

# apuntes civiles

*sobre trastorno bipolar*

apuntes civiles  
*Nahasmena bipolarri buruz*



**AVIFES**

Senideen eta Gaixotasun  
Mentalen Bizkaiko Elkarteak  
**Asociación Vizcaína de Familiares  
y Personas con Enfermedad Mental**



Bizkaiko Foru Alkandua  
Diputación Foral de Bizkaia



Senideen eta Gaixotasun  
Mentalen Bizkaiko Elkarteak  
**Asociación Vizcaína de Familiares  
y Personas con Enfermedad Mental**

Bizkaiko Foru Alkandua  
Diputación Foral de Bizkaia



1 LA PUBLICACIÓN	4
2 AVIFES	5
3 QUÉ ES EL TRASTORNO BIPOLAR?	6
4 CÓMO SABER SI UNA PERSONA TIENE TRASTORNO BIPOLAR?	7
5 CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS?	8
6 CUÁLES SON LOS TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR?	11
7 CAUSAS	13
8 CÓMO EVOLUCIONA?	15
9 EXISTE UN TRATAMIENTO EFICAZ?	17
10 PREGUNTAS FRECUENTES	22

# 2017 LA PUBLICACION

La colección «Apuntes AVIFES» pretende ofrecer a los familiares, profesionales y otras personas interesadas en el ámbito de la salud mental, información útil sobre distintas cuestiones, diagnósticos y temas que aporten un mayor acercamiento y una mejor comprensión del ámbito de la salud mental, de sus recursos y apoyos, y de las inquietudes, necesidades y deseos de las personas afectadas y de sus familiares.

Tras publicar «SOBRE ESQUIZOFRENIA», continuamos esta colección con otra publicación dedicada al diagnóstico de trastorno bipolar, en la que de nuevo hemos pretendido recoger algunos conceptos e incluir algunas otras cuestiones que nos parecen de interés. Este segundo número está dirigido principalmente a los familiares y a las personas afectadas por alguna enfermedad mental severa con el objetivo de proveerles de información útil y más amplia sobre el trastorno bipolar.



## **LA ASOCIACIÓN VIZCAÍNA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL**

nace como Asociación en el año 1986 a partir de la iniciativa de un grupo de familiares de personas con enfermedad mental que tras constatar la gran escasez de recursos destinados al ámbito de la Salud Mental, emprendieron la tarea de agruparse entorno a una Asociación que luchara por dignificar esta enfermedad y reivindicara la generación de recursos para dar respuesta a las muchas necesidades sentidas. Es una entidad sin ánimo de lucro y declarada de utilidad pública.

Su misión es la de facilitar apoyos personalizados a lo largo de la vida de todas las personas con enfermedad mental de Vizcaya y sus familias para alcanzar autonomía personal, calidad de vida e inclusión en la comunidad: asegurando su condición de ciudadano o ciudadana de pleno derecho.

A lo largo de estos más de 20 años, con el compromiso y dedicación de las familias, profesionales, personas afectadas, personas voluntarias e instituciones se está consiguiendo superar el enorme desconocimiento de la sociedad hacia este colectivo que ha conllevado en muchas ocasiones situaciones de discriminación y estigmatización social.

Es necesario empoderar a las personas con enfermedad mental para que dispongan de mayores competencias para su pleno desarrollo en todos los ámbitos de la vida, apoyar su máxima autonomía personal y participación activa en la comunidad.

Los recursos y apoyos para las personas con enfermedad mental han ido aumentando en los distintos ámbitos. AVIFES gestiona distintos servicios pero todavía hoy en día es necesario generar mayores apoyos y más plazas. En este sentido, la **Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (La ley de la Dependencia)** que también contempla a las personas con enfermedad mental, constituye una oportunidad.

# ¿QUE ES EL TRASTORNO BIPOLAR?

El Trastorno Bipolar, anteriormente denominado Psicosis Maníaco-Depresiva, está incluido dentro de los trastornos del estado de ánimo. Podemos definir el trastorno bipolar como una enfermedad crónica en la que se produce una alteración de los mecanismos bioquímicos del cerebro que regulan las emociones y el humor. Las personas experimentan alteraciones en el estado de ánimo y en la conducta, con una importante repercusión en su vida cotidiana y la de su familia.

La enfermedad se presenta en diferentes episodios:

- EPISODIO MANÍACO: La persona está eufórica, su actividad física y mental diaria aumenta de manera patológica.
- EPISODIO HIPOMANÍACO: En esta ocasión la persona también presenta síntomas de manía, pero la intensidad es menor.
- EPISODIO DEPRESIVO: La persona se encuentra muy triste, muy desanimada, y su actividad diaria se ve afectada.
- EPISODIO MIXTO: En estos episodios la persona vive síntomas maníacos y depresivos alternativamente. La persona se puede sentir eufórica pero a la vez no tener vitalidad, o por el contrario, tener un ánimo depresivo y estar muy activo.

El cambio de una fase a otra (de manía a depresión) es variable y como se ha dicho, entre estas fases hay periodos de estabilidad. La frecuencia varía de una persona a otra.

Según los últimos estudios, el trastorno bipolar aparece aproximadamente en el 1,2% de la población general, teniendo la misma incidencia en hombres que en mujeres. Pero debemos destacar los estudios que informan que los hombres tienden a presentar un número parecido de episodios maníacos y depresivos y las mujeres, en cambio, suelen presentar mayor número de episodios depresivos.

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica, pero con un adecuado tratamiento, las recaídas pueden disminuir y la persona puede intentar conseguir una mejor calidad de vida.

# 4 ¿COMO SABER SI UNA PERSONA TIENE TRASTORNO BIPOLAR?

El diagnóstico será realizado por un equipo de profesionales sanitarios, que se basarán en la historia médica de la persona y en una exploración psicopatológica.

Establecer este tipo de diagnóstico no es fácil y a veces se retrasa en el tiempo. Muchos de los síntomas que aparecen en la persona, son comunes a otras enfermedades, y además pueden variar en el tiempo. Habitualmente se considera que se trata de una depresión o de otro tipo de enfermedad y hasta que no se produce un episodio de manía no se suele poder determinar con seguridad. Además, en cada persona la enfermedad se presenta con diferentes síntomas creando situaciones únicas y personales.

El trastorno bipolar suele aparecer en la adolescencia o al principio de la edad adulta. Normalmente, aparece de forma aguda, manifestándose los síntomas en cuestión de días o semanas. La duración de los episodios es muy variable: a veces duran días y a veces meses, no se puede determinar con seguridad la evolución ni en una misma persona.

# ¿CUALES SON SUS SINTOMAS?

Es evidente que la enfermedad se presenta y se desarrolla de manera única en cada persona, pero podemos describir una serie de síntomas que son comunes en las personas que presentan este diagnóstico. Clasificaremos estos síntomas dentro de los diferentes episodios maníaco y depresivo, anteriormente nombrados.

## EPISODIO MANIACO

- *Alteraciones en el estado de ánimo:* La persona se muestra eufórica, con un estado de hiperactividad general. La persona se siente capaz de hacer cualquier cosa. En algunos casos, la excitación anímica llega a ser tan extraordinaria que desemboca en la hostilidad e irritabilidad.
- *Ausencia de conciencia de enfermedad:* En estos episodios, puede ser que la persona no sufra por los síntomas que se manifiestan en ella, se encuentra muy bien y no comprende por qué tiene que seguir un tratamiento.
- *La conducta está muy alterada.* La persona puede pasar la mayoría de su tiempo haciendo planes o desarrollando proyectos gigantescos. El autocontrol de impulsos es muy pobre.
- *Ausencia de interés por su aspecto personal:* Presenta un aspecto descuidado y poco aseado.
- *Alteración de los procesos cognitivos:* Los procesos cognitivos se caracterizan por su extraordinaria aceleración. El habla es rápida y entrecortada, salta de un tema a otro sin razón y tiene serias dificultades para mantener su atención.
- *Alteraciones en la percepción de la realidad y de sí mismo:* Su autoestima puede estar tan hipertrófica que incluso pueden aparecer síntomas psicóticos como delirios (de grandeza por ejemplo) o alucinaciones. Existe una confianza excesiva hacia sí mismo.
- *Síntomas físicos:* Alteraciones del sueño, puede estar sin dormir durante mucho tiempo, aumento del apetito y un extraordinario incremento del umbral de la fatiga física.
- *Dificultad para mantener relaciones interpersonales:* Las relaciones son muy difíciles en los episodios de manía. La persona se muestra



polemista y controladora, tienen una gran resistencia a que se les contradiga o se les intente hacer ver lo inapropiado de su conducta.

Con un oportuno tratamiento farmacológico los síntomas que se manifiestan en esta fase disminuyen de manera destacable.

## EPISODIO DEPRESIVO

– *Alteración en el estado de ánimo:* Aparece un gran sentimiento de tristeza, apatía, pérdida de interés por todo aquello que anteriormente le interesaba, abatimiento e infelicidad. Aparece un miedo irracional a todo que les hace sentirse desvalidos. Muestran deseos de estar solos. También son frecuentes la irritabilidad, la sensación de vacío y el nerviosismo.

– *Alteración de la percepción:* La valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa. La autodepreciación, la autoculpación y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, contenidos clave en los pensamientos de estas personas. Aparecen ideas pesimistas repetitivas.

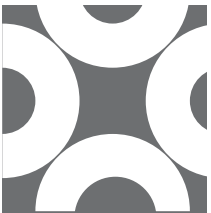
– *Síntomas físicos:* Otros síntomas comunes son la fatiga (cansancio excesivo), la pérdida de apetito y una disminución de la actividad y el deseo sexual que en los hombres puede incluso acompañarse con dificultades en la erección.

