

# PROYECTO UNAM

Texto: **Roberto Gutiérrez Alcalá**  
robargu@hotmail.com

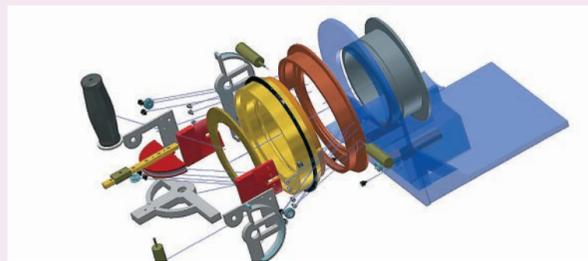


## Curso sobre la Primera Guerra Mundial

El Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM invita al curso “La Primera Guerra Mundial (1914-1918)”, que se realizará todos los martes, del 1º de marzo al 26 de abril, de 17:00 a 20:00 horas, en el citado instituto, en Ciudad Universitaria. Lo imparte la doctora Guillemette Martin. Informes e inscripciones en los teléfonos 56-22-75-16 y 27, y en el correo electrónico [difih@unam.mx](mailto:difih@unam.mx)

## La Facultad de Química cumple un siglo

Arrancó el “Año de festejos por el centenario de la Facultad de Química”, entidad universitaria que ha contribuido decididamente al desarrollo industrial y a la investigación de punta del país. Durante él habrá conferencias, coloquios y simposios, se recibirá a los ganadores de tres premios Nobel, se ofrecerán conciertos de cámara con la Orquesta Sinfónica de Minería y se llevará a cabo la “Gran cena baile del siglo” el próximo 24 de septiembre en el Centro Banamex, entre otras cosas. Si quiere obtener más información, consulte la página electrónica [www.quimica.unam.mx](http://www.quimica.unam.mx).



## Exoesqueleto robótico para las muñecas

Un exoesqueleto robótico que permite rehabilitar las muñecas que han perdido movilidad a causa de una embolia o un accidente deportivo o de trabajo fue creado por Juan Salvador Pérez Lomelí y Miguel Ángel Padilla Castañeda, académicos del Centro de Ciencias Aplicadas y Desarrollo Tecnológico (CCADET). En 2017 podría estar listo el prototipo completo, con la parte de *software* y visualización, para probarse en pacientes del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Ya se piensa construir una versión portátil que los pacientes puedan llevar a su hogar.

# Las dos caras del trastorno bipolar

El trastorno bipolar es una enfermedad psiquiátrica en la que el paciente experimenta alternadamente una fase de elevación del ánimo o de manía, y una fase depresiva. Antes se le ubicaba dentro del grupo de los trastornos del afecto. Sin embargo, en fechas recientes, con los ajustes en las clasificaciones del diagnóstico psiquiátrico, encabeza su propio grupo.

La prevalencia de este trastorno entre la población, tanto de México como del resto del mundo, es de aproximadamente 1.3%, lo que representa un número significativo de pacientes. En términos generales hay dos tipos principales de trastorno bipolar: el I (o bipolaridad clásica) y el II.

Además de dar origen a episodios depresivos, el trastorno bipolar tipo I desata episodios francos de elevación del ánimo o de manía, con euforia e irritabilidad, que duran una semana o más, así como alteraciones del comportamiento y la conducta que pueden inducir al paciente a hacer gastos excesivos, tener conductas de riesgo que nunca tendría fuera del periodo de crisis o aumentar la actividad intencionada: por ejemplo, de repente, a las tres de la mañana, decide lavar todas las cortinas de la casa; entonces se levanta, las quita, las lava y las vuelve a poner... en el transcurso de esa madrugada.

“En estos episodios de elevación del ánimo o de manía, la necesidad de dormir disminuye; así, con cuatro horas —o menos— de sueño, el paciente recobra tanta energía como si hubiera dormido un ciclo de sueño completo”, dice Ingrid Vargas Huicochea, académica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Por su parte, el trastorno bipolar tipo II causa episodios de elevación del ánimo no tan marcados (hipomanías) que duran tres o cuatro días, antes de dar paso a estados depresivos más prolongados; dado que en muchas ocasiones pareciera no ser tan discapacitante como el trastorno bipolar tipo I, el paciente y los familiares tienden a subestimar la presencia de las hipomanías, lo cual mueve a confundirlo frecuentemente con depresión unipolar.

