



ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES.
PSICOLOGIA

“Análisis y construcción de un programa psicoeducativo para pacientes con diagnóstico de bipolaridad, con el fin de un mejor manejo y pronóstico de la enfermedad”

Autora

María José Paredes Coronel

Año

2010



ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES.

PSICOLOGIA

“Análisis y construcción de un programa psicoeducativo para pacientes con diagnóstico de bipolaridad, con el fin de un mejor manejo y pronóstico de la enfermedad”

Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos
Para obtener el título de Psicólogo

Profesor guía

Wagner Villacís.

Autora

María José Paredes Coronel

Año

2010

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema y tomando en cuenta la Guía de Trabajos de Titulación correspondiente”

Wagner Villacís

Psicólogo Clínico

1709175846

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

María José Paredes
172249504

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser mi inspiración y regalarme todos los días un milagro.

A mi mamá, por su comprensión, por su extraña y hermosa forma de ser, que llena de alegría mi vida

A mi papá, por su paciencia, por ser siempre mi apoyo y mi fortaleza

A mi hermano, por su amor y lealtad incondicional

A Wagner, quien hizo posible la culminación con éxito, de este trabajo.

Y a mis dos seres especiales, por las enseñanzas que me han dejado.

Jose

DEDICATORIA**Estados de ánimo**

A veces me siento
como un águila en el aire.
Unas veces me siento
como pobre colina
y otras como montaña
de cumbres repetidas
unas veces me siento
como un acantilado
y en otras como un cielo
azul pero lejano
a veces uno es
manantial entre rocas
y otras veces un árbol
con las últimas hojas
pero hoy me siento
apenas
como laguna insomne
con un embarcadero
ya sin embarcaciones
una laguna verde
inmóvil y paciente
conforme con sus algas
sus musgos y sus peces
sereno en mi confianza
confiando en que una
tarde
te acerques y te mires
te mires al mirarme.

Mario Benedetti

RESUMEN

El trabajo realizado a continuación tiene como objetivo construir un programa psicoeducativo dirigido a pacientes con diagnóstico de bipolaridad en fase tardía, para posibilitar un mejor manejo y pronóstico del trastorno. Se trabajó utilizando la revisión bibliográfica como base teórica sobre el trastorno bipolar, posteriormente se indagó los conocimientos que los pacientes tenían acerca de su enfermedad.

Tomando en cuenta los resultados de las entrevistas se elaboró un programa de psicoeducación que se aplicó en forma de talleres, en 12 sesiones. Donde se impartió conocimientos y habilidades que el paciente podía adoptar para mejorar su calidad de vida.

Tras la aplicación del programa psicoeducativo, se aplicó un test que sirvió como seguimiento y permitió comprobar la hipótesis sobre la aplicación de la psicoeducación como parte del proceso psicoterapéutico en un trastorno bipolar para producir una mejoría en el curso de la enfermedad.

ABSTRACT

The following work aims to build a psychoeducational program aimed at patients with a diagnosis of bipolar disorder in late stage, to enable better management and prognosis of the disorder. It worked using the literature review and theoretical basis of bipolar disorder, subsequently investigated the knowledge that patients had about their disease.

Taking into account the results of the interviews produced a psychoeducation program was applied in the form of workshops, in 12 sessions. Where knowledge and skills imparted to the patient could take to improve their quality of life.

After application of the psychoeducational program, we applied a test which served as monitoring and confirmed the hypothesis on the implementation of psychoeducation as part of psychotherapy in bipolar disorder to produce an improvement in the course of the disease.

