



Conocer, aceptar y transformar

Claves para manejar el trastorno bipolar

Conocer, aceptar y transformar

Claves para manejar el trastorno bipolar



ASOCIACIÓN VALENCIANA DE TRASTORNO BIPOLAR



Círculo Rojo
EDITORIAL

Primera edición: Agosto de 2026

Depósito legal: SE 3522-2026

ISBN: 979-13-7060-921-4

Impresión y encuadernación: Editorial Círculo Rojo

© Del texto: Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar

© Maquetación y diseño: Equipo de Editorial Círculo Rojo

Editorial Círculo Rojo

www.editorialcirculorojo.com

info@editorialcirculorojo.com

Impreso en España — Printed in Spain

Editorial Círculo Rojo apoya la creación artística y la protección del copyright. Queda totalmente prohibida la reproducción, escaneo o distribución de esta obra por cualquier medio o canal sin permiso expreso tanto de autor como de editor, bajo la sanción establecida por la legislación.

Círculo Rojo no se hace responsable del contenido de la obra y/o de las opiniones que el autor manifieste en ella.

El papel utilizado para imprimir este libro es 100% libre de cloro y por tanto, **ecológico**.

**Dedicado a todo el colectivo de la bipolaridad:
personas afectadas con trastorno bipolar (PTBs),
familiares, allegados y profesionales.**

INDICE DE ABREVIATURAS

AVTB: Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar

TB: Trastorno Bipolar

PTB: Persona con Trastorno Bipolar

TMG: Trastorno Mental Grave

IE: Inteligencia Emocional

IA: Inteligencia Artificial

TEC: Terapia Electro Convulsiva

EMT: Estimulación Magnética Transcraneal

ETACS: Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario

PARCUVE: Acrónimo de los Fundamentos de dicha técnica: Pánico, Rabia, Cuidado, Vergüenza, Emoción

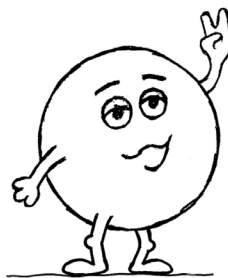
CNV: Comunicación No Violenta

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

SEÑAL: SEÑales de ALarma

SASEM: Servicio de Atención y Seguimiento a personas con Enfermedad Mental Grave

Bipo: soy la mascota del TB. Os iré saludando a lo largo del libro.



INTRODUCCIÓN

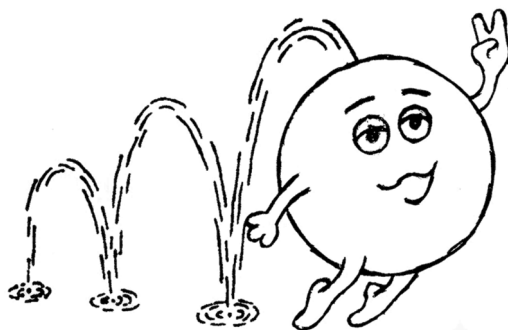
El libro consta de tres apartados, el primero “DE DONDE VENIMOS”, que es una brevísima historia del pasado.

El segundo “DONDE ESTAMOS”, que es el presente, contando con más detalle lo que es el Trastorno Bipolar (TB) tal como hoy en día se le entiende.

Y, el tercero, “HACIA DONDE VAMOS” en el que se pretende mirar, someramente, con mayor profundidad sobre sus causas, por si alguna persona pretendiera bucear más allá de las apariencias.

Esta obra tiene carácter divulgativo compatible con rigor en la información, basada en estudios y conocimientos probados. Pero no introduciremos “numeritos” (superíndices) porque las aclaraciones se hacen explícitamente en su lugar de exposición. Y también porque cruzando dos palabras en internet se puede obtener toda la información que al lector le pueda interesar.

Bipo, será la mascota que nos animará este libro.



