

Convocatoria para la celebración de la Semana del Cerebro (26 – 30 de marzo) y el Día Mundial del Trastorno Bipolar (30 de marzo)

Origen de la Semana del Cerebro:

La celebración de la Semana del Cerebro (que en inglés se conoce como Brain Awareness Week – BAW) se originó en 1996 en los Estados Unidos como una idea de la Dana Alliance for Brain Initiatives (DABI), parte de la fundación DANA, con el objetivo de promover e incrementar el conocimiento del público en general acerca de los avances y los beneficios de la investigación en neurociencias. Dicha fundación fue establecida en 1950 por Charles A. Dana y su esposa Eleanor Taylor con el fin de apoyar a la ciencia y la educación (www.dana.org). En 1996, la campaña “BAW” (www.dana.org/brainweek) incluyó a 160 organizaciones en los Estados Unidos. Tan solo dos años después, en 1998, la campaña se volvió internacional. Primero se realizaron actividades durante un solo día y después éstas se expandieron a una semana completa, como ocurre actualmente.

Ya para el año 2000, cuatro años después de su lanzamiento original, la BAW se convirtió en una campaña mundial, incluyendo a 1,100 organizaciones participantes de 41 países. Estas organizaciones incluyen: universidades, hospitales, centros de investigación, sociedades educativas y científicas, organizaciones gubernamentales, así como escuelas de educación media. Para el 2011, la BAW cuenta ya con el registro de un sinnúmero de organizaciones de 82 países que abarcan los 5 continentes. Estados Unidos, el país fundador, es el que cuenta con más eventos registrados; 105 de un total de casi 300 eventos en todo el mundo.

Le siguen en número de eventos organizados, el Reino Unido con 25; Alemania con 22; Turquía con 19 y Canadá con 12. Los demás países participantes cuentan con menos de diez eventos registrados. El tipo de actividades que se realizan, son conferencias y simposios, exhibiciones, visitas guiadas a laboratorios de investigación, programas de radio y televisión, juegos, así como diversas actividades orientadas a estimular el acercamiento de los estudiantes y el público en general a las neurociencias de una forma divertida, y amena al mismo tiempo que aprenden más sobre el funcionamiento del cerebro y sobre los avances científicos y tecnológicos más recientes.

DABI apoya a las organizaciones participantes en la BAW con ideas para la organización y la promoción de los eventos en los medios de comunicación. También proporciona libros didácticos gratuitos para estudiantes de niveles básicos y medios, así como para adultos. En el portal de Internet de la BAW también se pueden encontrar un sinnúmero de materiales didácticos como juegos, rompecabezas, acertijos, historietas, etcétera. El acceso a las actividades mencionadas es gratuito y sin restricciones para cualquier usuario de la red, de manera que los niños, jóvenes y adultos puedan disfrutar de ellas en cualquier momento y durante todos los días del año, no solamente durante la Semana del Cerebro (www.dana.org/brainweek/resources).

Origen del día mundial del Trastorno Bipolar:



Ilustración 1 Vincent Van Gogh. Dr. Gachet (1890)

El día mundial del Trastorno Bipolar (TB) (World Bipolar Day) es una iniciativa surgida en Asia y Oceanía y extendida a todo el mundo recientemente. Se seleccionó el 30 de marzo por ser la fecha de nacimiento de Vincent Van Gogh que lo padeció. EL TP crece en el mundo y en muchos sitios constituye un estigma que afecta a los que lo experimentan, así como a familiares, amigos y compañeros de trabajo o estudio por ello la SONECUB aspira contribuir con la divulgación de esta afección y su tratamiento no tan solo a los involucrados directamente sino también a toda la sociedad cubana.

Interpretando y divulgando las respuestas a las siguientes preguntas se aspira lograr tal contribución:

1. **¿Usted tiene cambios bruscos en su estado de ánimo?** ¿Algunos días se siente muy feliz y con mucha energía y otros muy triste y deprimido? Estos estados de ánimo, ¿le duran una semana o más? ¿Le es difícil dormir, concentrarse o ir a trabajar debido a estos cambios en el estado de ánimo?

