

Ana González Isasi
Aníbal C. Malvar

152

OJOS QUE SÍ VEN

“Soy bipolar“
(Diez entrevistas)

Crecimiento personal
COLECCIÓN

Serendipit 

Desclée De Brouwer 

ÍNDICE

Agradecimientos.....	13
<i>Atrio por Ana González Isasi.....</i>	15
<i>por Anibal Malvar.....</i>	17
Introducción.....	19

Entrevistas

Camilo.....	31
Esperanza.....	41
Escarlata.....	49
Estrella.....	59
Milagros.....	67

OJOS QUE SÍ VEN

Diego	79
Petronio	91
Amadeo	101
Casandra	109
Santiago	119
Conclusiones	131



ATRIO

Por Ana González Isasi
Doctora en Psicología

Durante años he tratado y estudiado a centenares de pacientes con trastorno bipolar. Los recibía en mi consulta y escuchaba a “su cerebro” relatar problemas a “mi cerebro”. Cumplía todos los protocolos profesionales, estudiaba los casos en profundidad antes de las entrevistas, investigaba aplicadamente las nuevas ideas, ensayaba los nuevos procedimientos... Entonces, ¿por qué cuando se cerraba la puerta tras ellos notaba que faltaba algo? Un algo intangible. Un algo que no entendía. Algo que no me habían enseñado en la facultad, que no está escrito en los manuales, que no está publicado en las revistas especializadas ni se pronuncia en los simposios. Una fórmula mágica para acabar con todo este dolor. Envidio a los médicos. Si el estómago le arde a tu paciente, puedes prescribir omeprazol y una dieta de verduras o, si es necesario, acostarlo en un quirófano y operar. Si el cerebro le quema en lo íntimo, no. No puedes acostar su tristeza, su angustia, su desorientación o su miedo en un quirófano y operar.



Por eso este libro de entrevistas con diez de mis pacientes que consintieron, durante seis meses, experimentar conmigo los efectos de un programa de tratamiento psicológico que combinaba diferentes estrategias psicosociales. Un libro ajeno a los protocolos de la profesión. Una invasión impúdica de los domicilios de mis pacientes. Acientífico, informal, errático, subjetivo, indiscriminado, indiscreto... Por eso no he querido elaborarlo yo sola. Sólo lo he acompañado.

La idea de que este libro lo elaborara un periodista parte de la necesidad de escribir algo para enfermos y familiares que complementa mi trabajo científico (*Trastorno Bipolar: el Enemigo Invisible. Manual de tratamiento psicológico*. Editorial Desclée De Brouwer. Colección Biblioteca de Psicología. Bilbao. 2011), un texto orientativo para enseñarles, con lenguaje de la calle, a qué se enfrentan, con qué armas defenderse y en qué castillos refugiarse.

Quizá también tenga algún valor para estudiantes que aún no han tenido contacto con estas personas de carne y hueso, cerebro y alma, piel, familia, gastos, ingresos, dudas, hipotecas, hijos, nietos, cuñados, amigos y una enfermedad.

No sé si este libro sirve para algo. Yo sigo sin poder acostar en la camilla del quirófano la angustia, la tristeza, la soledad o el dolor. Pero, haberlo escrito, a mí, por lo menos, me ha curado una inquietud profesional e íntima que me dolía hondo. Espero la indulgencia de mis colegas, porque no hay nada peor que sentirse abandonado. Eso dicen mis pacientes, y vengo comprobando desde hace muchísimo tiempo que siempre, siempre, ellos llevan la razón.



Por Aníbal Malvar
Escritor y periodista

La tarde del 27 de julio de 2007 yo viajaba de Las Palmas a Madrid. Venía de pasar varios días en Gran Canaria cubriendo para el periódico *El Mundo* el terrible incendio que arrasó aquel año 8.000 hectáreas en la isla. El avión había salido con retraso y tenía que llegar a la redacción para cerrar un reportaje a doble página. Pero no era capaz de escribir ni una línea. Había conseguido minutos antes una información exclusiva sobre el presunto pirómano. Uno de los psicólogos que lo había atendido tras su detención, le comunicó a un policía amigo que, seguramente, el pirómano padecía “trastorno bipolar”.

—¿Qué es eso del trastorno bipolar? —le pregunté a mi informante.

—¿Yo qué sé? Debe de significar que le falta media luna, pero en fino —me respondió con su habitual delicadeza. Y colgó.

En el avión no tenía acceso a internet, claro. Y, por supuesto, tampoco podía usar el teléfono. Era incapaz de escribir una línea que valiera la pena antes de verificar el verdadero significado de “trastorno bipolar”. Además, la pasajera que estaba a mi espalda no hacía más que asomar su cabeza rizada espiando la pantalla en blanco de mi ordenador. Me estaba poniendo enfermo, así que me volví, le lancé una mirada feroz y le pregunté en tono insultante:

—¿Tú sabes algo del trastorno bipolar?