PREÁMBULO

Podemos decir que un día sin más, como cualquier otro, aparece inesperadamente en nuestras vidas la enfermedad bipolar. Se trata de una enfermedad mental grave que antes era llamada psicosis maniaco depresiva. Es grave porque, en un alto porcentaje, invalida el poder llevar una vida normalizada en cuanto a los aspectos laborales, familiares, académicos, sociales, de interrelación...; pero sigue habiendo vida en las personas que la padecen. Todos somos colegas humanos.

Es una enfermedad crónica y recurrente en la que se producen oscilaciones del estado del ánimo. Unas veces por su exacerbación o exaltación (fase de hipomanía/manía), y otras por su grave depresión (fase de depresión bipolar). La intensidad de dichas oscilaciones y su frecuencia varían de una persona a otra. Así que, estos mecanismos de regulación del ánimo en el cerebro, se muestran alterados.

Pero además la bipolaridad también produce mucha ansiedad, épocas de obsesión, impulsividad en ocasiones, mucha vulnerabilidad al estrés, y ciertas connotaciones singulares que se deben conocer para comprender bien la enfermedad, puesto que de ello dependerá una mejor calidad de vida de la persona que padece el trastorno bipolar (PTB) y las del entorno más cercano. Por eso las asociaciones que se dedican a este tipo de trastornos adquieren un gran valor para desarrollar procesos de adecuación en las personas que padecen esta alteración, tanto enfermos como familiares y allegados.

Y, como el resto de enfermedades crónicas, tiene tratamiento, pero no cura. El tratamiento es fundamentalmente psiquiátrico y de psicoeducación, que afortunadamente ofrecen bastantes alternativas, aunque en ocasiones sea costoso encontrar el tratamiento más idóneo para cada persona que padece el trastorno bipolar (PTB). Y de ese modo, fundamentalmente, hay esperanza para este colectivo, y sobre todo por el esfuerzo investigador para encontrar el remedio definitivo.

La cronicidad significa que puede haber recurrencia de los síntomas en cualquier momento de la vida, por tanto, el tratamiento y las medidas estabilizadoras son fundamentales para evitar recaídas y así mantener la estabilidad anímica.

Por tanto, resulta fundamental conocer la enfermedad en profundidad para entender a las personas que la sufren y para saber manejarla, pues de lo contrario es la enfermedad quien nos maneja. Hay que pensar que hace alrededor de 50 años el tratamiento consistía en el internamiento en instituciones psiquiátricas. Hoy en día la farmacología y el apoyo socio sanitario hacen posible la integración de las personas afectadas, aunque todavía hemos de conseguir muchos más logros con la colaboración de toda la sociedad.

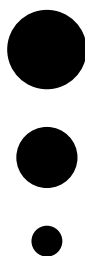
Ir sumando pasos en la buena dirección que nos abran las puertas a la esperanza de seguir mejorando y encontrar esa reivindicada y necesaria inclusión social, es el objetivo en el que todas y todos podemos colaborar.

Y también podemos soñar en ese día que gracias a la investigación (médica, biológica y psicológica) lleguemos a conocer de raíz esta enfermedad, afincada en el cerebro, para erradicarla de la humanidad.

Desde la Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar (AVTB) hemos querido lanzar esta recopilación de situaciones, referidas todas al colectivo de personas que padecen esta enfermedad, porque hay muchas que no están diagnosticadas y huyen de su propia realidad. Quizá puedan encontrar en esta lectura alguna pequeña orientación para identificarse y mejorar buscando ayuda. Es el principal objetivo que pretende este libro, y por eso se podría decir que es de autoayuda, ya que el primer paso es ese reconocimiento en propia persona de que algo pasa, de que se necesita saber lo que ocurre y de comprender lo que sucede. Si esta lectura te lleva a esa búsqueda y a querer conocer la enfermedad y cómo se instala en ti y después buscar ayuda para mejorar, este libro habrá cumplido con creces su cometido.