### Multifactorial

Como todas las enfermedades psiquiátricas, el trastorno bipolar es multifactorial: obedece a un componente hereditario que hace que una persona sea más susceptible a él, en comparación con cualquier otra que no lo tuviera; y, también, a componentes ambientales (un evento de vida, el consumo de ciertas sustancias, etcétera) que muchas veces funcionan como sus detonadores.

Puede aparecer en cualquier etapa de la existencia de una persona. Sin embargo, el mayor número de casos es diagnosticado en gente que va por la tercera década, esto es, veintiañera. Cabe apuntar que no es una patología que tenga predilección por un sexo en particular, a diferencia de la depresión, que afecta a una gran cantidad de mujeres. Asimismo, no se quita, sólo puede ser controlado.

El diagnóstico del trastorno bipolar no es sencillo. De hecho, con frecuencia, algunos profesionales de la salud mental cometen errores al emitirlo.

“No hay un cuestionario específico ni pruebas de laboratorio o estudios de imagen que nos puedan decir que alguien lo sufre. Una buena entrevista clínica, una indagación psiquiátrica detallada es lo único que permite a un psiquiatra hacer un diagnóstico adecuado del trastorno bipolar. Se debe tomar en cuenta que, una vez que aparece, esta patología psiquiátrica, al igual que otras, tarda en promedio entre ocho y 12 años en ser diagnosticada como tal”, comenta Vargas Huicochea.

### Tratamiento multimodal

La piedra angular en el tratamiento del trastorno bipolar son los psicofármacos llamados estabilizadores del estado de ánimo, entre los cuales destacan el litio, el ácido valproico, la lamotrigina y la carbamazepina. También se recurre a otros fármacos que tienen una acción similar a la de los estabilizadores del estado de ánimo, como algunos antipsicóticos, sobre todo de nueva generación.



Se caracteriza por una fase de elevación del ánimo o de manía, y una fase depresiva.



**“No es fácil entender lo que implica esta enfermedad psiquiátrica. Hay muchos mitos y mucho desconocimiento alrededor de ella”**

**INGRID VARGAS HUICOCHEA**  
Académica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM

El paciente debe estar bajo tratamiento psicofarmacológico de por vida, pero es recomendable que a la par reciba algunas intervenciones complementarias, como psicoterapia individual, de pareja y/o familiar, y psicoeducación.

“No es fácil entender lo que implica esta enfermedad psiquiátrica. Hay muchos mitos y mucho desconocimiento alrededor de ella. La alternancia de las fases de elevación del ánimo y depresiva, así como los periodos en los que el paciente logra estar relativamente estable gracias al tratamiento psicofarmacológico, impiden que haya una aceptación completa del trastorno bipolar. Por eso se requieren también esas intervenciones complementarias.”

### ¿Qué no es?

El trastorno bipolar no tiene nada que ver con el

hecho de que una persona sea voluble. Recientemente se ha adoptado el término bipolar como un adjetivo para calificar, de manera errónea, las variaciones normales del estado de ánimo (“ese tipo es un bipolar: un día te saluda y al otro no”). Tampoco se asocia a la falta o debilidad de carácter. En ese sentido no es una enfermedad elegida por el paciente (o sea, no es que hoy decida ser bipolar y mañana no), sino una enfermedad como cualquier otra que debe ser atendida. Igualmente no depende de la personalidad de un individuo. Por último, tampoco es generado por conflictos o traumas de la infancia.

“Es muy importante señalar que, para tratarlo, de nada vale echarle ganas. Ésta es probablemente la peor frase que se le puede decir a alguien que padece trastorno bipolar o cualquier otra enfermedad psiquiátrica. Echarle ganas implica que el bienestar de la persona depende de ella misma y de su voluntad, y no es así. El trastorno bipolar es una enfermedad tan grave y compleja como la diabetes y el cáncer. En todo caso, si habría que echarle ganas a algo es a conocer qué es realmente, qué consecuencias acarrea al paciente y a su familia, y cómo se puede tratar”, comenta Ingrid Vargas Huicochea.

### Familiares

Hace poco, la académica universitaria y sus colaboradores llevaron a cabo una investigación sobre las percepciones y creencias que tienen los familiares de un paciente bipolar en relación con éste y con la enfermedad en sí.