También aparecen importantes alteraciones del sueño. La mayoría de las personas sufren de insomnio (problemas para quedarse dormido, despertares frecuentes a lo largo de la noche o despertar precoz) pero, en un pequeño porcentaje de personas también puede darse hipersomnia.

Aparecen continuas quejas sobre molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.)

– *Alteración de los procesos cognitivos:* El rendimiento cognitivo se ve afectado. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas.





Pueden aparecer constantes pensamientos relacionados con la muerte.

- *Dificultad para mantener relaciones interpersonales*: La persona tiene importantes dificultades para mantener y comenzar relaciones. En muchas ocasiones las relaciones anteriores se ven deterioradas. Normalmente sufren rechazo de las personas que le rodean y esto hace que se aislen todavía más de su entorno.

A pesar de que la persona ha pasado por episodios depresivos anteriormente y sabe que es algo temporal, no es fácil para ellos entender esta situación y tienden a pensar que su vida no tiene sentido y que no merece la pena seguir el tratamiento. Por ello es necesario que la persona cuente con los apoyos necesarios (familiares, profesionales, farmacológicos... etc.).

## EPISODIO DE HIPOMANÍA

Los síntomas son menos intensos y dramáticos que en los episodios de manía. No se dan síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones), ni se producen cambios conductuales que obliguen a la hospitalización. En este episodio podemos destacar los siguientes síntomas:

- Sensación de bienestar intensa.
- Mayor creatividad.
- Buena autoestima.
- Alteraciones de sueño (insomnio).
- Irritabilidad.
- Pensamiento acelerado.
- Inestabilidad que puede desembocar en una fase de manía.
- Posibilidad de consumo de alcohol o drogas.

Para evitar que esta fase termine en un episodio de manía es fundamental continuar con el tratamiento.

También podemos hablar de **EPISODIO DE REMISIÓN**. Son aquellos periodos en los que predomina en la persona la ausencia de síntomas. La persona con una red amplia y adecuada de apoyos y con un mantenimiento constante del tratamiento puede tener frecuentes episodios de estabilidad.

# ¿CUALES SON LOS TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR?

En función de la intensidad de los síntomas y de los diferentes episodios que presenta la persona a lo largo de su vida podemos hacer la siguiente clasificación:

## TRASTORNO BIPOLAR TIPO I

Es la forma clásica. Se caracteriza por fases de manía y depresiones de gran intensidad. Puede haber una variación entre las personas, en función de los diferentes episodios que presentan y en la intensidad de los mismos. Hay personas que presentan el mismo número de episodios maníacos y depresivos; pero existen personas que presentan principalmente un tipo de episodios o el otro.

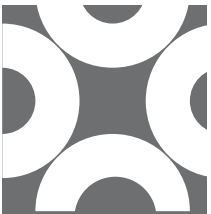
Existen estudios que demuestran que es más probable que los hombres comiencen con un episodio maníaco y las mujeres con un episodio depresivo.

## TRASTORNO BIPOLAR TIPO II

Se caracteriza por depresiones intensas y fases de hipomanía. Pueden aparecer síntomas psicóticos en las fases depresivas. Las fases de euforia moderadas a veces se confunden con cambios temperamentales en la persona. Se puede observar una mayor sociabilidad en la persona, por lo que es difícil darse cuenta.

## FASES MIXTAS

Cuando los síntomas de los episodios de manía y de depresión aparecen mezclados. Esto sucede en un 30% de las personas que tienen un trastorno bipolar. Con bastante frecuencia en el mismo día la persona está alegre y triste, y a menudo está muy irritable y enfadada. Esto hace que la enfermedad sea difícil de comprender tanto para la persona como para su entorno.



## CICLACIÓN RÁPIDA

Se da en aquellas personas que presentan los cuatro diferentes episodios anteriormente descritos en un mismo año. En este caso será necesario un tratamiento especial y deben ser atendidos con especial atención para descartar algunas enfermedades que, a veces, pueden asociarse con alteraciones de la glándula tiroidea.

# 7 CAUSAS

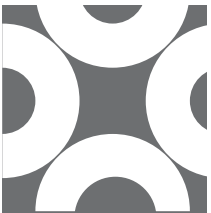
Las teorías vigentes integran los hallazgos en un modelo biopsicosocial de vulnerabilidad-estrés. La base de estas teorías responde a la suma de factores genéticos, factores ambientales, psicológicos (estrés, soporte social), e incluso meteorológicos (cambio estacionales).

## FACTORES PREDISPONIENTES

- *Genéticos*: Los factores genéticos podrían ser la causa principal del trastorno bipolar. Diferentes estudios demuestran que existen varios miembros diagnosticados con esta enfermedad en una misma familia. Uno de cada 3 hijos de las personas que presentan trastorno bipolar muestran esta enfermedad si alguno de los padres lo manifiesta, y en el caso en el que los dos padres presenten trastorno bipolar, el porcentaje de que un hijo lo manifieste es mayor.
- *Biogénicos*: Se ha detectado una relación en los neurotransmisores en aquellas personas que se encuentran en la fase depresiva, destacando la presencia de la noradrenalina. Se sabe además que la depresión se asocia al hipotiroidismo, y al aumento del factor liberador de corticotropina y glucocorticoides, también se conoce que la administración de corticoides puede desencadenar complicaciones severas tanto depresivas como maníacas.

## FACTORES PRECIPITANTES O DESENCADENANTES

La ocurrencia de ciertos sucesos vitales estresantes en personas vulnerables podría desencadenar la aparición de la enfermedad. Estos sucesos podrían ser la pérdida de un ser querido, cambio de domicilio, entrada en la universidad, servicio militar, comienzo o pérdida de un trabajo... etc.



#### FACTORES MANTENEDORES

---

Una vez instaurada la enfermedad, podemos identificar ciertas situaciones que tienden a empeorar o mantener los síntomas y otras que, por el contrario, tienden a disminuir el grado de vulnerabilidad:

#### PROTECTORES

---

- Cumplimiento de la Medicación
- Existencia de apoyos familiares y sociales
- Mantenimiento de una ocupación
- Reconocimiento de síntomas
- Vida saludable (estabilidad de horarios de sueño, no consumo de tóxicos...).

#### RIESGOS

---

- Acontecimientos vitales
- Ausencia de organización en las rutinas diarias
- Abandono medicación
- Predisponibilidad psicológica
- Carga emocional familiar excesiva: sobreprotección, crítica, desvalorización.
- Consumo alcohol y drogas.

# 8 ¿COMO EVOLUCIONA?

El trastorno bipolar suele aparecer en la adolescencia tardía, la media de edad son los 20 años. Puede comenzar de forma imperceptible en esta época y aparecer de forma abrupta en la edad adulta con una fase depresiva o de manía. El primer episodio suele venir precedido de un factor estresante ambiental, pero los siguientes pueden aparecer de forma independiente de factores externos

Esta enfermedad, de evolución crónica, como ya hemos dicho se ve marcada por diferentes fases, destacando episodios de manía y de depresión. Los tipos de episodios y la frecuencia de los mismos, será diferente en cada persona. Algunas personas tienen los mismos episodios maníacos y depresivos, pero existen otros casos en los que destaca la presencia de uno de los dos tipos de fases. Las personas con trastorno bipolar tienen de media cuatro episodios durante los primeros 10 años de la enfermedad. El intervalo entre los episodios tiende a disminuir a medida que aumenta la edad (con la edad los intervalos asintomáticos entre episodios son cada vez más cortos). La intensidad de los episodios no siempre es la misma.

Diferentes estudios mantienen que tanto los episodios de manía como los depresivos se presentan de forma preferente en determinadas estaciones del año. Lo relacionan con la influencia que tienen las horas de sol, destacando la depresión en otoño e invierno, y la manía en primavera y verano.

Con tratamiento, las fases se acortan y los episodios entre éstas se alargan mejorando la calidad de vida de la persona.

Existe un grupo de factores asociados a un mejor pronóstico:

- Contar con una red amplia de apoyos.
- Cumplir con el tratamiento.
- Seguir horarios regulares de sueño.
- Realizar actividades estructuradas.
- No consumir alcohol ni drogas.
- Aprender a detectar los síntomas de recaída



Las ideas de suicidio pueden aparecer a lo largo de la enfermedad y no solo aparecen en episodios depresivos. Son más frecuentes en el comienzo de la enfermedad. La tasa de suicidio en los pacientes bipolares no tratados oscila alrededor del 10-15% y la forma de disminuir este riesgo y de asegurar una mejor evolución es seguir las pautas anteriormente nombradas.

# ¿EXISTE UN TRATAMIENTO EFICAZ?

Para que la persona alcance una buena calidad de vida y se dé una evolución favorable de la enfermedad, esta deberá contar con los apoyos necesarios.

El tratamiento farmacológico tendrá un gran peso en este proceso. Pero no debemos pensar que será el único apoyo para la persona, además debe ser acompañado por un abordaje psicosocial que intentará apoyar todas aquellas necesidades que la persona muestre como consecuencia de la enfermedad.

Contamos con diferentes recursos farmacológicos para hacer frente a la enfermedad. En los últimos años apreciamos un importante avance en esta área.

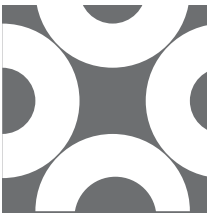
En los **episodios de remisión** los fármacos que se utilizan son aquellos que regulan el estado de ánimo y evitan las recaídas en episodios depresivos o maníacos. Éstos son los EUTIMIZANTES o reguladores del humor, que la persona deberá tomar a lo largo de su vida. El más utilizado es el LITIO.

