemplo, One Flew Over the Cuckoo’s Nest..*

salida). Además, a pesar de que se utilizó indebidamente en el pasado, según las normas actuales, la terapia es segura, rápida y muy eficaz. Como Norman Endler señala: “Lo que la mayoría de las personas [que critican la TEC] ignoran es que la depresión ‘empaña’ las capacidades mentales y perceptivas del individuo... La depresión entorpece nuestra percepción y no podemos ni concentrarnos ni prestar atención... Debido a esto, se debe comenzar de inmediato un tratamiento eficaz, sea con TEC o fármacos”. El problema no es la TEC sino la depresión.

### ***Estimulación del nervio vago***

La terapia de estimulación del nervio vago (ENV) fue la primera que se empleó para tratar la epilepsia, pero en el verano de 2005, la FDA aprobó su uso para el tratamiento de la depresión crónica en jóvenes de 18 años o mayores. Para la ENV, se implanta un generador debajo de la piel para que el estímulo eléctrico fluya hacia el cerebro a través del nervio vago localizado en el cuello. Esta terapia, dada su capacidad de elevar el estado de ánimo, representa una esperanza para personas depresivas que no responden a otros tratamientos y que han agotado todas las opciones científicas para curar la depresión.

### ***Estimulación magnética transcraneal***

La estimulación magnética transcraneal (EMT) es una terapia experimental que crea un campo magnético alrededor de la cabeza del paciente para modificar la química del cerebro. Se están realizando pruebas para descubrir su eficacia en el alivio de la depresión, la disminución de la manía y el tratamiento de otros trastornos psiquiátricos. Aún no se ha aprobado su uso en el público en general.

#### **Representación gráfica del estado de ánimo y la energía**

Una manera divertida de obtener más información sobre nuestra salud mental es la siguiente: para hacer una representación gráfica del estado de ánimo, compra un calendario anual o consigue uno a bajo costo en la Depression and Bipolar Support Alliance (consulta la dirección en la sección Recursos). Si sientes que una manía grave afecta tu estado de ánimo, colorea ese día de rojo; si te sientes un tanto maniaco, coloréalo de naranja; si tu estado de ánimo está un tanto elevado, coloréalo de amarillo; si te sientes "normal", coloréalo de blanco; si te sientes un tanto deprimido, usa el azul; si te sientes moderadamente deprimido, usa el púrpura y si sientes depresión grave, usa el negro. Puedes utilizar diferentes colores un mismo día.

Después, para registrar los días, convierte los colores en números y realiza un gráfico: rojo +3, naranja +2, amarillo +1, blanco 0, azul -1, púrpura -2 y negro -3. Este gráfico te ayudará a determinar si el patrón de los cambios del estado de ánimo es mensual, semanal o diario, si las estaciones lo afectan y si los medicamentos surten efecto.

### **Cómo controlar los pensamientos suicidas**

Vale la pena repetir que si sientes deseos de lastimarte, necesitas buscar ayuda. Cuéntaselo a un amigo, a tus padres o a otro adulto en quien confíes. Tú o tu familia deben

llamar de inmediato al médico, a un terapeuta matriculado o a una agencia de atención médica comunitaria. En caso de emergencia, llama al 1-800-SUICIDE o al 911.

Desafortunadamente, debido a que el suicidio en un tema tabú en la cultura estadounidense, nos enseñan a no contar lo que pensamos y sentimos al respecto. Sin embargo, hablar de suicidio no nos convierte en suicidas. De hecho, hablar sobre este tema es un paso muy importante que se debe dar para buscar ayuda y sentirse mejor. Seguramente preferirás buscar y permanecer con personas que te recuerden que hay opciones positivas y que te ayuden a conseguir asistencia si la necesitas.

*Desafortunadamente, debido a que el suicidio en un tema tabú en la cultura estadounidense, nos enseñan a no contar lo que pensamos y sentimos al respecto.*

## **Hospitalización**

Los servicios de psiquiatría para pacientes ambulatorios (como las terapias y los medicamentos mencionados anteriormente) son una opción para muchos jóvenes pero, a veces, es necesario hospitalizar al paciente para realizar un tratamiento, como por ejemplo, cuando el individuo:

- Representa una amenaza para sí mismo o para otras personas.
- Se comporta de manera extraña o destructiva.
- Necesita medicamentos que se deben controlar de cerca.
- Necesita atención las 24 horas para que se estabilice.
- No ha mejorado con la atención ambulatoria.

Ni necesitas que te hospitalicen, haz todo lo posible para conseguir el mejor centro que tu seguro cubra. Hace unos años, visité a un amigo que era suicida en una sala; lo habían llevado al único centro del área que tenía camas disponibles; después de algunos minutos, noté mi antigua sala estaba mucho mejor dirigida. Las enfermeras de mi amigo no hacían cumplir las reglas que yo daba por sentado cuando estaba hospitalizado, como por ejemplo, que los pacientes no deben tocar o acosar a otros pacientes. Si bien, como se describen en el siguiente capítulo, mis experiencias en la sala de psiquiatría no fueron para nada idílicas, y a

pesar de mi desacuerdo con parte del personal, la sala estaba lo suficientemente bien organizada como para que pudiera recuperarme cada vez que estaba allí.

## La sala de psiquiatría

---

[U]no voló hacia el este, uno voló hacia el oeste y uno voló sobre el nido del cuco...  
el ganso se abate sobre ti y te lleva.

—Ken Kesey, *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (Atrapado sin salida) (1962)

### Del piso de la cocina a la puerta de la sala de emergencias

**C**uando me diagnosticaron el trastorno, a los 15 años, el psiquiatra me entregó su tarjeta y me dijo que podía llamarlo a cualquier hora. Si sentía que era una emergencia, podía llamarlo a media noche o durante el fin de semana. Me gustó que dijera: “Si sientes que es una emergencia”, en lugar de: “si es una emergencia”; la determinación no dependía de otra persona, sino de mí. Si sentía que era una emergencia, entonces, por definición, era una emergencia. Guardé la tarjeta en mi cartera.

*Si sentía que era una emergencia, entonces, por definición, era una emergencia.*

Apenas me diagnosticaron la enfermedad, no tenía desarrollado un sexto sentido ni tenía una perspectiva clara sobre el trastorno. La ventaja de haber pasado por un proceso es que conoces la rutina. Por consiguiente, la primera vez es la más difícil. Me hospitalizaron por primera vez 18 meses después de haber recibido el diagnóstico, cuando estaba cursando el último año de la escuela secundaria.

La manía se intensificó. La carrera mental había comenzado. Sentía como si hubiese estado dirigiendo y protagonizando simultáneamente mi propia película. Las experiencias eran muy extrañas, incluso para un muchacho fuerte de 17 años que pensaba que podía controlar todo. Ese otoño, a las 3:30 de la madrugada, un día de semana, llamé al número que aparecía en la tarjeta y pregunté por el Dr. Gottstein. El número de la tarjeta me comunicó con su “servicio”, jerga médica para referirse a la persona que atiende las llamadas y transmite los mensajes a los médicos.

La hosca voz masculina que contestó el teléfono refunfuñó en voz alta que ¡eran las 3:30 de la madrugada! ¿Estaba conciente de que si le transmitía el mensaje al Dr. Gottstein lo despertaría? Abracé el teléfono contra mi pecho, me doblé como una pelota tipo origami sobre el piso de la cocina y comencé a llorar. Acostado allí, lo poco de coherencia que me quedaba en el cerebro me indicaba que había comprendido; si creía que esto era una emergencia, era una emergencia.

Volví a marcar el número y le manifesté a esa voz que era una emergencia y el Dr. Gottstein me llamó unos minutos después. El hecho de que me llamara de inmediato me tranquilizó. Obviamente, el llamado lo había despertado. Su voz era más distante y el ritmo de sus palabras era más lento que el intercambio habitual en su consultorio, pero reconocí la voz y nos conectamos. Me pidió que describiera los síntomas. Después de haberlo hecho, me indicó que fuera a la sala de emergencias del hospital. Él les avisaría que yo iría.

La internación en el hospital esa noche fue la primera desde que nací y, en aquella ocasión, no fui yo quien tuvo que encargarse de la complicación que significa una internación. Si hubiese reconocido la aparición de una manía, podría haber evitado esa nueva experiencia con un llamado telefónico y una baja dosis de medicamentos antipsicóticos dos semanas y media antes.

Pensando que sabíamos a dónde íbamos y que seguíamos las instrucciones del Dr. Gottstein, mis padres y yo nos dirigimos a la sala de emergencias incorrecta, donde esperamos cinco horas antes de que, equivocadamente, me evaluaran como víctima de abuso infantil. Me preguntaron sobre el contacto físico sexual y una médica de emergencias joven —y mujer— me sometió a un examen humillante. Después nos dimos cuenta de que hay dos salas de emergencias, una cerca de la otra; por eso no habíamos podido encontrar a alguien que se haya comunicado con mi médico. Estaba en el lugar equivocado siendo atendido por la persona equivocada debido a un motivo equivocado en el momento equivocado. Después de haber encontrado la sala de emergencias correcta, esperamos otras cuatro horas hasta que finalmente me internaron.

Durante esas cuatro horas me convertí en alguien cuyo nombre era “el paciente” o “pte.” en los blocs médicos:

A la edad de 12 [en realidad tenía 11], el paciente comenzó a experimentar episodios de hipomanía que duraban varios meses. El paciente ha tenido varios

episodios durante el último año; entre los episodios de hipomanía, el paciente tuvo mononucleosis, gripe, etc. El primer episodio de depresión, que duró varias semanas, fue en 1988. La intensidad de los episodios maníacos aumentó en los últimos años. Hace aproximadamente 18 meses, el paciente comenzó a tomar litio y Clonopin, a los que respondió muy bien. Sin embargo, el paciente decidió suspender los medicamentos. El paciente suspendió los medicamentos por cuenta propia hace aproximadamente 8 meses, a pesar de que el Dr. Gottstein le había advertido lo que ocurriría si lo hacía. Hace aproximadamente dos meses, el paciente se volvió sintomático y comenzó nuevamente a tomar litio.

Respondo a las preguntas sobre mis antecedentes médicos y psiquiátricos con monosílabos:

*¿Te sientes cómodo con otras personas?* “Sí”.

*¿Sientes que alguien está en tu contra o intenta hacerte daño?* “No”.

*¿Escuchas voces?* “No”.

*¿Tienes pensamientos extraños?* “Claro”.

*¿Te sientes nervioso o tenso?* “Para nada”.

*¿Se te acelera el corazón?* “Ah, sí. Ese es mi problema cuando intento dormir. Tac tac tac tac”.

*¿Te sientes agitado?* “No tengo energía”.

*¿Puedes detectar tres problemas que tengas en este momento?* “El ciclo del sueño. Las habilidades de interacción social. Eso es todo”.

*¿Puedes detectar tres objetivos que quisieras lograr mientras estés hospitalizado?* “Poder tomar decisiones con seguridad y rapidez, entablar una conversación intelectual y sentirme bien conmigo mismo”.

*¿Tienes objetos de valor para guardar en un lugar seguro?* “Reloj pulsera, gafas”.

*¿Tienes algún objeto afilado?* “Sólo mi ingenio”.

*¿Tienes algún medicamento?* “No”.

Hábitos: negó consumo de alcohol o drogas. No fuma. No tiene antecedentes de consumo de drogas intravenosas (Intravenous Drug Abuse, IVDA por sus siglas en inglés).

Me siento como Alicia:

“Pero no quiero estar entre locos”, comentó Alicia.

“Ah, no lo puedes evitar”, dijo el Gato: “Acá todos estamos locos. Yo estoy loco; tú estás loca”.

“¿Cómo sabes que estoy loca?”, dijo Alicia.

“Tienes que estarlo”, dijo el Gato, “o no habrías venido aquí”.

—Lewis Carroll, *Alice's Adventures in Wonderland* (Alicia en el país de las maravillas) (1865)

Me piden que me desvista y me coloque una tela conocida eufemísticamente como bata de hospital, que deja la mitad trasera de mi anatomía al descubierto y fría. Después de haber pedido dos “batas”, me ato una hacia atrás y la otra hacia delante para tratar de cubrir todas las partes del cuerpo que no están acostumbradas a la exposición pública. Esto debe ser una broma de algún psiquiatra, digo entre dientes. Le preguntan a un muchacho sobre su identidad sexual y después le entregan algo que llaman bata.

Mientras me trasladan por la banda transportadora de un enfermero a otro, hacen una listado de mi ropa y la atan para llevarla a la sala del hospital donde finalmente residiré. “Chaqueta. Camiseta. Camisa. Ropa interior. Pantalones. Zapatos. Calcetines”. Firmo para confirmar que la lista esté completa. Si mi mente estuviese centrada en el presente en lugar de las paredes verdes y apagadas de la sala de emergencias, me preguntaría si donarían mi ropa a la buena voluntad, pensamiento que le tendría que preocupar más al muchacho con la chaqueta Armani que se internó (casi en el mismo momento que yo). Ahora parece como si los dos tuviésemos el mismo sastre. Con la bata colocada, tengo pocas posibilidades de “escapar” de mis nuevos custodios. “Doctor, ¿cómo identificamos a la persona que se escapó y que podría padecer trastorno bipolar?” “Bueno, agente, es muy fácil. Simplemente busque a quienes están descalzos y desnudos corriendo por la calle con una prenda blanca y verde que tiene un tajo gigante y está atada con un cordón en la parte de atrás”.

Mientras espero en el área de recepción de emergencias y, después, en una habitación con paredes acolchadas durante cuatro horas, me someten a otro examen. Recuerdo una canción publicitaria. “A veces te sientes un loco. Otras veces no”. No me sentía un loco. Había comenzado el proceso con un episodio maníaco, pero ahora estaba en un estado de ciclación. Parecía como si, en un momento, las moléculas de mi cuerpo giraban en un ciclotrón y, en otro, se paralizaban. Examen de mi estado mental:

Al internarse, varón, vestido informalmente, parece tener la edad declarada. Calmado y dispuesto a cooperar con el examen. Triste. Emociones y sensaciones limitadas. Retraso psicomotor positivo. Ritmo y tono de habla normal. Proceso mental

desorganizado y bloqueo mental circunstancial. Negó alucinaciones auditivas o visuales. Negó ideación suicida actual, a pesar de que admite ideación suicida dos días antes de la internación. Manifiesta culpa por la enfermedad y por ser una carga para la familia. Falta de criterio y percepción.

Una hora más tarde, un enfermero escribe: “Pte. muy inquieto que golpea las manos y la cabeza en la pared acolchada, emociones y sensaciones muy irritables”. Un residente, con bloc y lápiz en mano, me pregunta: “¿En qué año estamos? ¿Qué fecha es? ¿Qué día es hoy? ¿En qué mes estamos? Cuenta hacia atrás desde 100 en unidades de 7. Deletrea la palabra *mundo* hacia atrás”.

También me pidieron una muestra de orina y sangre. Entre otras cosas, los hombres y las mujeres con las batas blancas quieren saber el nivel de litio y si había estado consumiendo drogas ilegales que pudieran interferir con los otros medicamentos o con los que se utilizarían en el hospital.

Anfetaminas	Negativo	
Barbitúricos	Negativo	
Benzodiazepinas	Negativo	
Metabolitos de cocaína	Negativo	
Etanol	Negativo	
Metadona	Negativo	
Opiatos	Negativo	
Fenciclidina (phencyclidine, PCP por sus siglas en inglés)	Negativo	Negativo
THC	Negativo	
Litio	.99	

En el laboratorio, también analizan la sangre y la orina para ver si hay signos de enfermedades físicas. El perfil hematológico (sanguíneo), como así también la función tiroidea, está dentro de los valores normales, pero el nivel normal de litio me alarmó porque significaba que el litio no me había ayudado. Tras el anterior intento de probar si la enfermedad no reaparecía sin el litio, lo tomaba con un

*En mi mente, esas píldoras estaban entre el caos y yo. Ahora esa suposición se había puesto en duda.*

fervor casi religioso. En mi mente, esas píldoras estaban entre el caos y yo. Ahora esa suposición se había puesto en duda.

También firmé un formulario mediante el cual, de hecho, renunciaba a algunos de mis derechos: “Autorizo a que se realicen los procedimientos que se consideren necesarios o recomendables para mi diagnóstico y/o tratamiento”. ¿Considerados necesarios por quién? ¿Según qué criterios? Quizás, era una prueba para ver si el hospital podía provocar paranoia en alguien que sufría trastorno bipolar. Estaba demasiado retraído como para que también me ofendiera el segundo formulario, que decía que el hospital “puede revelar la historia clínica a la compañía de seguros o empleador a los fines del pago de los cargos”.

Entre la primera y la última vez que me hospitalizaron, entraron en vigencia normas federales de confidencialidad (artículo 42 del Código de Normas Federales, [Code of Federal Regulations, C.F.R. por sus siglas en inglés] parte 2) que protegen los registros médicos que contienen información relacionada con los tratamientos psiquiátricos o por abuso de drogas o alcohol. El formulario que firmé en las internaciones más recientes especificaba que:

Las normas federales prohíben que el hospital revele información o registros salvo que el paciente, u otra persona autorizada según el artículo 42 del C.F.R. parte 2, lo autorice en forma expresa a través de un consentimiento por escrito. La autorización general para revelar información médica, o de otra índole, NO se considerará suficiente a este efecto. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a pacientes que abusen del alcohol o las drogas.

También me pidieron que firmara un formulario denominado “Consentimiento para recibir tratamiento hospitalario voluntario”. Al firmar este formulario, renuncié al derecho de abandonar el hospital sin autorización médica (Against Medical Advice, AMA por sus siglas en inglés) sin esperar un determinado periodo. En las seis hospitalizaciones, el formulario exigía presentar una notificación 72 horas antes de retirarme AMA. El formulario también establecía que mis derechos como paciente me habían sido descritos y que accedía a realizar el tratamiento. Es probable que me hayan descrito los derechos en profundo detalle, pero si así fue, no recuerdo la experiencia debido a una estela de manía o una resaca de depresión.

Como parte del ritual de la transformación de un ciudadano independiente perteneciente al mundo no hospitalario en un paciente claramente identificado, me etiquetan como a un pájaro con una pulsera con mi nombre y número de identificación. “No lo vas a

creer, George”, imagino que un observador de aves dice. “Vi a un depresivo maniaco con pecho verde y blanco posado justo allí en una silla de ruedas”.

Finalmente, los trámites están completos, el periodo de observación finalizó y alguien le dijo a alguien que la compañía de seguros aceptó pagar la hospitalización. Me llevan en silla de ruedas a una sala “abierta” (sin llave) que llamaré “planta baja”. La ropa que llevaba puesta cuando comencé este proceso hace cuatro horas rebota en una bolsa plástica sellada en la parte de atrás de la silla mientras me llevan al elevador.

Veinte extraños encerrados en una casa con un refrigerador, comida asquerosa, una sala donde permaneces incomunicado con un arnés de tres puntos y sin teléfono (hasta ganarse el privilegio). Así es la sala de psiquiatría. Veinte extraños que comparten un equipo de profesionales altamente calificados cuyo objetivo es hacer que se recuperen. Así es la sala de psiquiatría, también. En el hospital en el que estuve había una sala abierta (planta baja) y otra bajo llave (planta alta).

La sala de psiquiatría consiste en una puerta, o una serie de puertas, que alguien controla desde la central: la estación de enfermería. La sala abierta en la que permanecí tenía una cocina y un comedor pequeños donde los pacientes desayunaban, almorzaban y cenaban; una pequeña sala de ejercicios con una bicicleta fija; un área para mirar televisión

*Durante una de mis estadias prolongadas, la única bebida disponible era jugo de manzana... No volví a tomar jugo de manzanas durante siete años.*

(sólo tres canales); un pequeño lavadero con una lavadora y una secadora que funcionaban con monedas y una mesa de billar. Durante una de mis estadias prolongadas, la única bebida disponible era jugo de manzana en pequeños recipientes plásticos a los que se les despegaba la tapa. No volví a tomar jugo de manzanas durante siete años. El gran

espacio rectangular que comprende la sala está rodeado de las habitaciones de los pacientes. Las salas de psiquiatría, al igual que las otras salas, excepto la de maternidad, son mixtas.

Las habitaciones de los pacientes son pequeñas, impecables, funcionales y el personal de enfermería las observa constantemente. La mía tiene una cama simple, un escritorio con una lámpara, una pequeña mesa de noche y también un baño con un lavabo y un inodoro. La ventana no se puede abrir. Con un botón puedo llamar al enfermero. Las lámparas no tienen cables y tampoco hay elementos en la habitación que puedan transformarse en instrumentos con los que uno pueda lastimarse o lastimar a otros.

La persona que empuja la silla de ruedas hasta la sala me transfiere al enfermero de cabecera, a quien le entrega mis trámites y la bolsa plástica con la ropa. Llegué al final de la banda transportadora. Anotan mi nombre en la gran pizarra blanca que se utiliza para seguir las tareas a realizar en las habitaciones de los pacientes. El turno que finaliza la guardia le pasa por escrito los registros de mi estadía al turno que la empieza:

Inicialmente, al paciente se lo interna en la unidad que no está bajo llave, en la sala abierta, para tenerlo en observación especial. A la mañana siguiente a la internación, se observó que el paciente tenía una conducta cada vez más extraña. Comenzó a contestarle al localizador interno. Ese fue el primer encuentro con el paciente. Estaba muy despeinado y mantenía mínimo contacto visual. Los pensamientos eran bastante desorganizados.

Mis padres, después de acompañarme hasta la habitación de la sala abierta a las 4: 00 de la madrugada, regresaron a casa para descansar. Algo que ni ellos ni yo sabíamos cuando acordé internarme era que, si a criterio de las personas responsables yo representaba un peligro para mí mismo, o para otros, en la sala abierta, me reasignarían a la sala bajo llave. Lo mismo ocurriría si llegaban a la conclusión de que planeaba escapar o, en el eufemismo del hospital, “huir”.

El paciente comenzó a demostrar temor de que lo hirieran o de perder el control y potencialmente herir a alguien. Después de recoger todas sus pertenencias en la habitación, se detuvo en el pasillo y, al tratar de salir de la unidad, se le pidió si podía regresar a su habitación, momento en el que violentamente arrojó su ropa al piso. Posteriormente se le ofrecieron los medicamentos y los aceptó... Después se lo transfirió a la unidad bajo llave en la “planta alta” debido a la conducta potencialmente peligrosa como así también al posible riesgo de huida.

Al haberme transferido por la fuerza a una sala bajo llave, me sentí traicionado.

### **El “paciente” es un riesgo...**

Si perteneces a la población no hospitalizada, para ingresar a la sala bajo llave en “planta alta” debes identificarte a través de un intercomunicador que está fuera de la primera puerta. Una voz te responde y te dice que puedes pasar. Un timbre te indica que han abierto la primera puerta. Pasas y te diriges hacia un pasillo donde te topas con una segunda puerta.

Detrás de esa puerta está el mundo hipervigilante. Una vez que ingresas, sólo puedes salir si de la estación de enfermería “tocan el timbre que indica que puedes salir”. Las personas del mundo exterior que no se van a internar deben registrarse en la estación de enfermería. Si traen obsequios para los pacientes, se revisan a fin de autorizarlos o retenerlos. Los caballos de Troya no son bienvenidos. La población no hospitalizada también se detiene en la estación de enfermería antes de retirarse. Si eres parte de la población hospitalizada, o no, y

*Si corres en un hospital  
psiquiátrico... no  
pasarás desapercibido.*

necesitas atención, simplemente corres hacia la puerta. Si corres en un hospital psiquiátrico, independientemente de quien seas, no pasarás desapercibido.

Mi madre supo que me habían transferido cuando vino a visitarme la tarde siguiente y, en lugar de encontrarme en la sala abierta, le indicaron el camino hacia la sala bajo llave. Como me habían medicado para que durmiera profundamente, no supe que ella estaba allí.

La madre y el padre [expresan] inquietud debido a que su hijo está en la sala bajo llave con “personas bizarras”... Los padres expresan enojo, frustración y sensación de abandono por parte del personal y el sistema médico.

Salgo del pesado estupor e ingreso a un mundo diferente del que alguna vez haya imaginado. En la sala bajo llave, los derechos de los pacientes están muy limitados; el ambiente no es para nada agradable. Las salas bajo llave tienen una habitación de inmovilización física y otra de aislamiento (o “reclusión”), lugares en los que terminas si no sigues las indicaciones o si no acatas las reglas del piso (p. ej. tocar a otro paciente). Son lugares que dan miedo, tanto que creo que quienes denominan a la habitación acolchada de aislamiento habitación de “reclusión”, como si fuera un refugio de montaña estilo zen, padecen un impedimento que, si escribiera mi propia versión del *DSM* (el *DSM-PJ*), denominaría “eufemización compulsiva”. Una sala de incomunicación, quizás, pero ¡reclusión!