Algunas personas con estos síntomas tienen el trastorno bipolar, una enfermedad mental grave. Las preguntas que siguen lo guiarán en cómo actuar

2. **¿Qué es el trastorno bipolar?**

El trastorno bipolar es una enfermedad grave del cerebro. También se conoce como enfermedad maníaco-depresiva o depresión maníaca. Las personas con trastorno bipolar tienen cambios inusuales en el estado de ánimo. A veces se sienten muy felices y “animados” y son mucho más enérgicos y activos de lo habitual. Esto se llama un **episodio maníaco**. Otras veces, las personas con trastorno bipolar se sienten muy tristes y “deprimidos”, tienen poca energía y son mucho menos activos de lo normal. Esto se conoce como depresión o un **episodio depresivo**.

Los “altibajos” del trastorno bipolar no son iguales que los altibajos normales que todos tenemos. Los cambios en el estado de ánimo son más extremos y vienen acompañados de cambios en el **sueño**, el nivel de **energía** y la capacidad de **pensar con claridad**. Los síntomas bipolares son tan fuertes que pueden perjudicar las relaciones y dificultar asistir a la escuela o universidad o mantener un trabajo. Esta enfermedad también puede ser peligrosa. Algunas personas con trastorno bipolar intentan hacerse daño o suicidarse.

BUENA NOTICIA para las personas con trastorno bipolar es que pueden recibir tratamiento. Con ayuda, pueden mejorar y llevar una vida exitosa.

3. **¿A quién le da el trastorno bipolar**

El trastorno bipolar se puede presentar en cualquier persona. Con frecuencia, los síntomas comienzan a presentarse en la adolescencia tardía o la adultez temprana, pero pueden presentarse en los niños y en los adultos mayores también. Por lo general, la enfermedad dura toda la vida.

4. ¿Por qué a algunas personas les da el trastorno bipolar?

Los médicos no saben cuál es la causa del trastorno bipolar, pero hay varias cosas que pueden contribuir a la enfermedad. Los genes familiares pueden ser un factor, ya que el trastorno bipolar se puede dar en familias. Sin embargo, es importante saber que sólo porque alguien en su familia tiene el trastorno bipolar, no significa que otros miembros de la familia también lo tendrán.

Otro factor que puede conducir al trastorno bipolar es la estructura del cerebro o la función cerebral de la persona con el trastorno. Los científicos están estudiando la enfermedad y así descubriendo más sobre ella. Esta investigación puede ayudar a los médicos a tratar mejor a los pacientes. Además, puede ayudar a los médicos a predecir si el trastorno bipolar se puede presentar en una persona. Es posible que algún día los médicos puedan llegar a prevenir la enfermedad en ciertas personas.

5. ¿Cuáles son los síntomas del trastorno bipolar?

Los “**episodios anímicos**” del trastorno bipolar incluyen cambios inusuales en el estado de ánimo conjuntamente con cambios inusuales en los hábitos de dormir, niveles de actividad, pensamientos o comportamiento. Las personas con trastorno bipolar pueden tener episodios maníacos, episodios depresivos o episodios “mixtos”. Un episodio mixto incluye síntomas maníacos y síntomas depresivos. Los síntomas de un episodio anímico duran una o dos semanas y, a veces, hasta más. Cuando una persona está pasando por uno de estos episodios, los síntomas se le presentan todos los días y duran la mayor parte del día. Los episodios anímicos son intensos. Los sentimientos son fuertes y suceden junto con cambios extremos en el comportamiento y en los niveles de energía.

Las personas que están teniendo un **episodio maníaco** pueden:

- Sentirse muy “animadas” o felices
- Sentirse “nerviosas” o “aceleradas”
- Tener problemas para dormir
- Ser más activas que de costumbre
- Hablar muy rápido sobre muchas cosas diferentes
- Estar agitadas, irritables o muy sensibles
- Sentir que sus pensamientos van muy rápido
- Pensar que pueden hacer muchas cosas a la vez
- Hacer cosas arriesgadas, como gastar mucho dinero o tener sexo de manera imprudente.

