

EL TRASTORNO BIPOLAR Y SU ABORDAJE MÉDICO-ESPÍRITA



*Dr. Roberto Lúcio Vieira de Souza **

Es habitual que los legos espíritas o espiritualistas miren hacia las enfermedades psiquiátricas e, inmediatamente, vean en ellas procesos provocados por obsesiones – acciones demoníacas o de espíritus inferiores – o sino como fruto de una mediúmnidad atormentada, creyendo, por eso, que la intervención espiritual o el desarrollo mediúmnico sean suficientes para lograr la cura de estas enfermedades. Y cuanto más severos son los síntomas presentados por el individuo, es más evidente ese convencimiento.

Pero la verdad es que el Trastorno Afectivo Bipolar o Trastorno del Humor Bipolar, antiguamente denominado Psicosis Maníaco-Depresiva, es una de las patologías más graves en el área de la Psiquiatría, alcanzando del 3 al 10% de la población mundial.

Los estudios más recientes diferencian los cuadros unipolares de depresión y manía, de los bipolares, cuya característica principal es la presencia de episodios cíclicos de depresión y manía, con intervalos de ausencia de los síntomas.

Para nosotros, los psiquiatras, hay algunas diferencias en los diversos subtipos que son importantes para la determinación de la terapia, los cuales son irrelevantes en estas líneas.

Hay mucha gente que piensa que el término “manía”, tiene relación con los caprichos y rituales que algunas personas tienen y que son característicos, según su intensidad, de uno u otro tipo de enfermedad – el “trastorno obsesivo-obsesivo”, muy diferente del Trastorno Bipolar pero que, sin embargo, se puede presentar simultáneamente en algunos pacientes. Pero en lenguaje técnico, la palabra “manía” significa euforia, esto es, alegría excesiva o patológica.

La verdad es que los trastornos del humor son un gran problema de salud pública.

Scott (1995), presentó un trabajo en el que, estimativamente, llegó a la conclusión de que un portador de este cuadro clínico en el cual la enfermedad se manifieste a los 20 años de edad, perderá 9 años efectivos de vida, 12 años de salud normal y 14 años de capacidad para el trabajo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en una investigación dirigida por Murray (1996), anunció que de las diez patologías que más incapacitaban a las personas, cinco pertenecían al fuero psiquiátrico, con la Depresión encabezando la lista y los Trastornos Bipolares en el sexto lugar.

Es de destacar que los estudios más importantes sobre la prevalencia de esta patología o la validación de los diagnósticos de “manía” y de “hipomanía” son bastante recientes, lo que significa que una gran parte de los conocimientos adquiridos están siendo revisados y ampliados, trayendo a la luz la realidad del diagnóstico hasta ahora indefinidos o mal caracterizados.

La preocupación con la mejoría de los pacientes, en la práctica, enfrenta dos obstáculos a saber: el error del diagnóstico y la insuficiencia o inadecuación de la terapia – lo que aumenta el prejuicio social, principalmente por mantener los síntomas psicóticos y por la frecuencia de los internamientos, acarreado una mayor estigmatización para los pacientes. Esto se da mucho, porque la mayor parte de los pacientes son atendidos por profesionales que no son psiquiatras y que no los envían a los especialistas.

En términos generales, podemos decir que el cuadro clínico se caracteriza por episodios de depresión y de “manía” que se intercalan, acompañados por períodos de ausencia de síntomas, en que los pacientes no aparentan sufrir de la enfermedad. Frecuentemente, estos períodos son responsables por la interrupción del uso de los medicamentos debido a la creencia de estar curado, facilitando la aparición de nuevos episodios. Es importante destacar que cada nueva crisis empeora el pronóstico de la patología, agravando los síntomas residuales en las fases de calma, volviendo más cortos los períodos entre las crisis.

Por lo tanto, la enfermedad tiene dos fases, pero los cuadros clínicos son bastante diferentes:

La depresión, que se caracteriza por una disminución de la energía, la motivación y la capacidad de sentir placer y alegría, por un humor depresivo (tristeza patológica), por una disminución del raciocinio, de la atención, de la concentración, de la memoria y de la capacidad de organización y planeamiento; por un aumento de la preocupación, así como con situaciones banales; por el aislamiento y retraimiento social; por la falta de iniciativa, de interés y de placer (anhedonia); por la pérdida o disminución del deseo sexual; por el insomnio o hipersomnias; por el aumento o pérdida del apetito; por el aumento de la sensación de cansancio; por el sentimiento de pereza; por la dificultad en realizar tareas que anteriormente hacían parte de su quehacer cotidiano, optando por quedarse la mayor parte del tiempo en la cama, con el cuarto a oscuras; por la pérdida de interés en tratar con los demás, evitando la higiene personal; por el sentimiento de pesimismo, de desánimo, de tristeza, de inseguridad, de miedo, de falta de esperanza, de baja autoestima, de culpa exagerada, de sensación de vacío y aún por el deseo y la tentativa de suicidarse;