Estar rodeado de desconocidos desorientados es extraño. Tengo sentimientos confusos cuando escucho la desesperación que tienen otros pacientes por el dolor que sienten y cómo sus médicos les mienten. Algunos no reciben visitas. Otros no son

conscientes de las visitas que reciben. La calidad de la atención de la enfermería psiquiátrica varía. Para algunos enfermeros, es su vocación. Otros, que están agotados, no tienen un trato muy agradable.

La mente es un lugar por sí misma y, dentro de sí, puede hacer un paraíso de un infierno, un infierno de un paraíso.

—John Milton, *Paradise Lost* (El paraíso perdido) (1667)

En la sala bajo llave, un enfermero alfa autoritario, con bigote estilo Dalí, llamado Jack, se deleita venciendo al ajedrez a los pacientes sedados. A pesar de que mi regalo de despedida de los enfermeros de la sala abierta —una gran inyección del antipsicótico Haldol— me enrigidece las articulaciones y todavía me nubla la mente, me engaño a mí mismo pensando que si gano este juego, puedo derrotar la enfermedad, escapar de mi carcelero y lograr la libertad. Me siento como Sísifo empujando la enorme piedra cuesta arriba; las manos se me resbalan con cada pérdida de los peones, los caballos y la torre, hasta que mi reina negra se cae y la enorme piedra rueda hacia abajo sobre mi mente. Me siento solo, arruinado y mi esperanza de liberación desaparece ese día.

Todas las mañanas, como parte de las “rondas matutinas”, viene un grupo de estudiantes de medicina guiados por un médico a mi habitación. Me he convertido en una ayuda visual en el proceso de enseñanza: “El pte. expresó inquietud con respecto al foro de las rondas matutinas y a que ‘un grupo de aspirantes a médicos (residentes) lo miren fijamente’”. En la década de los setenta, los médicos, en esta misma sala, en realidad le dedicaban tiempo al trabajo con los pacientes; veinte años después, estas visitas se redujeron a aproximadamente 30 segundos.

Los psiquiatras observan al mundo desde el lente de la psiquiatría. Los residentes se refieren a mí como al bipolar de la 302. Un médico preguntó: “¿Cómo nos sentimos hoy?”. “¡Ajá!”. Pensé. “Una prueba para ver si creo que soy dos personas diferentes”. Cuando respondí: “Me siento cansado pero no tengo idea de cómo se siente usted”, pareció enojarse.

Dado que los hospitales son lugares ruidosos, poder dormir es complicado. Durante una de mis hospitalizaciones, los ronquidos de uno de mis vecinos, que parecían un bebé que

lloraba, no me dejaban dormir. En otra oportunidad, el paciente de la habitación contigua tenía arcadas en el baño hasta las primeras horas de la mañana. Me colocaba tapones en los oídos para tapar los sonidos del hospital cuando no me dejaban dormir durante la noche. Durante el día, cuando no tenía suficiente concentración como para leer, escuchaba música.

Los encuentros con los pacientes hostiles asustan. Me han amenazado y arrojado comida y, una vez, observé cómo a un paciente, que llamaré Johnny y que se comió parte del labio, lo enfrentaron, lo medicaron y lo inmovilizaron durante tres días. Cuando lo liberaron, Johnny respondió a la incomunicación y, además, se hizo popular en la sala porque orinaba por la grieta inferior de la puerta e inundaba el pasillo que atravesábamos. Otra vez, una paciente de mediana edad me dijo, en tono de complicidad, que nos iban a sacar a todos del planeta en una nave espacial que aterrizaría sobre el techo del hospital. Si eso hubiese ocurrido, sin dudas, hubiese alegrado mi estadía. Después, otra vez, durante parte del tiempo que estuve en la sala bajo llave, estaba tan inconsciente que hubiese sido posible que me llevaran a otro planeta y me trajeran de vuelta sin que me hubiese dado cuenta.

Mientras permanecí en la sala bajo llave en la “planta alta”, estuve en observación especial, una categoría que significa que cada 15 minutos controlaban dónde estaba y qué actividades realizaba. Durante un periodo de cuatro horas, el “diagrama de observación especial de enfermería psiquiátrica” informa que de 00:15 a 01:00 estuve dormido en la habitación, de 01:15 a 01:30 estuve despierto en la habitación y de 01:45 a 02:45 estuve dormido en la habitación. A las 03:00 estuve en el pasillo, a las 03:15 estuve despierto en la habitación y de 03:15 a 04:15 estuve dormido otra vez. Ver el registro gráfico de mi vida en unidades de 15 minutos, el que leí cuando conseguí el acceso a los registros médicos, fue una de las experiencias más extrañas relacionadas con la recopilación del material para este libro. Lo más extraño fue notar la inexactitud del proceso de expresar mi vida sobre el papel del registro médico. El nombre del psiquiatra está escrito de cinco maneras diferentes; lo confunden con el médico de atención primaria y, lo que asumo será un error tipográfico, un registro del hospital indica, al lado de raza, que soy negro (soy blanco).

Una de las reglas de la sala de psiquiatría es que el paciente necesita autorización para realizar actividades que en el mundo exterior se dan por sentadas. Dado que el personal tiene miedo de que intente ahorcarme, debo

*Una de las reglas de la sala de psiquiatría es que el paciente necesita autorización para realizar actividades que en el mundo exterior se dan por sentadas.*

solicitar una manguera para la regadera y conseguir autorización para bañarme. Como estoy bajo observación especial, un enfermero me vigila mientras me baño. Las reglas dependen de quién las haga cumplir; ese día en particular, los únicos elementos personales autorizados en el dormitorio eran un cepillo de dientes, pasta dental y un peine. Las máquinas de rasurar desechables son de contrabando y se necesita pedir autorización para rasurarse. Cuando uno no está bajo observación especial, permiten tener más objetos personales.

El proceso de “recuperación” implica un nivel cada vez mayor de responsabilidades que se convierten en “privilegios”. Obtener autorización para sacarse la bata del hospital y usar ropa de calle es un privilegio. Como no deseo tener la barba desaliñada de hospital, debo pedir autorización para rasurarme.

Durante una de las hospitalizaciones, me pidieron que participara en un estudio. En el estudio propuesto, me privarían del sueño durante una noche. La bibliografía indica que el alivio de la depresión mediante la interrupción del sueño MOR es pasajero y agota al paciente. En teoría, los medicamentos deberían poder estabilizar este nuevo estado sin depresión, pero no he oído que ni el litio ni otros fármacos que eleven el estado de ánimo surtan efecto en menos de diez días. Desconfío mucho de los estudios hospitalarios. Si tengo dudas, no participo, independientemente de cuánto quiera complacer al médico, enfermero o residente. La autorización sin plazo definido que firmé para que me internaran no incluía los experimentos. Esta autorización sólo incluye los procedimientos que se consideren necesarios desde el punto de vista médico. Por lo tanto, “cuando le dijeron que esa noche tendría que quedarse despierto para que le realizaran un EEG con privación de sueño, se negó categóricamente y su madre dijo: ‘No quiero que pase por esto’”. Los que querían que cooperara con el estudio se echaron atrás cuando me negué.

Dado que escribo esto sin estar en un episodio de manía o depresión, puede que no esté expresando los motivos por los que me internaron en el hospital en primer lugar. A veces, la sensación de que uno está bien debería someterse a la confirmación imparcial de quienes nos rodean. Una vez, mientras estaba hospitalizado, le dije a la médica que creía que estaba preparado para regresar a casa. Ella, de manera inexpresiva, respondió: “Quizás deberíamos esperar al momento en que no te bañes con la ropa puesta”. Se rió cuando sugerí que la película semanal fuera *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (Atrapado sin Salida). “Hay una gran demanda para esa película”, comentó. “Probablemente no esté disponible”.

## Navegar por la burocracia del aburrimiento

Sólo te dan una pizca de locura. No debes perderla.

—Atribuido a Robin Williams

¿Por qué a veces “hice representaciones” cuando estaba hospitalizado? Imagínate en una travesía aparentemente interminable que cuesta entre dos mil y tres mil dólares por día. La embarcación es el buque estadounidense *Monotonía*, el buque insignia de los submarinos tipo insomnio. Debido a los controles que realizan cada 15 minutos a la hora de dormir, está diseñado para garantizar que no puedes dormir sin los medicamentos que te hacen sentir aún peor. Te sirven, sin limitación, jugo de manzana en pequeños envases, o agua de grifo si encuentras un vaso, y hay sólo tres canales de televisión en el área de reuniones, incluso uno que pasa *The People's Court* (La corte del pueblo), que te recuerda que, cuando estés en tierra firme, sería una buena idea demandar al vecino por \$1.49 debido a que su ganso te comió las flores. Todos tus vecinos están medicados; no puedes entablar una conversación que tenga sentido, ni siquiera con el personal, ya que tienen otras actividades que realizar. Después de varias semanas, en una de las estadias en el hospital, algunos dirían que decidí animar un poco este viaje, mientras que otros notarían que perdí el control durante algunos minutos.

*Creí que sería muy divertido si me colocaba la ropa interior en la cabeza y corría por la sala de psiquiatría como si estuviese loco.*

Después de haberme quejado de que ya no necesitaba seguir hospitalizado, mi conducta confirmó que el mundo exterior todavía no estaba preparado para mi sentido de la realidad. Creí que sería muy divertido si me colocaba la ropa interior en la cabeza y corría por la sala de psiquiatría como si estuviese loco. Según mi lógica en ese momento, si distinguía entre estar loco y actuar como loco, me sentiría mejor. Al demostrar que sólo fingía estar loco, el estigma relacionado con la hospitalización (y supuestamente la locura) desaparecería.

Mientras que yo me veía como un muchacho despreocupado que se quejaba de la demencia y del aburrimiento absoluto que significaba la sala de psiquiatría, la enfermera

responsable veía mi conducta no como un indicio de comentario irónico sino como una señal de psicosis. En ese caso, probablemente su realidad estaba más cerca de la del resto del mundo que de la mía. Pude elegir entre “la píldora” (una gran dosis de antipsicótico) o consecuencias no especificadas; elegí la píldora. Anteriormente, me habían inmovilizado y dado empujones (con una jeringa) debido a infracciones menos graves que usar una nueva clase de sombrero. Si me hubiese negado a tomar la píldora, me habrían inmovilizado, clavado la aguja y llenado de Haldol.

A veces la palabra *psicótico* se utilizaba en el hospital con una facilidad visceral que me molestaba. Unos residentes que me visitaban confundían practicar la conjugación de verbos, para una clase de francés, con estar psicótico. (En la sala de psiquiatría, los responsables generalmente hablan de uno como si no estuvieses presente. Incluiría esto en mi propia versión del *DSM*, el *DSM-PJ*, como “síndrome de la desaparición”. Mientras que algunos psicóticos ven cosas que no existen, los que padecen este síndrome no ven lo que existe). He tenido profesoras de francés que eran excéntricas, pero nunca interpreté su tendencia de usar y dejar de usar el idioma como pronóstico de colapso mental. *¡Mais, non!*

### **¿Es normal volverse más extraño?**

Con el nivel de conducta extraña que existe en las salas de psiquiatría, me sorprende que quienes trabajan allí no hayan desarrollado un sentido más amplio de lo denominado “normal”. Existen excepciones. Por ejemplo, un enfermero observó: “El pte. continúa con el habla desorganizada salpicada de juegos de palabras, chistes y observaciones filosóficas al azar. ‘Si eres altruista, eso contradice el Darwinismo’”. Otro observó:

Habla con evidencia ocasional de perplejidad y distractibilidad grave pero con episodios de comentarios o respuestas ingeniosas plenamente observados, esencialmente, dichos ingeniosos pronunciados con presión moderada del habla y acentuada sensación de hilaridad. Sin embargo, fue capaz de prestar suficiente atención como para completar el menú de mañana y darme información mínima sobre la evaluación. Hacia el final, se observaba hostilidad enmascarada en el contenido, pero la conducta evidente era traviesa.

A pesar de lo reacio que soy a escribir esta oración, una ventaja que tuve al regresar a la sala donde había estado en el pasado fue que el personal ya tenía experiencia conmigo y

sabía cuándo me sentía mejor. Esto brinda un contexto interpretativo útil para distinguir la conducta verbal denominada “anormal” y, por lo tanto, preocupante, de las afirmaciones verbales denominadas “normales”, las que usualmente hago cuando funciono plenamente en el mundo no hospitalario.

Uno de los problemas de estar hospitalizado es que las personas responsables *...las personas responsables necesitan que confirmes que estás enfermo como señal de que te estás recuperando.* necesitan que confirmes que estás enfermo como señal de que te estás recuperando. Por lo tanto, argumentar que te sientes lo suficientemente bien como para regresar a casa se puede interpretar como una señal de que todavía no estás preparado. En efecto, insistir con que uno es capaz de funcionar adecuadamente fuera de los límites del hospital se puede interpretar como una señal de negación de la enfermedad. Como indican mis registros:

En este momento, la dinámica familiar parece ser el mayor problema. Ni los padres ni el hijo admiten el riesgo que representa para él mismo seguir el impulso de huir. Actualmente, tanto el paciente como sus padres demuestran falta de criterio y percepción con respecto a la gravedad de la enfermedad. “Él podría estar en casa”.

¿Cómo demuestras que te estás recuperando? Unos días después, un enfermero escribe: “El pte. no se da cuenta de cuán enfermo estaba cuando se internó, o no lo quiere enfrentar. Criterio: El pte. actualmente acuerda permanecer en el hospital. Demuestra mayor criterio en el marco de la entrevista”.

¿Cómo te transfieren nuevamente a la sala abierta? El médico responsable escribe: “No considero que sea suicida o que exista riesgo de huida... transferirlo a la sala abierta”.

Una vez que estoy de regreso en la sala abierta, tengo que tratar con las mismas personas que me enviaron a la otra sala la primera noche que estuve allí. Los que están en la sala abierta comienzan el proceso de convencerme de que soy bienvenido y que me habían enviado a la sala bajo llave porque consideraban que tenían motivos para hacerlo: “Parece que el pte. no recuerda que... el enfermero matriculado de la sala abierta conversó mucho con él sobre los motivos del traslado el día que lo transfirieron”. Ahora, además de tratar de

entender por qué no controlé el trastorno lo suficientemente bien como para que no me hospitalizaran, también trato de interpretar un proceso que parece haberme hecho daño: “El pte. parece centrarse en los aspectos negativos de la hospitalización, es decir, que lo mediquen [y] lo lleven a la planta alta”.

Sin embargo, en comparación con Johnny, el “paciente problemático”, yo era un monaguillo. Cuando no orinaba la grieta entre la puerta y el piso de la habitación de aislamiento para disolverlo y escaparse, arrojaba comida a la pared. No sé qué ocurría en el mundo que experimentaba, pero sospecho que creía que era Houdini o Jackson Pollock. Los enfermeros de la sala llegaron a la conclusión, probablemente con toda razón, de que estaba psicótico. ¿Por qué aíslan a alguien con ese diagnóstico? Quizás algún día alguien de más alto rango me lo pueda explicar. Desde mi punto de vista, dado que los tratamientos eran ineficaces, los médicos y los enfermeros lo llevaban a una “habitación de reclusión” para simplificar sus vidas. Si no conociera mejor a Johnny, diría que teníamos el mismo sentido del humor.

Durante parte del tiempo que estuve en el hospital me reajustaron los medicamentos. Parte la pasé aprendiendo sobre el trastorno y cómo sobrelvarlo: “Al pte. se lo asesoró con respecto al riesgo de suicidio que acompaña al trastorno bipolar a medida que la persona comienza a tener más energía”. Parte la pasé haciendo terapia ocupacional. Cuando en dicha terapia me preguntaban qué objetivo quería alcanzar, les respondía: “Deseo ser capaz de entablar una conversación”. Parte la pasé haciendo terapia artística. En una clase de esta terapia, durante mi última hospitalización en la década de los noventa, tuve el primer contacto con *tai chi*, una serie de movimientos parecidos a una danza que incluyen “pelear contra el mono”. En otra, lijé un trozo de madera para convertirlo en un taburete. En una tercera clase, cortamos papeles de colores con formas de dibujos con tijeras de seguridad.

El tiempo transcurre lentamente cuando no tienes algo que hacer, cuando conversas con un grosero aburrido o cuando estás hospitalizado. En los dos primeros casos, me dejo el reloj puesto pero reiteradamente le doy un vistazo; en el último, se lo entrego a un amigo íntimo o a un miembro de mi familia, medida que impide que controle la hora constantemente. El ritual finaliza cuando me dan el alta y me pongo el reloj otra vez.

Así como tengo que hacer trámites cuando me internan, también los tengo que hacer cuando me dan el alta. El formulario de alta del paciente incluye instrucciones como: “Tome

los medicamentos como se los recetó el médico. Continúe con la terapia ambulatoria. Llame al médico si experimenta pérdida de energía o motivación, desorganización, pensamientos suicidas o largos periodos de tristeza o bajones. El formulario también declara que me han devuelto los “objetos de valor” (como la cartera) y las pertenencias (como la ropa). Finalmente, me registran la temperatura, el pulso, la respiración y la presión sanguínea, certeza de que al momento de retirarme estaba físicamente saludable.

Considero mis hospitalizaciones de la siguiente manera: tuve la “opción” de estar cada vez más enfermo o de ingresar al hospital y recuperarme. Me siento muy afortunado por haber tenido esta opción y, al igual que otros pacientes, por haber mejorado con cada hospitalización. A pesar de que agradezco haber tenido la oportunidad de curarme, luego de que me dieran el alta seis veces, juré que haría todo lo posible para asegurarme de que no necesitaría internarme nuevamente. Nunca.

*Considero mis hospitalizaciones de la siguiente manera: tuve la “opción” de estar cada vez más enfermo o de ingresar al hospital y recuperarme.*

## **Estigma**

Existe un estigma relacionado con el diagnóstico de un trastorno mental, un estigma adicional con respecto a la consulta con el psiquiatra y otro aún mayor relacionado con la hospitalización debido a un trastorno mental. En una encuesta realizada en 1992 por la National Mental Health Association (NMHA), aproximadamente la mitad de los encuestados informaron que consideran a la depresión ¡un defecto de la personalidad! y no una enfermedad. Entre quienes estigmatizaban las enfermedades mentales, algunos informaron que tenían más probabilidades que el promedio de haberse sentido deprimidos como mínimo una vez al mes. Según un sondeo de la NMHA realizado en 1996, más de la mitad (54%) de los encuestados “creen que la depresión es una señal de debilidad, no una enfermedad”.

Las creencias de este tipo, creencias que le asignan vergüenza a una enfermedad, son, en parte, lo que los estigmas representan. Se basan en la ignorancia y el temor y pueden provocar un daño irreparable al impedir que quienes padecen una enfermedad mental grave busquen ayuda (incluida la hospitalización) debido a que al hacerlo se los podría identificar

como “locos”, “débiles” o “deficientes” o el adjetivo que los individuos utilicen para distanciarse de aquellos a quienes no entienden. Uno de los objetivos de este libro es desacreditar los mitos sobre las enfermedades mentales —y el trastorno bipolar en particular— para reducir los estigmas relacionados con ellas y, al describir abiertamente mis experiencias, alentar a que quienes las padezcan a buscar ayuda. Existe evidencia que sugiere que creer que uno se puede recuperar aumenta las probabilidades de recibir ayuda, a pesar de los estigmas y la discriminación contra los enfermos mentales. Es importante que recuerdes que la hospitalización como así también otras terapias son elementos necesarios y sanadores en tu vida. Sencillamente, no permitas que los estigmas y los prejuicios de miras estrechas impidan que aproveches las ventajas de estas opciones terapéuticas si tú y tus médicos las consideran necesarias.

Una vez que salgo del hospital, enfrento las preguntas relacionadas con mi ausencia y las ideas preconcebidas sobre dónde estuve. Es muy tentador decir “no es asunto tuyo” cuando los conocidos preguntan dónde has estado, o decirles “en un crucero por el Caribe”. Si no es asunto de ellos, habitualmente respondo: “Sólo necesitaba paz y tranquilidad”.

Duele cuando me dicen que he estado en el “manicomio” o en el “loquero”, en lugar del hospital. Me doy cuenta de que quieren hacerse los graciosos, pero el loquero no tiene nada de gracioso.

Creo que es importante, especialmente si eres joven y tienes un trastorno mental, formar o relacionarte con un grupo de pares responsables para que puedas reflexionar, desahogarte y planificar acciones para manejar la hostilidad del mundo con respecto a quienes somos diferentes. (Consulta la sección Recursos para ver información sobre grupos de apoyo de pares). Los matones, por lo general, molestan a quienes están aislados y una de las características comunes de las personas felices es que son sociables. Por lo tanto, si te esfuerzas en ser sociable, aun si tienes poca energía, tienes más probabilidades de sentirte mejor. ¡Planifica actividades y socializa!

Soy afortunado porque tengo seguro médico y acceso a atención ambulatoria de salud mental. Lamentablemente, Estados Unidos utiliza el sistema de cárceles en lugar de los hospitales para tratar a personas carentes con enfermedades mentales. En julio de 1999, los periódicos del país informaron que “[e]l primer estudio completo sobre la cantidad —en creciente y rápido aumento— de personas con trastornos emocionales en las cárceles y

prisiones nacionales... descubrió que existen 283,800 presos con enfermedades mentales, aproximadamente el 16% de la población carcelaria. En 1999, un artículo del *New York Times* observó que “El informe confirma la opinión que sostienen varios expertos federales, locales y estatales de que las cárceles y las prisiones se han convertido en los nuevos hospitales nacionales para enfermos mentales”. Según el estudio, realizado por el Departamento de Justicia (Justice Department), “los presos con enfermedades mentales tienden a pasar por una puerta giratoria desde la *falta de hogar*, a la encarcelación y después nuevamente a la calle con poco tratamiento, muchos arrestados debido a delitos que surgen de la enfermedad”. Mientras que en 1955 había 559,000 individuos en los hospitales estatales, 40 años más tarde había 69,000. Se necesitan asignar los recursos para desarrollar un plan médico nacional que trate adecuadamente la salud mental como una realidad.

El punto es que las hospitalizaciones deberían ser de fácil acceso para todos los que las necesiten, en lugar de librarse de esa necesidad como si fuese una broma. Las personas deberían visitar una sala de psiquiatría antes de utilizar los términos “manicomio” o “loquero”. Encontrarán personas desorientadas, deprimidas y confundidas que sufren manías, pero la mayoría simplemente medicada y tratando de controlar la enfermedad médica para poder continuar con sus vidas. En estas circunstancias, nos sentimos aburridos, asustados y generalmente solitarios. Fundamentalmente, estamos

*No es una “locura” pedir ayuda cuando estamos enfermos.*

enfermos. No es una “locura” pedir ayuda cuando estamos enfermos. Siempre repite: necesito el litio tanto como el diabético necesita la insulina y, en este momento, necesito el tratamiento intensivo en el hospital. Lamentablemente, existe un estigma relacionado con ambos. Sin embargo, ese estigma dice más de la ignorancia de quienes lo sostienen que de nosotros o nuestra afección.

## La enfermedad no es nuestra identidad

---

¡Es como si hubiese tomado PÍLDORAS PARA LA LOCURA!

—Will Ferrell, como Mugatu en *Zoolander* (2001)

**N**uestro trastorno pertenece a una categoría muy malinterpretada de enfermedades. Este capítulo se podría titular “¿Cómo debería denominarla?”. “¿Cómo debería denominarme?”. Creo que deberíamos tener un mejor dominio del idioma dado que las palabras ayudan a enmarcar nuestra percepción del mundo. Las personas nos ven, en parte, a través de los rótulos que aplicamos y de los que nos aplican a nosotros.

### Palabras, palabras y más palabras: la tiranía de los rótulos

Primero, analicemos los insultos. No somos locos ni dementes ni chiflados ni alterados ni desquiciados. A pesar de que ocasionalmente aúllo cuando hay luna llena y me inspiran desconfianza quienes no lo hacen, tampoco soy lunático. No somos desequilibrados ni trastornados. Tampoco me falta un tornillo (quizás unos pernos y unas chavetas, pero no un tornillo). Un “tocado” está en la cabeza, no en la sala de psiquiatría. Somos *mentales*, al igual que todos los que funcionan cognitivamente. Ni estamos locos ni enloquecidos. A propósito, puedes referirte al trastorno bipolar como un “desequilibrio químico” si crees que así puedes evitar que la personas de tu escuela, trabajo o familia digan algo hiriente.

Cuando tenía 16 años, me molestaba que utilizaran el término “exaltado” para describir el estado maníaco; sonaba como si hubiese estado drogado a pesar de que había fumado tanta hierba como Bill Clinton (con la excepción de que sí fumé). También insinuaba que estar en estado maníaco era ilegal o inmoral.

Por suerte, *maníaco* ya no es el sustantivo preferido para referirse a quienes experimentan manías, pero sí lo era no hace mucho tiempo. En 1930, el psicoanalista Karl Menninger concluyó la discusión de un paciente escribiendo: “El punto extremo de la ‘fase alta’ se denomina *manía*; técnicamente, Jane estaba maníaca”.