En la página web de esta asociación podrás ver más datos sobre el trastorno bipolar: www.avtbipolar.org

DE DÓNDE VENIMOS



BREVE HISTORIA SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

Previo al establecimiento de la civilización griega en 1500 AdC se conocen sobre todo las explicaciones de los trastornos mentales en Mesopotamia, India, Egipto y la cultura Azteca. En todos ellos predominaba una interpretación mágico-religiosa de las anomalías del psiquismo. Los enfermos mentales eran considerados de alguna manera como individuos bendecidos o castigados por deidades y demonios.

Era la determinación del ser sobrenatural que condicionaba la aparición del trastorno. La conceptualización de los fenómenos psicopatológicos, que variaba según cada cultura, determinaba la conducta a seguir frente a ellos. Se empleaban desde los castigos físicos hasta la realización de actividades lúdicas y recreativas (Egipto).

A partir de Hipócrates (400 AdC) surgió un modelo protomédico que daba cuenta de las anomalías del comportamiento como el resultado de una interacción entre los diferentes *humores* del cuerpo. Galeno (siglo II DdC) localiza al psiquismo y a la razón dentro del cerebro. Las descripciones y clasificaciones de las enfermedades mentales derivadas de los modelos griegos se mantienen hasta la caída del imperio romano.

Y, tras esta caída, en Occidente, a consecuencia de la invasión de las tribus germánicas, al predominio del cristianismo y a otros fenómenos resurge el modelo mágico-religioso como explicación de la enfermedad mental, siendo la mayoría de los casos catalogados como posesiones demoníacas.

Existe una tendencia contraria durante esta época en la que se intenta auxiliar al enfermo mental, representada sobre todo por autores como Tomás de Aquino y por acciones como el establecimiento de un primer manicomio en Valencia, España, por el Padre Joan Gilabert Jofré en 1410. El cuadro que pintó Sorolla bien refleja este importante momento histórico en la ciudad de Valencia.



Joaquín Sorolla, El padre Jofré defendiendo a un loco (1887)

Durante el siglo XX, tanto la atención socio-sanitaria como los recursos que tienen a su disposición las personas con trastorno mental han cambiado considerablemente. A principios de siglo, la locura deja de ser algo irreversible y peligroso, para convertirse en una enfermedad. Se modifican los asilos (lugares de confinamiento para los pacientes y protección para la sociedad), creándose los hospitales psiquiátricos, pasando de una asistencia de custodia a una asistencia médica.

Con la salida progresiva de los hospitales psiquiátricos se crean nuevas necesidades, ya que las personas que antes vivían entre muros ahora precisan una atención diferente a la recibida con anterioridad, además de una rehabilitación y reinserción social, es decir, una vida más normalizada.

En España, no es hasta la década de los 80 cuando se empieza con el cambio. Esta transformación comienza con el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, hecho público en abril de 1987. La comisión tenía dos objetivos principales: hacer desaparecer manicomios y/o asilos como unidades de reclusión y establecer el modelo comunitario en el territorio español.

A la vez, sale la Ley General de Sanidad de 1986, que ayuda a que la salud mental se integre paulatinamente en la red sanitaria general y empiecen a utilizarse criterios de prevención y promoción de la salud. La puesta en marcha de esta ley y el cierre de camas de larga estancia propuesto por la Comisión ponen de manifiesto la falta de estructuras para la asistencia al paciente mental. La creación de estos servicios se hace de forma desigual en las distintas comunidades autónomas

Esta desigualdad no cambia hasta 2007, cuando, con la publicación de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, se intenta poner unas directrices más homogéneas para todo el territorio español teniendo una visión más positiva de la salud mental, reduciendo el estigma y las diferencias en la asistencia que había entre las distintas autonomías.

También se empieza a entender que la mayoría de los trastornos mentales cursan de forma crónica con todo lo que esto conlleva: una sobrecarga familiar, social y del sistema, haciéndose visible la necesidad de seguir desarrollando aún más los distintos servicios, dependiendo de las necesidades de cada persona y llegando a la conclusión de que la asistencia a la persona con trastorno mental no tiene que darse de forma aislada sino en forma de red, donde la comunicación fluya por los dispositivos y sea más fácil su derivación.