El litio aparece en el ser humano en cantidades mínimas y las personas que tienen trastorno bipolar necesitan una cantidad mayor para mantener un estado del ánimo estable de la que se obtiene a través de los alimentos. No quiere decir que la persona tenga falta de litio, si no que este mineral se puede utilizar como tratamiento y le ayudará a normalizar su estado de ánimo.

La dosis de litio que necesita cada persona será diferente, dependerá de factores como edad, sexo, peso o masa muscular, la utilización de otros medicamentos...etc. Por ello es fundamental controlar periódicamente los valores de litio de la persona midiendo su concentración en sangre, lo que permitirá al profesional médico ajustar la dosis adecuadamente y evitar que ésta supere cierta cantidad que podría ser tóxica para la persona, para ello habrá de realizarse periódicamente un análisis llamado LITEMIA.

Por lo general, el litio es un fármaco que se tolera bien. Los efectos secundarios más habituales son: temblor, sed, necesidad de orinar más de lo habitual, diarrea, dolor abdominal y mareo. En algunos





casos podría desarrollarse bocio (aumento del tamaño de la glándula tiroidea al disminuir su actividad), por lo que deben realizarse análisis de hormonas tiroideas antes de empezar con la medicación y posteriormente mantener está revisión con una frecuencia al menos anual. Es también necesario el control de la función del riñón, con análisis cada seis meses que garanticen su normalidad. Es importante poner en conocimiento al médico de cabecera o a cualquier otro profesional de la medicina que pudiera influir de la toma de este tratamiento.

Siguiendo estas indicaciones debemos decir que el Litio es un tratamiento seguro, con beneficios importantes.

Para aquellas personas que no puedan seguir este tratamiento, existen otras alternativas, como por ejemplo los EUTIMIZANTES que se han usado tradicionalmente para el tratamiento de epilepsia y que se ha demostrado que también previenen recaídas del trastorno bipolar.

En las **fases depresivas** se utilizan antidepresivos, que contribuyen a mejorar el estado de ánimo. Dentro del trastorno bipolar puede darse el riesgo de que los antidepresivos puedan inducir un cambio de estado, de depresión a manía o hipomanía, por lo que su uso se debe reducir a las situaciones que clínicamente lo requieran. El efecto de estos fármacos no es inmediato, pueden pasar entre tres y seis semanas desde que se comienza a tomar hasta que se ven signos de mejoría.

En determinadas ocasiones aparecen los siguientes efectos adversos de los antidepresivos: dificultades en la función sexual (60% de los pacientes) y mareos o molestias digestivas como náuseas y diarreas (10%).

Cuando nos encontramos ante un episodio de depresión con mayor intensidad podemos recurrir a Antidepresivos Tricíclicos (Imipramina, Clomipramina o la Amitriptilina, entre otros). Los efectos secundarios de estos suelen ser más difíciles de tolerar.

La terapia electroconvulsiva como tratamiento es una práctica poco habitual actualmente, ya que se realiza en casos muy concretos.



En las **fases de manía**, lo que se busca a través del tratamiento farmacológico es detener los síntomas de euforia. Los fármacos utilizados son los **ANTIMANIACOS**, **ANTIPISCOTICOS** o **NEUROLÉPTICOS**. Normalmente, los antimaniacos se utilizan durante un periodo breve de tiempo, lo necesario para que remita el episodio. Los efectos secundarios más comunes de estos fármacos son: somnolencia, rigidez de extremidades, entumecimiento y aumento del apetito. Además de los fármacos mencionados, es frecuente acompañar con medicamentos que disminuyan la ansiedad o que contribuyan a mejorar el insomnio, como los ansiolíticos o las benzodiazepinas y los hipnóticos.

En ocasiones, cuando con el tratamiento establecido no es posible controlar estas fases, y existe riesgo para la persona o su entorno, puede ser necesario un ingreso hospitalario.

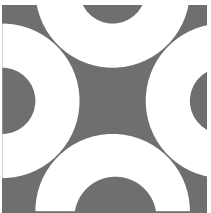
Una vez analizado el tratamiento farmacológico debemos añadir la gran importancia de ofrecer a la persona un tratamiento integral, que incluya todos aquellos apoyos necesarios para favorecer una buena calidad de vida.

## PSICOTERAPIA Y TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES

Son intervenciones psicológicas y sociales orientadas a ayudar a las personas con trastorno bipolar a mantener la estabilidad en el cuadro clínico, mejorar el funcionamiento psicosocial y el desempeño cotidiano. En definitiva, buscan alcanzar un mayor nivel de autonomía en la persona y conseguir una mayor calidad de vida.

Las técnicas cognitivo conductuales, el entrenamiento en habilidades sociales y la psicoeducación han demostrado su eficacia en este sentido.

Pero las personas también necesitan, más allá del enfrentamiento de la enfermedad, disfrutar de experiencias significativas que contribuyan a su crecimiento y desarrollo personal. La oportunidad de experimentar logros positivos que incrementen su sentimiento de auto valía, un marco para la construcción de relaciones personales de amistad,



oportunidades para que puedan elegir y expresar sus preferencias en todo aquello que les concierne, son aspectos que colaboran notablemente en el bienestar de la persona.

Se trata de apoyar a las personas en la creación y desarrollo de su proyecto vital.

Los resultados que se pretenden conseguir con la disposición de estos recursos son:

- Incrementar el nivel de habilidades adaptativas, capacidades funcionales (autocuidado personal, para el empleo, acceso a la comunidad, manejo en el hogar, establecer amistades).
- Incremento de las características que posibiliten la presencia y participación en la comunidad, toma de elecciones, competencia y respeto.
- Aumento del bienestar en todas las dimensiones que constituyen a la persona.

## RED DE APOYO

La red de apoyo de una persona está formada por apoyos naturales (la misma persona, familia, amigos, relaciones informales, etc..) y por apoyos profesionales (profesionales sanitarios, recursos comunitarios, etc...). Es importante que la persona cuente con una amplia y adecuada red de apoyo. Cada miembro de ésta apoyará de diferente forma a la persona en su proceso vital y favorecerá una positiva evolución de la enfermedad.

## EL APOYO DE LA FAMILIA

La familia ocupa un lugar central en la red de apoyo de la persona. Los miembros de ésta, suponen figuras de referencia para la persona y proporcionan apoyos muy importantes tanto en la evolución de la enfermedad como en el desarrollo de la persona.



Para que las personas integrantes de la familia puedan apoyar a la persona con enfermedad, será necesario que trabajen sentimientos como angustia, negación, impotencia y avancen hacia la aceptación de la nueva situación familiar y de la persona con enfermedad.

Para ello, es importante que se tengan en cuenta las siguientes pautas:

- Conocer la enfermedad y las necesidades de la persona.
- Crear una buena relación con el familiar y comenzar relaciones con todas aquellas personas que puedan apoyar a su familiar.
- Buscar apoyos en personas o recursos que puedan facilitar su proceso de ayuda y convivencia con la persona con enfermedad mental.
- Tener expectativas realistas respecto a su familiar e intentar apoyarle en base a éstas.
- Abordar el tema de la enfermedad de manera normalizada y tratar con la persona y aquellas personas de su entorno con claridad todos los temas relacionados con ésta.

Las familias, unidas y representadas por el movimiento asociativo, se han constituido en muchas ocasiones en portavoces de las necesidades de este colectivo y desde ahí han reclamado el acceso universal a los mejores tratamientos, la ampliación de los recursos de toda índole, la promoción de la investigación y medidas de protección legal adecuadas a la realidad social.

# 10 PREGUNTAS FRECUENTES

## 1 ¿QUÉ PESO TIENE LA HERENCIA FAMILIAR?

El riesgo que cualquier persona tiene de tener un hijo con trastorno bipolar es alrededor de un 1%. Cuando el padre o la madre presentan esta enfermedad, el riesgo se eleva hacia alrededor del 10-15%.

## 2 ¿EXISTEN SÍNTOMAS QUE INDICAN UNA POSIBLE RECAÍDA?

Encontramos aquellos síntomas a los que denominamos «síntomas señal o de alarma» que nos indican que puede estar comenzando una recaída. A pesar de que determinados síntomas son comunes en todas las personas que tienen trastorno bipolar, estos síntomas señal son diferentes en cada persona.

Los más comunes en los episodios de depresión son: aumento de tristeza, aumento de las preocupaciones de la vida diaria, sensación de fatiga, disminución de sus relaciones sociales, trastornos en el sueño, malestar físico sin causa justificada...etc.

En los episodios de manía destacamos: euforia excesiva, inquietud, alteraciones del sueño, hiperactividad, alteración de la conducta...etc.

## 3 ¿PUEDE PERJUDICAR LA TOMA PROLONGADA DE LITIO DURANTE AÑOS?

El tratamiento con litio es muy eficaz y a la vez muy bien tolerado con pocos riesgos. Únicamente tenemos que tener en cuenta que se debe controlar la función renal y la función tiroidea, porque son dos funciones que pueden verse alteradas a largo plazo. Si esto sucediera, podrían buscarse otras alternativas terapéuticas.



#### **4 ¿SE PUEDE CONOCER CÓMO SERÁ LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD?**

Actualmente es difícil conocer la evolución que cada persona va a tener. Indicios de una mayor gravedad pueden ser el comienzo temprano, la aparición sin circunstancias precipitantes, los antecedentes familiares de trastorno bipolar o depresión entre otros.