En la psiquiatría, la palabra *manía* tiene mucho esplendor y sus posibles prefijos señalan una variedad de conductas. Probablemente has oído las palabras egomanía (estar absorto en uno mismo) y cleptomanía (codiciar los bienes de tu vecino en extremo), pero puede que tricotilomanía —arrancarse el pelo compulsivamente— te resulte menos familiar.

La manía que acompaña al trastorno bipolar pertenece a la categoría de los trastornos afectivos o del estado de ánimo. Si dices que tienes un “trastorno afectivo”, la mayoría escuchará la afirmación como un oxímoron —una contradicción: “trastorno efectivo”; mejor, supongo, que uno inefectivo. “Trastorno del estado de ánimo” sugiere que estás malhumorado o que no estás con ánimo.

Los términos que se utilizan para describir esta enfermedad o este trastorno me resultan problemáticos. Por ejemplo, el hecho de que la afección se denomine trastorno bipolar o depresión maníaca no significa que seamos depresivos maníacos, trastornados o bipolares. La Tierra es bipolar; yo no. Un oso polar al que le atraen tanto los machos como las hembras de su especie es bipolar; yo no lo soy (ni bipolar ni me atraen tanto los machos como las hembras de mi especie). Mi dormitorio está alborotado; yo no estoy ni alborotado ni trastornado. *La afección no es mi identidad*; es un adjetivo, no un sustantivo, en mi vida. Observa la diferencia entre las siguientes oraciones:

*...el hecho de que la afección se denomine trastorno bipolar o depresión maníaca no significa que seamos depresivos maníacos, trastornados o bipolares.*

Tengo cabello y ojos marrones, asma y pie plano; soy corto de vista y ocasionalmente experimento episodios maníacos y depresivos.

Soy un depresivo maníaco con cabello y ojos marrones, corto de vista, asmático y tengo pie plano.

En la segunda oración, la afección es *el* elemento determinante en mi vida. En la primera, en cambio, la afección es un hecho descriptivo no más fundamental para mi identidad que otros.

Salvo que me haga una cirugía con láser, usaré gafas o lentes de contacto durante el resto de mi vida. Tomaré litio durante el resto de mi vida, salvo que se descubra el equivalente a la cirugía con láser para el trastorno bipolar. Yo no soy la enfermedad y la enfermedad no es yo.

Si vas a pensar en mí desde el punto de vista de la enfermedad, te pido que me llames persona con afección bipolar y resalta la palabra *persona*. Tengo cientos de características que en conjunto me definen y esta afección es sólo una de ellas. En otras palabras, no es una presencia extraterrestre que se apodera de mí y me convierte en una nueva versión de mí, una invasión del ladrón de mentes. No es mi sustituto ni mi suplente.

Deseo ser agente más que paciente. Por definición, el paciente es pasivo. Salvo que esté en el hospital, prefiero que los terapeutas me consideren un cliente porque recalca mi autonomía y el punto hasta el que puedo controlar el proceso del tratamiento. No soy el único que rechaza la frase *paciente mental*, un rótulo pasivo, y que está a favor de términos activos como *consumidor* y *cliente*.

Algunos que sí emplean el término *paciente* expresan incomodidad al respecto. Por ejemplo, el psicoterapeuta T. B. Karasu en 1992 escribió: “Generalmente aún empleo la desacertada palabra *paciente*. Quisiera redefinir el concepto para ampliar sus connotaciones o, si no lo logro, al menos para neutralizar el término. Espero que la palabra evite las asociaciones estigmáticas o de condición social que definen la relación entre terapeuta y paciente”.

La palabra *cliente* también es un recordatorio de que la psiquiatría es un servicio que compro, ya sea directamente o a través del seguro médico. Además, me recuerda que puedo elegir los médicos y terapeutas como así también los tratamientos. Otro término cargado de sumisión es *conformidad*, que típicamente se refiere hasta qué punto los pacientes, como lo describió un libro de referencia de psicología en 1998, “obediente y fielmente respetan las instrucciones, las tareas y las recetas de los proveedores de atención médica. Por contraste, el término *cumplimiento* insinúa una participación más activa, voluntaria y de colaboración del paciente con una conducta mutuamente aceptable que produce un resultado preventivo o terapéutico deseado”. Amén.

Uno de los problemas relacionados con hablar sobre el trastorno bipolar es que, culturalmente, se han adoptado los nombres del trastorno para describir los cambios emocionales normales. Hoy me siento bien. Hay días (y noches) en los que me siento “triste” o “alegre”, pero ninguno de estos estados podría ser adecuadamente descrito como un polo parte del rótulo *bipolar* o como *depresión* o *manía*. El hecho de que esté cansado y tranquilo al final de un largo día no significa que esté DEPRIMIDO. El hecho de que me sienta

particularmente entusiasmado y creativo y que sea espontáneo no significa que esté con un episodio MANÍACO. Pero en un mundo lleno de personas que no saben mucho sobre esta afección, las palabras *deprimido* y *maníaco* se emplean continuamente y sin darle importancia. “Estoy muy deprimido por la calificación de la evaluación”, dice un estudiante. “Los niños estaban realmente maníacos hoy”, dice una maestra.

Ya que estamos con el tema del idioma, no ignoremos los verbos. No me gusta, por ejemplo, la idea de “sufrir la enfermedad bipolar o la depresión maníaca”; no soy un mártir. Tampoco me alegra la idea de “estar afligido por la enfermedad”; después de todo, no es una peste. “Sufrir” y “estar afligido” también me asignan como el objeto sobre el que actúa la enfermedad como si fuese un extraterrestre superhumano y yo una víctima flexible. No me malinterpretes; no estoy diciendo que esta afección me alegra o que me aferraría a ella si tuviese la opción de liberarme, pero la realidad es la realidad y la realidad es que esta afección y yo a veces vivimos en el mismo espacio. Sin embargo, nuestra relación no es definitiva. En lugar de decir “soy”, “estoy” o “tengo” prefiero decir “me siento”: “me siento maníaco” o “me siento deprimido”. La mayor parte del tiempo me siento bien.

Pero no todo el tiempo. Al menos, no todo el tiempo de la misma manera. *Crónica* es otra palabra extraña y, en cierto modo, inadecuada para describir esta afección. En un mundo que divide las afecciones médicas en los sanos y los enfermos, ¿estamos sanos

*Prefiero reservar la palabra “enfermo” para cuando me siento maníaco o depresivo y el resto del tiempo decir que padezco la afección pero no la enfermedad.*

cuando no estamos maníacos o deprimidos? ¿O estamos enfermos? Prefiero reservar la palabra “enfermo” para cuando me siento maníaco o depresivo y el resto del tiempo decir que padezco la afección pero no la enfermedad. ¿Por qué debería concluir que tengo una

“enfermedad” si la mayoría de los días de la mayoría de los meses de la mayoría de los años me siento bien? Ni siquiera un psiquiatra capacitado para descubrir impulsos que señalen la afección podría reconocerme en una multitud. Si quieres emplear la palabra *enfermedad* (p. ej. “Tengo una enfermedad maníaco-depresiva”) ¿por qué no la reservas para los momentos en que te sientes y actúas como enfermo? De hecho, me atraen las frases “episodio maníaco” y “episodio depresivo” porque “episodio” limita la enfermedad, sugiere que es un estado transitorio y pasajero y hace que otros piensen en la afección como algo que no es mi identidad.

Por lo tanto ¿qué digo sobre mi afección? La respuesta es “lo menos posible a cuantos menos posible”, porque no es asunto de ellos, como tampoco lo es el hecho de que soy corto de vista. Sin embargo, cuando surge la necesidad de describir la afección prefiero decir: “tomo litio para minimizar los efectos de un desequilibrio químico en el cerebro conocido como depresión maníaca o trastorno bipolar”.

Dado que soy quien la padece, tengo derecho a decidir cómo la llamaré. Mi descripción y la tuya pueden ser diferentes. Por ejemplo, la Dra. Kay Redfield Jamison, quien también padece la afección y es coautora de un texto médico de autoridad denominado *Manic-Depressive Illness*, dijo que prefiere “maníaco-depresivo” en lugar de “bipolar” porque caracteriza mejor los estados mixtos y los contrastes de la enfermedad.

Independientemente de cómo se denomine, la afección no me controla; en la medida de lo posible, yo la controlo a ella. En lugar de los rótulos que describen los estados que uno puede experimentar (depresión maníaca), prefiero una descripción de lo que ocurre (desequilibrio químico que se trata con litio). Los diabéticos toman insulina para corregir el desequilibrio de las secreciones de insulina; yo tomo litio para corregir un desequilibrio de las sustancias químicas del cerebro.

Además, algunos hablan sobre el trastorno bipolar como si les perteneciera. Emplean frases como “mi enfermedad” y “tengo trastorno bipolar”. Estas frases me resultan extrañas. ¿Mi gato, mi sombrero, mi enfermedad? Tengo un gato y un sombrero, pero no tengo trastorno bipolar. La enfermedad no es mía, hasta el 1% de los estadounidenses la comparten; está en mi cerebro. Es una “enfermedad” cuando estoy enfermo debido ella; es una “afección” cuando no lo estoy.

¿Cómo se describe la experiencia de la manía o la depresión? William Styron, autor, veterano de guerra y hombre que ha luchado contra la depresión, observó en su libro *Darkness Visible* que el idioma que utilizamos para describir terribles dolores y sufrimientos es inapropiado cuando se trata de la depresión y la depresión maníaca. Necesitamos un término que exprese algo de lo que experimentamos con esta afección. *Melancolía* es anacrónica, literalmente significa bilis negra; *depresión* tampoco es correcta; es una palabra demasiado bonita.

Necesitamos palabras más evocadoras que *depresión* y *manía* para expresar la enfermedad. Seguramente que un idioma tan versátil como el español alberga mejores términos, quizás uno con consonantes fuertes. Sugiero *tormento*. Por ejemplo, “James experimentó una semana de tormento antes de que pudiera cepillarse los dientes y bañarse sin que lo ayuden”. Styron tenía el mismo tipo de impulso, ya que decía que depresión es “una palabra demasiado simple para una enfermedad tan seria”.

El idioma evoluciona. Ha habido importantes modificaciones en la manera en que el mundo habla sobre nosotros y nuestra afección. “‘Posesión’ (demoníaca) se convirtió en ‘embrujo’”, escribió Menninger en 1963, después “‘embrujo’ se convirtió en ‘locura’, ‘locura’ se convirtió en ‘desequilibrio’, ‘desequilibrio’ se convirtió en ‘demencia’ y ‘demencia’ se convirtió en ‘psicosis’, una palabra que muchos consideramos no más científica que ‘embrujo’”.

Algunos han teorizado que la gravedad del diagnóstico está inversamente relacionada con el tamaño de nuestra cartera. Por ejemplo, en 1932, el psiquiatra francés Pierre Janet observó que a los pobres que enviaban al hospital psiquiátrico público los llamaban “psicóticos”, mientras que a quienes podían pagar la atención en un sanatorio privado se les decía que sufrían “neurastenia” y a quienes eran suficientemente adinerados como para poder realizar el tratamiento en su casa se les decía que estaban indispuestos y se los llamaba “excéntricos”.

Al igual que como *borracho* le dio paso a *alcohólico*, palabras como *loco*, *lunático* y *demente* les han dado paso a otras que se definen clínicamente.

*Depresión* es diferente, por ejemplo, de *depresión maniaca*. La sociedad también ha dejado de utilizar algunos de los términos empleados para connotar los horrores de los antiguos tratamientos de quienes padecían enfermedades

*Al igual que como borracho le dio paso a alcohólico, palabras como loco, lunático y demente les han dado paso a otras que se definen clínicamente.*

mentales. Estas modificaciones en el idioma reflejan modificaciones en los tratamientos; en lugar de manicomios e instituciones de salud mental, ahora tenemos salas y hospitales de psiquiatría.

## La profecía autocumplida y los conceptos equivocados de la violencia

Los nombres y los rótulos importan. Cada vez que me he internado en una sala de psiquiatría, mi identidad se convertía en la de alguien que padecía la enfermedad bipolar y “alguien que padecía la enfermedad bipolar” se convertía en una parte definitoria de quién era yo para otros. Fuera del hospital, podía mostrar mi identidad como esposo, padre, hermano, hijo, estudiante, submarinista, jinete, investigador y autor. Una vez que ingresaba, los médicos y los enfermeros me identificaban sólo por mi diagnóstico y me trataban de acuerdo con él. El peligro es que tanto dentro como fuera del hospital, los estereotipos sobre las enfermedades mentales se convierten en la realidad, lo que se conoce como la profecía autocumplida. Otros construyen una serie de suposiciones fundamentadas en los estereotipos sobre las enfermedades mentales y, finalmente, nosotros nos convertimos en los estereotipos porque hacer o ser lo que se “espera” forma parte de la naturaleza humana.

El sociólogo Robert Merton de la Universidad de Columbia (Columbia University) identificó la noción de profecía autocumplida en un ensayo publicado en 1948. Una profecía se autocumple “cuando una creencia social originariamente falsa lleva a su propio cumplimiento...[C]uando una profecía se autocumple, las creencias sociales inicialmente erróneas de quienes las perciben hacen que el blanco actúe de maneras que *objetivamente* confirmen esas creencias”.

En un experimento realizado en 1968 para analizar el poder de las profecías autocumplidas, los investigadores les dijeron a las maestras que algunos de sus estudiantes de la escuela primaria “maduraban más tarde” y que sus rendimientos y resultados de las pruebas mejorarían dramáticamente a medida que transcurriera el año; de hecho, los estudiantes a quienes los investigadores habían designado de esa manera habían sido elegidos al azar. No había motivos para creer que su rendimiento sería diferente de aquél del resto de la clase. Según una conclusión a la que denominaron efecto Pígalión, el CI de los estudiantes que “madurarían más tarde” de hecho aumentó.

El estudio cuestionó hasta qué punto las creencias sociales afectan la realidad social. Si las creencias sociales son continuas y la cultura más amplia las reafirma, es probable que los efectos sean mayores de lo que serían si esto no ocurriera. Las representaciones de los

medios de comunicaciones, como en *Psycho* (Psicosis), la película de Hitchcock, por ejemplo, en la que al asesino, Norman Bates, lo llaman enfermo mental, reafirman los estereotipos sobre la violencia y los enfermos mentales. Lamentablemente, es un estereotipo que persiste en la mente de las personas muy jóvenes. Según la National Annenberg Risk Survey of Youth, realizada en 2002, más del 65% de los estadounidenses encuestados de entre 14 y 22 años respondieron que creían que quienes padecen trastorno bipolar tienen más probabilidades de ser violentos que quienes no lo padecen y más del 55% respondieron que creían que la misma probabilidad se daba entre quienes padecen depresión. Una posible explicación de esta percepción común de que los pacientes psiquiátricos resultarán más violentos podría tener que ver con el uso generalizado que se hace de los criminales enfermos mentales como recursos de los argumentos de libros y películas y la inclusión de un diagnóstico psiquiátrico en las descripciones de quienes se suicidan.

Pero, de hecho, a pesar de lo que vemos cuando leemos un titular de un artículo en el periódico o miramos una película, los enfermos mentales no son necesariamente violentos. En un número de *Psychiatric News* de mayo de 2001, el Dr. Otto Wahl escribió: “La enfermedad mental es un mal indicador de la violencia, que puede relacionarse con los siguientes factores: juventud, sexo masculino, antecedentes de violencia o pobreza. Aparte de las personas que abusan de sustancias, quienes padecen enfermedades mentales cometen actos violentos con la misma frecuencia que quienes no son pacientes y entre el 80% y 90% de la personas con enfermedades mentales nunca cometen actos de violencia”.

## **Segunda parte del estigma**

Incluso las personas muy cultas pueden perpetuar los estereotipos sobre las enfermedades mentales. *A Brotherhood of Tyrants*, escrito en 1994, afirma que: “Lo que los impulsó a todos [Hitler, Napoleón y Stalin] al poder, les permitió llegar y después ejercerlo más allá de la razón fue exactamente el mismo trastorno —la depresión maníaca— que en los tres casos se manifestó de manera asombrosamente similar. La depresión maníaca impulsó el ascenso al poder de Hitler, Napoleón y Stalin y la subsiguiente conducta”. ¿Qué se siente al estar en la misma categoría que Hitler y Stalin?

Las afirmaciones que estigmatizan las enfermedades mentales provocan desprecio en lugar de brindar ayuda a quienes las padecen. La depresión maníaca no fue el motivo por el que los grandes villanos de la historia llegaron al poder; la afección es, o pudo haber sido, una de sus características, no su identidad. Es terrible sugerir que si Hitler, Napoleón y Stalin hubiesen recibido tratamiento, millones de personas se podrían haber salvado. *A Brotherhood of Tyrants* ignora la determinación, el intelecto y la casualidad histórica que confluyeron para que estuvieran en el lugar correcto (o podría decirse en el lugar incorrecto) en el momento correcto. *Brotherhood* también minimiza los efectos de incapacidad de una afección que incluye la depresión debilitante. Rotular a tres de los dictadores de peor reputación de la historia como depresivos maníacos significa que la afección definía quiénes eran y, como tal, explica sus acciones.

Si alguien desea argumentar que algunos de los monstruos de la historia padecían trastorno bipolar, sería importante responder que algunos de los genios de la historia padecían depresión o trastorno bipolar. Aristóteles observó en el siglo IV a. C. que: “Todos

*Sir Isaac Newton, Robert Lowell, Ernest Hemingway, Jack London, Abraham Lincoln, Sylvia Plath y, para los machos, George Patton, padecían algunos de los problemas que nosotros enfrentamos.*

los que se han convertido en una eminencia en filosofía, [política, poesía y arte] han tenido tendencia a la melancolía”.

Sir Isaac Newton, Robert Lowell, Ernest Hemingway, Jack London, Abraham Lincoln, Sylvia Plath y, para los machos, George Patton, padecían algunos de los problemas que nosotros enfrentamos. A pesar de que la mayoría no tomaba

ni litio ni antidepresivos, llevaban vidas increíbles. Nosotros también podemos. Recordamos a Newton por la gravedad, a Lowell por “Colloquy in Black Rock (Coloquio en Black Rock)”, a Hemingway por *The Old Man and the Sea* (El viejo y el mar), a London por *The Call of the Wild* (Llamado de la selva), a Lincoln por dirigir al país durante la Guerra Civil, a Plath por su poesía visceral y brillante y a Patton por su liderazgo durante la segunda Guerra Mundial.

A ninguno se lo definió debido a su afección; a nosotros tampoco nos deberían definir por eso. En tres casos se suicidaron; lo que debería servirnos de advertencia. Esta afección es poderosa, pero nosotros también.

## Uno en dos millones

---

Mi crecimiento y desarrollo me llevaron a creer que si haces lo correcto, eres honesto y tu criterio y sentido común son lo suficientemente buenos y sólidos, podrás hacer lo que desees en tu vida.

—la Honorable Barbara Jordan, ex-miembro de la Cámara de Representantes de Estados Unidos

**S**i tienes entre 14 y 19 años y estás enojado, te entiendo porque me he sentido así. Si has sido diagnosticado en forma errónea y casi mueres debido a la reacción a un fármaco que te recetaron, he pasado por eso. También me encontré en situaciones sociales embarazosas debido a que no podía dejar de hablar o a que estaba demasiado deprimido como para poder decir algo. Y sí, sé sobre las relaciones que se destruyen cuando alguien no puede manejar un vínculo con un amigo que padece una enfermedad crónica; ni es justo ni es nuestra culpa. Podemos responder enfadándonos o sacando el máximo provecho. Al intentar sacar el máximo provecho, estamos ante una compañía muy distinguida. En el capítulo anterior, mencioné sólo algunas personas de la historia a quienes, dados los rótulos diagnósticos contemporáneos, les podrían haber diagnosticado trastorno bipolar y, aún así, tuvieron vidas exitosas, cumplieron sus metas y beneficiaron al mundo de una manera increíble. En este capítulo, quisiera mencionar a algunas personas que en la actualidad padecen la enfermedad y están haciendo considerables contribuciones.

## Tres personas distinguidas que padecen trastorno bipolar

No estoy emparentado con la Dra. Kay Redfield Jamison, la experta en depresión maníaca; nos separa una “e” en nuestros apellidos. Me enteré de la Dra. Jamison cuando leí su texto clásico, *Manic-Depressive Illness* (1990), que escribió con el Dr. Frederick Goodwin, y luego cuando leí su libro *Touched with Fire* (1993), que muestra que la enfermedad se relaciona con la creatividad. En abril de 1995, la Dra. Jamison admitió en una entrevista con el *Washington Post* que padecía la enfermedad maníaco-depresiva. “Para algunos”, escribió la neuropsiquiatra Nancy Andreasen en 1995 en el *Washington Post*, “su revelación será un shock; para otros, simplemente será la confirmación de una suposición. Sin embargo, es probable que será algo del otro mundo en los círculos de psiquiatría, donde el temor a que a uno lo perciban como más loco que los propios pacientes es muy real y estigmatizante y los

*Desde mi asiento al final del auditorio, pensaba: “Ella también pasó por esto. Lo ha logrado. Yo también puedo”.*

privilegios clínicos pueden estar en peligro debido a motivos políticos más que médicos”. La Dra. Jamison — quien experimentó el trastorno por primera vez a los 16, es profesora de la Universidad Johns Hopkins (Johns Hopkins University). Cuando habló en Free Library (la principal biblioteca pública del centro de Filadelfia) en 1997, el lugar estaba lleno de gente. Desde mi asiento al final del auditorio, pensaba: “Ella también pasó por esto. Lo ha logrado. Yo también puedo”.

En 1976, Ted Turner compró Atlanta Braves. En 1977, capitaneó el velero que ganó la Copa de Estados Unidos. Es una persona que ha obtenido muchos logros; entre otras cosas, cambió la naturaleza de la televisión al darse cuenta que podía utilizar un satélite colocado en órbita permanente para enviar señales al mundo durante las 24 horas. A CNN ya no la ridiculizan como el “canal de los excéntricos”.

A Turner, un visionario con mucha energía, también se lo conoce por no dejarles pasar nada por alto a sus adversarios. El libro de Porter Bibb, *It Ain't as Easy as It Looks* (No es tan fácil como parece) describe una entrevista para una revista realizada en 1983 en la que Turner, cuando se le preguntó sobre su afirmación de que “CBS es un prostíbulo de mal gusto dirigido por artistas corruptos”, explicó: “A veces me siento alegre y otras triste. A veces, simplemente me niego a hacer comentarios. Si me siento un poco triste; no digo nada, pero si me siento alegre, me expreso libremente. Tengo una leve tendencia a meter la pata”.

A pesar de que él no lo sabía en ese momento, tú y yo podemos ver la manía reflejada en todos los comentarios de Turner. Dos años después, le diagnosticaron trastorno bipolar y comenzó a ver a un terapeuta y a tomar litio. Posteriormente, un amigo describió los cambios de Turner en un artículo en la revista *Time* en 1992: “Antes, a veces daba miedo estar cerca de él porque nunca sabías con qué iba a salir. No sabías si iba a perder los estribos, es por eso que todo el mundo estaba en ascuas cuando estaba cerca suyo... Pero, con el litio se volvió muy sereno. Ted es sólo uno de esos casos milagrosos. Es decir, el litio, es algo muy bueno, pero en el caso particular de Ted, el litio es un milagro”. En 1992, *Time* nombró a Turner “Hombre del año”.

“Si los currículum fueran automóviles”, escribió la periodista Laurel Shackelford, el de Bob Boorstin “sería un Rolls-Royce. Licenciado de Harvard, perfeccionó su educación en la Universidad de Cambridge (Cambridge University) en Inglaterra y consiguió, con mucha facilidad, un trabajo como periodista en el *New York Times* inmediatamente después de su graduación.” A los 27 años, a Boorstin le diagnosticaron trastorno bipolar. Lo hospitalizaron una vez en 1987 y otra al año siguiente. Cuando se hospitalizó la segunda vez, por recomendación del psiquiatra, le dijeron que había excedido el límite vitalicio del seguro médico para el tratamiento de la salud mental. “Finalmente, alguien contactó al hermano de Boorstin en Wall Street y, con su tarjeta American Express, le proporcionó al hospital los \$18,000 que exigía”. Boorstin demandó al hospital por negarle la cobertura, ganó y obtuvo una cobertura igual a la de las denominadas enfermedades físicas.

Posteriormente, trabajó para el candidato presidencial demócrata Michael Dukakis en 1988 y para Bill Clinton en 1992, trabajo que lo llevó a ocupar un puesto en la Casa Blanca, donde presionó para que se apruebe una legislación que aumentara el límite vitalicio del seguro para salud mental hasta igualar al de salud física. También fue el portavoz de Clinton durante el debate por la reforma de la atención médica desde 1993 hasta 1994 y después trabajó en el Departamento de Estado (State Department).