Las personas que están teniendo un **episodio depresivo** pueden:

- Sentirse muy “decaídas” o tristes
- Dormir demasiado o muy poco
- Sentirse cómo que no pueden disfrutar de nada
- Sentirse preocupadas o vacías
- Tener problemas para concentrarse
- Olvidarse mucho las cosas
- Comer demasiado o muy poco
- Sentirse cansadas o sin energía
- Tener dificultad para dormirse
- Pensar en la muerte o el suicidio.

6. ¿Puede tener otros problemas una persona que tiene el trastorno bipolar?

Sí. A veces las personas que padecen de episodios anímicos muy intensos pueden tener **síntomas psicóticos**. La psicosis afecta los pensamientos y las emociones, así como la capacidad de una persona para distinguir lo que es real de lo que no lo es. Las personas con manía y síntomas psicóticos pueden creer que son ricos y famosos o que tienen poderes especiales. Las personas con depresión y síntomas psicóticos pueden creer que han cometido un crimen, que han perdido todo su dinero o que sus vidas están arruinadas por alguna otra razón.

A veces los episodios anímicos van acompañados de **problemas de comportamiento**. La persona puede **beber** demasiado o consumir **drogas**. Algunas personas corren muchos riesgos como, por ejemplo, **gastan demasiado dinero** o tienen **sexo** de manera **imprudente**. Estos problemas **pueden dañar su vida y perjudicar sus relaciones**. Algunas personas que tienen el trastorno bipolar tienen **problemas manteniendo su empleo** o desempeñándose bien en sus **estudios**.

7. ¿Es fácil diagnosticar el trastorno bipolar?

No. Algunas personas tienen el trastorno bipolar durante años antes de que se diagnostique la enfermedad. Esto ocurre porque los síntomas bipolares pueden parecerse a otros problemas diferentes. Los familiares y amigos pueden notar los síntomas, pero no darse cuenta que son parte de un problema mayor. El médico puede creer que la persona tiene una enfermedad distinta como, por ejemplo, esquizofrenia o depresión.

Además, las personas que tienen el trastorno bipolar a menudo también tienen otros problemas de salud. Esto puede dificultar el diagnóstico de trastorno bipolar. Algunos ejemplos de estos otros problemas incluyen el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad, la enfermedad de la tiroides, las enfermedades cardíacas y la obesidad.

8. ¿Cómo se trata el trastorno bipolar?

Por ahora, no hay cura para el trastorno bipolar, pero el tratamiento puede ayudar a controlar los síntomas. La mayoría de las personas pueden obtener ayuda para controlar los cambios en el estado de ánimo y los problemas de comportamiento. El tratamiento funciona mejor cuando es constante y no se lo interrumpe. Las opciones de tratamiento incluyen

Medicamentos. Hay diversos tipos de medicamentos que pueden dar buenos resultados. Las personas responden de diferentes maneras a los medicamentos, por lo que el tipo correcto del medicamento depende de cada persona. A veces es necesario probar más de un tipo de medicamento para ver cuál da el mejor resultado. Los medicamentos pueden tener **efectos secundarios**. Siempre se debe informar al médico sobre cualquiera de estos problemas. Tampoco se debe dejar de tomar el medicamento sin antes consultar a un médico. Puede ser peligroso suspender repentinamente un medicamento y los síntomas bipolares pueden empeorar.

Terapia. Hay diferentes tipos de psicoterapia o terapia de “diálogo” que pueden ayudar a las personas con trastorno bipolar. La terapia puede ayudarles a cambiar su comportamiento y manejar su vida. También puede ayudar a los pacientes a llevarse mejor con la familia y los amigos. A veces, la terapia incluye a los miembros de la familia.

Otros tratamientos. Algunas personas no mejoran con los medicamentos y la psicoterapia. Estas personas pueden tratar la terapia electroconvulsiva. Esto a veces se conoce como terapia de “choque”. La terapia electroconvulsiva proporciona una corriente eléctrica rápida que a veces puede corregir algunos problemas en el cerebro.