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I.....	3
Trastorno bipolar.....	3
1.1. Concepto.....	3
1.2. Reseña histórica	3
1.3. Etiología	4
1.4. Cuadro Clínico	6
1.4.1. Fase maníaca	6
1.4.2. Fase Depresiva.....	7
1.4.3. Fase hipomaníaca	8
1.4.4. Fases mixtas.....	8
1.5. Clasificación	9
1.5.1. BIPOLAR TIPO I.....	9
1.5.2. BIPOLAR TIPO II.....	9
1.5.3. CICLOTIMIA	10
1.5.4. TRASTORNO BIPOLAR NO ESPECIFICADO	11
1.6. Diagnóstico	11
1.7. Epidemiología	12
CAPITULO II	13
Tratamientos.....	13
2.1. Tratamiento farmacológico.....	13
2.1.1 Los estabilizantes del estado de ánimo	13
2.1.2. Los antidepresivos	15
2.2. Tratamiento Psicológico	17
2.2.1. TERAPIA DE GRUPO	17
2.2.2. TERAPIA INTERPERSONAL	17
2.2.3. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	18
2.2.4. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES BIPOLARES.....	18
CAPITULO III	20
Psicoeducación.....	20

3.1. Historia	21
3.2. Concepto y metodología	22
3.3. Tipos de psicoeducación.....	23
3.3.1. Individual.....	23
3.3.2. Familiar	23
3.3.3. Grupal.....	23
3.4. Mecanismos de acción de la psicoeducación	24
3.5. Objetivos de la psicoeducación.....	25
CAPITULO IV.....	26
4.1 Programa de psicoeducación	26
4.1.1. Conciencia de la enfermedad	26
4.1.2. Adhesión farmacológica.....	27
4.1.3. Evitación del abuso de sustancias.....	30
4.1.4. Detección precoz de nuevos episodios.....	31
4.1.4. ¿Cómo utilizar la lista de pródromos?.....	34
4.1.5. Regularidad de hábitos.....	34
CAPITULO V.....	36
5.1. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR.....	36
5.1.1. Primer taller: prerrequisitos para el programa.....	36
5.1.2. Segundo taller: definiciones de conceptos.....	37
5.1.3. Tercer taller: Etiología.....	40
5.1.4. Cuarto taller: tipos y fases del trastorno bipolar	41
5.1.5. Quinto taller: comorbilidad	45
5.1.6. Sexto taller: aspectos psicológicos, temperamentos afectivos en el trastorno bipolar	48
5.1.7. Séptimo taller: estrés, factores desencadenantes, como elementos de riesgo para una recaída.....	50
5.1.8. Octavo taller: tratamientos	53
5.1.9. Noveno taller: tratamientos biológicos: fármacos y el TEC.....	54
5.1.10. Décimo taller: tratamientos psicológicos.....	59
5.1.11. Décimo primer taller: factores especiales: embarazo, lactancias y riesgos de herencia	66

5.1.12. Décimo segundo taller: clausura.....	69
CAPITULO VI.....	69
Tratamiento de información obtenida.....	70
6.1. Representación grafica de información.....	70
CAPITULO VII	97
7.1. Conclusiones.....	97
7.2. Recomendaciones	99
BIBLIOGRAFIA	101
9.1. Libros	101
9.2 Revistas	102
9.3 Páginas web.....	103
ANEXOS.....	114

INTRODUCCION

Es de suma importancia tener conocimiento acerca de lo esencial que es intervenir psicológicamente en el proceso que atraviesa una persona con trastorno bipolar.

El trastorno bipolar consiste en una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo; denominado clásicamente “psicosis maníaca depresiva”, es una enfermedad mental grave, crónica y recurrente. La incidencia es de aproximadamente el 4% de la población adulta. (Vieta, 2008).

Cualquiera que sea su estado, es difícil afrontar los síntomas propios de su enfermedad y cómo afecta a sus relaciones interpersonales. Sin embargo, la problemática se extiende mas allá del propio enfermo, pues por su condición afecta tanto a su familia como al medio en donde se halla.

Durante siglos se utilizó el término “manía” para referirse a los cuadros de agitación. Fueron Falret y Baillargher (1854), quienes describieron el carácter cíclico de la enfermedad; pero quién realmente delimitó con claridad las fronteras de la enfermedad, al introducir un estudio longitudinal como elemento de exposición imprescindible fue Emil Kraepelin, cuya obra “la locura depresiva y la paranoia” marca un antes y un después en los aspectos nosológicos del trastorno. Casi tan importantes fueron los estudios de Leonhard, que postuló la separación entre formas bipolares y unipolares de trastorno afectivo.