Existen otras personas que podría mencionar —las actrices Patty Duke y Carrie Fisher, o la figura televisiva Jane Pauley, por ejemplo— pero cuando leemos sobre ellos o Kay Redfield Jamison, Ted Turner y Bob Boorstin, por lo general, no se dice que les han diagnosticado trastorno bipolar. Cada vez que leo una noticia en la que un asesino, alguien a quien la policía le disparó y mató o alguien que se suicidó aparece en la lista de quienes

padecen trastorno bipolar, pienso que somos aproximadamente dos millones quienes padecemos trastorno bipolar en Estados Unidos. Son muchas personas y sólo algunos tienen historias violentas.

## En lo que a mí respecta: mi vida actual

Tengo mucho que agradecer desde la última vez que bebí alcohol y me hospitalizaron, aproximadamente en 1996. El tratamiento me ha dado otra oportunidad de vivir. Se está publicando *Carreta mental*, tengo trabajo, una esposa encantadora y un hijo recién nacido. Aún visito regularmente al talentoso psiquiatra y elijo los medicamentos, la terapia y las conductas inocuas para el trastorno bipolar (minimizar el estrés; dormir, despertarme y comer regularmente; ser sociable; no beber ni abusar de los fármacos, etc.) para que la enfermedad no empeore. Los rastros de manía que aún experimento de vez en cuando me recuerdan su

*Los rastros de manía que aún experimento de vez en cuando me recuerdan su antigua gloria, cuando ardía con el doble de fuerza. Después tropiezo, tengo poca energía y estoy irritable durante algunos días. Pienso en los meses o años que estuve gris y sin vida, cuando la vela estaba apenas encendida, y me alegro de que me hayan tratado.*

antigua gloria, cuando ardía con el doble de fuerza. Después tropiezo, tengo poca energía y estoy irritable durante algunos días. Pienso en los meses o años que estuve gris y sin vida, cuando la vela estaba apenas encendida, y me alegro de que me hayan tratado. Mis desafíos son y serán mantener próspero mi matrimonio, que ya es sólido; hacer mi trabajo lo mejor que pueda para seguir sustentando a mi familia, mantener el seguro médico y enfrentar los costos cada vez mayores de la atención médica; hacer que las compañías de seguro paguen sus facturas (¡documenta todo y sé constante!); vivir con las repercusiones de tomar medicamentos a largo plazo y continuar preparándome para enfrentar la posibilidad de criar a un hijo, o a varios, que pueden padecer un trastorno mental.

La aventura continúa, pero las cenas, los momentos familiares y las responsabilidades de llevar nuestra casa adelante han reemplazado las parrandas. Tengo una familia sólida a la que amo y me ama y no espero tener que volver a hospitalizarme debido al trastorno bipolar.

## En lo que a ti respecta: ¡no te rindas!

Te sentirás mejor más rápidamente si no tienes otra opción que seguir adelante y curarte de a un día por vez. En lugar de molestarte con comentarios negativos, como por ejemplo, “reacciona” o “¿por qué todavía no te sientes mejor?”, esfuérzate por compartir momentos con personas que realmente te den su apoyo. Si crees que puedes, te recuperarás y avanzarás un paso para hacerte cargo de tu vida. Si puedes obtener el tratamiento adecuado, es probable que la afección mejore. Que te hayan diagnosticado trastorno bipolar no significa que sea el final de tu vida, pero informarte y tratarlo es el comienzo de una nueva. Al igual que Jamison, Turner, Boorstin y otros, aquellos que participan en la carrera mental pueden ser ganadores, tú también.

## Algunas preguntas frecuentes para aquellos que han recibido un diagnóstico reciente

---

Era el mejor de los tiempos, era el peor de los tiempos.

Era la edad de la sabiduría, era la edad de la locura.

Era la era de la luz, era la era de las tinieblas.

Era la primavera de la esperanza, era el invierno de la desesperación...

—Charles Dickens, *A Tale of Two Cities* (Historia de dos ciudades) (1859)

### ¿Padeceré esta enfermedad durante el resto de mi vida?

**S**í, el trastorno bipolar es una afección que dura toda la vida, pero los investigadores y los médicos están tratando de encontrar las causas y, por consiguiente, las posibles curas del trastorno, de manera que es importante ser optimista acerca del futuro. Mientras tanto, se están estudiando nuevos tratamientos para controlar la enfermedad.

Si la posibilidad de encontrar una cura parece dudosa, recuerda que muchos dudaron de que Jonas Salk pudiera crear la vacuna para acabar con la polio. A principios de la década de los noventa ¿quién hubiese imaginado que actualmente los médicos podrían retrasar considerablemente la aparición de los síntomas del SIDA en las personas que están infectadas con el VIH?

**¿Hice algo para merecerlo?**

**¿Soy culpable de padecerlo?**

NO.

**¿Mis padres hicieron algo para ocasionármelo?**

**¿Padezco trastorno bipolar porque fueron malos padres?**

Los padres no les provocan enfermedades mentales a sus hijos de manera intencional. Si los niños están predispuestos a padecer enfermedades mentales y son criados en familias disfuncionales, es más probable que los genes que afectan las enfermedades mentales se manifiesten, pero, en última instancia, buscar ayuda es más productivo que culpar a los adultos.

**¿Son Jerry Springer, los niños de South Park, la violencia en los medios de comunicación, la bilis negra, los demonios o el consumo excesivo de refrescos culpables de que yo padezca trastorno bipolar?**

¡Um! Probablemente no.

## ¿Por qué yo?

Si le hubieses preguntado a Hipócrates en el siglo IV a. C., probablemente te hubiese dicho que la ordenación de los planetas provocó bilis negra en tu bazo y te produjo un humor sombrío. En la Edad Media, los especialistas en diagnósticos médicos hubiesen concluido que estabas poseído por el demonio. En comparación con estas hipótesis, la combinación de los genes de una persona, las sustancias químicas del cerebro y el entorno parecen ser una explicación propicia.

El ex-presidente Jimmy Carter, una vez comentó: “La vida es injusta”. La respuesta corta es que el trastorno bipolar se puede tratar y afecta a personas de diferentes edades, razas, niveles económicos, etc. La respuesta larga probablemente incluye la “suerte de los genes” y los “accidentes históricos”, que se deben a que, según una teoría, en nuestros genes puede existir una predisposición a la depresión, pero ésta se activa por un suceso estresante o traumático, como por ejemplo, la muerte de un hermano o una hermana o del padre o la madre, ocurrido en la juventud. En una de las encarnaciones de esta perspectiva, el suceso traumático altera permanentemente la química cerebral.

Actualmente, es sólo una teoría, pero es interesante. Lo fundamental es que hemos tenido un poco de mala suerte; existía aproximadamente el 1% de posibilidades de padecer este trastorno y tú y yo estamos entre ese 1%. Si padeces esta afección, recuerda que no estás solo y agradece que existan análisis y tratamientos, que muchos puedan llevar una vida prácticamente normal con esta afección y que, a diferencia de muchas otras enfermedades, ésta no tiene por qué ser degenerativa (empeorar con el tiempo). Evitar las drogas ilegales, buscar trabajos y relaciones estables, dejar de beber y mantener un ciclo de sueño regular son experiencias gratificantes, pero tienes que aprender a valorarlas.

Muchas personas tienen algún “problema”, o al menos perciben que lo tienen; algunos quisieran ser más altos, algunos se sienten con sobrepeso, otros dicen que no son inteligentes. Lo que debemos recordar es que somos relativamente afortunados; la vida tiene cargas mucho más pesadas que la depresión y la manía; por ejemplo, la pobreza extrema y las enfermedades degenerativas ocurren en todo el mundo y pueden ser aún peores.

En 2004, Richard Cohen, un productor televisivo de noticias, publicó una autobiografía titulada *Blindsided* (Atacado por el lado ciego) sobre su experiencia con la

esclerosis múltiple, debido a la cual, ha perdido gran parte de su vista y periódicamente pierde el equilibrio. Como consecuencia, se ha caído varias veces, incluso por la escalera de unas de las estaciones del metro de Manhattan que usa para desplazarse sin ayuda por la ciudad de Nueva York. Reflexiona sobre su vida de la siguiente manera: “He sobrevivido a treinta años de guerra con mi cuerpo e incontables batallas con mi psiquis. Preside la resignación; también la determinación. Al final, la fortaleza personal gana. Mis esperanzas nunca desaparecen y aún me considero un optimista. Creo que, al final, mi vida será mejor. Por este motivo, todavía puedo subir la montaña en las horas más calurosas.” Si quienes tienen problemas más graves pueden enfrentar la adversidad, nosotros podemos vivir con el trastorno bipolar.

### **¿Puedo llevar una vida normal si padezco trastorno bipolar?**

Una parte de mí desea decir: “La normalidad está sobrevalorada”. Otra parte de mí dice: “La normalidad depende del cristal con el que se mire”. La mayoría de los días, mi vida está llena de gente muy individualista; a veces su conducta excéntrica es parte de su encanto.

Otro problema con la palabra *normal* es que se incorpora a nuestro vocabulario como parte de un par: normal/anormal. Una regla no sería regla si no existieran las excepciones. Mientras que algunos emplean la palabra *normal* como sinónimo de saludable, prefiero la palabra *típico*. Por lo tanto, reformularía una pregunta sobre la normalidad de esta manera: ¿Podemos tener una vida plena? Sí. El trastorno bipolar se puede tratar; me llevó años y varios métodos medicinales y terapéuticos aprender a controlar eficazmente el trastorno. Mi salud mejoró aún más cuando ingresé al mundo laboral y seguí un horario regular para dormir, trabajar, comer y socializar, lo que se denomina control de los biorritmos. Siempre que nos diagnostiquen adecuadamente, que mantengamos una buena relación terapéutica con los médicos, que tengamos un sistema fuerte de apoyo, que nos tratemos con profesionales, que evitemos y controlemos el estrés, que mantengamos un ciclo regular para dormir y despertarnos y que hagamos ejercicio, muchos podemos tener una vida con síntomas controlables.

“A pesar de que está claro que los adolescentes que padecen trastorno bipolar tienen más probabilidades de padecer distintos problemas”, escribe Jack Lock M.D., Ph.D.,

profesor adjunto de psiquiatría en el Lucille Packard Children's Hospital de la Universidad de Stanford (Stanford University), “el pronóstico general es bueno”. Si toman los medicamentos y obtienen la ayuda adecuada para enfrentar los problemas sociales y académicos que la enfermedad pueda provocar de una manera u otra, es probable que, como grupo, les vaya muy bien. Lamentablemente, a menudo experimentan episodios de depresión y manía antes de aceptar realmente que tienen la enfermedad y necesitan el tratamiento.”

## **Si padezco trastorno bipolar, ¿tengo que tomar medicamentos durante el resto de mi vida?**

Según la sabiduría médica actual, siempre necesitaremos tomar medicamentos. El futuro puede deparar una cura o una terapia que modifique los requisitos de nuestros medicamentos pero, por el momento, nuestra mejor opción es continuar con una rutina que incluya medicamentos y psicoterapia.

El National Institute of Mental Health (NIMH) informa que: “Con un tratamiento óptimo, el paciente bipolar puede recuperar aproximadamente siete años de vida, 10 años de actividades principales eficaces y nueve años de salud normal que, de lo contrario, se perderían debido a la enfermedad (maníaco-depresiva) denominada también trastorno bipolar.”

## **¿Qué es el litio y cuáles son sus efectos secundarios?**

Quizás recuerdes que memorizabas la tabla periódica en química. Si es así, ya conoces el litio, no como un fármaco milagroso, sino como un elemento que se descubrió en 1817 y se abrevia Li. El litio es el metal alcalino más liviano, relativamente blando, con bajo punto de fusión y reacciona con el agua. El litio del que hablamos, en realidad, no es litio puro sino que carbonato de litio. Si pensar en ingerir uno de los elementos de la tabla periódica te hacer sentir robotizado, piensa que el calcio y el sodio también son elementos de la tabla. En efecto, nuestro cuerpo está compuesto de elementos, principalmente carbono, hidrógeno y oxígeno.

A pesar de que a partir de la llegada del litio, aprobado por la Food and Drug Administration en 1970, el trastorno bipolar se puede tratar, los investigadores aún tienen

mucho que aprender sobre este medicamento y otros. Parece que el litio no sólo trata los síntomas, sino que, en la jerga médica, también estabiliza el “proceso subyacente de la enfermedad profilácticamente” (preventivamente). Los tratamientos con litio son menos eficaces en individuos que han tenido más episodios; además, la suspensión del uso del litio puede impedir que surta efecto en el futuro. Si estás pensando en suspender el litio, recuerda que estarás interrumpiendo algo que ha sido científicamente analizado y que controla el trastorno bipolar en varios pacientes. Por ejemplo, en un estudio, el 37.3% de quienes tomaban litio “tuvieron recaídas”, en comparación con el 79.3% de quienes tomaban placebo o píldoras de azúcar.

El litio tiene varios efectos secundarios potenciales, al igual que todos los medicamentos; los temblores en las manos son comunes, algunas personas aumentan de peso y otras experimentan malestares gastrointestinales. El litio también puede reducir la función tiroidea, efecto más común en las mujeres que en los hombres. Mi mayor queja es que tengo que tomar mucho líquido para evitar tener la boca seca y orinar con mayor frecuencia. Los fármacos como el ácido valproico (Depakote) y la carbamazepina (Tegretol) tienen una eficacia de hasta el 80% en el tratamiento de quienes no responden al litio.

Una advertencia para los que toman litio y son fanáticos de Big Gulp y adictos al café: según un estudio realizado en 1995, los niveles de litio en sangre aumentaron 24% en la mayoría de quienes tomaban litio y dejaron de beber café en abundancia (de cuatro a ocho tazas por día). Los investigadores advierten que quienes tomamos litio y repentinamente suspendemos el consumo de cafeína tenemos más probabilidades de experimentar toxicidad por litio, algo que puede ocurrir cuando se concentra demasiado litio en la sangre. En lugar de abandonarla abruptamente, puedes dejar la cafeína gradualmente. Personalmente, la bebo con moderación y no después del almuerzo para poder dormir con más facilidad por la noche.

Los médicos me han dicho que debo beber varios litros de agua si me siento desorientado debido al alto nivel de litio. Esto me ocurrió una vez cuando accidentalmente tomé los medicamentos dos veces, algo que he solucionado con distintos envases para píldoras en los que los horarios de los medicamentos están marcados con claridad. El estudio mencionado anteriormente insinúa que, debido a que la cafeína dificulta el funcionamiento del litio, sería conveniente evitarla. Durante el proceso, minimizarás los efectos secundarios

del litio debido a que después necesitarás menos cantidad para alcanzar un nivel en sangre terapéutico comparable.

Existen otros problemas con respecto al uso del litio. El nivel de litio en sangre también puede aumentar hasta niveles críticos si tomas AINE (agentes antiinflamatorios no esteroideos) mientras te tratas con litio. Entre los AINE se incluye el ibuprofeno (Advil, Nuprin y Motrin son algunos de los nombres comerciales comunes). Si estás embarazada o planeas quedar embarazada, también debes saber que el litio pasa por la placenta y puede provocar defectos congénitos. Es muy importante que consultes al médico si planeas quedar embarazada o descubres que ya lo estás mientras tomas litio y otros medicamentos.

### **Debido a que el carbonato es sal, ¿debo reducir el consumo de sal cuando tomo litio?**

¡No! Cuando baja el nivel de sodio en el cuerpo debido a una dieta, la transpiración excesiva, la diarrea, los vómitos o la fiebre, el nivel de litio se puede acumular y provocar una reacción tóxica. Cuando el cuerpo pierde sal a través de tales actividades, los riñones, que no pueden distinguir el litio del sodio, interrumpen la pérdida de sal en la orina y, en el proceso, también interrumpen la secreción de litio del sistema. El litio se acumula y, como resultado, puede producir toxicidad.

### **¿Cómo sabré si el litio alcanzó un nivel tóxico?**

Como precaución, debes controlar los niveles en sangre habitualmente. Según una fuente, “el habla ininteligible, los problemas para coordinar y caminar y la confusión” son algunas de las señales de la toxicidad. Si manifiestas alguno de estos síntomas, o varios, llama de inmediato al médico y bebe mucha agua mientras esperas su llamado.

### **Dicen que el litio puede causar insuficiencia renal, la cual puede llegar a ser mortal. ¿Es verdad?**

La información a largo plazo indica que el litio no “provoca insuficiencia renal”; sin embargo, las altas concentraciones de litio pueden producir efectos negativos en el riñón; por lo tanto, debes beber mucha agua, consultar al médico y tratar de no preocuparte.

### **¿El litio inhibe la creatividad?**

El paciente está sentado en la mesa de examen con la muñeca fracturada enyesada. Entra el médico. “¿Podré tocar el piano cuando me saque el yeso?”, pregunta el paciente. “Depende de si podía tocarlo antes de que lo enyesara”, responde el médico.

Si no eras creativo antes de comenzar a tomar litio, siéntete libre de usarlo como excusa de que ahora no eres creativo. La investigación sobre la creatividad percibida es contraintuitiva; en un estudio, más de la mitad sostuvo que el uso del litio ¡había aumentado su creatividad! Otro cuarto consideró que no la había afectado de manera alguna.

Este tema aún se está investigando. Recuerda que tus capacidades serán más productivas si manejas y controlas adecuadamente la enfermedad.

### **¿Seguir tomando litio modificará mi personalidad?**

Tu personalidad básica no se modificará. Algunos artistas creen que no tomar litio mejora su creatividad (pero éste es un fenómeno que no se ha probado). Cuando estás con un cuadro de hipomanía, o con el estado de ánimo o la energía elevados pero no estás completamente maníaco, quizás puedas hacer muchos amigos, pero el periodo es breve; la mayoría de las veces, mientras tú disfrutas de un momento de frenesí, tus verdaderos amigos se preocupan por ti. ¿Por qué preocupar a quienes te aman?

Otro aspecto positivo del uso del litio es que la distancia física entre tú y la persona con quien hablas se mantendrá en un nivel adecuado; cuando tengo un episodio maníaco o hipomaníaco, me acerco demasiado a las personas con las que hablo, como si fuese a comer sus palabras. Además, el litio estabiliza el estado de ánimo sin privarte del sentido del humor.

## **¿Cómo sé si los medicamentos que tomo son los que necesito?**

Consulta al médico. Existen varios medicamentos para tratar el trastorno bipolar y todos producen efectos secundarios, que se incluyen en los prospectos y que debes leer. Un método para evitar que te sientas demasiado sedado mientras tomas los medicamentos es que consultes a un médico que considere el uso de la dosis eficaz mínima de los medicamentos psicotrópicos para poder controlar los efectos secundarios; esto también implica “retocar ligeramente” las dosis hasta obtener el nivel en sangre adecuado para que equilibres tu funcionamiento y tolere los efectos secundarios.

Existe un gran debate acerca de cuán adecuado es recetarles a los jóvenes medicamentos para “usos no aprobados”, es decir, ciertos fármacos recetados que no se han probado adecuadamente ni en adolescentes ni en niños. No existe demasiada información a largo plazo sobre el uso de estos medicamentos en los adultos y muy poco se conoce sobre el uso en niños; por lo tanto, la respuesta a esta inquietud no es simple. Consulta al médico, lee fuentes válidas de noticias sobre salud, evalúa los costos y beneficios conocidos y siempre ten en cuenta si las terapias conversacionales pueden ayudarte a tratar y controlar satisfactoriamente el trastorno.

## **¿Qué relación existe entre el trastorno bipolar y el abuso de sustancias?**

La única manera de obtener un diagnóstico confiable y válido del trastorno bipolar es que, en primer lugar, dejes de consumir drogas ilegales o de abusar de fármacos antes de la evaluación. Existen distintos niveles de abuso de drogas, por ejemplo, he consumido alcohol y píldoras recetadas para poder dormir cuando tenía un episodio maníaco; otros que padecen trastorno bipolar han hecho lo mismo. Un estudio realizado en 1994 indicó que los individuos con trastorno bipolar que además abusan de sustancias tienen más probabilidades de ser hospitalizados y una mayor incidencia de manía disfórica y, probablemente, los problemas relacionados con el estado de ánimo y otros trastornos psiquiátricos se manifiesten a una edad más temprana. En síntesis, la automedicación puede surtir efecto a corto plazo, pero sólo la ayuda profesional y los medicamentos adecuados nos pueden mantener lejos del hospital a largo plazo.

El alcohol, en especial, presenta un problema. Según una teoría, el alcohol hace que la mente se “despierte”; en otras palabras, ayuda a precipitar la ciclación bipolar. He tenido menos episodios bipolares y de menor intensidad desde que dejé de beber. Además, ¿quién quiere tener barriga debido a la cerveza?

## **¿A quién le debería contar sobre mi enfermedad y cuándo?**

Depende sólo de ti. Si deseas mantener la afección en secreto, no permitas que te acosen para que lo “revelen” en nombre de la lucha contra el estigma. Sí, muchos fanáticos intolerantes se sorprenderían si supiesen cuántos de nosotros vivimos en sus mundos y, no, liberar al mundo de la estupidez no es un objetivo que se pueda lograr en la vida. ¿Una extraña recomendación de alguien que escribió su nombre en un libro llamado *Carrera mental*? En realidad, no es tan extraño; me siento más cómodo haciendo de adulto lo que no hubiese hecho de adolescente. Entonces, nuevamente, si el nombre que ves como autor de este libro es Boots Alderwood (mi nombre artístico), sabrás que me comporté como un cobarde.

Solía decirles a los adolescentes que “no lo cuenten”; no querrás que te designen como un bicho raro o que alguien te lastime o rechace debido a que teme lo desconocido. En este momento, les digo que está bien que se lo cuenten a todos los profesores. Si tienes un novio o una novia en serio, tiene derecho a saberlo y, si te deja cuando se entera, la relación no valía la pena. Lo más probable es que obtengas la comprensión y el apoyo de quienes se preocupan por ti. Sin embargo, no le contaría sobre mi enfermedad a un grupo a menos que sea de apoyo.

Existen dos categorías de personas en mi vida: los que saben que padezco trastorno bipolar y todos los demás. Los profesores son más comprensivos si saben acerca de la enfermedad. No te deberían castigar debido a las ausencias relacionadas con la enfermedad; por ejemplo, yo había acordado con los profesores (en la escuela secundaria privada, no en la pública) que podía salir del aula e ir al consultorio del enfermero en cualquier momento sin tener que pedir permiso. Esto me ahorró momentos de vergüenza y ayudó a que mis pares aprendieran sin problemas innecesarios.

Puede que necesites tiempo libre del trabajo, incluso vacaciones, si tienes un empleo y permaneces hospitalizado durante más de algunos días. Lo que le digas a tu empleador

dependerá de cuán sólida sea la relación; en general, te sentirás mejor si se lo cuentas a tu jefe porque crees que será solidario y que limitará el estrés y los viajes laborales innecesarios; de lo contrario, simplemente di que padeces una enfermedad no contagiosa y que necesitas hacer reposo. Sin embargo, en una entrevista, no le contarías sobre el trastorno bipolar al posible empleador, ya que no muchos “apostarían” por alguien que padece una enfermedad mental.

### **¿Cómo sabes si un adolescente padece trastorno bipolar?**

El diagnóstico en los adolescentes es un asunto delicado que un profesional debe realizar. La Child and Adolescent Behaviour Letter de la Universidad Brown (Brown University), publicada en agosto de 1996, indica que los signos de depresión en los adolescentes y en los adultos pueden ser diferentes. La carta dice: “Aproximadamente el cinco por ciento de los adolescentes y entre el 1 y 3 por ciento de los prepúberes sufren de depresión importante.”

A continuación se incluyen los signos que te pueden indicar que alguien que conoces puede estar pasándola mal debido al trastorno bipolar, según un libro publicado en 2001 titulado *Mental Health Information for Teens*:

#### Síntomas de la manía

- graves cambios en el estado de ánimo
- enorme autoestima poco realista
- gran aumento de energía; poca necesidad de dormir, o no dormir, durante días, sin sentir cansancio
- aumento de verbosidad
- distractibilidad
- conducta de alto riesgo, como por ejemplo, saltar de un techo y creer que no te lastimarás

## Síntomas de la depresión

- tristeza continua, llanto frecuente, depresión
- pérdida de goce en actividades preferidas
- enfermedad física frecuente
- bajo nivel de energía
- cambio importante en los patrones de apetito o sueño

Para diagnosticar el trastorno bipolar, los médicos buscan cambios claros en el estado de ánimo que van de un extremo al otro, a los que les sigue un periodo de calma. Un estudio de los componentes de la manía halló cinco factores: (1) estado de ánimo deprimido; (2) aceleración psicomotora (pensamientos acelerados, verborrea, dificultad para concentrarse); (3) psicosis (delirios y alucinaciones); (4) estado de ánimo o humor eufórico, aumento del deseo sexual y grandiosidad y (5) paranoia, agresión e irritabilidad

## ¿Qué ocurre durante una evaluación psiquiátrica?

En primer lugar, asegúrate de que te hayan realizado un examen físico completo y minucioso para descartar otras afecciones que producen síntomas similares a los del trastorno bipolar. El examen físico también asegurará que la función renal sea normal, un factor importante al momento de decidir sobre el uso del litio.