De esta forma, desde el punto de vista funcional podemos dividir los distintos servicios de salud mental en: unidades asistenciales, unidades de apoyo o rehabilitadoras y unidades de inserción social. En todos estos dispositivos, a parte de la actividad asistencial, se hace prevención de la enfermedad psiquiátrica, promoción de la salud, docencia, investigación y asesoramiento a los distintos profesionales del sistema sanitario.

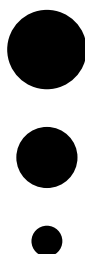
Esta narrativa histórica nos revela de dónde venimos y lo que se hace por la salud mental, pero también refleja cierta cortedad de miras porque no sólo es cuestión de recursos, también debemos atender una mejor concepción, organización, planificación y orientación de los ya disponibles. Para todo ello debemos replantear la mirada hacia la salud mental más allá de lo asistencial, del relato victimista, que muchas veces es el único, y de plantear una necesaria coherencia y coordinación institucional para la atención adecuada de esta realidad que nos acompaña a la humanidad, la alteración de la salud mental.

Estamos convencidas/os de que para salir de la inercia y del único planteamiento de “más recursos” hemos de coordinar esfuerzos, escucharnos todos y desde luego agilizar las instituciones creando herramientas para hacer posible estos conceptos de funcionamiento. Por esto es privativo cambiar la estrategia y comprometerse todas las instituciones que trabajamos o decimos trabajar a favor de la salud mental sin sesgos en la mirada abarcando los 360 grados

de la realidad. Sin pegas burocráticas, sin temor a alterar las “comodidades” adquiridas (horarios no reales, protocolos rígidos, privilegios...), sin áreas de confort inamovibles, con verdadero compromiso medido y con rendimientos laborables acordes a las necesidades... en fin, bajar de la teoría a la práctica de la adecuación que exige una buena praxis y buena atención a la salud mental.

Establecer un consenso desde estas premisas es posible, ha habido un conato de intento con la llamada “Convención Ciudadana” en nuestra Comunidad Valenciana, que al estar sometida a la alternancia política se ha interrumpido, pero ha demostrado ser posible llevarla a cabo. Por tanto, con estas experiencias podemos ir avanzando y aprendiendo de las mismas para evitar caer en los mismos errores y avanzar en soluciones a favor de la salud mental (Convención Ciudadana, 2023).

DÓNDE ESTAMOS



PRIMERA PARTE

LO SUPERFICIAL, LA FORMA, LO QUE SE VE

Este aspecto hace alusión a lo que todos: especialistas, pacientes, familiares, allegados... podemos observar de lo que sucede y luego describirlo y llegar a acuerdos de entendimiento conformado y consensuado por el colectivo médico para estructurarlo en cuerpo de materia y dar una entidad nosológica concreta a la que referirse, en este caso al Trastorno Bipolar.

EL CONTEXTO, TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

El Trastorno Bipolar (TB) se considera una enfermedad mental dentro de la clasificación de trastornos mentales graves. Es grave porque suele ser discapacitante (según la intensidad en la que se manifieste) para la persona que lo padece, alterando significativamente su vida en el funcionamiento personal, familiar, social, laboral y académico, con un pronóstico de cronicidad, es decir, es una enfermedad que durará toda la vida. No tiene distinción de raza, sexo, edad, lugar de procedencia, estatus social ni entorno social.

En el 60% el primer episodio suele ser depresivo. No es por negligencia de quien lo padece; ni por una personalidad débil o inestable. Es una enfermedad biológica, una alteración bioquímica, con marcada influencia genética, sin menospreciar la influencia de los factores biológicos y medioambientales que pueden desencadenar la enfermedad.

En las clasificaciones de las categorías diagnósticas más globalmente empleadas como son el DSM-5 (Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición) y la CIE-10-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª y 11ª edición) se incluyen en los trastornos mentales graves a las siguientes enfermedades mentales: Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, Trastornos Bipolares, Trastorno depresivo mayor, Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y Trastornos graves de personalidad. En otras clasificaciones incluyen también a los Trastornos Alimenticios por la gravedad y discapacidad que generan.