El litio se ensayó por primera vez en humanos en 1949, año en que el científico australiano Jhon Cade describió por primera vez sus propiedades tranquilizantes. Posteriormente la psiquiatría escandinava realizó los primeros ensayos clínicos.

El diagnóstico de trastorno bipolar y de sus episodios se basa en criterios puramente clínicos y, por lo tanto, sujetos a controversia e interpretación.

Por otro lado, se pretende dar a conocer que el paciente bipolar requiere de ayuda multidisciplinaria. La ayuda proviene de la sociedad, afectándola al mismo tiempo de manera directa. Son los amigos, otros enfermos, psicólogos, etc., quienes son parte indispensable para el tratamiento de la enfermedad.

La incomprensión es una característica que agrava el curso de los trastornos psiquiátricos, ya que al malestar causado por los propios síntomas de la enfermedad se añade el malestar procedente de no saberse entendido por los demás.

El paciente psicoeducado deja de sentirse culpable para sentirse responsable, y este paso es el principio de la aceptación de la necesidad de tratamiento (Vieta y Colom, 2008). La implementación psicoeducativa implica, varias ventajas para el tratamiento de los pacientes bipolares, además de aquellas que se desprenden de su eficacia profiláctica. En primer lugar, la principal ventaja de un tratamiento psicoeducativo en un grupo de larga duración, es la mejora de la calidad asistencial percibida por los pacientes, que frecuentemente repercute en una alianza terapéutica, un cumplimiento farmacológico y en una mayor capacidad del paciente para reclamar ayuda en situaciones complejas. La psicoeducación evita el modelo patogénico de relación entre un médico “sanador” y un paciente pasivo para potenciar, en cambio una adecuada alianza terapéutica, centrada en la colaboración, información y confianza. (Colom y Vieta, 2008)

Con lo anterior podría enmarcarse, que el presente trabajo de titulación, se efectuará en una unidad hospitalaria, pues en ella podremos ser partícipes de cómo esta problemática afecta a niveles más amplios.

CAPITULO I

Trastorno bipolar

1.1. Concepto

“El trastorno bipolar es una enfermedad; crónica, episódica y recurrente. Que afecta los mecanismos que regulan el estado de ánimo” (Eduardo Vieta, 2003) cuenta con períodos de depresión, que se alternan con temporadas de gran euforia. Parece que el sistema límbico es el área del cerebro encargada de actuar como un “termostato del estado de ánimo”¹, por lo tanto es el encargado de que el estado de ánimo de las personas, sea regular, estable y acorde a las circunstancias. Las personas que padecen un trastorno bipolar sufren un mal funcionamiento del sistema límbico, con lo que el estado de ánimo sufre bruscas alteraciones; los neurotransmisores, como a la dopamina, la serotonina y la acetilcolina juegan un papel crucial en cada fase: los niveles de dopamina aumentan en las fases maníacas y la serotonina disminuye durante la depresión. También las hormonas sobre la tiroxina se hallan implicadas.² El afectado oscila entre la alegría y la tristeza, de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología. El trastorno bipolar puede provenir de una tendencia familiar. Suele empezar al final de la adolescencia o al inicio de la edad adulta.

1.2. Reseña histórica

Los primeros escritos que describen la relación entre manía y melancolía se atribuyen a Areteo de Capadocia entre los años 30 y 150 A. D. Aretaeus es reconocido como el autor de los antiguos textos sobrevivientes donde se da un concepto unificado de la enfermedad maniaca-depresiva, viendo ambos, melancolía y manía como si tuvieran un origen común en la bilis negra (Akiskal 1996; Marneros 2001).

¹ Termostato: es el componente de un sistema de control simple que abre o cierra en función de la temperatura. Mecanismo de regulación.

² Colom Fransec y Vieta Eduardo, (2007). *Convivir con el trastorno bipolar*, Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.

La conceptualización psiquiátrica contemporánea de la enfermedad maniaco-depresiva es usualmente fechada cerca de 1850. El 31 de enero de 1854, Jules Baillarger describió a la Academia de Medicina del Imperio Francés una enfermedad mental de dos fases que causa oscilaciones entre la manía y la depresión.