El psiquiatra elaborará los antecedentes familiares; te preguntará sobre los trastornos del sueño, el abuso de drogas, el abuso físico, el abandono y los conflictos familiares. Este proceso puede revolver y hacer resurgir el dolor, pero recuerda que obtendrás mejor ayuda si el profesional de salud mental tiene mayor información sobre lo que has tenido que enfrentar emocional y mentalmente. También evaluará la posibilidad de que los síntomas predigan la aparición de la esquizofrenia. El tratamiento temprano de una enfermedad es crucial; la carta de la Universidad Brown observa que: “El 70% de los niños en edad escolar que reciben tratamiento debido a la depresión mayor tendrán una recurrencia de los síntomas de la depresión dentro de un periodo de cinco años.” Es posible que el adolescente se suicide, por lo tanto, un profesional debe evaluar las señales de advertencia, por si acaso.

## **¿Qué herramientas tecnológicas modernas utilizan los médicos para evaluar a las personas que padecen trastorno bipolar?**

La tecnología médica es útil para tratar la depresión, ya que puede ayudar a descartar tumores cerebrales y anomalías estructurales. No se deben confundir los EEG (electroencefalogramas), que monitorizan las ondas cerebrales, con los ECG (electrocardiogramas), que monitorizan el funcionamiento del corazón. Los EEG (al igual que los ECG) no causan dolor. Se aplica gel conductor en la cabeza y los electrodos (pequeños discos) se sujetan con pequeñas ventosas, que hacen presión sobre el gel conductor y que cubren la parte anterior, media y posterior de la cabeza. Te recuestas y te relajas mientras los pequeños cambios en los impulsos eléctricos se detectan, amplifican e imprimen en papel cuadriculado. Como resultado, se obtiene una serie de ondas que un médico capacitado analizará. Un EEG puede durar de 20 minutos a una noche completa, o más tiempo. El estudio de IRM (imágenes por resonancia magnética) emplea el movimiento de los átomos de hidrógeno para trazar la estructura interna de lo que se focaliza. Funciona bien en el tejido orgánico cerebral que contiene agua. Me realizaron un estudio de IRM para descartar la posibilidad de que un tumor cerebral fuera la causa de la depresión.

Estudios recientes han hallado diferencias estructurales en el cerebro entre quienes padecen trastorno bipolar y quienes no. Sin embargo, en este momento, no se puede tener mucho acceso a estos análisis.

## **¿Cómo puedo pagar los gastos?**

La psiquiatría es cara; las consultas, de 45 minutos, que el seguro no cubre pueden costar \$300. Con la mayoría de los planes de recetas, el litio puede promediar aproximadamente \$32 por mes y las dosis varían según la masa y química corporales de las personas. También puedes ahorrar bastante dinero a través de las recetas por Internet. Estar hospitalizado durante una semana te puede costar miles de dólares.

Si estás entre los aproximadamente 40 millones de estadounidenses que no tienen seguro, te llevas la peor parte y, si tienes seguro, te enfrentas al brete burocrático de recibir facturas confusas. La película *Brazil* (Brasil), de Terry Gilliam, destaca la imposibilidad de encargarse de la burocracia, lo que también se aplica al desorden de los seguros médicos en Estados Unidos. Las EDB, o explicaciones de beneficios, son extremadamente complicadas y confusas y puede que te cobren de manera equivocada. Las personas que están desesperadas, tengan mucho dinero o no, a veces hasta pagan a profesionales para que les organicen las facturas médicas; he pasado infinidad de horas en el teléfono, en reuniones personales y escribiendo cartas y aún maldigo cuando me bombardean con facturas ininteligibles y me obligan a seguir peleando para lograr la cobertura de los tratamientos. Según mi experiencia, la única manera de solucionar el tema es que estés dispuesto a hablar con los supervisores y, si documentas las llamadas telefónicas, preparas tu respuesta a la “agresión” y eres constante, tienes muchas posibilidades de que funcione. Este sistema deficitario perjudica principalmente a los enfermos, los pobres y los que no tienen educación y es uno de los aspectos que debo enfrentar en relación con el trastorno bipolar y la salud que menos me agrada.

La respuesta más fácil sería ser el heredero de una fortuna fabulosa para que uno pueda pagar todo con dinero de la caja chica, pero no todos tenemos esa opción. Otra sería casarse con alguien que sea extremadamente adinerado o que al menos tenga acceso a un plan de seguro familiar. Una tercera opción sería que nos adopte alguien que pertenezca a alguna de las dos categorías anteriores.

Si tus padres tienen seguro de atención médica y planeas ir a la facultad, probablemente tendrás cobertura hasta los 23 años de edad, tras lo cual, tienes derecho a estar afiliado durante 36 meses en el plan de tus padres según la denominada ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA por sus siglas en inglés). Si no tienes cobertura con el plan de tus padres e ingresas a la facultad, probablemente puedas obtener cobertura a través de uno de los planes universitarios; la mayoría de las facultades y universidades los ofrecen y exigen que te afilies si no tienes otro tipo de cobertura. Si no irás a la universidad, tu mejor apuesta es conseguir un trabajo en el que tengas beneficios médicos (lamentablemente, es más fácil decirlo que hacerlo).

Un factor que encarece esta afección es que varios planes sólo cubren el 50% de los gastos de las enfermedades denominadas mentales, pero (después de un deducible) el 100% de los gastos de las enfermedades denominadas físicas. Algunos estados han exigido paridad, es decir, que las compañías de seguro traten a las enfermedades mentales y a las físicas de la misma manera, sin embargo, la mayoría no la han implementado.

El segundo problema que enfrentarás es que, salvo que tengas seguro en el trabajo cuando te gradúes de la facultad, tendrás que pagar una gran prima para seguir asegurado. La ley denominada Kassebaum-Kennedy garantiza que aquellos que tienen afecciones preexistentes (una enfermedad o afección que ya existía antes de asegurarte) puedan acceder a un seguro pero no limita el monto a pagar en calidad de primas.

La buena noticia es que si trabajas en forma independiente, puedes desgravar el seguro médico. Aquellos que se consideren legalmente incapacitados debido a una afección también pueden acceder a la seguridad de ingreso suplementario (Supplemental Security Income) o a Medicaid. Para que te consideren “incapacitado”, debes probar que, debido a dicha incapacidad, no puedes trabajar; ésa es la red de seguridad.

Por el otro lado, en 1999, el Congreso aprobó la Ley de Mejora de Incentivos Laborales (Work Incentives Improvement Act), que permite que quienes padecen una incapacidad trabajen y puedan utilizar Medicare durante un periodo de hasta diez años. Quienes tienen Medicaid pueden continuar con ese programa pagando las primas.

## **¿Debería participar en estudios sobre el trastorno bipolar? Si es así, ¿cuáles son mis derechos?**

En una de mis frases favoritas de la película *The Meaning of Life* (El sentido de la vida) de Monty Python, un padre empobrecido anuncia que su único recurso es vender a sus hijos para experimentos médicos. Antes de aceptar participar en un estudio —también conocido como investigación clínica— debes saber cuáles son tus derechos. El primero es el más importante: puedes negarte a participar o dejar de participar en cualquier momento. No eres un conejillo de Indias.

Las pautas éticas para investigaciones clínicas (Ethical Guidelines for Clinical Investigation) de la American Medical Association establecen que “el investigador debe

demostrar el mismo interés y la misma precaución con respecto al bienestar, la seguridad y la comodidad de la persona implicada que se le exige al médico que atiende al paciente independientemente de la investigación clínica”. Dichas pautas también especifican que “los menores de edad o las personas mentalmente incompetentes pueden participar en las investigaciones sólo si: a) debido a la naturaleza de la investigación, no fuera adecuado que participen los adultos mentalmente competentes o b) un representante legalmente autorizado del individuo otorga el consentimiento, por escrito, en circunstancias en las que razonablemente se esperaría que los adultos informados y prudentes se ofrezcan, u ofrezcan a sus hijos, como voluntarios.”

Finalmente, el médico no deberá obtener tu consentimiento haciéndote creer que si se lo das, la relación personal mejorará; no debes sentirte o ser coaccionado. Las pautas de la American Medical Association establecen que “los médicos no deben utilizar la persuasión para obtener el consentimiento, que de lo contrario no obtendrían, ni deben alentar otras expectativas más que aquellas que las circunstancias justifiquen de manera razonable y realista.”

## **¿Cómo puedo ser amigo de alguien que padece trastorno bipolar?**

Mi abuela paterna tenía diabetes; tuvo varios derrames cerebrales y dependía de su esposo para que le inyectara insulina diariamente. Regulaba, con cuidado, cuánta azúcar ingería. Nosotros la tratábamos de manera diferente de lo que lo hubiésemos hecho si no hubiese tenido diabetes; no la tentábamos con caramelos y nos asegurábamos de que comiera regularmente. A pesar de su enfermedad, tuvo una vida muy plena y feliz.

Tener un amigo que padece trastorno bipolar es similar. El problema no es el azúcar, sino la falta de sueño, las drogas y el estrés. Si me pides que vayamos a la discoteca me ofenderías ya que, si eres mi amigo, debes saber que no puedo beber alcohol ni interrumpir el ciclo durante el que duermo y estoy despierto sin sufrir consecuencias graves. Ofrecerme una cerveza es un gesto amable, pero me pone en una situación incómoda. Viajar por las carreteras es una gran experiencia de vinculación afectiva, pero también produce mucho estrés. Ahora que sabes lo que no debes hacer, ¿cómo puedes ser amigo de alguien que padece esta enfermedad?

En algún momento de mi niñez, un maestro dijo que las enseñanzas de las grandes religiones del mundo se podían resumir en dos mandamientos: no hagas a los otros lo que no quieres que te hagan a ti y ama a tu prójimo como a ti mismo. Deseo ser el tipo de amigo que vive de acuerdo con estos dos mandamientos y, quisiera, especialmente cuando estoy enfermo, que mis amigos hicieran lo mismo. Si un adolescente cuenta con un sistema de apoyo que funciona, su paso por la adolescencia es más seguro y fácil.

De todos modos, los amigos que no aceptan tu enfermedad no son verdaderos amigos. Revelar tu enfermedad también puede ser una manera de ganarte la confianza de las personas, ya que éstas, a menudo, responden de la misma manera y revelan algo sobre ellas cuando bajas la guardia y les permites acercarse más.

Una persona que padece trastorno bipolar y que no tiene buenos amigos es alguien que está en problemas. Si eres mi amigo, eres un recurso importante en mi vida, ya que si me tratas con responsabilidad, me ayudas a mantenerme saludable. Eres mi caja de resonancia cuando siento temblores episódicos. Recorro a ti cuando los demás huyen, cuando me odio a mí mismo y cuando siento mucha culpa. Cuando no me acuerdo de las risas y el amor, estás a mi lado para recordarme lo divertido que soy y que lo que siento es sólo temporal. *Me recuerdas que no soy mi enfermedad.*

Lo mejor que puedes hacer por un amigo que padece trastorno bipolar es ayudarlo cuando está fuera de control y contencioso y cuando aparta a las personas. Además de las incontables veces que le prestas atención, es en esos momentos cuando más te necesita. Un epiléptico no es más responsable de la tormenta eléctrica en su cerebro que yo de las palabras duras que suelto cuando tengo un episodio maníaco. Puede que llegues a la conclusión de que debemos ser capaces de controlarnos; podemos hacerlo, hasta un cierto punto, pero es más difícil de lo que crees. Dale a tu amigo libertad de acción durante los episodios bipolares. Cuando nuestra mente llega a puntos extremos, decimos palabras hirientes sin querer —especialmente a los que amamos.

Si es posible sentirte bien cuando uno te hospitaliza, es muy probable que te sientas así cuando eres tú el que decide ingresar a ese ambiente protegido. Me siento mejor cuando un amigo me acompaña caminando hasta el hospital y permanece a mi lado mientras firmo y me interno.

Esto ha ocurrido con suficiente frecuencia como para crear un patrón: después de que mi amigo y yo compartimos algunas horas, comienza una discusión. Deseo que él regrese a su casa y duerma. El reloj indica que son más de las 3:00 de la madrugada. En diferentes ocasiones, varios de mis amigos insistieron en quedarse hasta que me internaran y me medicaran; se sentaban conmigo durante horas en el piso de baldosas y en habitaciones de evaluación con paredes acolchadas. Dos de mis amigos se aseguraban de que me trataran como a un ser humano durante el proceso deshumanizante y peleaban por mis derechos cuando me sentía demasiado débil como para pronunciar una palabra en defensa propia. Otro amigo hasta dijo que era mi hermano así podía pasar frente a los enfermeros para visitarme fuera de hora.

No cambiaría el tipo de amigos que he tenido durante los momentos más difíciles por 20 amigos comunes. Me siento cómodo cuando les cuento algo que me incomodaría contarles a mis padres; ellos son la cuerda con la que está trenzada mi red de seguridad. Dado que estuvieron a mi lado durante años y me han visto en situaciones diferentes, pueden evaluar la diferencia entre maníaco y feliz o entre triste y deprimido. Cuando todo se descontrola (sabes a lo que me refiero), puedo confiar en ellos para que me ayuden a sortear el temporal.

### **¿Estoy protegido contra la discriminación?**

Tanto el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973 como la Ley para Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA por sus siglas en inglés) de 1990 protegen a quienes padecen enfermedades mentales contra la discriminación. El artículo 504 prohíbe la discriminación debido a la incapacidad en actividades, instituciones o programas financiados por la Nación. El artículo 104.42 de las normas, según *The Law of Higher Education* (1995) de William Kaplan, “prohíbe la discriminación por incapacidad en el ingreso y la contratación”, como así también “toda averiguación previa al ingreso con respecto a si el aspirante padece una incapacidad.” Kaplan y Lee también observan que, en *Tanberg contra Weld County Sheriff*, “el juez federal resolvió que

el demandante que demuestre discriminación intencional según el artículo 504 tiene derecho a recibir una indemnización por daños y perjuicios.”

La ADA de 1990 establece que: “Ninguna entidad cubierta discriminará contra un individuo *calificado* que padezca una *incapacidad*.” El impedimento debe ser reconocido desde el punto de vista médico y debe limitar “considerablemente” una actividad principal de la vida. Se define como impedimento mental, categoría incluida en la ADA, a “todo tipo de trastorno mental o psicológico, como por ejemplo, el retraso mental, el síndrome orgánico cerebral, las enfermedades emocionales o mentales y las incapacidades específicas de aprendizaje.” La ADA se aplica a las instituciones educativas, independientemente de que reciban o no fondos federales. El título III de la ley prohíbe la discriminación en todo tipo de lugares de alojamiento público. Este título cubre específicamente los criterios de elegibilidad de servicios, políticas, prácticas o procedimientos, entre otros.

### **¿Pueden hospitalizarme o medicarme contra mi voluntad?**

Existe una gran controversia con respecto a la dificultad a la que nuestras familias se enfrentan para “internarnos” en una sala de psiquiatría. Como regla general, es un proceso muy difícil. Algunos consideran que debería ser más fácil, otros, más difícil. No hay una respuesta correcta o incorrecta para este tema, sino unas cuantas personas asustadas que tratan de hacer lo correcto. Si te internan involuntariamente, tienes derecho a una audiencia ante un tribunal. No te pueden medicar contra tu voluntad a menos que representes un peligro directo para ti u otros. Esto se denomina medicación debido a una crisis. La otra circunstancia en la que te pueden medicar por la fuerza es mediante una orden judicial.

En *O'Connor contra Donaldson* (1975), la Corte Suprema decidió que “si un paciente no peligroso es cortésmente internado contra su voluntad en un hospital psiquiátrico del estado, el único propósito constitucionalmente lícito de la internación es suministrar un tratamiento y dicho paciente tiene el derecho constitucional a recibir tal tratamiento debido a que lo ayudará a curarse o a mejorar su afección mental.”

En *Lake contra Cameron* (1966), la corte resolvió que la hospitalización involuntaria sólo se permite cuando no se cuenta con alternativas que violan la libertad del individuo en menor escala. Esta doctrina se conoce como la regla de la “alternativa menos restrictiva”.

Todos los que consideren que la internación en el hospital es ilegítima pueden hacer uso del recurso de hábeas corpus. Éste es un proceso judicial mediante el cual el paciente o preso puede elevar una petición para comparecer ante un tribunal para que se determine si ha sido detenido ilegalmente y debe quedar en libertad.

## ¿Qué tipo de información práctica debo saber sobre el hospital?

A continuación te presento una serie de preguntas que tú y tu familia deben considerar frente a una hospitalización:

- ¿Es tu médico parte del personal?
- ¿Tiene tu médico privilegios de ingreso en el hospital que has elegido?
- ¿Está el hospital acreditado por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)? (Esto asegura el cumplimiento de ciertos requisitos de calidad).
- ¿Acepta tu seguro médico?
- ¿Qué gastos deberás pagar?
- ¿Te internarán en una sala abierta o en una bajo llave?
- ¿Quién será tu enfermero? ¿Quién será tu enfermero durante el turno diurno? ¿Quién lo será durante el turno nocturno?
- ¿Cuáles son las reglas de la sala?
- ¿Cuáles son los privilegios y cómo los obtienes?
- ¿Cómo obtienes el pase por hora, día y fin de semana?
- ¿Quién es el responsable de la sala?
- Si deseas firmar para retirarte AMA (sin autorización médica), ¿qué procedimientos debes seguir y dónde se encuentran los formularios?

Preguntas relacionadas:

- ¿Cuál es el límite de la cobertura de tu seguro para la atención de la salud mental?
- ¿Reúnes los requisitos para ingresar a Medicaid?
- ¿El estado en que resides obliga a las aseguradoras a cubrir los trastornos mentales y los físicos de la misma manera?

## ¿Qué debo llevar cuando ingreso al hospital?

- Un defensor (un miembro de tu familia o un amigo) para que te ayude a manejarte dentro del sistema y se asegure de que te atiendan adecuadamente.
- Identificación, como por ejemplo, la licencia de conducir.
- Información de contacto del médico que realiza la derivación, si correspondiera.
- Información de contacto de las personas a quienes se deben notificar si ocurriera una emergencia médica.
- Independientemente de la edad que tengas, una copia de tu testamento vital podría ser útil. No estoy sugiriendo que la hospitalización resultará fatal, simplemente que algunos hospitales exigen prueba del testamento vital si lo tienes cuando te internas. Si ocurriera una emergencia, ésta es una manera de protegerte ya que especifica hasta qué punto deseas preservar tu vida a través de un sistema de respiración asistida.
- Constancia de la cobertura de seguro (tarjeta de Medicare/Medicaid si correspondiera).
- Tarjeta de crédito principal, si se exige un pago previo o depósito. Puedes optar por una chequera.
- Una lista por escrito de todos los medicamentos (de venta libre y recetados) que tomas, con detalle de las dosis y de la última vez que tomaste cada uno. Lleva los frascos que te han recetado para evitar confusión.
- Una lista de todos los problemas médicos crónicos, incluso las alergias. Anota todos los efectos secundarios que te produjeron los medicamentos en el pasado.
- Un antecedente breve, de una o dos páginas, de tu enfermedad que incluya la fecha en la que apareció, las fechas de las hospitalizaciones anteriores y, si hubiese, antecedentes familiares de trastornos mentales. Entrégale esta información al residente a cargo de anotar tus antecedentes médicos.
- Pijama, cepillo de dientes, pasta dental, peine, desodorante, ropa interior, calcetines y, como mínimo, un conjunto de ropa de calle.

## ¿Por qué debería considerar la hospitalización?

Hospitalizarse no es divertido, es caro y es algo que nunca olvidaré. En efecto, debes conversar sinceramente sobre este tema con tu médico antes de que surja la necesidad de que

te hospitalicen a fin de que puedas prevenirla o sobrellevarla. A veces, es necesario reajustar los medicamentos en un ambiente en el que los efectos secundarios se puedan controlar cuidadosamente. Otras veces, la hospitalización es necesaria debido a que no puedes funcionar por cuenta propia y te deben supervisar y otras es necesaria debido a que eres suicida.

## ¿Qué tipo de restricciones existen en la sala de psiquiatría?

Al igual que en la vida, en las salas de psiquiatría hay reglas. A menudo, se colocan cerca de la entrada a la sala. Por ejemplo:

No tocar a otros pacientes. Llenar la tarjeta de comidas todas las noches. Los pacientes deben asistir a las reuniones comunitarias. Las luces se apagarán a las 10 p.m. Las visitas deben firmar en la estación de enfermería. Los horarios de visita son de 2 a 4 p.m. y de 6 a 8 p.m. Se inspeccionarán todos los elementos que las visitas ingresen a la sala.

En algún lugar del ambiente blanco, estéril y estructurado de la sala de psiquiatría hay un enfermero de cabecera que te dirá su nombre y, si estás lo suficientemente bien como para hacerlo, te mostrará el piso y te explicará las reglas. También te deberán entregar la declaración de los derechos de los pacientes. Durante mi estadía, estos eran los siguientes:

Tiene derecho a que lo traten con dignidad y respeto.

Retendrá todos los derechos civiles que no le hayan sido específicamente restringidos por orden judicial.

1. *El derecho a la comunicación privada e ilimitada.* Lamentablemente, en varias de las aproximadamente doce habitaciones en las que estuve durante las seis hospitalizaciones, no había manera de llamarme porque los números telefónicos no se conocían.
2. *El derecho a congregarse y formar pacíficamente un gobierno constituido por pacientes.* Varias veces me eligieron presidente de dicho gobierno. El poder del grupo era el apoyo de los pares.
  - a. *A recibir ayuda por parte de un defensor de su elección o a consultar a un abogado en privado.*

- b. *A presentar reclamos y que los atiendan sin demora.* Me permitían reclamar, pero si actuaban en consecuencia, eso era otro tema.
  - c. *A recibir visitas en horarios razonables, a menos que se haya determinado que verlas pudiese interferir con el tratamiento o el bienestar propio o de otros.* Me permitían recibir visitas. La parte más triste era ver las pocas visitas que tenían los otros pacientes.
  - d. *A recibir y enviar correspondencia sujeto a inspecciones ante su presencia.* Es comprensible que a los pacientes que tienen dificultad para mirar televisión les resultará aun más difícil escribir cartas. Es difícil concentrarse cuando tomas medicamentos antipsicóticos.
  - e. *A tener acceso a los teléfonos designados para uso por parte de los pacientes.* Al principio de cinco de las seis veces que me hospitalizaron estuve en observación especial, por lo que no gozaba del privilegio de usar el teléfono.
3. *Tiene derecho a practicar la religión de su elección o a abstenerse de las prácticas religiosas.* Una vez llevé la Biblia al hospital y el enfermero anotó mi “religiosidad” en los registros médicos.
  4. Tiene derecho a mantener y hacer uso de las pertenencias personales siempre que no sean de contrabando y puede vender los objetos personales y quedarse con lo recaudado.
  5. *Puede celebrar un contrato, casarse, obtener un divorcio o redactar un testamento.* (¡Que lugar para la luna de miel!)
  6. Tiene derecho a participar en el desarrollo y la revisión de su plan de tratamiento.
  7. Tiene derecho a recibir tratamiento en el entorno menos restrictivo, dentro del centro, que necesite para lograr los objetivos del tratamiento.
  8. *Tiene derecho a que le den el alta del centro apenas deje de necesitar atención y tratamiento.* Esta regla suena como la trampa 22. Como mencioné, si admites que estás enfermo, no te liberarán y si no admites que estás enfermo, estás “loco” y necesitas más tratamiento.
  9. Tiene derecho a no ser sometido a tratamientos rigurosos o poco comunes.
  10. Si lo han internado contra su voluntad conforme a los procedimientos de un tribunal civil y no recibe tratamiento, no representa un peligro para usted ni para otros y puede sobrevivir de manera segura en la comunidad, tiene derecho a que le den el alta del centro. Tiene derecho a que le paguen el trabajo que realice y represente un beneficio para el funcionamiento y el mantenimiento del centro conforme a las actuales regulaciones federales salariales y horarias.

## ¿Cuánto tiempo necesitare permanecer en el hospital?

Algo importante que debes tener en cuenta es que puede pasar bastante tiempo antes de que te sientas mejor. En una buena sala de psiquiatría te exigen que duermas regularmente, que no consumas drogas ilegales, que tomes regularmente los medicamentos,

que cumplas el horario previsto para las terapias, que te entrevistas con los médicos y que minimices los medios para suicidarte. Te puede parecer que la depresión durará toda la vida, pero recuerda que es sólo un problema pasajero en tu vida; la depresión y la manía cambian de ciclo y se separan pero pocas veces quedan estancadas. Según un estudio realizado en 1999, sólo en el 4% de los casos de manía y depresión no se logró la remisión después de cinco años, lo que significa que existe el 96% de probabilidad de que puedas tratar la enfermedad actual o futura. Los nuevos tratamientos en los que se emplea estimulación magnética, los nuevos medicamentos y las nuevas terapias deben representar una esperanza para quienes están dentro del 4% que no responden.