Algunas personas toman **suplementos naturales** o a base de hierbas, como la hierba de San Juan (St. John’sWort en inglés) o los ácidos grasos omega-3. Consúltelo a su médico antes de tomar cualquier suplemento. Los científicos no están seguros cómo estos productos afectan a las personas que tienen el trastorno bipolar. Es posible que algunas personas también necesiten medicamentos para dormir durante el tratamiento.

9. ¿Hay alguna panacea en el tratamiento o como se combina este mejor

La meta del tratamiento es evitar las crisis y minimizar o eliminar los síntomas subsindrómicos. La dificultad principal es que no existe panacea (droga o medida maravillosa que produce la curación) para este trastorno como en muchos otros. No obstante es bueno que el Trastorno Bipolar cuente en el presente con varias medidas para el tratamiento donde la clave está en el empoderamiento de la persona de su trastorno. Aunque se prosigue investigando, las medidas que la ciencia ha obtenido hasta el presente pueden ser muy efectivas si se combinan por los implicados: la persona que sufre el trastorno, sus mas allegados que notan los pródromos de crisis y los especialistas. Estas son:

- **Medicamentos estabilizadores del estado de ánimo.** El pilar del tratamiento son los estabilizadores del estado de ánimo (litio, valproato, carbamazepina, oxcarbazepina, lamotrigina, topiramato). Sirven para hacer que el estado de ánimo permanezca estable sin altibajos y así mismo prevenir o mitigar episodios de manía o depresivos.
- **Antipsicóticos.** No son estabilizadores del estado de ánimo y su uso debe limitarse a los periodos de crisis, y siempre en combinación con un estabilizador del estado de ánimo. Dentro de los antipsicóticos existen dos tipos: los tradicionales y un grupo de antipsicóticos nuevos o antipsicóticos de nueva generación.

- **Anticonvulsivantes.** Entre los anticonvulsivantes más efectivos para la estabilización del humor figuran el ácido valproico, la carbamazepina y lamotrigina o Lamictal.
- **Antidepresivos.** Existen tres tipos básicos de antidepresivo: los antidepresivos tricíclicos (ej: amitriptilina) que son los más antiguos, los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ej: fluoxetina) y los Inhibidores de la monoaminooxidasa (ej: benzodiacepinas).
- **Nutrición.** Si se consumen espinaca, frutas, granos y pescado se obtienen elementos que parecen estabilizar el estado de ánimo o reducir depresión y ansiedad: Omega-3, grasas poliinsaturadas, ácido fólico, chocolate negro, ácido fólico, vitamina B12, magnesio, cinc.
- **Ejercicios físicos.** El ejercicio se ha de ajustar primero al diagnóstico y luego a la medicación. La actividad mínima necesaria sería de 3-4 días/semana, una hora/día. En etapas de depresión, realizar actividad física moderada acompañados de personas de confianza, con las que se sientan a gusto. Por lo general, que sea al aire libre y, si es posible, en la naturaleza. En fase de manía cuidarse estar excesivamente activos y hacer más de lo habitual, con lo que corren el riesgo de lesionarse. El entrenamiento físico contribuye a la reducción de la depresión y la ansiedad, así como a la mejoría de la función física y cognitiva. Mejora la flexibilidad, la fuerza, controla el peso, mejora el sistema cardiovascular, facilita los cambios de conducta de estilos de vida. Mejoran el TP reduciendo el distrés cognitivo, reduciendo así la posibilidad de **depresión**, mejorando las alteraciones emocionales y la secreción de **endorfinas** estabilizadoras naturales del estado de ánimo. Mejoran el control emocional y las relaciones sociales con los demás. El ejercicio físico contribuye con la neuroplasticidad cerebral disminuida en TB y con el tratamiento de estabilización química..
- **Terapia Cognitiva-Conductual.** La terapia cognitiva conductual no es la psicoterapia tradicional basada en el psicoanálisis. Tiene variantes (ej: distracción, imaginería, motivacional, hablarse a si mismo), relajación, biofeedback, desarrollo de estrategias de acoplamiento (e.g. minimizando pensamientos negativos), cambios de creencias mal adaptativas y creencias acerca del dolor y las metas.
- **Imaginería con movimientos oculares (EMDR).** La combinación del segundo sistema de señales el lenguaje con imaginería y movimientos oculares del paciente guiados por el terapeuta contribuye a reducir actividades incrementadas en regiones del sistema nervioso vinculadas con la hiperactividad autonómica que parecen ser huellas de ciertos traumas. Cuando el trastorno bipolar tiene bases en traumas puede contribuir al tratamiento.
- **Meditación a conciencia plena (Mindfulness).** La meditación a conciencia plena tiene efectos preventivos en personas susceptibles de padecer TB. También se ha investigado en personas que ya han desarrollado el TB y no produce efectos dañinos y parece tener beneficios que se está investigando actualmente en la reducción del distrés. Otro mecanismo puede ser el de la neuroplasticidad que incrementa la meditación y que compensa las alteraciones cerebrales detectadas en personas con TB.
- **Otras terapias que incluyen a los miembros de la familia.** Como en todas las enfermedades de la mente se afecta no solo la persona con TB sino todos los que están en su entorno familiar, amigos, compañeros de trabajo o estudio. La familia y