Jean-Pierre Falret presentó una descripción a la Academia de lo que era esencialmente el mismo trastorno. Esta enfermedad fue designada como *folie circulaire* (locura circular) por Falret, y como *folie à double forme* (locura de forma dual) por Baillarger (Sedler 1983).

Emil Kraepelin psiquiatra alemán que refinó el concepto de psicosis y "padre" de la conceptualización moderna del trastorno bipolar; fue quien categorizó y estudió el curso natural de pacientes bipolares que no estaban siendo tratados, tiempo antes de que se descubrieran los estabilizadores del humor. Al describir a estos pacientes en 1902, él acuñó el término "psicosis maniaco-depresiva". Notó que sus pacientes bajo observación tenían unos intervalos de enfermedad, maníaca o depresiva, y generalmente después venían intervalos libres de síntomas en los que el paciente podía funcionar normalmente.

En 1948, el Dr. Cade descubrió que el carbonato de litio podía ser usado como un tratamiento eficiente para las personas que padecen la enfermedad. Éste fue el primer compuesto o droga que demostró ser eficiente en el tratamiento de cualquier condición psiquiátrica. El descubrimiento fue quizás el inicio de los tratamientos farmacológicos ocupados en la psiquiatría.

El término "enfermedad maniaco-depresiva" apareció por primera vez en 1958. La actual nosología, trastorno bipolar, se volvió popular sólo recientemente, y algunos individuos prefieren la terminología antigua debido a que provee de una mejor descripción de una enfermedad multidimensional que continuamente cambia.

1.3. Etiología

En su clasificación general de las enfermedades mentales establecida en 1899, Kraepelin hacía hincapié en el carácter endógeno de la enfermedad. La

postura de Kraepelin es la que se admite en general actualmente, según indica la cantidad de trabajos que coinciden en esta cuestión. No se opone a que se tenga en cuenta la influencia del ambiente a la hora de abordar la etiología de esta enfermedad

De acuerdo con el National Institute of Mental Health (NIMH) del gobierno de EEUU (Instituto Nacional de Salud Mental), "No hay una causa única para el trastorno bipolar sino muchos factores que actúan en conjunto y producen la enfermedad." "Debido a que el trastorno bipolar tiende a prevalecer en las familias, los investigadores han tratado de buscar un gen específico que se transfiera por generaciones y el cual pueda incrementar las posibilidades de una persona de desarrollar la enfermedad." "Con ello, la búsqueda mediante investigación de genes sugiere que el trastorno bipolar, como otras enfermedades mentales, no ocurre debido a un sólo gen."

Los factores psicológicos también desempeñan un importante papel tanto en la psicopatología del trastorno como en los factores psicoterapéuticos cuyo objetivo es el alivio de los síntomas centrales, el reconocimiento de los desencadenantes de episodios, la reducción de emociones expresadas negativamente en las relaciones, el reconocimiento de los síntomas prodrómicos antes de una recurrencia declarada y la práctica de los factores que conducen a la continuidad en la remisión.

Se han relacionado anormalidades en la función cerebral con los sentimientos de ansiedad y una menor tolerancia al estrés. Cuando los pacientes encaran un acontecimiento vital negativo de importancia, provocándoles éste un gran estrés, como un fracaso en un campo importante de sus actividades, pueden sufrir su primer episodio de depresión mayor. Por el contrario, cuando un individuo obtiene un gran logro puede experimentar su primer episodio maníaco o hipomaníaco. Los individuos con trastorno bipolar tienden a experimentar desencadenantes de episodio que suponen acontecimientos interpersonales o relacionados con logros personales. Ejemplos de sucesos vitales interpersonales serían el enamoramiento o por el contrario la muerte de un amigo íntimo.

Un historial familiar de trastornos dentro del espectro bipolar puede transmitir una predisposición o carga genética a desarrollar uno de estos trastornos. El

trastorno bipolar no es ni fisiológico puro ni tampoco ambiental, es multifactorial, lo que significa que existen muchos factores genéticos y ambientales que conspiran para originar el trastorno.³

Ya que el trastorno bipolar es tan heterogéneo, es probable que las personas que lo padecen experimenten distintas manifestaciones de la enfermedad (Miklowitz & Goldstein, 1997).