Ana González Isasi pasó del susto a la sonrisa y me dijo que sí. Que algo sabía.



Me ayudó con el reportaje, se lo entregué a tiempo a mi director y desde entonces le debía una.

Planteamos este libro no como un tratado científico. No como transcripción de diez sesiones clínicas domiciliarias. *Ojos que sí ven* es, o eso hemos pretendido, una indagación humanística informal, errática, subjetiva, indiscriminada, indiscreta e inconclusa en las intimidades de las personas que sufren trastorno bipolar.

Nuestra intención ha sido poner al alcance del público profano una obra divulgativa que se enfrente a los estigmas sociales que acompañan a esta enfermedad. Que erradique de los labios de la gente expresiones como la que utilizó mi amigo policía aquella tarde de julio para describir a estas personas.

Hemos ido a sus casas, conocido a sus familias, visitado los pueblos donde viven, en qué trabajan. Hemos hablado con ellos de literatura, de pintura, de fontanería, de albañilería, de sexo, de cine, de punto de cruz y de sueños. Los hemos escuchado tocando el piano y recitando sus poemas, y nos han explicado cómo caldear un salón con la nevera si no tienes dinero para pagar la calefacción. Nos han invitado a comer, a beber, a reír, a llorar y a volver siempre que queramos.

Y volveremos. Aunque hayamos olvidado los caminos. Porque, como nos enseñó Escarlata, una de nuestras colaboradoras en este libro, “el que ha aprendido un camino, aunque no recuerde cuál era el camino más corto, siempre va a llegar al sitio”.



INTRODUCCIÓN

Trastorno bipolar: *Qué es. Cómo reconocerlo. Cómo enfrentarlo*

Fases en el trastorno bipolar

Las personas que tienen trastorno bipolar son sensibles, afectuosas, preocupadas por la relación con el otro, y generalmente, abiertas y expresivas.

Precisamente, el trastorno bipolar es un trastorno afectivo. Sufren una inestabilidad del estado de ánimo que se caracteriza por fases de manía y de depresión, de diferente intensidad, que pueden durar de días a meses.

Los episodios de manía se caracterizan por la euforia y/o por un exceso de irritabilidad. Suelen ser fases donde estas personas se sienten bien, *muy-muy* bien, exultantes, y olvidan que la causa de esa euforia es una enfermedad. Sin embargo, la familia y amigos los ven acelerados, sin dormir, sin parar de hablar, sin dejarse interrumpir, con una risa exagerada, con una ira sin desencadenante, con unos ojos que transmiten que nadie les puede entender



ni entrar en su mundo: ellos son los afortunados, los elegidos por ese sentimiento gozoso. ¿Nos imaginamos por un segundo llegar a tener esa sensación? ¿Queríamos que nuestra familia o ese doctor nos la controlara y nos la robara para nuestra adecuada adaptación social? ¿Quién no ha tenido en algún momento esa fantasía?

Pueden vender todas sus pertenencias e invertir el dinero en nuevos proyectos que presienten formidables, comprar tres coches iguales en el mismo día porque les gusta ese modelo, emprender nuevos negocios, tener pensamientos de que son seres enviados, especiales, con una misión salvadora del mundo, o pensar que son Marilyn Monroe, Richard Gere o la Reina de Inglaterra.

Los episodios de depresión se caracterizan por un bajo estado de ánimo, desgana, abandono personal y social, pérdida de interés por las cosas, merma de placer en las actividades que antes producían satisfacción, cansancio, fatiga y dolores corporales. Sus sentimientos pueden ser de tristeza, sus pensamientos, de desvalorización e inutilidad. Pero, sobre todo, lo que se percibe es una falta de cuidado personal, de hábitos de higiene, un abandono de toda actividad, un aislamiento del mundo exterior, una ralentización a la hora de responder y de hacer. A veces desean morir. Otras veces intentan morir. En ocasiones lo consiguen.

A veces, también, pueden sufrir episodios mixtos, con síntomas de fases de manía y de depresión. La persona se ríe y al momento se pone a llorar. No puede dormir, y le invade el bienestar a la vez que no encuentra un sentido a la vida. Tiene angustia, inquietud, busca algo sin saber el qué, no puede parar, pero a su vez se siente triste. Disforia, labilidad emocional, dicen los médicos. La persona no sabe cómo está, ni tampoco sabe estar.



¿Y entre fases?

En muchas de las ocasiones, los episodios requieren el ingreso en una planta de psiquiatría. Ajuste del tratamiento farmacológico para que la *mágica química* devuelva al paciente a la “normalidad”. Contención de la furia emocional. Estimulación para huir del vacío existencial.