Sin embargo, sentirse mejor y demostrárselo al personal del hospital puede ser un problema. En mi caso, una señal de que me estoy sintiendo mejor es cuando el sentido del humor como así también el de la ironía comienzan a aparecer. Me estoy recuperando. “No es así”, pensó el residente que me preguntó acerca del almuerzo que acababa de terminar. “¿Cómo estuvo la comida hoy?”, había preguntado. “La fama de McDonald’s está segura”, respondí. Anotó algo en el bloc del tamaño de una chequera; después me enteré que había interpretado mi respuesta como una señal de que mi afección estaba empeorando. Si yo estuviese a cargo de las salas de psiquiatría del mundo, arriba de la puerta escribiría: todos los que ingresen deben dejar de lado la ironía.

En la sala de psiquiatría, el pensamiento creativo e independiente —recompensado en los mejores programas universitarios de grado y posgrado— es una señal de que el paciente no está bien. Los profesionales de salud mental, J. D. Frank y J. B. Frank, una vez observaron en un estudio de psicoterapia realizado en 1991, que: “Los miembros del personal se limitan a un plan conceptual irrefutable que considera todo tipo de conducta inconforme como evidencia de enfermedad mental y todo lo que hacen como terapéutico, a pesar de que los pacientes pueden correctamente percibir que el personal actúa según su propia conveniencia o para castigar la mala conducta”. Creo que si un miembro de tu familia se reúne con los administradores y se queja por escrito y personalmente se pueden remediar estas injusticias, pero es importante que como paciente intentes retener suficiente control como para no contravenir a las reglas de la sala.

Lo que puede ayudar a un paciente a entender la conducta de los enfermeros y los médicos es tratar de aceptar su punto de vista cuando está equilibrado y no sufre episodios

maniacos ni depresivos. Tienen que trabajar en el ambiente sombrío del cual te quejas, con pacientes y familias rebeldes, se pueden lastimar, su reputación pelagra si alguien se lastima, los pacientes los superan en número y tienen que mantener el orden. Sin embargo, es difícil aceptar el punto de vista de otro cuando te sientes dolido y no puedes pensar con claridad. Según mi experiencia, tengo presente que me castigarán si no respeto las reglas, por lo tanto, me comporto.

## ¿Qué implica que te den el alta del hospital?

Es conveniente que te retires del hospital de manera gradual, a través de pases, debido a que adaptarte al mundo exterior es estresante. El pase se otorga en función de un objetivo; por ejemplo, un amigo te puede llevar al cine, o tu padre o madre te pueden llevar al dentista. Si vas a la escuela, te pueden dar un pase para que asistas a una clase. Un pase también puede simplemente especificar que puedes realizar una caminata en grupo con un enfermero y otros pacientes. En este escenario, el enfermero que dirige las caminatas no usa algo que lo identifique para que no te preocupes de que las personas piensen que tienes un permiso de la sala de psiquiatría.

## ¿Cómo es el pase del paciente?

El pase del paciente revela dos aspectos del sistema hospitalario: el efecto perverso del temor a las demandas y el hecho de que una vez que todo esté dicho y hecho, para seguir funcionando, el hospital debe ser una empresa que piensa en asegurar que sus médicos, enfermeros y ordenanzas reciban sus salarios. A pesar de que los pases de los pacientes difieren según el hospital, la mayoría se parece al siguiente:

Pase del paciente (por seis horas o menos)

Paciente:            Fecha:            Lugar:            Médico:

Objetivo del pase:

Instrucciones para el paciente:

1. Lleve siempre este pase.
2. Regrese al hospital a horario. ESTA INFORMACIÓN ES IMPORTANTE PARA SU ATENCIÓN MÉDICA.

3. Si tiene un problema médico mientras está fuera del hospital, llame al \_\_\_\_\_.
4. Cuando regrese al hospital, diríjase a la estación de enfermería de su piso y entregue este PASE.

Comprendo las instrucciones anteriores y me comprometo a seguirlas. Por el presente, eximo al hospital, a los médicos y enfermeros de toda responsabilidad con respecto a mi persona o afección médica mientras estoy fuera del hospital. Comprendo que si no regreso al hospital a horario, puedo perder la cobertura del seguro para la hospitalización y los honorarios médicos. Si pierdo la cobertura debido a que no regreso a horario, me comprometo a pagar todos los cargos hospitalarios al igual que los honorarios médicos por la hospitalización.

### **¿Qué puedo hacer para mantenerme sano cuando salgo del hospital?**

Si después de salir del hospital actúas de la misma manera en la que lo hacías antes de hospitalizarte o tomas las mismas decisiones perjudiciales (como por ejemplo, no tomar los medicamentos), puedes recaer. Antes de que te den el alta, prepara un plan que especifique las actividades que te mantendrán mentalmente estable. Toma tus medicamentos. Consulta a tu terapeuta. Hazte socio de un club, consigue una mascota, escribe poesía, haz esculturas, asiste a clases de baile, aprende a cocinar, escribe un libro. (Reconozco que escribir un libro puede ser demasiado).

### **No te has centrado en el hecho de que la tasa de suicidios entre las personas que padecen trastorno bipolar, especialmente quienes no reciben tratamiento, es más alta que lo normal. ¿Por qué no?**

Los retratos de Kurt Cobain, el roquero *grunge* que aparece en muchas revistas populares años después de que se suicidó en 1994, parecen exaltar el hecho de que se quitó la vida. Si eres admirador de Nirvana, sabes que sus letras reflejan desolación y muerte; no es sorprendente que otros miembros de su familia también sufrían depresión. Le habían diagnosticado trastorno bipolar. ¿Fue un mártir de su enfermedad? ¿Se debe idealizar su muerte? No, según Courtney Love, su esposa rockera y madre de la hija de ambos. Love condenó públicamente la decisión de Cobain de quitarse la vida.

El contagio de suicidio mediático es un problema, especialmente en los jóvenes. La Dra. Madelyn Gould, experta en suicidios de la Universidad de Columbia (Columbia University), en su estudio de 1,800 historias mediáticas sobre suicidio en Estados Unidos halló que:

Una cantidad inquietante glorificaba e idealizaba el suicidio dando a entender que existe algo noble, heroico o sacrificado en el acto. Explicó que en la mayoría de las historias no se mencionaban las enfermedades mentales, a pesar de que los estudios constantemente muestran que el 90 por ciento de los suicidios ocurren entre personas que padecen trastornos mentales graves, como por ejemplo, la depresión, la drogadicción o la esquizofrenia.

Para agravar el problema, los jóvenes tienen muchas oportunidades para ver o leer sobre suicidios tanto en películas como en periódicos populares.

El suicidio es un tema tabú en la cultura estadounidense, en gran parte, debido a que está mal visto por muchas religiones y a que la familia y los amigos del difunto pagan un precio horroroso en su vida. Si bien sentirse suicida no es algo de lo que te tienes que avergonzar, no tender la mano en busca de ayuda sí lo es; practica decir: “Necesito ayuda”. Si temes las consecuencias de contarle a tu familia, al contacto designado o al terapeuta que no piensas en otra cosa que en la muerte, que consideras la muerte como una opción viable o que estás examinando las maneras de usar esa opción, entonces, estás en un gran problema. Cuando no te sientas desesperado, recurre a quienes te aman; hace bien y aumenta la probabilidad de que los busques cuando el mundo se vuelva desolado y los demonios en tu cabeza te tienten para que estés en silencio permanente.

La prevención del suicidio es otro de los buenos motivos para que sigas tomando litio. Los investigadores Frederick Goodwin y S. Nassir Ghaemi concluyeron en 1998 que: “está comprobado que el litio previene el suicidio. Una reciente revisión de 22 estudios sobre más de 150 suicidios indica que la probabilidad de suicidio entre quienes tratan el trastorno bipolar con litio es seis veces menor con respecto a quienes no reciben tratamiento”. Sin embargo, debido a las limitaciones metodológicas de los estudios, no todos los investigadores están convencidos de que el litio produce un efecto antisuicida.

Éste no es un libro sobre la prevención del suicidio sino uno que sugiere buscar tratamiento que surta efecto en más casos que en los que no. La personas suicidas necesitan consultar a un profesional de salud mental. Si recibes tratamiento, tomas los medicamentos, evitas el estrés, duermes la cantidad suficiente de horas y aprendes a ser optimista, puedes evitar mucho dolor y sentirte mejor.

## **Cuando el trastorno bipolar aparece en las noticias, por lo general, la historia narra un asesinato o un suicidio. Ya hemos tratado uno de los temas tabú, ¿qué ocurre con respecto al otro?**

Hasta ahora, me he centrado en cómo protegernos —de la discriminación, los estereotipos, los osteópatas (sólo quería saber si aún estás atento), las reacciones a los fármacos y nosotros mismos. También debemos pensar en cómo asegurarnos de que no pongamos en peligro ni amenacemos a otras personas cuando tenemos un episodio maniaco.

Ante el riesgo de convertirnos en un neumático liso, te diré que el mejor seguro que tienen quienes nos rodean con respecto a que no los perjudicaremos físicamente es que nos comprometamos a evitar las drogas ilegales y el alcohol. Un estudio realizado para la MacArthur Foundation en 1997 concluyó que quienes padecen trastornos mentales y no abusan de sustancias tales como las drogas y el alcohol tienen tantas probabilidades de ser violentos como el resto de las personas que viven en sus vecindarios. El abuso de sustancias predice la violencia tanto entre a quienes les dan el alta de los hospitales para enfermos mentales como entre quienes viven en sus vecindarios. La probabilidad de violencia aumenta más de lo previsto por el abuso de sustancias cuando se suma un trastorno mental que haya requerido tratamiento hospitalario reciente.

## **¿Cuáles son los beneficios de recibir tratamiento?**

Recuerda que el litio puede producir un efecto antisuicida y que otros tipos de medicamentos que se usan par tratar el trastorno bipolar parecen ayudarnos a permanecer saludables, que mantener el contacto con un profesional de salud mental y seguir sus

consejos nos ayudará a protegernos contra las crisis y que debes aprender qué opciones de tratamientos tienes —tanto las positivas como las negativas, como por ejemplo, los efectos secundarios no deseados de los medicamentos. Es conveniente que te informes sobre estos temas y los trates con el profesional de salud mental antes de que comiences a tomar medicamentos o los suspendas.

### **¿Puede el psiquiatra o el profesional de salud mental saber si un paciente representa un riesgo para sí mismo o para otros?**

La Suprema Corte ha manifestado falta de confianza en la capacidad de previsión de los psiquiatras y otros profesionales de salud mental. En *Addington contra Texas*, según el libro de Robert Levy y Leonard Rubenstein, *The Rights of People with Mental Disabilities* (1996), la corte concluyó que: “hay una controversia seria con respecto a si un estado puede probar, más allá de la duda razonable, que el individuo está mentalmente enfermo y que también puede ser peligroso”.

Existe abundante evidencia de que los profesionales de salud mental carecen de los medios para determinar quién resultará y quién no resultará peligroso para sí mismo o para otros. Un grupo de trabajo de la American Psychological Association concluyó, como resultado, que: “la validez de la predicción psicológica de la conducta peligrosa... es... tan escasa que uno podría oponerse a su uso debido al motivo totalmente empírico de que los psicólogos no están profesionalmente capacitados para hacer tales juicios”.

“La investigación indica que los médicos son mejores que el azar para predecir quién será violento, pero están lejos de ser perfectos”, escribe John Mohahan, Ph.D., profesor del Institute of Law, Psychiatry and Public Policy de la Universidad de Virginia (University of Virginia). “El problema es que no existe un procedimiento estándar y que esta área carece de una base sólida de investigación para saber en qué factores se puede confiar”. En general, es probable que los psiquiatras y otros profesionales de salud mental sobreestimen las probabilidades de que una persona represente un peligro para sí mismo o para otros. Un estudio indica que la peligrosidad se sobrestima entre 10 y 100 veces más que la probabilidad real de una instancia de conducta peligrosa.

## **¿Padecer trastorno bipolar implica que no debería tener hijos?**

No, pero sí significa que hay una afección que se sabe que se hereda (a diferencia de todas de las que no se sabe) y que esto se debe tener en cuenta al momento de tomar la decisión. Se debe considerar lo siguiente: ¿Has encontrado a alguien que comparte tu deseo de tener un hijo? ¿Has considerado las ventajas y las desventajas de adoptar? ¿Comprendes tu pareja lo que esta enfermedad implica para ti y lo que implicaría si el niño la hereda? ¿Se sienten los dos capaces de enfrentar ese desafío? ¿Cuentan con los recursos económicos para hacerle frente? Como observé antes, si uno de los padres padece trastorno bipolar, la posibilidad aproximada de que el niño herede algún tipo de trastorno del estado de ánimo es de una en cuatro y la posibilidad de que el niño herede el trastorno bipolar es del 10%. El trastorno bipolar tiene de todo un poco; los dotes de liderazgo y la creatividad están relacionadas con éste y quienes lo padecen pueden tener algunos vatios extras de potencia cerebral que se pueden aprovechar para sobrellevarlo. Hemos vivido con la enfermedad y sabemos que se puede tratar. El tratamiento que reciban tus hijos probablemente será mejor que el nuestro. Nadie puede decidir esto por ti o por mí.

# Glosario

---

## ¿Qué dicen de mí?

## ¿Qué me dicen?

¿Recuerdas los ejercicios de vocabulario en la escuela primaria? Deletrea la palabra. Define la palabra. Empléala en una oración. Si bien esas palabras no se relacionaban necesariamente entre sí, las que figuran en este ejercicio de vocabulario tienen algo en común: son los términos que emplean los profesionales de salud mental para hablar del trastorno bipolar, de los tratamientos y los temas afines. Considera esta sección como un glosario para personas no expertas.

**abuso de sustancias:** consumo constante de alcohol u otras drogas a pesar de sus efectos negativos, como por ejemplo, la conducta peligrosa cuando la persona se encuentra bajo los efectos de la sustancia o problemas personales, sociales y legales relacionados con el consumo de dicha sustancia

**admisión:** proceso por el que pasas para que te internen en el hospital

**alta:** salir del hospital. “Hoy me darán el alta” significa “hoy salgo de aquí”.

**alucinaciones:** escuchar, ver, oler o saborear algo que otras personas no pueden ver, escuchar, oler ni saborear

**AMA:** esto no significa American Medical Association sino “sin autorización médica” (against medical advice). Si has ingresado de manera voluntaria al hospital, puedes retirarte a pesar de que las personas responsables se opongan a tu decisión. Hacer esto significa que te retiras AMA. A fin de evitar que ocurra, algunos hospitales especifican que no permitirán que te internes nuevamente si te retiras AMA. Ésta es una forma de chantaje institucional establecido por la creencia de que los médicos saben más que los demás. Si no lo crees, antes de que te retires AMA podrías preguntarte qué te indujo, en primer lugar, a que ingreses al hospital. Mi consejo es que si tienes duda, no te retires.

**anticonvulsivante:** medicamento que ayuda a prevenir convulsiones. Muchos anticonvulsivantes contribuyen también a la estabilización del estado de ánimo.

**antidepresivo:** medicamento utilizado para prevenir o mitigar la depresión

**antidepresivos tricíclicos (ADT):** una antigua clase de antidepresivo

**antipsicótico atípico:** uno de los más recientes medicamentos antipsicóticos. Algunos antipsicóticos atípicos también se utilizan como estabilizadores del estado de ánimo.

**antipsicótico:** medicamento utilizado para prevenir o mitigar los síntomas psicóticos. Muchos antipsicóticos contribuyen también a la estabilización del estado de ánimo.

**cambio:** transición rápida de la depresión a la hipomanía o manía

**catatónico:** estado en el que el individuo está despierto pero no responde

**ciclación rápida:** se dice que la persona que experimenta cuatro o más episodios al año tiene una ciclación rápida. Los episodios pueden aparecer como una combinación de manía, hipomanía, estado mixto o depresión. Entre el 5% y 15% de quienes padecen el trastorno experimentan la ciclación rápida. La ciclación rápida y los estados mixtos se relacionan con un resultado a largo plazo menos satisfactorio y con una falta de respuesta a los fármacos utilizados para aplacar la manía.

**ciclación:** transición entre estados de ánimo/energía del trastorno bipolar—por ejemplo, de los eutímicos (normales) a los maníacos o de los maníacos a los depresivos o de los maníacos a los mixtos

**comorbilidad:** cuando las afecciones se presentan conjuntamente (coexisten), como por ejemplo, el trastorno bipolar y un trastorno alimentario

**consentimiento informado:** conformidad de un individuo para participar en un estudio o ser evaluado para brindar un tratamiento tras haberle informado sus derechos como participante del estudio o paciente. Antes de participar en un estudio (estés hospitalizado o no), lee detenidamente el formulario del consentimiento informado. Si estás en una sala de psiquiatría, haz que tu contacto designado también lo lea. Excepto en casos de emergencia, un médico no puede tratar a un menor de edad sin el consentimiento informado del padre, la madre o del tutor.

**delirio:** creencia bizarra sumamente desconectada de la realidad

**depresión atípica:** tipo de depresión mayor o distimia en la que la persona es capaz de alegrarse cuando ocurre algo bueno, pero se hunde nuevamente en la depresión después del suceso positivo

**depresión crónica:** tipo de depresión mayor en la que los síntomas están continuamente presentes al menos durante dos años

**depresión maníaca:** Ver **trastorno bipolar I, trastorno bipolar II.**

**depresión mayor:** trastorno del estado de ánimo que implica estados de depresión o irritación la mayor parte del tiempo o la pérdida de interés o goce en casi todo. Estas sensaciones se prolongan al menos durante dos semanas, están relacionadas con otros síntomas y causan gran angustia o deterioro en el funcionamiento.

**depresión:** sensación de tristeza, desesperanza o apatía que se prolonga al menos durante un par de semanas. Ver **depresión mayor.**

**despertar:** tendencia del sistema nervioso a incrementar la sensibilidad tras los episodios de estrés, como por ejemplo, los provocados por las convulsiones, la manía, la depresión o la psicosis. La “hipótesis de que el cerebro se despierta” es una teoría que sostiene que los episodios repetidos de manía o depresión pueden desencadenar cambios duraderos en el cerebro que lo hacen más sensible al estrés en el futuro.

**diagnóstico dual:** caso de un paciente que implica tanto un trastorno psiquiátrico como la adicción a las drogas o al alcohol

**discinesia tardía:** efecto secundario grave provocado por algunos medicamentos antipsicóticos, especialmente los fármacos más antiguos, como por ejemplo, haloperidol (Haldol), que ocurre con menor frecuencia con los medicamentos antipsicóticos atípicos

más recientes. Se caracteriza por las muecas, el retorcimiento de la lengua y otros movimientos de los músculos del cuerpo. Este mal es una consecuencia a largo plazo de los medicamentos usados para sedar a los pacientes y tratar los síntomas psicóticos que éstos pueden experimentar cuando sufren episodios maníacos. Debes recordar que la discinesia tardía, por lo general, desaparece una vez que suspendes el fármaco que la precipita.

**dopamina:** neurotransmisor esencial para el movimiento, que también influye en la motivación y la percepción de la realidad

**DSM-IV-TR: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado):** manual de diagnóstico utilizado por los profesionales de salud mental para clasificar las enfermedades mentales

**efecto secundario:** efecto indeseado de un fármaco

**el historial:** eres tú. El historial médico es el historial de tu enfermedad o trastorno.

**elementos de inmovilización física:** dispositivos, como por ejemplo, los lazos para la cama, que se utilizan para contener a los pacientes hospitalizados que están fuera de control. Existen límites legales con respecto al uso de los elementos de inmovilización física en los hospitales.

**episodio:** brote. Un episodio se puede prolongar durante días, semanas, meses o incluso años.

**esquizofrenia:** enfermedad mental grave que se caracteriza por delirios, alucinaciones o alteraciones graves en el habla, la conducta o el sentimiento

**estabilizador del estado de ánimo:** medicamento para el trastorno bipolar que disminuye los síntomas maníacos y depresivos y ayuda a nivelar los cambios en el estado de ánimo

**estado de ánimo:** sensación predominante en un momento específico

**estado eutímico:** estado de ánimo normal —sin episodios maníacos ni depresión

**estado mixto:** manifestación de síntomas de manía y depresión

**estimulación del nervio vago (ENV):** tratamiento para la epilepsia que se está probando actualmente para la depresión grave difícil de tratar. Se implanta un pequeño dispositivo para enviar leves impulsos eléctricos al nervio vago, que se comunica con partes fundamentales del cerebro.

**estimulación magnética transcraneal (EMT):** tratamiento experimental en el que se coloca un electroimán cerca del cuero cabelludo, donde se lo puede utilizar para enviar pequeñas ráfagas de energía para estimular las células nerviosas de una parte específica del cerebro

**estudio físico:** examen físico que incluye controles de sangre y orina para evaluar el funcionamiento renal y los niveles en sangre de los medicamentos

**estudio psiquiátrico:** no se necesitan zapatillas para correr; proceso a través del que se elabora el historial médico

**factor de riesgo:** característica que aumenta las probabilidades de que una persona manifieste una enfermedad

**hipomanía:** estado de ánimo un tanto exaltado, expansivo o irritable que se prolonga durante al menos cuatro días. El estado de ánimo es más moderado que en la manía, pero también se diferencia con claridad del estado de ánimo habitual de la persona cuando no está deprimida. En la hipomanía no se manifiestan alucinaciones.

**hospitalización:** tratamiento que requiere la hospitalización de los pacientes en un centro que brinda atención intensiva y especializada y control riguroso durante todo el día

**huida:** lo creas o no, éste es el término empleado para referirse a un paciente que se ausenta sin permiso (Absent Without Leave, AWOL por sus siglas en inglés) o, dicho sencillamente, un paciente que se ha escapado de la sala de psiquiatría

**inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO):** una antigua clase de antidepresivo

**inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS):** fármacos que aumentan la cantidad del neurotransmisor serotonina y, por consiguiente, la actividad sináptica del cerebro, que puede ayudar a curar y prevenir la depresión

**litio:** medicamento estabilizador del estado de ánimo

**manía disfórica:** manía con depresión

**manía unipolar:** a pesar de que no es uno de los términos que se incluyen en el *DSM-IV*, ocasionalmente se lo emplea para describir a quienes tienen un perfil bipolar y experimentan sólo episodios maníacos, no depresión; también se denomina manía pura

**manía:** estado de ánimo muy exaltado o irritable que se prolonga durante al menos una semana o que desencadena una conducta peligrosa. Entre los síntomas se incluyen ideas de grandiosidad, menor necesidad de dormir, pensamientos acelerados, asunción de riesgos y aumento de verbosidad o actividad. Estos síntomas producen un impedimento considerable en el funcionamiento o las relaciones.

**Medicaid:** programa gubernamental, financiado con fondos federales y estatales, que ofrece atención médica y mental a individuos con bajos recursos que cumplen con los requisitos de elegibilidad

**neurotransmisor:** químico que actúa como mensajero dentro del cerebro

**nivel en sangre:** cantidad de medicamentos en la sangre por unidad de medida. En otras palabras, se refiere a si tomas la dosis terapéutica o una dosis mayor o menor o si no tomas los medicamentos. Los niveles en sangre también determinan si has tomado alcohol o drogas —legales o ilegales.

**observación especial:** supervisión directa y regular de un individuo debido a que el personal del hospital teme que sea suicida u homicida

**pase:** permiso para salir de la sala de psiquiatría durante un periodo específico. Éste es uno de los privilegios que obtienes como parte del proceso que te ayuda a retomar las actividades normales del mundo no hospitalario.

**privilegios:** permisos para realizar ciertas actividades en la sala de psiquiatría. Entre los ejemplos de privilegios se incluyen el pase y el permiso para fumar, para realizar caminatas grupales supervisadas fuera del hospital y para participar en actividades especiales, como por ejemplo, los proyectos de arte.

**psicoterapia:** tratamiento de un trastorno mental, emocional o conductual a través de la “terapia conversacional” y otras técnicas psicológicas

**psicótico:** que tiene delirios o alucinaciones que pueden concordar, ser congruentes o no concordar con el estado de ánimo. Un individuo que está deprimido pero que cree que es Nerón, experimenta un delirio incongruente (pensamiento de grandeza) con su estado de ánimo (deprimido). Aproximadamente dos de tres personas que padecen trastorno bipolar, en algún momento, experimentan síntomas psicóticos, que por lo general son delirios paranoicos (todos me quieren atrapar) o de grandiosidad (soy la persona más inteligente del mundo). Durante los episodios maníacos, algunos se vuelven psicóticos, palabra que forma parte de las conversaciones comunes y que describe a alguien cuya conducta es “bizarra” e inexplicable. A pesar de que algunos grupos retrógrados aún lo hacen, no se considera adecuado identificar a las personas con sus síntomas o enfermedades. Por lo tanto, se podría decir que una persona es psicótica si está desconectada de la realidad, pero no es adecuado decir que quien experimenta ese estado es *un* psicótico.