La manía, que se caracteriza por un aumento de la energía; por un humor irritable; por la euforia; por oscilaciones afectivas; por la disminución de la capacidad de sentir afectos negativos o de sentir empatía con el sufrimiento ajeno; por un razonamiento acelerado; por una atención focalizada, aunque el paciente no consiga mantenerla por mucho tiempo; por una disminución de la concentración; por alteraciones de la memoria, que puede abarcar el aumento de la capacidad de recordar o la disminución de esta; por súbitos cambios de pensamientos, de intereses y de conducta; por sentimientos positivos; por la verborrea (locuacidad exagerada); por una tendencia hacia el uso de malas palabras; por una irritabilidad exacerbada que genera conflictos; por la impaciencia; por la desinhibición social; por el aumento de la impulsividad; por el abuso del alcohol y de las drogas; por el aumento de los gastos, debido a la compulsión de comprar; por el aumento de la libido y por un discurso erotizado; por la disminución de la necesidad del sueño, con reducción del tiempo del mismo; por la disminución de la sensibilidad al dolor; por el aumento excesivo de la capacidad de realización; por la desorganización, confusión y actividad repetitiva. En esta fase, pueden ocurrir también la idealización y tentativa de suicidio.

En los dos cuadros pueden surgir síntomas psicóticos, siempre ligados al tipo de sentimiento dominante: en los casos de **depresión**, los contenidos del delirio y de las alucinaciones son de ruina; en los de **manía**, son de grandeza. Los delirios son más frecuentes que las alucinaciones.

El tratamiento envuelve un equipo multidisciplinar, compuesto por psiquiatras, terapeutas y trabajadores sociales. El uso de estabilizadores del humor especialmente del litio, mejora el control de los cuadros,

reduciendo el número de recaídas. Aún no hay ningún tratamiento que consiga la cura, por lo que las medidas terapéuticas utilizadas son solo paliativas.

Bajo el punto de vista espiritual, el Trastorno Bipolar tiene origen en las malas acciones cometidas por el enfermo en vidas pasadas.

Cuando reencarnó, el enfermo trajo consigo la predisposición hacia la enfermedad, que generalmente aparece después de los 25 años. La carga genética es una marca que él decidió tener y que se debe a las acciones del pasado, donde recurrió al abuso de la inteligencia y a la falta de respeto por la vida.

Y es que la gran mayoría de los casos de Trastorno Bipolar están relacionados con abortos criminales, aunque también haya muchos pacientes que fueron suicidas y asesinos, en repetidas ocasiones.

Sólo por si, esta trayectoria anterior de los actuales enfermos, da pié para que puedan instalarse procesos obsesivos que envolverán sentimientos de venganza y donde aparecerán espíritus que fueron perjudicados por ellos y que aún no les han perdonado.

Como los enfermos son como “antenas averiadas” (pues por su propia dinámica psíquica, irradian sentimientos y vibraciones complicadas) y no habiendo cualquier proceso obsesivo relacionado con sus vidas anteriores (lo que no es muy habitual) pueden proporcionar una abertura para la acción de espíritus que se encuentren en su misma faja vibratoria, o si no, para los llamados espíritus oportunistas – unos y otros agravando las situaciones de esos pacientes.

S concluimos que la causa real de estos Trastornos se debe al comportamiento moral de sus portadores, se hace claro que la terapia más importante, es la de fondo moral. En realidad, la Evangelio-terapia, o sea, la utilización de la moral cristiana como instrumento para la renovación interior, es la única terapia eficaz, pues va a alcanzar el núcleo central de la enfermedad.

Muchos pacientes también presentan, concomitantemente, sensibilidad mediúmnica. Pero como no están psíquicamente equilibrados, es contraproducente llevarlos hacia las reuniones de desarrollo de la mediúmnidad, ya que muchas veces estas pueden agravar el proceso de desequilibrio, debido a las condiciones psíquicas de los enfermos.

Lo mejor y más eficaz es invitarlos a las actividades de asistencia social y aconsejarles el uso de la oración, de la lectura edificante y de la fluidoterapia (pases y agua fluidificada).

** Psiquiatra, director clínico del Hospital Espírita André Luiz, en Belo Horizonte (MG), vice-presidente de la Asociación Médico-Espírita del Brasil (AME) y autor de varios libros.*

Bibliografía:

- “Da Psicose Maníaco-Depressiva ao Espectro Bipolar”. Moreno, Ricardo A. e Moreno, Doris H (coordinadores). São Paulo, 2005.
- “Transtorno Bipolar na infância e na adolescência”. Lee Fu-I (coordinador). Segmento Farma Editores. São Paulo, 2007.
- “Depressão – Abordagem Médico-Espírita”. Associação Médico-Espírita do Brasil. São Paulo, 2005.

Traducción al Español: Oscar Cervantes Velásquez
Centro de Estudios Espíritas Francisco de Asís
Santa Marta – Colombia
Septiembre 23 de 2011