DEFINIENDO EL TB

Fuente: www.avtbipolar.org

El trastorno bipolar es una enfermedad que aparece como consecuencia de una alteración en los mecanismos cerebrales que regulan el estado de ánimo, lo que supone una desregulación grave del mismo. La alteración se encuentra por tanto en el cerebro, en las estructuras encargadas de modular nuestro ánimo a las circunstancias externas. De manera que aparecen estados de ánimo muy bajos (episodio depresivo) y estados de ánimo muy altos, exaltados (episodio maniaco), o mezcla de ambos a la vez (episodios mixtos) con repercusión negativa en el funcionamiento (esfera de la conducta, comportamiento y cognitiva) en la vida propia (distorsión de la realidad) y de relación (esfera social) de las personas que lo padecen.

Como tal trastorno, no es manejable bajo la voluntad, tiene un curso propio que debemos conocer para saber lo que nos sucede y cómo comprender y actuar según sus manifestaciones. Iremos desgranando sus características.

Por tanto, el TB se considera un Trastorno Mental Grave (TMG) y crónico que requiere de apoyo (farmacológico, terapéutico y social) **de larga duración** y, en la mayoría de ocasiones, durante toda la vida. Este problema, según las estadísticas, afecta entre el 1,5% y el 2% (prevalencia) de la población en los casos más agudos (que se manifiesta muy intensamente), pero si se abarca todo el espectro bipolar (casos agudos y más leves de la esfera afectiva) puede llegar a afectar por encima del 6% de la población.

El nombre actual es de Trastorno Bipolar (TB) o Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), antes se le denominaba psicosis maniaco depresiva. La palabra psicosis quiere decir estar fuera de la realidad o haber perdido contacto con la realidad. Y suele ser síntoma de alguna enfermedad mental, aunque algunas sustancias como el alcohol u otras drogas también pueden provocar cuadros con estas características.

El agrupar los síntomas facilita el diagnóstico y el tratamiento, y es muy útil desde el aspecto sanitario al menos. Sin olvidar que luego hay que individualizar siempre, y a cada Persona con Trastorno Bipolar (PTB) darle su singular aspecto.

La psicosis puede incluir habla o pensamientos desordenados; paranoia o delirios (creer que algo es real cuando no lo es) y alucinaciones (ver, oír, saborear, o sentir algo que no es real).

El TB es un trastorno crónico recurrente que se caracteriza por fluctuaciones en el estado de ánimo y la energía (te encuentras con mucha energía en las fases de exaltación o sin “pilas” en las fases de depresión). Afecta por igual en la población mundial, independientemente de su nacionalidad, origen étnico o situación socioeconómica. El TB es una de las principales causas de discapa-

cidad entre los jóvenes, lo que conduce a un deterioro cognitivo y funcional y a un aumento de la mortalidad, en particular la muerte por suicidio.

Es habitual que los individuos afectados presenten una alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas y médicas (quiere decir que además de TB haya otras alteraciones a la vez). El diagnóstico del TB puede ser difícil en la práctica clínica cuando en su inicio aparentan ser depresiones. Además, actualmente no existen biomarcadores válidos para su diagnóstico.

No hay pruebas analíticas ni de imagen específicas, pero **sí hay síntomas muy evidentes** por lo que se diagnostica de forma clínica, en consulta, por el especialista en psiquiatría.

Una forma de presentación o debut de la enfermedad puede ser el padecer de depresiones recurrentes y al recibir tratamiento con antidepresivos se produce un viraje (cambio) del estado de ánimo y desde la depresión se produce un viraje a un cuadro de manía. Significa que detrás de esa depresión, lo que realmente había era un TB que ha dejado de estar latente y se ha manifestado.