**recaída:** resurgimiento de los síntomas después del periodo de remisión

**recurrencia:** episodio de una enfermedad que se repite

**remedios:** jerga que significa medicamentos. “¿Has tomado los remedios?”

**remisión total:** ausencia de los síntomas o los signos del trastorno durante dos meses o más

**remisión:** regreso al nivel de funcionamiento que existía antes de la enfermedad

**rondas:** en los hospitales, informes de los pacientes individuales y su evolución que la persona responsable pasa a quienes integran el equipo de tratamiento

**sala abierta:** las puertas de este tipo de salas de psiquiatría están sin llave

**sala bajo llave o celda:** las puertas de este tipo de salas de psiquiatría están cerradas con llave para que sean más seguras. Los pacientes que representan un peligro para sí mismos o para otros, por lo general, permanecen en una sala bajo llave.

**sala:** también denominada “unidad”. Lugar donde se realizan tratamientos médicos específicos o tratamientos de un tipo específico de enfermedades. Por lo general, la sala de psiquiatría es el piso o área del hospital dedicado al tratamiento de las enfermedades psiquiátricas.

**serotonina:** neurotransmisor que cumple una función en el estado de ánimo y ayuda a regular el sueño, el apetito y el deseo sexual

**suicidalidad:** pensamiento o conducta suicida

**terapia de luz:** tratamiento terapéutico de exposición diaria a luz muy brillante proveniente de una fuente artificial. También se denomina fototerapia.

**terapia de ritmo social:** técnica terapéutica que se centra en ayudar a las personas a regularizar las rutinas diarias

**terapia electroconvulsiva (TEC):** tratamiento que consiste en enviar una corriente eléctrica, controlada con cuidado, al cerebro para producir una convulsión breve. Se cree que modifica algunos de los procesos electroquímicos involucrados en el funcionamiento del cerebro.

**terapia familiar:** psicoterapia que reúne a varios miembros de la familia para realizar las sesiones terapéuticas

**terapia interpersonal (TIP):** tipo de psicoterapia cuyo objetivo es abordar las causas de los síntomas mentales, emocionales o conductuales

**terapia ocupacional (TO):** ejercicio o trabajo productivo organizado y supervisado, por lo general, por un terapeuta ocupacional

**trastorno afectivo estacional (TAE):** tipo de depresión mayor en la que los síntomas se manifiestan y desaparecen aproximadamente en el mismo momento cada año; comienzan en el otoño o el invierno y desaparecen en la primavera

**trastorno bipolar I:** manía en estado avanzado más depresión mayor. Al menos un episodio maníaco o uno mixto más depresión mayor. La manía debe prolongarse, como mínimo, una semana y puede haber alucinaciones.

**trastorno bipolar II:** depresión en estado avanzado más manía leve. Al menos una depresión mayor en la que se debe experimentar, como mínimo, un episodio hipomaníaco que se prolongue por lo menos cuatro días

**trastorno ciclotímico (ciclotimia):** estados de euforia y depresión que se alternan pero que no son tan graves como serían en una depresión o manía mayor; la afección es crónica y cíclica y debe prolongarse, como mínimo, un año en los niños y los adolescentes y dos años en los adultos

**trastorno de ansiedad:** trastorno mental que se caracteriza por sensaciones extremas e inadaptadas de tensión, temor o preocupación

**trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH):** trastorno que se caracteriza por la poca capacidad de concentración, el exceso de actividad o la conducta impulsiva. Los síntomas del trastorno comienzan al principio de la vida y suelen confundirse con los del trastorno bipolar.

**trastorno de la conducta:** trastorno que se caracteriza por un patrón repetitivo o constante de gran dificultad para cumplir con las reglas o las normas sociales

**trastorno distímico (distimia):** estado de ánimo deprimido menos grave y más prolongado que una depresión mayor; el estado de ánimo se prolonga durante más de dos años

**trastorno esquizoafectivo:** tipo de enfermedad mental grave en la que un episodio de depresión o manía se presenta conjuntamente con los síntomas de la esquizofrenia

**trastorno negativista desafiante:** trastorno caracterizado por un patrón constante de rebeldía, hostilidad o falta de cooperación inusualmente frecuente

# Recursos

---

## Organizaciones

### **American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**

3615 Wisconsin Ave., NW

Washington, DC 20016-3007

(202) 966-7300

[www.aacap.org](http://www.aacap.org)

Para consultar el directorio de derivaciones visita  
[www.aacap.org/ReferralDirectory/index.htm](http://www.aacap.org/ReferralDirectory/index.htm)

### **American Association of Suicidology**

5221 Wisconsin Ave., NW

Washington, DC 20015

(202) 237-2280

[www.suicidology.org](http://www.suicidology.org)

### **American Foundation for Suicide Prevention**

120 Wall Street, 22nd Floor

Nueva York, NY 10005

(888) 333-2377

(212) 363-3500

[www.afsp.org](http://www.afsp.org)

### **Child and Adolescent Bipolar Foundation**

1000 Skokie Blvd., Suite 425

Wilmette, IL 60091

(847) 256-8525

[www.bpkids.org](http://www.bpkids.org)

### **Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA)**

730 N. Franklin Street

Suite 501

Chicago, IL 60610-7224

(800) 826-3632

[www.dbsalliance.org](http://www.dbsalliance.org)

La DBSA informa que es la mayor organización nacional “dirigida por pacientes y orientada a enfermedades específicas”. Una prestigiosa junta asesora científica guía el trabajo que se realiza. La DBSA “educa a la población acerca de la naturaleza de la depresión y el trastorno bipolar, que son enfermedades médicas tratables”. La DBSA dirige una red de grupos de ayuda, publica gran cantidad de material educativo y defiende a quienes padecen trastornos del estado de ánimo.

El enlace [www.dbsalliance.org/Info/findsupport.html](http://www.dbsalliance.org/Info/findsupport.html) del sitio web de la DBSA brinda información de contacto para formar parte de una sección y un grupo de ayuda de la DBSA en Estados Unidos.

### **Depression and Related Affective Disorders Association (DRADA)**

8201 Greensboro Dr., Suite 300

McLean, VA 22102

(703) 610-9026

[www.drada.org](http://www.drada.org)

Brinda información y ayuda a quienes padecen depresión maníaca y depresión.

### **Mental Health Infsource**

[www.mhsource.com/](http://www.mhsource.com/)

Permite que te suscribas a un servidor de listas de correo automático relacionado con una gran variedad de problemas de salud mental y física y brinda información actualizada en general sobre la salud mental.

### **National Alliance on Mental Illness (NAMI)**

Colonial Place Three

2107 Wilson Blvd., Suite 300

Arlington, VA 22201-3042

(703) 524-7600

[www.naml.org](http://www.naml.org)

Cuenta con más de 1,000 filiales en todo el país que ayudan a quienes padecen enfermedades mentales.

### **National Hopeline Network**

(800) SUICIDE (1-800-784-2433)

Esta línea directa y gratuita está disponible las 24 horas para personas que buscan ayuda o piensan en el suicidio; brinda derivaciones a líneas y centros de crisis en todo en país.

### **National Institute of Mental Health, (NIMH)**

Departamento de comunicación

6001 Executive Blvd.

Rm. 8184, MSC 9663

Bethesda, MD 20892-9663

(866) 615-6464

[www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)

Esta división de los National Institutes of Health intenta “disminuir la carga que representan las enfermedades mentales a través de la investigación”. Este sitio ofrece amplios recursos sobre la salud mental para los médicos, los investigadores y la población.

### **National Mental Health Association (NMHA)**

2001 N. Beauregard St., 12th Floor

Alexandria, VA 22311

(703) 684-7722

[www.nmha.org](http://www.nmha.org)

La NMHA cuenta con una red de más de 340 filiales nacionales que trabajan para mejorar la salud mental de los estadounidenses.

### **Ley para Estadounidenses con Incapacidades del Departamento de Justicia de Estados Unidos (U.S. Department of Justice Americans with Disabilities Act) (página de inicio de la ADA)**

[www.usdoj.gov/crt/ada/adahom1.htm](http://www.usdoj.gov/crt/ada/adahom1.htm)

## Libros

Existe una gran variedad de libros sobre el trastorno bipolar que deberías leer. Algunos fueron escritos por personas con títulos avanzados —por ejemplo, *Manic-Depressive Illness*, segunda edición (New York: Oxford University Press, 2007) de Frederick Goodwin y Kay Redfield Jamison; *A Mood Apart: Depression, Mania, and Other Afflictions of the Self* (New York: Basic Books, 1997) de Peter Whybrow y *Surviving Manic Depression* (New York: Basic Books, 2002) de E. Fuller Torrey y M. B. Knable.

Otros son autobiografías de adultos que padecen el trastorno. Por ejemplo, *Electroboy: A Memoir of Mania* de Andy Behrman (New York: Random House, 2002), es una tensa e interesante autobiografía de su vida en la ciudad de Nueva York y de sus experiencias con las complicaciones del trastorno bipolar, incluido el tratamiento con la terapia electroconvulsiva. *Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness* (New York: Alfred A. Knopf, 1995) de Kay Redfield y *Call Me Anna* (New York: Bantam, 1987) de Patty Duke también son libros muy recomendados.

Otros son relatos angustiados que conmemoran la vida de las personas cuya enfermedad terminó en suicidio, como por ejemplo, *His Bright Light: The Story of Nick Traina* (Su luz interior: la historia de Nick Traina) (New York: Delacourt, 1998) de Danielle Steele o guías familiares escritas por los padres y hermanos de quienes padecen el trastorno, como por ejemplo, *We Heard the Angels of Madness* (New York: William Morrow, 1991) de Diane y Lisa Berger.

*Learned Optimism* (New York: Vintage, 2006), del Dr. Martin Seligman, es un muy buen libro para quienes desean mejorar lo que piensan de ellos mismos y del mundo. Para obtener más información para adolescentes sobre enfermedades mentales, visita [www.CopeCareDeal.org](http://www.CopeCareDeal.org), un sitio web que la Annenberg Foundation Trust at Sunnylands patrocina específicamente para los adolescentes.

# Bibliografía

---

- Abrams, Richard. *Electroconvulsive Therapy* (4th ed.). New York: Oxford University Press, 2002.
- Alloy, Lauren B., John H. Riskind, and Margaret J. Manos. *Abnormal Psychology*. New York: McGraw-Hill, 2005.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. "Teen suicide."  
[www.aacap.org/publications/factsfam/suicide.htm](http://www.aacap.org/publications/factsfam/suicide.htm). Visitado el 07/09/04.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. "11 questions to ask before psychiatric hospitalization of your child or adolescent."  
[www.aacap.org/publications/factsfam/11qustin.htm](http://www.aacap.org/publications/factsfam/11qustin.htm). Visitado el 28/09/04.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association. *Desk Reference: Diagnostic Criteria from DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- American Psychological Association. *Report of the Task Force on the Role of Psychology in the Criminal Justice System*. Washington, DC: American Psychological Association, 1978.
- Andreasen, Nancy. Creative tension. *Washington Post* (4/16/95), p. W11.
- Angst, Felix, Hans H. Stassen, Paula J. Clayton, et al. Mortality of patients with mood disorders: Follow-up over 34–38 years. *Journal of Affective Disorders* 68 (2002): 167–181.
- Baldessarini, Ross J., and Leonardo Tondo. Suicide risks and treatments for patients with bipolar disorder. *JAMA* 290:11 (9/17/03): 1517. <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/290/11/1517>. Visitado el 05/08/05.
- Barbini, Barbara, Francesco Benedetti, Cristina Colombo, Danilo Dotoli, Alessandro Bernasconi, Mara Cigala-Fulgosi, Marcello Florita, and Enrico Smeraldi. Dark therapy for mania: a pilot study. *Bipolar Disorders* 7 (2005): 98–101.
- Basco, Monica Ramirez, and A. John Rush. *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. New York: Guilford Press, 1996.
- Bauer, Mark S. Bipolar disorders. In Allan Tasman, Jerald Kay, and Jeffrey A. Lieberman (eds.): *Psychiatry* (vol. 2). Philadelphia: W.B. Saunders, 1997, pp. 966–989.
- Beck, Aaron T., A. John Rush, Brian F. Shaw, and Gary Emery. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press, 1979.
- Behrman, Andy. *Electroboy: A Memoir of Mania*. New York: Random House, 2002.
- Belliner, Karen (ed.). *Mental Health Information for Teens*. Detroit, MI: Omnigraphics, 2001.

- Bibb, Porter. *It Ain't as Easy as It Looks*. New York: Crown, 1993.
- Biederman, J. Is there a childhood form of bipolar disorder? *Harvard Mental Health Letter*, March 1997.
- Brown University Child and Adolescent Behavior Letter, 12:8 (8/96).
- Butterfield, Fox. Prisons brim with mentally ill, study finds. *New York Times*, (7/12/99), p. A10.
- Carey, Benedict. Talk therapy succeeds in reducing suicide risk. *New York Times*, August 9, 2005, p. F7.
- Cassidy, Frederick, Kara Forest, Elizabeth Murry, and Bernard J. Carroll. A factor analysis of the signs and symptoms of mania. *Archives of General Psychiatry* 55 (1998): 27–32.
- Centers for Disease Control (CDC). National Center for Health Statistics causes of death 2001 race, sex, age table ages 15–24. [www.cdc.gov/nchs/data/dvs/LCWK3\\_2001.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/LCWK3_2001.pdf). Visitado el 02/02/06.
- Chen, Yuan-Who, and Steven C. Dilsaver. Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: Evidence from the Epidemiological Catchment Area Survey. *American Journal of Psychiatry* 152 (1995): 280–282.
- Cohen, Richard M. *Blindsided: Lifting a Life Above Illness*. New York: Perennial, 2004.
- Conlan, Roberta (ed.). *States of Mind: New Discoveries About How Our Brains Make Us Who We Are*. New York: John Wiley and Sons, 1999.
- Craighead, W. Edward, David J. Miklowitz, Ellen Frank, Fiona C. Vajk. Psychosocial Treatments for Bipolar Disorder. In Peter E. Nathan and Jack M. Gorman (eds.): *A Guide to Treatments That Work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press, 2002, 263–275.
- Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA). Chapter and Support Group Directory. [www.dbsalliance.org/Info/findsupport.html](http://www.dbsalliance.org/Info/findsupport.html). Visitado el 18/10/05.
- Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA). Bipolar disorder. [www.dbsalliance.org/info/bipolar.html](http://www.dbsalliance.org/info/bipolar.html). Visitado el 21/10/05.
- Diamond, Bernard. The psychiatric prediction of dangerousness. *University of Pennsylvania Law Review* 123 (1974): 439–452.
- Dunner, David L. Safety and tolerability of emerging pharmacological treatments for bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 7 (2005): 307–325.
- Emslie, Graham J., Betsy D. Kennard, and Robert A. Kowatch. Affective disorders in children: Diagnosis and management. *Journal of Child Neurology* 10 Supp. 1 (1995): S42–S49.
- Endler, Norman S. *Holiday of Darkness: A Psychologist's Personal Journey Out of Depression*. New York: John Wiley and Sons, 1982.
- Evans, Dwight L., and Linda Wasmer Andrews. *Si su adolescente padece depresión o trastorno bipolar: un recurso fundamental para los padres*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2005.

- Evans, Dwight L., Edna B. Foa, Raquel E. Gur, Herbert Hendin, Charles P. O'Brien, Martin E. P. Seligman, and B. Timothy Walsh. *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know—A Research Agenda for Improving the Mental Health of Our Youth*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2005.
- Faraone, Stephen V., Joseph Biederman, Douglas Mennin, Janet Wozniac, and Thomas Spencer. Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: A family subtype? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 (1997): 1378–1387.
- Frank, Jerome D., and Julia B. Frank. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (3<sup>o</sup> ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.
- Fritz, Gregory K. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter* 12 (8/96): S1.
- Garfinkel, Barry D. Major Affective Disorders in Children and Adolescents. In George Winokur and Paula Clayton (eds.): *The Medical Basis of Psychiatry* (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders, 1994, pp. 301–320.
- Goodwin, Frederick K., and S. Nassir Ghaemi. Understanding manic-depressive illness. *Archives of General Psychiatry* 55 (1998): 23–25.
- Goodwin, Frederick K., and Kay R. Jamison. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press, 1990.
- Gould, Madelyn, Patrick Jamieson, and Daniel Romer. Media contagion and suicide among the young. *The American Behavioral Scientist* 46:9 (5/03): 1269–1284.
- Gutheil, Thomas G. *The Psychiatrist in Court: A Survival Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1998.
- Gutheil, Thomas G., Forensic Psychiatry. In Harold Kaplan and Benjamin Sadock (eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry VI* (vol. 2). Baltimore: Williams and Wilkins, 1995.
- Hedaya, Robert J. *Understanding Biological Psychiatry*. New York: W. W. Norton, 1996.
- Hershman, D. Jablow, and Julian Lieb. *A Brotherhood of Tyrants: Manic Depression and Absolute Power*. New York: Prometheus Books, 1994.
- Hollon, Steven, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry* 62:4 (4/05): 417–422.
- Iqbal, Mohammed M., Tanveer Sohhan, and Syed Z. Mahmud. The effects of lithium, valproic acid, and carbamazepine during pregnancy and lactation. *Clinical Toxicology* 39:4 (2001): 381–392.
- Jamison, Kay R. “Manic Depression: A Personal and Professional Perspective,” discurso pronunciado en la Universidad de Melbourne (University of Melbourne), Australia, el 26 de julio de 2000. <http://aladdin.unimelb.edu.au/speeches/kjamison26july00.html>. Visitado el 12/08/05.
- Jamison, Kay R. A Magical Orange Grove in a Nightmare: Creativity and Mood Disorders. In R. Conlan (ed.): *States of Mind: New Discoveries About How Our Brains Make Us Who We Are*. New York: John Wiley and Sons, 1999, pp. 53–80.

- Jamison, Kay R. Presentación realizada en febrero en la Free Library de Filadelfia, Pensilvania., 1997.
- Jamison, Kay R. *An Unquiet Mind*. New York: Alfred A. Knopf, 1995.
- Jamison, Kay R. *Touched With Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*. New York: Free Press, 1993.
- Janet, Pierre. *La Force et la Faiblesse Psychologiques*. Paris: Maloine in Menninger, 1932.
- Janicak, Philip G., and John M. Davis. *Principles and Practice of Psychopharmacotherapy*. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins, 1993.
- Jussim, Lee. In Antony S. R. Manstead and Miles Hewstone, et al. (eds.): *The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology*. Oxford, England: Blackwell, 1995.
- Kaplan, Harold I., and Benjamin J. Sadock (eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry VI* (vols.1 and 2). Baltimore: Williams and Wilkins, 1995.
- Kaplin, William A., and Barbara A. Lee. *The Law of Higher Education*. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.
- Karasu, T. Byram. *Wisdom in the Practice of Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1992.
- Kendler, Kenneth S., Ellen E. Walters, Michael C. Neale, Ronald C. Kessler, Andrew C. Heath, and Lindon J. Eaves. The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. *Archives of General Psychiatry* 52 (1995): 374–383.
- Klass, Tim. Study: Cobain suicide failed to spur copycats Authorities feared jump in suicides after rocker took own life. *Peoria Journal Star* (10/20/94), p. C13.
- Koocher, Gerald P., John C. Norcross, and Sam S. Hill III (eds.). *Psychologists' Desk Reference*. New York: Oxford University Press, 1998.
- Kraepelin, Emil. *Manic Depressive Insanity and Paranoia*. Trans. R. M. Barclay. Edinburgh: E. and S. Livingstone, 1921.
- Kruger, Stephanie, et al. Pharmacotherapy of bipolar mixed states. *Bipolar Disorders* 7:3 (6/05): 205–215.
- Página de inicio de Lamictal que informa lo que la FDA divulga. [www.lamictal.com/bipolar/](http://www.lamictal.com/bipolar/). Visitado el 25/10/05.
- Lenox, Robert H., and Hussein K. Manji. Lithium. In Alan F. Schatzberg and Charles B. Nemeroff (eds.): *Textbook of Psychopharmacology*. Washington, DC: The American Psychiatric Press, 1998, pp. 379–429.
- 379–429. Levy, Robert M., and Leonard S. Rubenstein. *The Rights of People With Mental Disabilities*. Carbondale, IL: Southern Illinois University Press, 1996.
- Lish, Jennifer D., Susan Dime-Meenan, Peter C. Whybrow, R. Arlen Price, and Robert M. Hirschfeld. The National Depressive and Manic-Depressive Association (NDMDA) survey of bipolar members. *Journal of Affective Disorders* 31 (1994): 281–294.
- Lock, James. Depression. In Hans Steiner (ed.): *Treating Adolescents*. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

- Marshall, Myron H., Charles P. Neumann, and Milton Robinson. Lithium, creativity, and manic-depressive illness: Review and prospectus. *Psychosomatics* 11 (1970): 406–488.
- Matson, Johnny L. *Treating Depression in Children and Adolescents*. New York: Pergamon Press, 1989.
- Menninger, Karl Augustus. *The Vital Balance: The Life Processes in Mental Health and Illness*. New York: Viking Press, 1963.
- Menninger, Karl Augustus. *The Human Mind*. New York: The Literary Guild of America, 1930.
- Mental Health: A Report of the Surgeon General*. 1999.  
[www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter1/sec1.html#approach](http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter1/sec1.html#approach). Visitado el 18/10/05.
- Mester, Roberto, Paz Toren, Israela Mizrahi, Leo Wolmer, Nathan Karni, and Abraham Weizman. Caffeine withdrawal increases lithium blood levels. *Biological Psychiatry* 37 (1995): 348–350.
- Mondimore, Francis Mark. *Depression: The Mood Disease*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993.
- Mondimore, Francis Mark. *Bipolar Disorder*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999.
- National Institute of Mental Health. *Bipolar disorder*. NIMH Publication No. 02-3679. 2002.
- National Institute of Mental Health. *Depression*. NIMH Publication No. 00-3561. 2000.
- National Institute of Mental Health. Bipolar disorder. 2001.  
[www.nimh.nih.gov/publicat/bipolar.cfm#bp6/paras](http://www.nimh.nih.gov/publicat/bipolar.cfm#bp6/paras). Visitado el 17/10/05 y el 18/10/05.
- National Mental Health Association. “1996 Campaign Public Opinion Results in: Depression in African Americans Is Not ‘Just the Blues.’”  
[www.nmha.org/newsroom/system/news.vw.cfm?do=vw&rid=43](http://www.nmha.org/newsroom/system/news.vw.cfm?do=vw&rid=43). Visitado el 21/10/05.
- National Mental Health Association. NMHA survey finds many Americans are poorly informed about depression, slow to seek help. *Hospital and Community Psychiatry* 43 (1992): 292–293.
- O’Donovan, Claire, Vivek Kusumakar, Gillian R. Graves, and Diane C. Bird. Menstrual abnormalities and polycystic ovary syndrome in women taking Valproate for bipolar mood disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 63:4 (4/02): 322–330.
- Painton, Priscilla. The taming of Ted Turner. *Time* (1/6/92): 36.
- Papoulos, Demetri, and Janice Papoulos. *Overcoming Depression* (2nd ed.). New York: Harper, 1997.
- Pavela, Gary. *The Dismissal of Students With Mental Disorders*. Asheville, NC: College Administration Publications, 1985.
- Penn, David, Abigail Judge, Patrick Jamieson, J. Garczynski, Michael Hennessy, and Daniel Romer. Stigma. In Dwight L. Evans, et al. (eds.): *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don’t Know*. New York: Oxford University

- Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2005.
- Plath, Sylvia. *The Unabridged Journals of Sylvia Plath*. Ed. K. V. Kukil. New York: Anchor Books, 2000.
- Player, Mack A. *Federal Law of Employment Discrimination*. St. Paul, MN: West, 1999.
- Rogers, Carl R. *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton-Mifflin, 1965.
- Rosenthal, Elisabeth. Who will turn violent? Hospitals have to guess. *New York Times* (4/7/93), p. C1.
- Rosenthal, Norman E. *Winter Blues: Seasonal Affective Disorder: What It Is and How to Overcome It*. New York: Guilford, 1993.
- Rosenthal, Robert, and Leonore Jacobson. *Pygmalion in the Classroom: Teacher Expectation and Pupils' Intellectual Development*. New York: Rinehart and Winston, 1968.
- Ruehlman, Linda S., Stephen G. West, and Robert J. Pasahow. Depression and evaluative schemata. *Journal of Personality* 53 (1985): 46–92.
- Salinger, J. D. *The Catcher in the Rye*. New York: Bantam Books, 1951.
- Salmans, Sandra. *Depression: Questions You Have ... Answers You Need*. Allentown, PA: People's Medical Society, 1995.
- Schou, Mogens. Forty years of lithium treatment. *Archives of General Psychiatry* 54 (1997): 9–13.
- Schou, Mogens. Artistic productivity and lithium prophylaxis in manic-depressive illness. *British Journal of Psychiatry* 135 (1979): 97–103.
- Shackelford, Laurel. New legislation will expand coverage for mental illness. *The Courier-Journal* (10/6/95), p. 2D.
- Sonne, Susan C., Kathleen T. Brady, W. Alexander Morton. Substance abuse and bipolar affective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 182 (1994): 349–352.
- Steadman, Henry J., Edward P. Mulvey, John Monohan, Pamela C. Robbins, Paul S. Appelbaum, Thomas Grisso, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry* 55 (1998): 393–401.
- Strober, Michael, Susan Schmidt-Lackner, Roberta Freeman, Stacy Bower, Carlyn Lampert, and Mark DeAntonio. Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness: A five-year naturalistic, prospective follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (1995): 724–731.
- Styron, William. *Darkness Visible: A Memoir of Madness*. New York: Vintage Books, 1990.
- Swanson, Jeffrey W., Randy Borum, Marvin S. Swartz, and John Monahan. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behavior in the community. *Criminal Behavior and Mental Health* 6 (1996): 317–338.
- Terman, Michael, Jivan Su Terman, Frederick Quitkin, Patrick McGrath, Jonathan Stewart, and Brian Rafferty. Light therapy for seasonal affective disorder: A review of efficacy. *Neuropsychopharmacology* 2 (1989): 1–22.