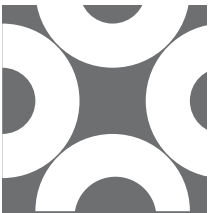
#### **5 ¿QUÉ SE PUEDE HACER SI LA PERSONA RECHAZA EL TRATAMIENTO?**

El abandono del tratamiento implica en la mayoría de las personas una recaída. Esta es una de las causas más frecuentes de los ingresos hospitalarios. Además, implican mayores dificultades en su inclusión en la sociedad, desarrollo personal y relaciones familiares.

El incumplimiento del tratamiento se explica por diferentes razones:

- Falta de conciencia de enfermedad por lo que la persona no percibe la necesidad de continuar con el tratamiento.
- Estigma y discriminación social de la enfermedad mental que trasladada una visión negativa sobre todo aquello que tenga que ver con ella.
- Cansancio de la persona por la toma prolongada de medicación, fenómeno que se repite en otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión.
- Los efectos secundarios de la propia medicación (puede que a veces se atribuyen erróneamente a la medicación efectos molestos debidos en realidad a la propia enfermedad).

Es importante apoyar a la persona para que acepte la nueva situación. Hablar con ella y favorecer todo aquello que le ayude a aceptar la enfermedad y su tratamiento (ocupación, seguimiento sanitario, grupos de apoyos... etc.).



Como último recurso y en situaciones de riesgo, hoy en día la única posibilidad de imponer un tratamiento lo constituye el internamiento involuntario, en base a un certificado médico o una decisión judicial. Sin embargo, esta medida excepcional, muchas veces difícil y traumática, no garantiza la continuidad del tratamiento tras el alta.

## **6 SI UNA PERSONA ESTÁ EN TRATAMIENTO Y SUFRE UNA RECAÍDA ¿EL TRATAMIENTO NO ES EFICAZ?**

No necesariamente, es posible tener una recaída habiendo recibido un tratamiento adecuado. Si sería conveniente realizar una nueva evaluación del tratamiento farmacológico por parte de su psiquiatra.

## **7 ¿QUIÉN TIENE LA CULPA DE LA ENFERMEDAD?**

Nadie.

Enfrentar la enfermedad de un miembro de la familia es extremadamente difícil y genera una respuesta emocional que incluye sentimientos de culpa, miedo, enfado o tristeza. A menudo, especialmente los padres, se preguntan si su modo de proceder ha causado la enfermedad. A pesar de que las teorías que hablaban de pautas familiares patogénicas han quedado descartadas y obsoletas, las familias muchas veces no pueden dejar de sentirse culpables.

La persona que niega su enfermedad y busca una explicación a lo que le está pasando, a menudo culpabiliza a los demás de su situación y con ello alimenta ese sentimiento.

A la inversa, a veces la impotencia y frustración, la dificultad para comprender la enfermedad y lo que conlleva, hace reaccionar a las familias con enfado y a malinterpretar ciertos comportamientos (p.ej. acusar a una persona de vago por su apatía).



Este tipo de sentimientos no favorecen la mejora de la enfermedad, sino que, por el contrario, generan más tensión y conflictividad.

Los programas psicoeducativos dirigidos a las personas con trastorno bipolar y a sus familias contribuyen a conocer y comprender mejor la enfermedad y a generar actitudes positivas de afrontamiento.

## 8 ¿LA LEY DE LA DEPENDENCIA TAMBIÉN CONTEMPLA A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL?

La ley de dependencia, gracias a la reivindicación del movimiento asociativo de discapacidad intelectual y enfermedad mental contempla e incluye a nuestro colectivo.

Se trata de una ley que reconoce el derecho a acceder a recursos de servicios sociales y prestaciones económicas a las personas valoradas con algún grado de dependencia. Dicha valoración de la Dependencia se debe solicitar en los servicios sociales de base de cada Ayuntamiento correspondiente, a través de la trabajadora social.

Una vez realizada la valoración se establecen diferentes grados de dependencia, lo cuales serían:

Grado I. Dependencia moderada: dos subniveles.

Grado II. Dependencia severa: dos subniveles.

Grado III. Gran dependencia: dos subniveles.

Los recursos y prestaciones a los que se tiene derecho *tras ser determinado el grado de dependencia* van a ser los siguientes:

1. **CUIDADOS INFORMALES**, que incluyen los siguientes servicios y prestaciones:

- Teleasistencia
- Prestación económica al cuidador; más alta en la S/S, si puede ser cotizador (no jubilados, no pensionista)
- Ayudas técnicas





**2. SERVICIOS EN EL DOMICILIO**, que incluyen los siguientes

servicios:

- Teleasistencia
- Servicio de Ayuda a Domicilio: S.A.D.
- Centro de día.
- Programas de respiro (Residencias en estancia temporal.)

**3. SERVICIOS RESIDENCIALES**

- Servicio residencial
- Centro de día
- Ayudas técnicas.

1 ARGITALPENA	4
2 AVIFES	5
3 ZER DA NAHASMENDU BIPOLARRA?	6
4 NOIA JAKIN DAITEKE EA PERTSONA BATEK NAHASMENDU BIPOLARRA DUEN?	7
5 ZEIN DIRA HAREN SINTOMAK?	8
6 ZEIN DIRA NAHASMENDU BIPOLARRAREN MOTAK?	11
7 ZERGATIAK	13
8 ZER-NOLAKOA DA GAIXOTASUNAREN EBOLUZIOA?	15
9 BA AL DAGO TRATAMENDU ERAGINKORRIK?	17
10 SARITAN EGITEN DIREN GALDERAK	22

# 2021 ARGITAILPENNA

«AVFES Apunteak» bildumaren asmoa da informazio erabilgarria eskaintzea senideei, profesionaleri eta buru-osasunaren alorragatik interesatzen diren pertsoneri; hainbat arazo, diagnosi eta gaiti jorratuz, informazio horren asmoa da buru-osasunaren alorrera gehiago hurbiltzea eta alor hori hobeto ulertzen laguntzea, puntu hauek kontuan hartuta: balia-bideak, laguntzak, eta ukitutako pertsonen eta haien senideen kezak, beharrak eta nahiak.

«ESKIZOFRENIAKI BURUZ» izeneko testua argitaratu ondoren, nahasmendu bipolarren diagnostikari buruzko argitalpen batez jarraitu dugu bilduma honekin; testu berri honetan, aurrekoan bezala, kontzeptu batzuk bildu ditugu eta interesgarritzat jotzen ditugun beste gaiti batzuk sartu ditugu. Bigarren argitalpen hau buru-gaitxotasun larriren bat paitratzen duten pertsonengana eta haien senideengana zuzentzen da bereziki, nahasmendu bipolarrari buruzko informazio erabilgarria eta sakona eskaintzea xedetzat hartuta.



## **BURU-GAIXOTASUNAK DITUZTEN PERTSONEN ETA BEREN SENIDEEN BIZKAIKO ELKARTEA (AVIFES) 1986an sortu zen**

elkarte bezala, buru-gaixotasunak dituzten pertsonen senide talde baten eskutik; buru-osasunaren eremura bideratzen ziren balibideak oso urriak zirela ikusita, pertsona horiek elkarte batean bildu ziren, gaixotasun hori duinago bihurtzearen alde borrokatzeko eta sentitutako behar askori erantzutera zuzendutako balibideen sorrera errebindikatzeko. Dirua irabazteko asmorik gabeko elkarte bat da, onura publikokotzat deklaratu.

Beraren eginkizuna da laguntza pertsonalizatua eskaintzea buru-gaixotasunak dituzten Bizkaiko pertsonei eta beren senideei, autonomia pertsonala, bizikaliitatea eta gizarteratzea lortzea xedezat hartuta, eskubide osoko herritarrek izan daitezzen eta horrela hartu ditzaten.

20 urteik gorako garai horretan, familien, profesionalen, gaixotasuna pairatzen duten pertsonen, pertsona boluntarioen eta erakundeen konpromiso eta lanari esker, gizarteak kolektibo horren aurrean erakusten zuen ezjakintasun nabaria gainditzea lortu dugu, arian-arian; kontuan hartu behar da, gainera, ezjakintasun horrek diskriminazioa eta estigmatizazio soziala ekarri dituela hainbat kasutan.

Beharrezkoa da buru-gaixotasunak dituzten pertsonei beren ahalmenez iabetzen laguntzea; izan ere, era horretan gaitasun handiagoa izango dute osoko garapena lortzeko bizitzaren eremu guztietan; halaber, laguntza eman behar zaie beren autonomia pertsonala ahalik eta gehien garatu dezaten eta komunitatean modu aktiboan parte hartu dezaten.

Buru-gaixotasunak dituzten pertsonen ballabideak eta laguntzak ugartitu egin dira hainbat eremutan. AVIFESek zenbait zerbitzu kudeatzen ditu, baina oraindik ere beharrezkoa da laguntza eta plaza gehiago sortzea. Alde horretatik, **Autonomia Pertsonala Sustatzeari eta mendetasun-egoeran dauden pertsonak Zaintzeari buruzko 39/2006 Legeak (Mendetasunaren Legea)** aukera eskaintzen du horretarako, zeren buru-gaixotasunak dituzten pertsonak ere hartzen baititu kontuan.

# 3 ZER DA NAHASMENDU BIPOLARRA?

Nahasmendu Bipolarra gogo-aldartearen nahasmentu bat da, lehen psikosi maniako-depresibo deitzen zena. Definizioari dagokionez, esan dezakegu nahasmentu bipolarra gaixotasun kroniko bat dela, non nahasmentu bat gertatzen baita emozioak eta umorea erregulatzen dituzten burmuin-mekanismu biokimikoetan. Gaixotasun hori pairatzen duten pertsonak nahasteak edo alterazioak izaten dituzte gogo-aldartearen eta jakabidean, eta horrek eragin nabaria izaten du beren eguneroko bizimoduan eta beren senideen eguneroko bizimoduan.