Al tratar de entender qué es lo que pasa no sólo con el paciente bipolar, sino también con aquellos que permanecen cerca de él, los universitarios encontraron que había muchas investigaciones que se enfocaban en estudiar a los familiares como un

**Como todas las enfermedades psiquiátricas, obedece a un componente hereditario y, también, a componentes ambientales**

recurso terapéutico para ayudar al propio paciente a sentirse bien, pero ninguna que se acercara a la vivencia y las percepciones de ellos mismos.

Entonces, al principio de la investigación, entrevistaron a varios pacientes y, en otro momento, al familiar más cercano a ellos, y lo primero que descubrieron es que —según su respectivo punto de vista— parecía tratarse de dos enfermedades completamente diferentes.

“Es decir, pese a que ambos —paciente y familiar— habían arrancado a la par, con los primeros síntomas del trastorno, las primeras hospitalizaciones, las consultas, etcétera, con el paso del tiempo hablaban de dos patologías opuestas. Así pues, en general, para el paciente, la fase más preocupante, y por la que suele buscar atención, es la depresiva. Para el familiar, esta fase sí es conflictiva porque sabe que a veces viene muy fuerte y con ella surge el riesgo de suicidio, pero considera que tiene una ventaja: mantiene al paciente tranquilo, controlado en casa; en cambio, con la fase de elevación del ánimo o de manía, el familiar experimenta una tensión constante, pues el paciente se sale a la calle, desaparece días enteros, sobregira las tarjetas de crédito, se mete en problemas... En pocas palabras, para la mayoría de las familias con un paciente bipolar, la fase más preocupante es la de elevación del ánimo o de manía.”

Vargas Huicochea y sus colaboradores observaron también que, aunque las dos fases se logren controlar, el familiar cree que los síntomas del trastorno bipolar nunca desaparecen del todo en el paciente. De este modo vive con el temor de que resurjan o, bien, aparezcan otros nuevos.

“Al evaluarlos, no pocos pacientes nos dicen que han vivido periodos sin sentir ningún síntoma de la enfermedad. Sin embargo, también esos periodos son peligrosos porque durante ellos muchos se cuestionan si de verdad tienen que seguir bajo tratamiento, si de verdad tienen que seguir yendo a consulta con el psiquiatra, y abandonan el tratamiento psicofarmacológico o recurren a tratamientos alternativos, y recaen.”

### Grupos de apoyo

El hecho de estar convencidos de que las fases del trastorno bipolar pueden resurgir y la incertidumbre de no saber lo que pasará a mediano y largo plazo con el paciente y con ellos mismos, empujan a los familiares de éste —en especial al cuidador— a sufrir un gran desgaste físico y emocional.

“Algunos se sienten muy solos y concluyen que nadie más tiene la capacidad de comprender lo que viven. Nosotros, desde el área médica, también los hemos dejado de lado, pues hacemos una medicina basada primordialmente en el paciente. No sabemos lo que necesitan, piensan, sufren. Algunos nos han comentado que lo que falta es formar grupos de familiares en los que puedan hallar a otros individuos como ellos para apoyarse recíprocamente e intercambiar experiencias y opciones de intervención. Hay organizaciones no gubernamentales que tratan de hacer lo suyo; aquí, en México, una muy fuerte y seria es Voz Pro Salud Mental, que ofrece cursos a familiares y pacientes, pero resulta insuficiente ante la magnitud del problema. Esto debe ser un recordatorio para que nosotros, los psiquiatras, nos sensibilicemos, indagemos qué necesidades tienen los familiares de un paciente bipolar —que invariablemente pueden ser nuestros mejores aliados o los principales saboteadores del tratamiento— y los ayudemos”, indica Vargas Huicochea.

Quizá se podrían abrir grupos monitoreados por personal de salud calificado u otros espacios en los que también se promoviera la salud mental de los familiares o de los propios pacientes, y se hiciera una labor de prevención de enfermedades psiquiátricas.

“En fin, hay mucho por hacer, pero creo que la mayor parte de las intervenciones surtirán efecto en la medida en que rescatemos la voz de todos los que están directamente involucrados con el trastorno bipolar, es decir, pacientes y familiares. No podemos quedarnos únicamente con la parte medicamentosa del problema; debemos tratar de entender a los individuos en su integridad. Éste es el reto.” ●