amigos pueden contribuir aplicando tres principios de la Bioética: Primero NO DAÑO, Segundo BENEFICIO y tercero AUTONOMIA. Se logra primero no creando dificultades al tratamiento con actos de incomprensión en las crisis, ni tampoco incrementando la discriminación con epítetos de locura y similares que dañen a la persona. El beneficio se puede lograr detectando síntomas que anuncien crisis de manía o depresión para avisar al familiar cercano y al especialista. Mas importante todavía contribuir a la autonomía de la persona para que tome en sus riendas el conocimiento y acciones de su afección como lo hacen otros enfermos (diabetes, hipertensión, etc). Para lograr esto último los especialistas deben realizar sesiones con familiares, amigos y conjuntas con la persona del TB similar a los centros de atención al enfermo con Diabetes.

A modo de conclusión del tratamiento, la selección y combinación de los procederes listados, de manera personalizada, puede lograr la estabilización del estado de ánimo de las personas con TB permitiendo alcanzar una salud mental cerca de la normal dentro de ciertos límites. Esto permitirá prevenir crisis o adaptarse mejor a ellas. También que el uso de medicamentos estabilizadores ha de verse en el centro de la terapia como el factor principal pero nunca como el único, pues los demás factores, tienen efectos no tan potentes pero si se incrementan en algunos casos pueden compensar a la persona con el trastorno. Tal es la esencia de la Homeostasis de Bernard, Canon, Selye amenazada por el TB.

10. ¿Qué investigaciones son de importancia futura?

De modo general las que contribuyan a un mejor y certero diagnóstico y a un tratamiento específico personalizado. Los factores que precipitan crisis y que las previenen. La relación del sistema inmune en el trastorno bipolar que al parecer envejece más rápido que en otras personas. La contribución de genes en familias con varios miembros con TB.

Bibliografía.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS. Institutos Nacionales de la Salud. Publicación de NIH Núm. STR 15-3679. Traducida en julio del 2009. Modificada en noviembre del 2016.

2015 – WORLD BIPOLAR DAY: What’s new in Bipolar Disorderresearch? Geelong Mood Support Group (Victoria) conducted a seminar on 30 March 2015. Researchers from IMPACT SRC discussed current and future studies in Bipolar Disorders. <http://www.deakin.edu.au/research/stories/2015/03/17/whats-new-in-bipolar-disorder-research>

Anexo.

Hitos en la historia del Trastorno Bipolar

Hipócrates. El descubrimiento del trastorno bipolar se hizo alrededor del año 400 AC. Hipócrates hizo una conexión entre la melancolía y la manía.