Gaixotasuna mota desberdineko episodiotan agertzen da:

- EPISODIO MANIAKOA: pertsona euforiko dago; beraren eguneroko jardura fisiko eta mentala modu patologikoa handitzen da.
- EPISODIO HIPOMANIAKOA: kasu honetan, pertsonak maniararen sintomak ere izaten ditu, baina haren intentsitatea txikiagoa da.
- EPISODIO DEPRESIBOA: pertsona oso triste sentitzen da, oso desanimatuta, eta hori islatu egiten da berearen eguneroko jardunean.
- EPISODIO MISTOA: episodio hauetan, pertsonak sintoma maniakoak eta depresiboak izaten ditu, txandaka. Euforia senti dezake, baina bizi-indarrik izan gabe; edo, kontrako muturrean, gogo-aldarte depresiboa izan dezake baina oso akibo egon.

Fase batetik bestera (maniatik depresiora) pasatzea ez da beti erritmo edo maiztasun berberekin gertatzen, eta, esan dugun bezala, fase horien artean badira egonkortasun aldiak. Maiztasuna desberdina da pertsona bakoitzarentzat.

Azken azterlanen arabera, nahasmentu bipolarra biztanleria orokorraren %1,2rengan agertzen da, eta eragin berdinisua du gizonengan eta emakumeengan. Dena dela, azpimarratzekoa da azterketek erakusten duten zerbait, hots, gizonek maiztasun berberaz pairatzen dituztela episodio maniakoak eta depresiboak, eta emakumeek, berriz, episodio depresibo gehiago izaten dituztela.

Gaixotasun bipolarra gaixotasun kroniko bat da, baina tratamendu egoki batez gaixoberritzeak (episodioren agerpenak) murriztu daitezke eta pertsona saia daiteke bizi-kalitate hobea lortzen.

# 4

## NOIA IAKIN OTE DAITEKE EA PERTSONA BATEK NAHASMENDU BIPOLARRA DUEN?

Diagnosia profesional sanitario talde batek egin behar du, pertsonaren historia medikoa eta miketa psikopatologikoa oinarritzat hartuta.

Diagnosi mota hori egitea ez da erraza, eta sarritan gerorako utzi behar izaten da. Pertsonarengan agertzen diren sintoma asko beste gaixotasun batzuetan ere agertzen dira, eta, gainera, sintoma horiek aldatu egin daitezke denboran zehar. Normalean, pertsonari gertatzen zaiona depresio bat edo beste gaixotasun mota bat dela pentsatu ohi da, eta episodio maniako bat agertu arte ezin izaten da diagnosia segurtasunez egin. Horrez gain, gaixotasuna sintoma desberdinez agertzen da pertsona bakoitzarengan, eta horrek egoera bakarrak eta pertsonalak sortzen ditu.

Nahasmendu bipolarra nerabezaroran edo helduaroaren hasieran agertu ohi da. Normalean, modu akutuan agertzen da, eta sintomak egun edo aste batzuen buruan azalertzen dira. Episodioen iraupena oso alddakorra da: batzuetan egun batzuez irauten dute eta beste batzuek hilabete batuez; ezinezkoa da eboluzioa segurtasunez determinatzea, ezta pertsona berberaren kasuan ere.

# 2025 ZEIN DIRA HAREN SINTOMAK?

Garbi dago, jakina, gaixotasuna modu bakarrean agertu eta garatzen dela pertsona bakoitzarengan, baina badira diagnosi hori duten pertsonentzat komunak diren sintoma batzuk. Sintoma horiek lehen aipaturako episodio maniko eta depresiboen barnean sailkatuko ditugu.

## EPISODIO MANIAKOA

- *Gogo-aldartearen nahasteak*: pertsona euforiko dago, hiperaktibitate orokorreko egoeran. Pertsona gai sentitzen da edozer egiteko. Kasu batzuetan, gogo-aldartearen kizikapena izugarria da, eta horrek etsaitasuna edo sumintasuna ekartzen du.
- *Gaixotasunaz ez konturatzea*: episodio hauetan, gerta liteke pertsona ez sufritzea berengan sortzen diren sintomengaitik, oso ondo sentitzen da, eta ez du ulertzen zergaitik jarraitu behar duen tratamendu bat.
- *Jakabidea oso nahastuta dago*: pertsonak denbora gehiena eman dezake planak egiten edo proiektu erraldoiak garatzen. Bere bulkadaren kontrola oso malka da.
- *Ez du interesik bere itxura pertsonalagaitik*: zaindu gabeko itxura du, garbiketa onik gabe.
- *Prozesu kognitiboen nahastea*: prozesu kognitibok izugarri azeleratzen dira. Oso arin eta etenka hitz egiten du, gai batetik bestera pasatzen da arrazoirik gabe, eta zailtasun larriak ditu arretari eusteko.
- *Nahasteak erreallitatearen eta norberaren pertzepzioan*: bere autoestimua hipertrofia handia izan dezake, hainbesteraino non eldarnio (handitasun-eldarnioa, adibidez) edo haluzinazio moduko sintoma psikotikok izan ditzakeen. Bere buruarenganako konfiantza handiegia da.
- *Sintoma fisikoak*: loaren nahasteak izatea –denbora luzea eman dezake lo egin gabe–, jateko gogo handiagoa izatea eta neke fisikoaren atalasea modu izugarrian igotzea.
- *Zailtasunak pertsonen arteko harremanetan*: harremanak oso zailak dira episodio manikoetan. Pertsona polemista eta kontrolatzailer



agertzen da, ez du onartzen beraren kontra ezer esatea edo beraren jokabidea desegokia dela erakusten saiatzea.

Tratamendu farmakologiko egoki batez, fase honetan azalartzen diren sintomak nabarmenki murrizten dira.

## EPISODIO DEPRESIBOA

– *Gogoaldartearen nahastea*: tristura sentimendu handia, apaita, interes galera lehen interesatzen zitzaien guztiagatik, eroritasuna, zorionik eza. Beldur irrazionala agertzen da gauza guztien aurrean, eta horrek babesgabe seniarazten die. Bakarrik egoteko desio handia sentitzen dute. Halaber, sarritan agertzen dira suminkortasuna, hutsune-sentiazioa eta urduritasuna.

– *Pertzepzioaren nahastea*: deprimiutako pertsona batek bere buruaz, bere inguruneaz eta bere etorkizunaz egiten duen balorapena negatiboa izan ohi da. Horrenbestez, bere burua gutxiestea eta erruduntzat hartzea eta bere autoestimua galitzea funtseko edukia izaten dira pertsona horien pentsamenduetan. Ideia pesimista errepikakorrek agertzen dira.

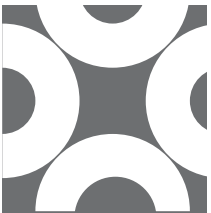
– *Sintoma fisikoak*: beste sintoma arrunt batzuk hauexek dira: gehiegizko nekea, jateko gogoa galitzea, eta jarduera eta desio sexuala jaistea –gizonen kasuan, erektzio arazoak ere ekar ditzake horrek–.

Halaber, lo egitearekin zerikusia duten nahasteak ere agertzen dira. Pertsona gehienek insomnioa pairatzen dute (lo hortzeko arazoak, gauen maiz esnatzea edo goizegi esnatzea); dena dela, pertsonen ehuneko txiki batek hipersomnia paira dezake.

Gorputz-molestia zehaztugabeak buruzko keak ere agertzen dira etengabe (buruko eta bizkarreko mina, goragaleak, gorakoak, idorreria, mikzio mingarria, ikusmen lausoa, eta abar.).

– *Prozesu kognitiboen nahastea*: episodioak badu eragina errendimendu kognitiboan. Oroimena, arreta eta kontzentrazio-gaitasuna ukitu gera daitezke modu nabarian, halako moldez non ezin erabil baitaitezke eguneroko zereginetan. Heriotzarekin lotutako pentsamenduak ager daitezke etengabe.





– *Zailtasunak pertsonen arteko harremanetan*: pertsonak badiu zailtasun nabariak harremanak hasteko eta mantentzeko. Sarri askotan, aurretik zituen harremanak hondatu egiten dira. Normalean, inguruko pertsonak baztertu egiten dute, eta horren eraginez are gehiago isolatzen da bere ingurunetik.

Pertsonak episodio depresiboak izan ditu aurretik eta baddaki aldi baterakoak direla, baina, hala eta guztiz ere, berarentzat ez da erraza egoera hori ulertzea, eta bere bizirik zentzurik ez duela eta tratamendua egiteak merezi ez duela pentsatzeko joera izaten du. Horregatik, ezinbestekoa da pertsonak behar dituen sostenguak izatea (senide eta profesionisten, farmakologikoak, eta abar).

## HIPOMANIA EPISODIOA

Sintomak ez dira mania-episodiokak bezain biziak eta dramatikoak. Ez dago sintoma psikotikorik (eldarnioak eta haluzinazioak), eta ez da gertatzen ospitaleratzera behartzen duen jokabide-aldaketarik. Episodio mota honetan, sintoma hauek azpimarratu ditzakegu:

- Ongizate sententzio bizia.
- Sorren handiagoa.
- Autoestimua ona.
- Loaren nahasteak (insomnia).
- Suminkortasuna.
- Pentsaera azeleratua.
- Ezeگونkortasuna, mania-fasera eraman dezakeena.
- Alkohola edo drogak hartzeko posibilitatea.