- Torrey, E. Fuller, and Michael B. Knable. *Surviving Manic Depression: A Manual on Bipolar Disorder for Parents, Families, and Providers*. New York: Basic Books, 2002.
- Tumuluru, Rameshwari, Shahnour Yaylayan, Elizabeth B. Weller, and Ronald A. Weller. Affective Psychoses, II: Bipolar Disorder With Psychosis. In F. R. Volkmar (ed.): *Psychosis and Pervasive Developmental Disorders in Childhood and Adolescence*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996. pp. 57–80.
- Wahl, Otto. Citado en Aaron Levin, Violence and mental illness: Media keep myths alive. *Psychiatric News* 36:9 (2001): para 5.  
[http://pn.psychiatryonline.org/cgi/content/full/36/9/10?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=wahl&searchid=1129665109743\\_4858&stored\\_search=&FIRSTINDEX=0&volume=36&issue=9&journalcode=psychnews](http://pn.psychiatryonline.org/cgi/content/full/36/9/10?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=wahl&searchid=1129665109743_4858&stored_search=&FIRSTINDEX=0&volume=36&issue=9&journalcode=psychnews). Visitado el 18/10/05.
- Wells, Barbara G., Joseph T. DiPiro, Terry L. Schwinghammer, and Cindy W. Hamilton. *Pharmacotherapy Handbook*. Stamford, CT: Appleton and Lange, 1998.
- Winter, Mary. The face of suicide is one worth studying. *Rocky Mountain News* (10/11/03), p. 2E.
- Winokur, George, and Paula J. Clayton. *The Medical Basis of Psychiatry* (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders, 1994.
- Wolinsky, Howard. Roller-coaster extremes; bipolar disorder can be treated. *Chicago Sun-Times* (8/6/95), p. 52.
- Yazici, Olcay, Kora Kora, Alp Üçok, Mete Saylan, Özyay Özdemir, Emre Kiziltan, and Tuba Özpulat. Unipolar mania: A distinct disorder? *Journal of Affective Disorder* 71:1–3 (2002): 97–103.

# Index

---

1984 (Orwell), 25

A Brotherhood of Tyrants (Hershman y Lieb), 110

A Mood Apart

Depression, Mania, and Other Afflictions of the Self (Whybrow), 158

A Tale of Two Cities (Historia de dos ciudades)

(Dickens), 117

abuso de sustancias

trastorno bipolar y, 125

ácido valproico, 49, 67, 122

actividades positivas planificadas, 74

ADA. Ver Ley para Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act)

Addington contra Texas, 146

Adolescent Risk Communication Institute, 12

adolescentes, 1, 2, 11, 12, 14, 29, 34, 35, 37, 38, 41, 42, 46, 57, 62, 63, 65, 68, 69, 74, 75, 120, 125, 126, 127, 153, 159

ADT. Ver tricíclicos

Advil. Ver ibuprofeno

Aeneid (Virgil), 65

afecciones comórbidas, 15, 57, 61

AINE. Ver antiinflamatorios no esteroideos

alcohol

evitar el, 145

trastorno bipolar y, 39

alergias, 31, 138

Alergias, 31

Alice's Adventures in Wonderland (Alicia en el país de las maravillas) (Carroll), 85

alucinaciones, 25, 70, 86, 128, 148, 151, 152, 153

AMA. Ver American Medical Association

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 162, 166

American Association of Suicidology, 155

American Express, 114

American Foundation for Suicide Prevention, 155

American Medical Association, 132

American Medical Association (AMA), 132, 148

American Psychiatric Association, 5, 48, 160

American Psychological Association, 146, 160

AMHI. Ver Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente (Adolescent Mental Health Initiative)

amígdala, 59

An Unquiet Mind (Jamison), 56

análisis de sangre, 31, 34, 36, 38, 47, 71

Andreasen, Nancy, 160

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands, 3, 5, 11, 16, 159, 162, 165

Annenberg Public Policy Center, 5, 11, 12, 162, 165

Annenberg, Leonore, 11

Annenberg, Walter, 11

antecedentes familiares, 128, 138

anticonvulsivantes, 67, 148

antidepresivos, 68, 69, 72, 111, 148

antiinflamatorios no esteroideos (AINE), 122

antipsicóticos, 70, 83, 140, 148, 149, 150

Aristóteles, 77, 110

asma, 28, 103

asunción de riesgos, 151

Ativan. Ver lorazepam

Atlanta Braves, 113

automedicación, 125

Beck, Aaron, 73

Behrman, Andy, 1, 18, 158

Berger, Diane, 159

Berger, Lisa, 159

Bibb, Porter, 113

bipolar I, 15, 49, 50, 51, 53, 61, 68, 149, 153

bipolar II, 15, 49, 53, 149, 153

Blindsided (Atacado por el lado ciego) (Cohen), 119

Boorstin, Bob, 114, 115

Brazil (Brasil), 130

brotos psicóticos, 26

bupropión, 69

Cade, John, 66

caféina, 122

Call Me Anna (Duke), 158

Cámara de Representantes de Estados Unidos, 112

características psicóticas, 24

carbamazepina, 67, 122

carrera mental, 82

Carrera mental, 1, 2, 14, 16, 126

Carroll, Lewis, 85

Carter, Jimmy, 118

Caulfield, Holden, 8, 45

CBS, 113

Centers for Disease Control and Prevention, 63  
 Child and Adolescent Behavior Letter de la Universidad Brown (Brown University) publicada en agosto de 1996, 127  
 Child and Adolescent Bipolar Foundation, 2, 155  
 choque de fármacos, 28  
 ciclación, 22, 50, 75, 86, 126, 149  
   rápida, 50, 78, 149  
   ultrarápida, 50  
 ciclotimia, 49, 153  
 cleptomanía, 103  
 Clinton, Bill, 102, 114  
 Clonopin, 84  
 clozapina, 70  
 Clozaril. Ver clozapina  
 CNN, 113  
 Cobain, Kurt, 143  
 COBRA, 131  
 cocaína, 62, 86  
 Cohen, Richard, 119  
 Colloquy in Black Rock (Coloquio en Black Rock) (Lowell), 111  
 complejo de Edipo, 46  
 consumo de drogas, 73  
 Copa de Estados Unidos, 113  
 cortisona, 28, 29  
 creatividad, 26, 113, 124, 147

Darkness Visible (Styron), 106  
**DBSA. Ver Depression and Bipolar Support Alliance**  
 declaración de los derechos de los pacientes, 139  
 delirios, 24, 59, 70, 128, 150, 152  
 Depakote. Ver ácido valproico  
 depresión  
   episodios de, 120  
   letargo debido a la, 29  
   luz solar y, 75  
   manía seguida de, 31  
   maníaca, 34  
   metáforas que describen la, 55  
   señales de advertencia de la, 23  
   signos de, 54  
   síntomas de la, 54, 127, 129  
   uso del teléfono durante la, 22  
 depresión maniaca. Ver también trastorno bipolar  
   clasificación de la, 50  
**Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA), 57, 60, 79, 156, 161**  
 Depression and Related Affective Disorders Association (DRADA), 156  
 desequilibrio químico, 46, 48, 102, 106

diabetes, 71, 132  
 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición), 5, 48, 150, 160  
 Dickens, Charles, 117  
 dificultad para concentrarse, 55, 128  
 DiMaggio, Joe, 36  
 discinesia tardía, 70, 150  
 disforia, 59  
 disfunción tiroidea, 34  
 dosis eficaz mínima, 125  
**DRADA. Ver Depression and Related Affective Disorders Association**  
**DSM-IV. Ver Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition**  
**DSM-IV-TR. DSM-IV-TR. Ver Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)**  
 Dukakis, Michael, 114  
 Duke, Patty, 115, 158  
 Dylan, Jacob, 19

ECG. Ver electrocardiograma  
 EDB. Ver explicación de beneficios  
 EEG. Ver electroencefalograma  
 efecto Pigmalión, 109  
 egomanía, 103  
 Electroboy  
   A Memoir of Mania (Behrman), 18, 158  
 electrocardiograma (ECG), 129  
 electroencefalograma (EEG), 129  
 EMT. Ver estimulación magnética transcraneal  
 En el jardín y comido (Jamieson), 18  
 Ender, Norman, 55, 56, 79  
 enfermedad física, 35, 36, 58, 128  
 enfermedad mental. Ver también trastorno bipolar, depresión, trastorno(s), hospitalización, manía y sala de psiquiatría; trastorno afectivo  
   esquizofrenia, 12, 34, 53, 128  
   estigmas relacionados con la, 99  
   psicosis, 70, 95, 149  
   seguro médico, 26, 100  
   tasa de suicidios y, 46, 143  
   trastorno de ansiedad, 15, 154  
   trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), 61  
   trastorno de la conducta, 57, 62, 154  
   trastorno esquizoafectivo, 154  
   trastorno negativista desafiante, 63  
   trastorno obsesivo-compulsivo, 15  
   trastornos alimentarios, 11

- trastornos del estado de ánimo, 34, 49, 60, 63
- enfermedades psiquiátricas, 35, 153
- ENV. Ver terapia de estimulación del nervio vago
- epilepsia, 67, 79, 150
- episodios psicóticos, 26, 52
- esclerosis múltiple, 119
- esquizofrenia, 3, 12, 34, 47, 53, 128, 144, 150, 154
- estado de ánimo
- disfórico, 54
- estabilizadores del, 66, 148
- representación gráfica del, 79
- estado eutímico (normal), 50
- estado mixto, 31, 32, 41, 52, 56, 149, 150
- Estados Unidos**
- trastorno bipolar en, 53
- estereotipos, 35, 36, 108, 109, 110, 145
- estigma, 35, 47, 95, 98, 99, 101, 110, 126
- estimulación magnética transcraneal (EMT), 79, 151
- estimulantes, 33, 36
- euforia, 19, 21, 44, 52, 59, 153
- evaluación psiquiátrica, 128
- Evans, Dwight, 16
- explicación de beneficios (EDB), 130
- farmacoterapia. Ver medicamentos
- FDA. Ver United States Food and Drug Administration
- Ferrell, Will, 102
- fluoxetina, 69
- Foa, Edna, 3, 11, 162
- fototerapia. Ver terapia de luz
- Frank, J. B., 141
- Frank, J. D., 141
- Freud, Sigmund, 46
- Geodon. Ver ziprasidona
- Ghaemi, S. Nassir, 144, 162
- Gilliam, Terry, 130
- glándula pineal, 77
- Goodwin, Frederick, 113, 144, 158, 162
- Gottstein, Dr., 34, 56, 82, 83, 84
- Gould, Madelyn, 144, 162
- Gur, Raquel, 3, 11
- habilidades de participación planificada positiva, 74
- habitación de aislamiento, 97
- habitación de reclusión. Ver habitación de aislamiento
- Haldol. Ver haloperidol
- haloperidol, 70, 150
- Hemingway, Ernest, 110
- Hendin, Herbert, 11, 162
- hiperactividad, 48, 61, 154
- hipersomnia, 54
- hipertiroidismo, 51
- Hipócrates, 118
- hipomanía, 49, 50, 83, 84, 124, 149, 151
- His Bright Light
- The Story of Nick Traina (Su luz interior la historia de Nick Traina) (Steele), 158
- Hitchcock, Alfred, 109
- Hitler, Adolf, 110
- Holiday of Darkness
- A Psychologist's Personal Journey Out of His Depression (Endler), 55, 162
- hospitalización. Ver también sala de psiquiatría involuntaria, 36
- preguntas que se deben considerar frente a una, 136
- Houdini, Harry, 97
- ibuprofeno, 122
- imágenes por resonancia magnética (IRM), 129
- IMAO. Ver inhibidores de la monoamina oxidasa
- inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO), 68, 151
- inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS), 68, 151
- Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente (AMHI por sus siglas en inglés), 3, 11, 12
- insomnio, 14, 21, 54, 55, 68, 94
- insulina, 78, 101, 106, 133
- insultos, 102
- interacciones químicas, 44
- interrelación con los demás, 31
- IRM. Ver imágenes por resonancia magnética
- It Ain't as Easy as it Looks (No es tan fácil como parece) (Bibb), 161
- Jamison, Kay Redfield, 47, 53, 56, 61, 106, 113, 115, 158
- Janet, Pierre, 107
- JCAHO. Ver Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), 137
- Jon, 32, 33
- Jordan, Barbara, 112
- Kaplan, William, 135
- Karasu, T. B., 104, 163

Kassebaum-Kennedy (ley), 131  
 Kesey, Ken, 82  
 Knable, M. B., 158, 166  
 Kraepelin, Emil, 52, 55, 164  
 Kyle, 33

Lake contra Cameron, 136  
 Lamictal. Ver lamotrigina  
 lamotrigina, 68  
 Learned Optimism (Seligman), 159  
 Lee, Barbara, 135  
 Levy, Robert, 146  
 Ley de Mejora de Incentivos Laborales (Work  
 Incentives Improvement Act), 131  
 Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973,  
 135  
 Ley para Estadounidenses con Incapacidades  
 (Americans with Disabilities Act, ADA por sus  
 siglas en inglés), 135, 157  
 Lincoln, Abraham, 111  
 litio  
   agua y, 122  
   aprobación en Estados Unidos del uso del, 66  
   cafeína y, 122  
   creatividad y, 124  
   efectos secundarios del, 121  
   gran paso del, 40  
   niveles en sangre de, 123  
   prevención del suicidio y, 144  
   riñones y, 123  
 Lock, Jack, 120  
 London, Jack, 110  
 lorazepam, 70  
 Love, Courtney, 143  
 Lowell, Robert, 110  
 luz solar, 75, 77

MacArthur Foundation, 145  
 manía, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 31, 48, 49,  
 50, 51, 52, 53, 56, 61, 63, 78, 79, 88, 93, 103,  
 106, 114, 115, 120, 128, 140, 149  
   agresión verbal durante la, 21  
   asunción de riesgos durante la, 151  
   características de la, 49  
   clepto, 103  
   disfórica, 125, 151  
   hipo, 49, 50, 71  
   límites borrosos durante la, 22  
   metáforas que describen la, 52  
   síntomas de la, 127  
   tricotilo, 103  
   unipolar, 50, 151  
   yo, 46

manía unipolar, 50, 151  
 Manic Depression  
   A Personal and Professional Perspective  
   (Jamison), 163  
 Manic-Depressive Illness (Goodwin y Jamison),  
 113, 163  
 marihuana, 39  
 Medicaid, 131, 137, 138, 151  
 medicamentos, 15, 26, 32, 33, 37, 41, 44, 47, 49,  
 50, 52, 59, 66, 67, 69, Ver también litio  
   ácido valproico, 67  
   anticonvulsivantes, 67, 148  
   antidepresivos, 68  
   antiinflamatorios no esteroideos, 122  
   antipsicóticos, 70  
   bupropión, 69  
   carbamazepina, 67  
   Clonopin, 84  
   clozapina, 70  
   cortisona, 28  
   efectos secundarios de los, 66  
   fluoxetina, 69  
   haloperidol, 70  
   ibuprofeno, 122  
   inhibidores de la monoamina oxidasa, 151  
   inhibidores de la recaptación selectiva de  
     serotonina, 151  
   lamotrigina, 68  
   lorazepam, 70  
   olanzapina, 70  
   psicotrópicos, 125  
   quetiapina, 70  
   reacciones alérgicas a los, 44  
   risperidona, 70  
   sertralina, 69  
   ziprasidona, 70  
 medicamentos psicotrópicos, 125  
 Medicare, 131, 138  
 melatonina, 77  
 Menninger, Karl, 102, 107, 164  
 Mental Health Information for Teens, 127, 161  
 Mental Health Infosource, 156  
 Merton, Robert, 108  
 método Montessori, 29  
 Monahan, John, 166  
 mononucleosis, 31, 84  
 Monty Python, 132  
 Motrin. Ver ibuprofeno  
 muestras de orina, 36, 39  
 mujeres que padecen trastorno bipolar, 67

NAMI. Ver National Alliance on Mental Illness  
 Napoleón Bonaparte, 110

National Alliance on Mental Illness (NAMI), 156  
 National Annenberg Risk Survey of Youth, 109  
 National Hopeline Network, 157  
 National Institute of Mental Health (NIMH), 38, 62, 121, 157, 164, 165  
 New York Times, 100, 114, 161, 165  
 Newton, Isaac, 110, 111  
 NIMH. Ver National Institute of Mental Health  
 Nirvana, 143  
 NMHA. Ver National Mental Health Association  
 Nuprin. Ver ibuprofeno

O'Brien, Charles, 11, 162  
 O'Connor contra Donaldson, 136  
 observación especial, 89, 92, 93, 140, 152  
 olanzapina, 70  
 One Flew Over the Cuckoo's Nest (Atrapado sin salida) (Kesey), 78, 82, 94  
 Orwell, George, 25

pase del paciente, 142  
 patrones de sueño, 37  
 Patton, George, 111  
 Pauley, Jane, 115  
 pautas éticas para investigaciones clínicas (Ethical Guidelines for Clinical Investigation) de la AMA, 132  
 pensamiento negativo, 73, 76  
 personalidad, 124  
 píldoras para dormir, 62  
 Plath, Sylvia, 28, 165  
 Poe, Edgar Allan, 22  
 polio, 117  
 Pollock, Jackson, 97  
 profecía autocumplida, 108  
 Prozac. Ver fluoxetina  
 psicosis, 48, 50, 52, 70, 95, 107, 109, 128, 149  
 psicoterapia, 141, 152
 

- terapia cognitiva, 73
- terapia cognitivo-conductual, 73
- terapia de ritmo social, 75
- terapia familiar, 75
- terapia interpersonal, 153

psiquiatras, 11, 36, 37, 53, 91, 146, 147  
 Psychiatric News, 109, 166  
 Psycho (Psicosis) (película), 109

quetiapina, 70  
 química cerebral, 119

recurso de hábeas corpus, 136  
 reformulación, 76  
 registros médicos, 87

reglas del piso, 90  
 remisión
 

- del trastorno bipolar, 41

riñones, 123  
 Risperdal. Ver risperidona  
 risperidona, 70  
 ritmos circadianos, 75, 78  
 Rubenstein, Leonard, 146, 164

sala de psiquiatría, 136
 

- reglas de la, 139

Salinger, J. D., 45, 165  
 Salk, Jonas, 117  
 sedantes, 33  
 seguridad de ingreso suplementario (Supplemental Security Income), 131  
 seguro médico, 26, 58, 100, 104, 114, 115, 131, 137  
 Seligman, Martin, 11, 159, 162  
 señales de advertencia, 23, 129  
 Seroquel. Ver quetiapina  
 serotonina, 68, 151, 153  
 sertralina, 69  
 Shackelford, Laurel, 114, 166  
 SIDA, 117  
 síndrome de Stevens-Johnson, 68  
 síntomas de la
 

- síntomas de la, 55
- síntomas del trastorno bipolar, 51, 57

sistema de apoyo, 133  
 sodio, 121, 123  
 SRT. Ver terapia de ritmo social  
 Stalin, Josef, 110  
 Steele, Danielle, 158  
 Styron, William, 55, 106, 166  
 suicidio, 46, 49, 52, 54, 63, 73, 74, 80, 97, 144, 145, 157
 

- números a los que puedes llamar cuando estés en crisis, 64
- prevención del, 144

Surviving Manic Depression (Knable y Torrey), 158

tai chi, 98  
 Tanberg contra Weld County Sheriff, 135  
 TC, 31, 73, Ver terapia cognitiva  
 TCC. Ver terapia cognitivo-conductual  
 TDAH. Ver trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)  
 TEC. Ver terapia electroconvulsiva  
 Tegretol. Ver carbamazepina  
 terapeutas, 73, 104  
 terapia. Ver también psicoterapia

artística, 97  
 conversacional, 59, 125  
 de estimulación del nervio vago, 79  
 de luz, 51, 77  
 de oscuridad, 78  
 electroconvulsiva, 51  
 ocupacional, 97, 153  
 terapia artística, 97  
 terapia cognitiva (TC), 73, 74  
 terapia cognitivo-conductual (TCC), 73  
 terapia conversacional, 59, 75, 152  
 terapia de estimulación del nervio vago (ENV), 79  
 terapia de luz, 51, 77, 153  
 terapia de oscuridad, 78  
 terapia de ritmo social (Social Rhythm Therapy, SRT por sus siglas en inglés), 75, 153  
 terapia electroconvulsiva (TEC), 51, 78, 153, 158  
 terapia interpersonal (TIP), 74, 153  
 terapia ocupacional, 97, 153  
 testamento vital, 138  
 THC, 39, 86  
 The Call of the Wild (Llamado de la selva) (London), 111  
 The Catcher in the Rye (El guardián entre el centeno), 8, 45, 165  
 The Law of Higher Education (Kaplan y Lee), 135, 163  
 The Meaning of Life (El sentido de la vida), 132  
 The Old Man and the Sea (El viejo y el mar) (Hemingway), 111  
 The Rights of People with Mental Disabilities (Levy y Rubenstein), 146, 164  
 The Tell-Tale Heart (El corazón delator) (Poe), 22  
 The Unabridged Journals of Sylvia Plath (Plath), 28, 165  
 Thomas, Dylan, 19  
 Time, 114  
 TIP. Ver terapia interpersonal  
 Torrey, E. Fuller, 158, 166  
 Touched with Fire (Jamison), 113, 163  
 toxicidad  
   litio, 122  
 trastorno afectivo estacional, 77, 153  
 trastorno bipolar, 1, 2, 11, 14, 15, 24, 32, 33, 34, 35, Ver también litio y medicamentos  
   alcohol, 36, 42, 43  
   antecedentes familiares, 128, 138  
   automedicación y, 125  
   causas del, 60  
   en adolescentes, 34  
   en Catcher in the Rye (El guardián entre el centeno), 45  
   estados mixtos y, 106  
   estereotipos sobre el, 35, 36  
   síntomas del, 51  
 trastorno bipolare  
   tipos de, 49  
 trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), 48, 61, 154  
 trastorno de la conducta, 57, 62, 63, 154  
 trastorno del sistema inmunológico, 31  
 trastorno esquizoafectivo, 154  
 trastorno negativista desafiante, 63, 154  
 trastorno obsesivo-compulsivo, 3  
 trastorno(s)  
   alimentarios, 11, 57  
   de ansiedad, 57  
   de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), 61  
   de la conducta, 62  
   del estado de ánimo, 34  
   del sistema inmunológico, 31  
   negativista desafiante, 63  
   obsesivo-compulsivo, 15  
 trastornos. Ver también trastorno bipolar, depresión y manía; afectivos  
 trastornos afectivos, 49, 103  
 trastornos alimentarios, 3, 12, 57  
 trastornos de ansiedad, 11, 57, 62  
 tratamientos. Ver también litio, medicamentos, psicoterapia y terapia  
 Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders (Evans, Foa, Gur, Hendin, O'Brien y Seligman), 11, 12, 162, 165  
 tricíclicos (ADT), 68, 148  
 tricotilomanía, 103  
 trastorno bipolar  
   alcohol, 40  
 Turner, Ted, 113, 115, 165  
 United States Food and Drug Administration (FDA), 68, 69, 79, 164  
 Universidad de Pensilvania (University of Pennsylvania), 5, 11, 73  
 VIH, 117  
 violencia, 108, 109, 118, 145  
 Virgil, 65  
 virus de Epstein-Barr, 31  
 Wahl, Otto, 109  
 Walsh, B. Timothy, 3, 11, 162  
 Washington Post, 113, 160  
 We Heard the Angels of Madness (Berger y Berger), 159  
 Wellbutrin. Ver bupropión

Whybrow, Peter, 158, 164  
Williams, Robin, 94

Youth Guidance Center, 34

ziprasidona, 70  
Zoloft. Ver sertralina  
Zoolander, 102  
Zyprexa. Ver olanzapina