En 150 DC, Sorenus de Ephedrus discutió distintas variaciones entre los estados de ánimo de la manía y la melancolía. Areteo de Cappadocia señaló que algunas personas podrían cambiar entre estos altos y bajos estados de ánimo y creyó que estos eventos estaban relacionados de alguna manera.

De 300 a 500 DC se sabía poco sobre que es la bipolaridad. Se creía que las personas que lo sufrían tenían problemas graves tales como la mala sangre o incluso la posesión demoníaca. Dado que este trastorno todavía no se creía de origen médico, los pacientes estaban encadenados, expuestos a derramamiento de sangre, siendo prescritos con “pociones mágicas” e incluso condenados a muerte consideradas como misericordiosas.

En 1583, el autor chino GaoLian hizo la primera distinción por escrito del trastorno bipolar como una enfermedad mental, establecimiento así la conexión entre el estado de ánimo depresivo y la manía. También señaló que había una conexión entre el aumento de los síntomas del trastorno bipolar y la exposición al estrés.

En 1621, Robert Burton define la depresión como una enfermedad mental independiente del trastorno bipolar y la conexión con los estados de ánimo de la manía.

En 1686, Bonet Thophile vincula la melancolía y la manía, llamando a la condición “Manico-Melancolicus”.

En el siglo XVIII, el médico español . Andrés Piquer-Arrufat (1711-1772) diagnosticó de maníamelancolía al monarca español Fernando VI, estando muy bien documentada la afección de este rey. El padre del rey Fernando, el primer monarca borbón español, Felipe V, también padecía un trastorno bipolar.

En 1854, científicos de Jules Baillarger y Falret Jean-Pierre independientemente cada uno presentó una investigación sobre la relación entre los estados de ánimo altos y bajos en los mismos individuos. Baillarger denomina la condición de “doble locura”. Falret llamó a este trastorno del humor “locura circular”. El término “locura”, muestra que durante este período de tiempo, los trastornos del humor todavía no se consideran enfermedades con una base médica.

En 1899, Emil Kraepelin señaló los factores genéticos y ambientales que influyen en el trastorno bipolar. También vio cómo los afectados tenían a menudo episodios de cambios de humor, con períodos de funcionamiento normal entre estas fases.

A principios de 1900, Sigmund Freud fue capaz de ayudar a algunos pacientes con trastorno bipolar por el uso del psicoanálisis. Esto llevó a un menor énfasis en las posibles causas médicas.

En 1902, Kraepelin introdujo el término “maníaco-depresivo” en el campo de la psiquiatría.

En 1949, el doctor John Cade descubrió el primer tratamiento farmacológico de litio para el trastorno bipolar. Esta es la primera prueba real de que el trastorno bipolar pueden tener una

base médica en lugar de ser solamente un trastorno mental. Esto fundó las bases médicas sobre lo que es la bipolaridad moderna.

En la década de 1950, Karl Leonhard utiliza el término “bipolar” y señaló la diferencia entre la depresión y el trastorno bipolar.

A mediados de 1900 los pacientes con trastorno bipolar son más humanizados y no demonizados, y se dan cuenta de que las personas con trastorno bipolar pueden funcionar normalmente con el tratamiento adecuado.

En 1952, “la reacción maníaco-depresiva” aparece en el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Historia del trastorno bipolar

En 1980, el término “trastorno bipolar” se utiliza en la actualización del DSM. También se hacen diferencias entre los adultos con trastorno bipolar y la enfermedad en los niños.

En 1992, el más reciente DSM, el DSM-IV, diferencia los tipos de trastorno bipolar con la adición del trastorno bipolar II. Ciclos rápidos y estados mixtos también se observan en esta versión del DSM. Tomó desde el primer “descubrimiento” del trastorno bipolar por Hipócrates en el año 400 AC hasta principios de 1990 para tener la comprensión actual del trastorno bipolar.

En 2004, un gen se descubrió que podría identificar a las personas susceptibles al trastorno bipolar.

En 2014 comienza la celebración cada 30 de marzo (natalicio de Van Gogh) del día mundial del trastorno bipolar.