Fase hau mania-episodio batez bukatu ez dadin, funtsezkoa da tratamenduarekin jarraitzea.

Halaber, ARNITZE-EPISODIOez ere hitz egin dezakegu. Sasoi horietan, pertsonengan ez da sintomarik agertzen. Sostengu-sare zabal eta egokia duen eta tratamendua modu iraunkorrean betetzen duen pertsonak egonkortasun-aldiak izan ditzake maiz.

# 6 ZEIN DIRA NAHASMENDU BIPOLARRAREN MOTAK?

Sintomen intentsitatea eta pertsonk bere bizitzan zehar dituen episodioak kontuan hartuta, sailkapen hau egin dezakegu:

## I. MOTAKO NAHASMENDU BIPOLARRA

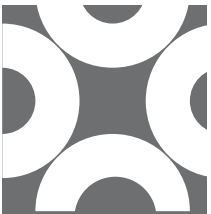
Mota klasikoa da. Ezaugarri nagusia da intentsitate handiko mania eta depresio faseak tartekatzea. Desberdintasunak egon daitezke pertsonen artean, norberak zenbat eta zer-nolako episodio dituen eta haien intentsitatea kontuan hartuta. Pertsona batzuek episodio maniako eta depresiboen kopuru berbera izaten dute; beste batzuek, berriz, episodio mota bat edo bestea izaten dute gehienbat: Azterlan batzuen arabera, ohikoagoa da gizonak episodio maniakoek hastea eta emakumeek episodio depresiboez.

## II. MOTAKO NAHASMEN DU BIPOLARRA

Beraren ezaugarri nagusia da depresio sakonak eta hipomania tartekatzen dituela. Fase depresiboetan sintoma psikotikoeak ager daitezke: Euforia eta ineko faseak pertsonaren aldarre-aldaketekin nahasten dira sarritan. Pertsonaren sozialitatea handiagoa izan daiteke, eta, hortaz, zailagoa da arazoak konturatzea.

## FASE MISTOAK

Fase hauetan, episodio maniako eta depresiboak nahastuta agertzen dira. Hori nahasmendu bipolarra duten pertsonen %30ari gertatzen zaio. Sarritan, pertsona alaitu eta triste egoten da egun berean, eta sarri askotan suminkor eta haserre dago. Horren eraginez, bai pertsonarentzat eta bai bere ingurukoentzat zaila izaten da gaixotasuna ulertzea.



## ZIKLAZIO ARINA

Lehen deskribatutako lau episodiodoak urte berean dituzten pertsonengan gertatzen da. Kasu horretan, beharrezkoa izango da tratamendu berezi bat betetzea eta gaixoa arreta bereziz atendizea, gaixotasun batzuk baztertzeko –batzuetan, tiroide gurrinaren alterazioekin izan dezakete zerikusia--.



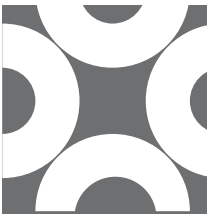
Indarrean dauden teoriak urrakortasun eta estreseko eredu biopsikosozial batean integratzen dituzte aurkikuntzak. Teoria horien oinarrietan hainbat faktore biltzen dira: faktore genetikoa, ingurune-faktoreak, faktore psikologikoa (estresa, euskarri soziala) eta baita meteorologikoa ere (urtaroen aldaketak).

### GAIXOTZEKO JOERA SORTZEN DUTEN FAKTOREAK

- *Genetikoa*: baliteke faktore genetikoa izatea nahasmendu bipolararren kausa nagusia. Zenbait azterlanek erakutsi dutenez, familia berean badira gaixotasun hau diagnostikatu zaien senide batzuk. Nahasmendu bipolarra pairatzen duten pertsonen seme-alaben artean, hirutatik batek gaixotasun hori pairatzen du gurasoetako batek ere pairatzen baldin bada; bi gurasoek nahasmendu bipolarra baldin badute, berriz, gaixotasun hori duten seme-alaben ehuneko arde handiagoa da.
- *Biokimikoa*: Fase depresiboa dauden pertsonen kasuan, erlazio bat detektatu da neurotransmisoreetan, eta nabarmena da noradrenalinaren presentzia. Ezaguna da, gainera, depresioa hipotiroidismoarekin lotzen dela, eta baita kortikotropina eta glukokortikoidak askatzen dituen faktorearen igoerarekin ere. Ezaguna da, halaber, kortikoidak administrazioak konplikazio larriak ekar ditzakeela, bai depresiboa eta bai maniakoa.

### GAIXOTASUNA ABIARAZTEN DUTEN FAKTOREAK

Pertsonei urrakorrei –gaixotzeko joera izan dezaketenak– estres handia sortzen dieten bizi-egoerak gertatzeak abiaraz dezake gaixotasuna. Gertaera horiek, adibidez, hauexek izan daitezke: maitatutako pertsona baten heriotza, etxez aldatzea, unibertsitatean ikastea hastea, soldaduska, lanean hastea edo lanpostua galtzea, eta abar.



## GAIXOTASUNA IRAUNARAZTIEN DUTEN FAKTOREAK

Gaixotasuna hasi denean, sintomak okertzerak edo mantentzerak daramaten sintoma batzuk detektatu ditzakegu; beste batzuk, aldiz, lagungarriak dira urrakortasun gradua murrizteko:

### BABESLEAK

---

- Medikaziora behar den bezala hartzea.
- Sostengu familiar eta sozialak izatea.
- Zeregin batean aritzea.
- Sintomak ezagutzea eta antzematea.
- Bizimodu osasuntsua egitea (lo egiteko ordutegi egonkorra, gai toxikorik ez kontsumitzea...).

### ARRISKUAK:

---

- Gertaera larriak.
- Eguneroko errutinak antolatuta ez egotea.
- Medikaziora bertan behera uztea.
- Aurretiko joera psikologikoa.
- Gehiegizko emozio-zama familiaren aldetik: gehiegizko babesa, kritika, gutxiespena.
- Alkohola eta drogak kontsumitzea.

# 8 ZER-NO LAKOAN DA GAIXOTASUNAREN EBOLUZIOA?

Nahasmendu bipolarra nerabezarroaren azken fasean agertu ohi da, gutxi gorabehera 20 urterekin. Batzuetan, gaixotasuna adin horretan agertzen da baina ez da azalerritzen; gero, helduaroan azalerritzen da bai-batean, fase depresibo edo maniko batez. Lehendabiziko episodioa estresa sortzen duen ingurumen-faktore baten ondorio izan ohi da, baina gainerako episodioak modu independentean ager daitezke, hau da, kanpo faktoreei lotuta egon gabe.

Lehen esan dugunez, eboluzio kronikoa duen gaixotasun honek zenbait fase ditu, eta azpimarratzekoak dira manieren eta depresioaren episodioak. Episodioen nolakotasuna eta haien maiztasuna desberdinak izango dira pertsona bakoitzarengan. Pertsona batzuek episodio maniko eta depresibo berdintsuak dituzte –kopuru aldetik–, baina beste pertsona batzuek bi fase horietako bat nagusitzen da presentzia aldetik. Nahasmendu bipolarra duen pertsonek lau episodio izaten dituzte, batez beste, gaixotasunaren lehenengo 10 urteetan. Episodioen arteko denbora-tartea gutxiuz doa adina igotzen den neurrian (adinariekin, episodioen arteko tartea asintomatikoak gero eta laburragoak dira). Episodioen intentsitatea ez da beti berdina izaten.

Zenbait azterlanen arabera, bai episodio manikoak eta bai depresiboak urtaro jakin batzuetan agertzen dira gehien. Eguzki-orduek duen eraginarekin lotzen dute hori; hala, depresioa udazkenean eta neguan agertzen da gehienbat, eta mania udaberrian eta udan.

Tratamenduaren eraginez, faseak laburtzen dira eta haien arteko episodioak luzatzen dira, eta horrek hobetu egiten du pertsonaren bizi-kalitatea.

Bada pronostikoa hobetzearekin lotuta dagoen faktore multzo bat:

- Sostengu-sare zabala izatea.
- Tratamendua behar den bezala betetzea.
- Lo egiteko ordutegi erregularra izatea.
- Egituratutako ekintzak egitea.
- Ez hartzea ez alkoholik ez drogarik.
- Gaixoberritzearen sintomak detektatzen ikastea.



Norberaren burua hiltzeko ideiak gaitxotasun osoan zehar ager daitezke, ez episodio depresiboetan soilik. Sarrigoak dira gaitxotasunaren hasieran. Tratatu gabeko paziente bipolarren suizidio tasa %10-15 da, eta arrisku hori murrizteko eta eboluzioaren hobekuntza segurtatzeko forma lehen adierazitako arauak betetzea da.



Pertsonak bizirikaltate ona lortu dezan eta gaixotasunaren eboluzioa ona izan dadin, pertsona horrek sostengu egokiak izan beharko ditu.

Tratamendu farmakologikoak oso pisu handia izango du prozesu horretan. Dena dela, ez dugu pentsatu behar horixe izango dela pertsonaren sostengu bakarra; izan ere, horrez gain tratamendu psikosozial bat ere izango da beharrezkoa, gaixotasunaren ondorioz pertsonarengan agertzen diren behar guztiak bideratzen laguntzeko.

Baditugu zenbait baliabide farmakologiko gaixotasunari aurre egiteko. Azken urteotan, gainera, aurrerapen mardula nabaritu dugu elor horretan.