¿Cómo reaccionaríamos si, cuando mejor nos sentimos (en el caso de las fases de manía), cuando creemos que todo lo podemos lograr y tenemos mil proyectos, nos encierran durante veinte días en un hospital? ¿O si creemos que con quien mejor estamos es con nuestra familia y nos han metido ahí? ¿En quién confiamos ahora? ¿Acaso aquél que encerraron no era yo?

Esto explica por qué la mayor parte de los ingresos son involuntarios. Generalmente inducidos por los familiares. Por eso es fundamental que éstos aprendan a detectar los síntomas y valorar en qué momento se hace inevitable el ingreso. Se trata siempre de una decisión dolorosa, pero es la única decisión acertada.

Aunque los episodios remiten, algunas veces, no siempre, quedan síntomas que siguen dificultando la vida del paciente. Se llaman síntomas subsindrómicos. Estos síntomas se parecen a los sufridos durante los episodios de manía o depresión, pero en menor intensidad y con una cualidad menos arraigada. Tristeza inmotivada, mirada perdida y un sobreesfuerzo para sobrellevar el día a día. Una alegría al cuadrado, y un exceso de ganas por hacer demasiadas cosas. Por supuesto que estos síntomas complican, en cierta medida, el que la persona retome su vida habitual.

A ello se suman los posibles efectos secundarios que a veces conlleva la imprescindible medicación pautaada. Sentirse un poco más lento de lo normal, o con cierta somnolencia, son efectos



comunes que se toleran bien, pero que le hacen preguntarse a la persona por qué ya no es la de antes.

Y ésta es la clave que les toca resolver entre fases. ¿Quiénes son ellos? ¿Cómo es posible que, bajo los efectos de la enfermedad, hagan cosas de las que perfectamente se acuerdan pero que nada tienen que ver con su forma natural de ser? ¿Cómo es posible que me acostara con prostitutas y le dijera a mi mujer que la dejaba si la quiero y deseo mi relación estable? ¿Cómo es posible que intentara quitarme la vida con lo que yo quiero a mis hijos? ¿Por qué pienso más lento y necesito esta medicación? ¿Por qué no leo tan rápido como lo hacía antes? ¿Quién soy ahora?

Origen y curso de la enfermedad

El trastorno bipolar es una enfermedad de carácter biológico. En muchos de los casos, hay antecedentes familiares con la misma patología. La predisposición genética, está demostrado, es prevalente. El 20% de los hijos de personas con trastorno bipolar heredan la enfermedad.

La edad media en la que ocurre el primer episodio son los 20 años. El primer episodio suele ser de tipo maniaco en los hombres, y de tipo depresivo en las mujeres.

En el trastorno bipolar hay una descompensación de las sustancias químicas de las neuronas. Las neuronas son las células del cerebro que controlan todos los procesos del ser humano. En este caso, hay un exceso o defecto de sustancias encargadas de controlar el estado de ánimo. Es por ello que el trastorno se manifiesta en la inestabilidad del humor.



Es una enfermedad crónica, cíclica, que va por fases y que requiere unos cuidados que la prevengan. En muchas ocasiones, las fases las precipita el propio enfermo por someterse a factores de riesgo. Unos cuidados adecuados pueden ayudar a la persona a prevenir las fases, y a tener una buena calidad de vida a pesar de la enfermedad.

¿Qué les puede hacer recaer?

El abandono del tratamiento farmacológico y el no seguimiento ambulatorio por un profesional sanitario es el primer factor de recaída. Las personas con trastorno bipolar lo saben, están informadas, pero a menudo, en los momentos de estabilidad, se creen capaces de continuar solos, de apartarse de la prescripción médica. Es el peor error que pueden cometer. La medicación ayuda a mantener las sustancias químicas en sus niveles adecuados, así que su eficacia no es curativa, sino preventiva.

El consumo de alcohol, cafeína y/o tóxicos (excepto el tabaco, que es muy perjudicial para el organismo pero que no influye en las recaídas) es un factor que promueve la alteración de las sustancias cerebrales, por lo que puede precipitar la recaída.

Tener unos hábitos inadecuados de vida, unos horarios variables (¿y si el fin de semana me acuesto un poco más tarde?), y la falta de rutina puede alterar el adecuado nivel de las sustancias químicas y provocar, por consiguiente, alteraciones del estado de ánimo.

Así mismo, debido a la hipersensibilidad que suelen tener estas personas, los conflictos y problemas de relación con los



demás, familiares, sociales y/o laborales, la soledad o el aislamiento, les afectan de forma mucho más grave. El impacto emocional suele ser mayor, por lo que el estrés vital también puede llevar a la recaída.