Otras veces debuta a raíz de un consumo de marihuana, pues la vulnerabilidad o fragilidad de la estabilidad del ánimo en estas personas es muy alta y estas sustancias provocan un daño manifiesto en su química cerebral lo que les hace de desencadenante en la manifestación de la bipolaridad.

Y otra forma habitual de presentación del TB es tras un periodo de estrés, que también haría de desencadenante del mismo. Ese estrés puede suceder por diferentes causas: exámenes; turnos rodados; conflictos con personas; temas laborales; rupturas afectivas; duelo...

En el DSM-5 y el CIE-11 engloban los trastornos del ánimo en diferentes subclasificaciones, entre las que se encuentra el TB. Los tipos de TB habitualmente se conocen como TB tipo I, cuando la polaridad (o tendencia) es hacia un estado más constante (no absoluto) de la manía. El tipo II es una mayor tendencia hacia la depresión y las hipomanías (manías de menor intensidad). Y la ciclotimia, en la que hay alteraciones anímicas periódicas entre la exacerbación y la depresión de menor intensidad. Hay una manifestación que se llama mixta (TB mixto) porque comparte síntomas o características de los dos polos (de la manía y de la depresión) en la que la persona puede estar eufórica, pero a la vez triste e irritable y muy susceptible.

Siempre será el/la profesional de la psiquiatría quien debe ser consultado/a para atender estas entidades nosológicas de la bipolaridad. Porque un buen tratamiento permite una estabilidad y normalizar la vida de la Persona con Trastorno Bipolar (PTB) muchísimo, y sin la protección de un tratamiento la persona entra en un caos anímico que le perjudica a su vida y a la de su entorno enormemente.

Según datos de la *Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 de la Generalitat Valenciana* (Generalitat Valenciana, 2016), dentro del conjunto de los problemas de salud mental, **el porcentaje de las personas diagnosticadas de Trastorno Bipolar es uno de los más elevados** sólo por debajo de los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos Adaptativos.

DIAGNÓSTICO E IMPACTO

Ya sabemos definir lo que es el TB, y como trastorno conocemos que no depende de la voluntad y no es una opción evitarlo. Será un compañero de vida, con el que no nos quedará otra alternativa que aprender a convivir. Y con una buena regulación podremos controlarlo, de lo contrario será el TB quien controle nuestras vidas.

Es ambivalente el impacto que produce la noticia del diagnóstico: te comunican que tu problema se llama Trastorno Bipolar. La primera reacción suele ser de incredulidad. En otro apartado más extenso hablaremos de las cinco etapas de aceptación (cuando se produce) de la enfermedad ante lo irremediable de un diagnóstico de estas características.

La ambivalencia es porque por una parte el comprender finalmente lo que te está sucediendo es tranquilizador. El hecho de comprender alivia. Ya está “identificada” la causa, pero por otra parte es un palo grande que sin más te haya caído una enfermedad mental de esta naturaleza. Lógicamente las reacciones son tantas como personas que la padecen, globalmente podemos agruparlas en las personas que deciden no hacer caso y siguen como si no supieran nada, lo que les lleva a repetir una y otra vez los mismos esquemas, y desde luego la enfermedad estará presente y se hará de notar.

El TB por sí sólo no desaparece, una vez manifestado estará siempre.

Y, otro grupo de personas que son más conscientes y se hacen cargo del TB y deciden tomar medicación y mejorar su situación, y así sucede. Y luego otro gran grupo que va entre estas dos vertientes, es decir, a veces reacciona de una manera y otras veces de otra.

Debemos tener presente que la falta de consciencia de la realidad que acarrea cualquier trastorno mental hace comprensible estas reacciones dispares. Igualmente, esta falta de contacto con la realidad produce una alteración del pensamiento distorsionando las situaciones, y sobre todo ocasiona gran sufrimiento en las personas afectadas. **La desadaptación es una de las consecuencias presentes.**

En ocasiones el TB se diagnostica muy tarde, tras varios años de padecerlo, esto es porque se presenta en primer lugar como estados molestos emociona-