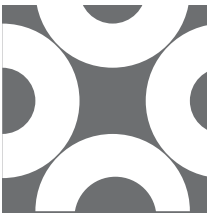
**Gaixotasuna arintzen edo baretzen den episodioetan,** erabiltzen diren farmakokak hauexek dira: gogo-aldarteak erregulatzen dutenak eta episodio depresibo edo maniakoen berragerpena eragozten dutenak. Farmako horiek EUTIMITATZAILAEK dira, hots, umorea erregulatzen dutenak. Gaixotutako pertsonak bere bizitza osoan hartu beharke ditu. Gehien erabiltzen dena LITIOA da.

Litioa oso kantitate txikietan agertzen da gizakiongan, eta nahasmentu bipolarra duen pertsonek kantitate handiagoa behar dute gogo-aldarte egonkorra mantentzeko, hots, elikagaien bitartez lortzen dena baino kantitate handiagoa. Horrek ez du esan nahi pertsonari litioa falta zaionik, bazik eta mineral hori tratamendu bezala erabili daitekeela eta lagungarria izango zaiola bere gogo-aldarte normalitzeko.

Pertsona bakoitzak behar duen litio-dosia desberdina izango da, eta zenbait faktoreren mende egongo da: adina, sexua, pisua edo muskulul-masa, beste botika batzuen erabilera... Horregatik, oso garrantzitsua da pertsonaren litio-baliokak aldizka kontrolatzea, odoletan duen kontzentrazioa neurtuz; horri esker, profesional medikoak modu egokian doitu ahal izango ditu dosiak, pertsonarentzat kaltegarria izan litekeen mailara iritsi ez daitezen. Horretarako, LITEMIA izeneko analisi bat egin beharke da aldizka.

Orkorrean, litioa ondo toleratzen den farmako bat da. Albo-efektu ohikoena hauexek izaten dira: dardara, egarria, sarriagotan gerru egin behar izatea, diarrea, abdomeneko mina eta zorabioak. Kasu





batzuetan, bozinoa garatu daiteke (tiroide-gururinarekin tamaina handitzen da, haren aktibitatea jaitslean), eta, hortaz, tiroide-hormonen azterketa egin behar da medikazioarekin hasi aurretik, eta gero azterketa horiek urtean behin egin behar dira, guxienez. Halaber, beharrezkoa da glitzurrunaren funtzioa kontrolatzea, sei hiletik behin azterketa eginuz, haren normaltasuna bermatzearen. Garrantzitsua da tratamendu horren berri ematea familiako medikuari edo pazientearekin zerikusia duten gainerako profesional medikoei.

Jarraitbide horiek betez gero, esan dezakegu litioa tratamendu segurua dela, onura ndbarmenak baititu.

Tratamendu hori ezin egin dezaketenean pertsonek badituzte beste aukera alternatibo batzuk, hala nola EUTIMIZATZALEAK erabiliz. Izan ere, botika horiek epilepsia tratatzeko erabili izan dira, eta frogatuta dago baliagarriak direla nahasmen du bipolarraren gaixoberritzeak prebenitzeko.

**Fase depresiboetan** antidepresiboak erabiltzen dira, zeren lagungarriak baitira gogo-aldartea hobetzeko. Nahasmen du bipolarraren barnean bada arrisku bat, alegia, antidepresiboek pazientearen egoera aldaraz dezaketela, depresioik maniarra edo hipomaniara pasaraziz. Horregaitik, haien erabilera murriztu egin behar da hori klinikoki beharrezkoa denean. Farmako horien eragina ez da berehalakoa; aitzitik, hiru eta sei aste bitarteko epea pasatu behar da pazienteak farmakoa hartzen hasten denetik hobekuntza-sintomak ndbaritzen dituen arte.

Zenbait egoeratan, antidepresiboek efektu negatibo hauek izaten dituzte: zailtasunak funtzio sexualdean (pazienteen %60), zorabioak eta digestio-eragozpenak, hala nola gorragaleak eta diarreak (%10).

Intentsitate handiagoko episodio depresibo bat agertzen denean, antidepresibo triziklikoak erabiltzera jo behar dugu (Imiprimina, Klomipramina edo amitriptilina, besteak beste). Farmako horien albo-efektuak toleratzea zailagoa izaten da.

Konbulsio elektrikoaren terapia tratamendu gisa erabiliztea ez da oso ohikoa, oso kasu konkretuetan erabiltzen baita.



**Mania faseetan**, tratamendu farmakologikoaren bidez bilatzen dena da euforia simptomak gelditzea. Erabiltzen diren farmakokook ANTIMANIAKOAK, ANTIPIKOTIKOAK edo NEUROLEPTIKOAK dira. Normalean, animanikokook denboratarie labur batez erabiltzen dira, hots, episodioa motelitzeko behar den denbora-tartea. Farmako horien albo-efektu ohikoena haxekek dira: lokuma, gorputz-adarren zurruntasuna, geldotasuna eta jateko gogoaren igoera. Aipatutako farmakoez gain, ohikoa da antsietatea motelitzen duten edo insomnioa hobetzen laguntzen duten botikak ere hartzea, hala nola antisoliitikoak edo benzodiazepinak eta hipnotikoak.

Zenbait kasutan, fase horiek ezin kontrola daitezkeenean ezarriako tratamenduarekin, eta pertsonarentzat edo bere ingurukoentzat arriskua egonez gero, beharrezkoa izan daiteke pazientea ospitaleratzera.

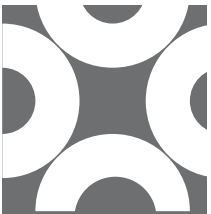
Tratamendu farmakologikoa aztertu ondoren, gogoratu behar dugu oso garrantzitsua dela pertsonari tratamendu integral bat eskaintzea, bizikalitate onarentzat lagungarriak izan daitezkeen sostengu guztiak barne sartuta.

## PSIKOTERAPIA ETA TRATAMENDU PSIKOSOZIALAK

Interbentzio psikologiko eta sozialak dira, xede hauek dituztenak: nahasendu bipolarra duten pertsonei laguntzea, koadro klinikoaren egonkortasuna mantentzea, eta funtzionamendu psikosoziala eta eguneroko jarduna hobetzea. Azken batean, pertsonaren autonomia maila igozen saiatzen dira, bizikalitate handiagoa lortzen saiatzeaz batera.

Teknika kognitiibo-konduktualek, gaitasun sozialen trebakuntzak eta psikohезiketak frogatuta dute beren eraginkortasuna alor horretan.

Dena dela, gaitxotasunari aurre egiteaz gain, pertsonak esperientzia esanguratsuez gozatu behar dute, alegia, beren hazkunde eta garapen pertsonalarentzat lagungarriak diren esperientziak. Badira pertsonen ongizatearentzat oso onuragarriak diren zenbait elementu, hala nola beren balio pertsonala edo autoestimua igozen duten lorpenak



esperimentatu ahal izatea, adiskidetasun harreman pertsonalak eraitzitzeko esparri bat izatea, eta eurekin zerikusia duen guztiari buruzko erabakiak hartzea eta beren lehenetasunak adieraztea.

Kontua da pertsoneri laguntzea beren bizi-proiektuaren sorreran eta garapenean.

Baliabide hauek eskura jartzearen bidez bilatzen diren emaitzak hauek dira:

- Egokitzeko gaitasunen eta gaitasun funtzionalden maila igozea (norberaren burua zaintzea, enplegurako gaitasuna, komunitatean integratzea, etxean autonomiaz aritzea, lagunak egitea).
- Komunitatean presentzia izatea eta bertan parte hartzea ahalbidetzen duten ezaugarriak indartzea; erabakiak hartzea, ahalmena eta errespetua.
- Ongizatea hobetzea pertsonaren dimentsio guztietan.

## SOSTENGU-SAREA

Pertsona baten sostengu-sarearen osagaiak bai sostengu naturalak (pertsone bera, familia, lagunak, harreman informalak, eta abar) eta bai sostengu profesionalak dira (profesional sanitarioak, baliabide komunitarioak, eta abar). Garrantzitsua da pertsonak sostengu-sare zabala eta egokia izatea. Sare horren kide bakoitzak modu desberdin batean lagunduko dio pertsonari bere bizi-prozesuan, eta lagungarria izango da gaixotasunaren eboluzio positiboarako.

## FAMILIAREN SOSTENGUA

Familiak funtsezko lekua du pertsonaren sostengu-sarean. Senideak erreferentziako figurak dira pertsonarentzat, eta oso euskarri garrantzitsuak eskaintzen dituzte, bai gaixotasunaren eboluzioarentzat eta bai pertsonaren garapenarentzat.



Senideek lagundu ahal izan diezaioten gaixotutako pertsonari, senitendu batzuk landu behar izango dituzte –larritasuna, ezintasuna–, eta aurrera egin behariko dute egoera familiar berrira eta gaixotutako pertsona onartzeko bidean.

Horretarako, garrantzitsua da jarraibide hauek kontuan hartzea:

- Gaixotasuna eta pertsonaren beharrak ezagutzeta.
- Harreman ona eratzea senidearekin, eta harremanak hasteak beren senideari lagundu diezaioketen pertsona guztiekin.
- Buru-gaixotasuna pairatzen duen pertsonari laguntzeko eta harekin bizitzeko prozesuari lagundu diezaioketen pertsonen eta baliabideen sostengua bilatzea.
- Beren senideari buruzko itxaropen errealistak izatea, eta horren arbera laguntzean saiatzea.
- Gaixotasuna modu normalizatuan tratatzea, eta bai pertsona eta bai beraren inguruneke pertsonak modu garbian tratatzea gaixotasunarekin zerikusia duten gai guztietan.

Familialk, batuta eta elkarrean mugimenduren bitartez, kolektibo honen beharren eledun gisa jardun dute sarritan, honako eskari hauek plazaratuz: tratamendurik onenak pertsona guztien esku jartzea, era guztiak baliabideak handitzea, ikerkuntza babestea, eta errealditate sozialera egokitutako legezko babes neurriak.