El trastorno bipolar en la vida cotidiana

Muchas veces, tras haber sufrido un episodio, los pacientes encuentran muchas dificultades para recuperar el funcionamiento previo. El primer paso es la reconstrucción de su identidad y el aprender a vivir asumiendo la enfermedad. Se replantean el concepto de sí mismos, poniendo en cuestión su autoestima y amor propio.

La iniciativa y espontaneidad, las habilidades conversacionales y la capacidad para afrontar situaciones sociales se ven afectadas. Su mundo social queda más reducido, perdiendo apoyo y afectividad por el esfuerzo que les cuesta mantenerlo.

Las dificultades de memoria, fluidez verbal o ralentización del pensamiento hacen que la reincorporación al trabajo sea lenta y complicada, o que sientan que tienen un menor rendimiento al que tenían anteriormente. Puede que ahora les apetezca menos salir, hacen menos actividades, y planifican menos su tiempo de ocio.

Además, se tienen que enfrentar a un estigma social de la enfermedad mental, y demostrar al mundo cada día quiénes son, lo que les gusta y lo que no, y lo que quieren y buscan para su vida. Destruyamos el estigma: el trastorno bipolar sólo es peligroso para quien lo padece.



¿Cómo tratar el trastorno bipolar?

Hasta hace pocos años, el único tratamiento para el trastorno bipolar era farmacológico. Se toman estabilizadores del humor, antipsicóticos, antidepresivos, y/o ansiolíticos, con el fin de regular adecuadamente las sustancias químicas del cerebro. Cada tratamiento es individualizado, y no todas las personas necesitan el mismo fármaco ni las mismas dosis. Este tratamiento tiene que ser regulado, ajustado y seguido por un médico psiquiatra.

Hoy en día, se ha visto que el tratamiento farmacológico es necesario, pero no suficiente. Debe ir acompañado por un tratamiento psicológico adecuado, bien individual, bien grupal. Este tratamiento tiene que estar basado en técnicas de psicoeducación, terapia cognitivo-conductual, y terapia interpersonal y del ritmo social. Debe abarcar aspectos como informar a la persona para que tenga conciencia de la enfermedad con la que vive y los cuidados que requiere, así como aspectos para mejorar el afrontamiento de su vida diaria, aumentar su autoestima y habilidades sociales, planificar su tiempo libre y mejorar su calidad de vida. También es importante acompañarlo por una terapia familiar para que los allegados dispongan de una adecuada información sobre la enfermedad y que mejoren el apoyo y la relación con la persona que sufre trastorno bipolar.

Está comprobado que un adecuado tratamiento combinado (farmacológico y psicológico) ayuda a prevenir recaídas, reduce las hospitalizaciones y mejora la adaptación de la persona a su vida cotidiana garantizando la calidad de la misma.



Acompañando a la persona con trastorno bipolar

Es difícil entrar en el mundo de alguien que no deja y que no sabe cómo dejarte hacerlo. Es difícil entender cuándo actúa la enfermedad y cuándo actúan ellos. Es difícil perdonarle a él y condenar a la enfermedad. Es difícil saber a quién tenemos delante.

La familia es el apoyo más directo que puede tener una persona que sufre trastorno bipolar. Son los más capacitados para distinguir cuándo actúa la persona y cuándo actúa la enfermedad. No se puede perder la perspectiva. No nos podemos llegar a confundir y caer en el error de identificar a la enfermedad con la persona. La familia tiene que estar a favor de la persona y ayudarle a controlar adecuadamente la enfermedad sin tener que controlarle a él. Es complicado.

Es muy importante que la familia aprenda junto con la persona a detectar los primeros síntomas, conductas o palabras que suele tener en los días previos a un episodio. Si juntos detectan la posibilidad de una recaída, pedirán ayuda y pondrán en funcionamiento los recursos de los que dispongan.

Es fundamental el afecto y el apoyo incondicional a la persona aunque sea difícil entenderle. Hay que evitar las críticas y la hostilidad, lo cual no implica el dejar de poner ciertos límites a conductas inapropiadas motivadas por la enfermedad.

Conclusiones

Es fácil explicar en pocas líneas qué es esta enfermedad y lo que llega a acarrearle a quien la padece. Es difícil en pocas



INTRODUCCIÓN

líneas mostrar al mundo quiénes son ellos. Hasta aquí, mis palabras. A partir de ahora, hablan ellos.

“Es una especie de sacrilegio hoy en día hablar de la locura como si fuera algo menos que la enfermedad química cerebral que es a cierto nivel. Pero había momentos con mi hija en que tenía la angustiosa sensación de estar en presencia de una rara fuerza de la naturaleza, como una gran ventisca o inundación: destructiva, pero a su manera también asombrosa”.

Michael Greenberg. Hacia el amanecer.