# 2010

## SARRITAN EGITEN DIREN GALDERAK

### 1 ZER PISU DU HERENTZIA FAMILIARRAK?

Nahasmendu bipolarra duen seme/alaba bat izateko arriskua %1 da edozein pertsonarentzat. Aitak edo amak gaixotasun hori pairatzen badu, arriskua %10-15era igotzen da.

### 2 BA AL DAGO GAIXOBERRITZEA IRAGARTZEN DUEN SINTOMARIK?

«Seinale- edo alarma-sintoma» deritzanak aurkitzen ditugu, hots, gaixoberritzea hasten egon litekeela adierazten diguten sintomak. Nahiz eta sintoma batzuk komunak diren nahasmendu bipolarra duten pertsona guzientzat, seinale-sintoma horiek desberdinak dira pertsona bakoitzarengan.

Depresio-episodioren seinale-sintoma arruntentak hauexek dira: tristura handitzea, eguneroko bizimoduaren kezka handitzea, neke-sentsazioa, harreman sozialak murriztea, lo-nahasteak, arrazoi justifikaturik gabeko ondoeza fisikoa, eta abar.

Mania-episodiøetan, berriz, sintoma hauek azpimarratzen ditugu: gehiegizko euforia, urduritasuna, lo-nahasteak, hiperaktibitatea, portaeraren alterazioa, eta abar.

### 3 KATEGARRIA IZAN OTE DAITEKE LITIOA HAINBAT URTEZ HARTZEA?

Litioaren bidezko tratamendua oso eraginkorra da eta oso ondo toleratu izaten da, arrisku gutxirekin. Kontuan hartu behar den gauza bakarra da giltzurrunen eta tiroidearen funtzioa kontrolatu behar dela, zeren epe luzean alterazioak izan baititzake. Hori gertatuz gero, beste alternatiba terapeutiko batzuk bilatu litezke.



#### 4 JAKIN OTE DAITEKE ZER-NOLAKOA IZANGO DEN GAIXOTASUNAREN EBOLUZIOA?

Gaur egun, zaila da jakitea zer eboluzio izango duen pertsona bakoitzak. Larritasun handiagoo iragartzen duten sintomak hauexek izan daitezke: hasiera goiztiarra; gaixotasuna agertzea zirkunstantzia eragilerik gabe; nahasmendu bipolarreko depresioko aurrekaririk egotea familiar; eta beste batzuk.

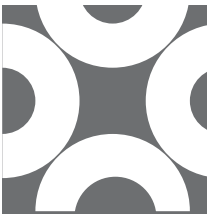
#### 5 ZER EGIN DAITEKE PERTSONAK TRATAMENDUARI UKO EGITEN BADIO?

Tratamenduari uko egiteak gaixotasuna berriz agertzera eramaten du, pertsona gehienen kasuan. Hori da ospitaleratzeen arrazoi ohikoenetako bat. Gainera, zailtasun handiagook sortzen dira pertsonak gizarteratzeko, eta baita haien garapen pertsonalerako eta familia-harremanetarako ere.

Tratamendua ez betetzeak arrazoi batzuk izan ditzake:

- Gaixotasunaren kontzientzia ez izatea. Horrelakoetan, pertsona ez da konturatzen tratamenduarekin jarraitzeko beharraz.
- Buru-gaixotasunaren estigma eta diskriminazio soziala; izan ere, horrek ikuspegi negatiboa transmititzen du berarekin zerikusia duen guztiaz.
- Pertsonaren nekea medikazioa denbora luzez hartzeagatik; hori beste gaixotasun kroniko batzuetan ere gertatzen da, hala nola diabetean edo hipertentsioan.
- Medikazioak berak dituen albo-efektuak (batzuetan, gaixotasunak berak ekarritako ondorio gogaikarri batzuk medikazioari egozten zaizkio, modu okerrean).

Garrantzitsua da pertsonari laguntzea egoera berria onartu dezan. Berarekin hitz egitea eta gaixotasuna eta beraren tratamendua onartzen laguntzen dion guztia bultzatzea (zerregina, jarraipen sanitarioa, sostengu-taldeak, eta abar).



Azken baliabide gisa, egoera arriskugarrietan, tratamendua inpostatzeko gaur egun dagoen aukera bakarra da gaixoa bere borondatearen kontra ospidaleratzea, egiaztagiriko mediko bat edo erabaki judizial bat oinarritzat hartuta. Dena dela, ohiz kanpoko neurri horrek –sarritan zaila eta traumatikoa izateaz gain– ez du bermatzen gaixoak tratamenduarekin jarraituko duela alfarean ostean.

## **6** PERTSONA BAT GAIXOBERRITZEN BADA TRATAMENDUAN DAGOENEAN, ESAN NAHI AL DU HORREK TRATAMENDUA EZ DELA ERAGINKORRA?

Ez nahiaez. Gaixoa gaixoberritu daiteke –episodio bat izan– tratamendu egokia hartu arren. Kasu horretan, komenigarria izango litzateke psikiatrak beraren tratamendu farmakologikoa berriz ebaluatzea.

## **7** NORENA DA GAIXOTASUNAREN ERUA?

Ez da inoren errua.

Senide baten gaixotasunari aurre egitea oso zaila da eta emoziozko erantzun bat sortzen du, bere barnean erruduntasun, beldur, haserre edo tristura sentimenduak dituena. Senideek –batez ere gurasoek– sarritan galdetzen diete beren buruari ea beren jokabidea izan ote den gaixotasunaren eragilea. Nahiz eta pautak familiar patogeneoz hitz egiten zuten teorik baztertua eta zaharkitua geratu diren, familientzat zaila izaten da, askotan, errudun ez sentitzea.

Bere gaixotasuna ukatu eta gertatzen zaionaren esplikazioa blatzten duen pertsonak bere egoeraren errua botatzen die besteei sarritan, eta hori egilean sentimendu hori elikatzen du.

Eta, alderantziz, ezintasunak eta frustrazioak, gaixotasuna eta horrek berekin dakarrena ulertzeko zailtasunak, haserrez erreakzionatzerik eraman ditzake senideak, eta baita portaera batzuk gaizki interpretatzerik ere (adibidez: pertsona bat alferizat hartzea bere apaitagaitik).



Horrelako sentimenduk ez dira lagungarriak gaiixotasuna hobetzeko; aitzitik, tentsio eta isilu gehiago sortzen dituzte.

Nahasmendu bipolarra duen pertsonengana eta haien senideengana zuzendutako psikoheterako programak lagungarriak dira gaiixotasuna hobeto ezagutzeko eta ulertzeko, eta baita gaiixotasunari aurre egiteko jarrera positiboak sortzeko ere.

## **8** BURU-GAIIXOTASUNAK DITUZTEN PERTSONAK ERE HARTZEN AL DITU KONTUAN MENDEITASUN LEGEAK?

Ezgaietasun intelektuadlak eta buru-gaiixotasunak dituzten pertsonen elkarteen errebindikazioari esker, mendetasun legeak gure kolektiboan ere hartzen du kontuan.

Lege horrek gizarte zerbitzuen baliabideak eta prestazio ekonomikoak jasotzeko eskubidea aitortzen die mendetasun graduren bat baloratu zaien pertsonei. Mendetasunaren balorapen hori Udal bakoitzaren oinarritzko gizarte zerbitzuetan eskatu behar da, gizarte langilearen bitartez.

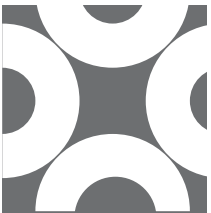
Balorapena egin ondoren, mendetasun gradu desberdinak ezartzen dira. Hona hemen zein diren gradu horiek:

- I. Gradua. Mendetasun ertaina edo moderatua: bi azpimaila.
- II. Gradua. Mendetasun larria: bi azpimaila.
- III. Gradua. Mendetasun handia: bi azpimaila.

*Mendetasun gradua determinatu ondoren eskura daitezkeen baliabide eta prestazioak hauexek dira:*

1. **ZAINITZA INFORMALAK**, honako zerbitzuz eta prestazio hauekin:
  - Telelaguntza.
  - Zainzailaerentzako prestazio ekonomikoak; eta Gizarte Segurantzaz alia ematea, kotizatu ahal baldin badu (jubilatuek eta pentsiodunek ezin dute).
  - Laguntza teknikoak.



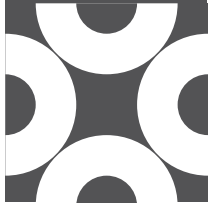


## 2. **ETXEKO ZERBITZUAK**, honako zerbitzu hauekin:

- Teleloguntza.
- Etxeko Loguntza Zerbitzua: S.A.D.
- Eguneko zentroa.
- Atsedan programak (aldi baterako egonaldiak egotzetan).

## 3. **EGOITZA ZERBITZUAK**

- Egoitza zerbitzua.
- Eguneko zentro.
- Loguntza teknikook.



EDIZIOA: 2009  
LEGE GORDAILUA: BI-1199-09

AVIFES

B<sup>e</sup> Sarrikue s/n Bilbao

Tel. 94 445 62 56

Faxa: 94 413 21 51

[info@avifes.org](mailto:info@avifes.org)

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



EDICIÓN: 2009  
DEPÓSITO LEGAL: BI-1199-09

AVIFES  
Bº Sarrikue s/n Bilbao  
Tel. 94 445 62 56  
Fax: 94 413 21 51  
info@avifes.org  
www.avifes.org