El trastorno es prevalente según el historial familiar, es decir, que suele haber antecedentes familiares bien de trastorno bipolar o de otro tipo de trastorno del humor como la depresión. Más de dos tercios de las personas que padecen trastorno bipolar han tenido al menos un pariente cercano con el trastorno o con depresión mayor unipolar.

Los estudios realizados por Hagop Akiskal en el 2006, que buscan la identificación de las bases genéticas del trastorno bipolar indican que la susceptibilidad procede de múltiples genes. Los científicos continúan intentando encontrarlos utilizando métodos avanzados de análisis genético y muestreos grandes de familiares afectados por la enfermedad. Los investigadores tienen la esperanza de que identificando los genes de susceptibilidad y las proteínas que codifican se haga posible el desarrollo de mejores tratamientos e intervenciones preventivas que tengan como objetivo los procesos subyacentes de la enfermedad.

1.4. Cuadro Clínico

1.4.1. Fase maníaca

El episodio maníaco se define, según el DSM-IV por:

- a) Humor elevado, expansivo o irritable en forma persistente, que dura, por lo menos, una semana.
- b) Tres o más de los siguientes síntomas:
 1. Grandiosidad o autoestima exagerada
 2. Disminución de la necesidad de dormir.

³ Akiskal Hagop ... (et.al.). (2006) *Trastornos Bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*, Buenos Aires: Médica Panamericana, (Cap 13, pp. 203)

3. Más hablador que lo habitual.
 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos están acelerados.
 5. Distractibilidad.
 6. Aumento de las actividades dirigidas a un objetivo (ya sea socialmente, en el trabajo o en la sexualidad), o agitación psicomotriz.
 7. Compromiso exagerado en actividades placenteras que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas. (comprar compulsivamente, indiscreciones sexuales o inversiones sin sentido).
- c) Los síntomas causan un malestar significativo o deterioro en el ámbito social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.
- d) Los síntomas no son causados por los efectos fisiológicos de una sustancia o por una afección médica general.

1.4.2. Fase Depresiva

Se trata de un período de por lo menos 2 semanas en que se presenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer por casi todas las actividades.⁴ Para considerar que una persona sufre de una depresión la persona debe presentar algunos de estos síntomas:

- Hipersomnia
- Pérdida o aumento de peso
- Inhibición motora
- Fatiga
- Apatía
- Retraimiento sexual
- Enlentecimiento
- Falta de concentración
- Problemas de memoria
- Disminución de la atención
- Ansiedad psíquica

⁴ Akiskal Hagop ... (et.al.). (2006). *Trastornos Bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*, Buenos Aires: Médica Panamericana, (Cap 6)

- Ideas de suicidio y delirantes

La fase depresiva de la enfermedad va acompañada con frecuencia de un predominio de la apatía sobre la tristeza, de la inhibición psicomotriz sobre la ansiedad y de la hipersomnía sobre el insomnio. "Otra diferencia es que en las primeras (depresión acompañada de tristeza e hipersomnía) la incidencia de anorexia y pérdida de peso es menor, y en cambio la labilidad emocional y la probabilidad de desarrollar síntomas psicóticos en los casos graves son mayores " (Hagop. S. Akiskal, 2006).

1.4.3. Fase hipomaníaca

Según el DSM IV:

Se trata de un período distintivo de humor elevado, expansivo o irritable, que dura por lo menos cuatro días, que es claramente diferente del humor habitual normal. Durante El período hipomaníaco, tres o más de los síntomas típicos del episodio maníaco, están presentes.

El episodio está asociado con un cambio inequívoco en el funcionamiento que no es característico de la persona cuando no está sintomática.

El episodio no es lo suficientemente grave como para causar deterioro en el funcionamiento social u ocupacional, o como para necesitar hospitalización, y no hay síntomas psicóticos. La hipomanía es un síntoma difícil de detectar, ya que la frontera entre la hipomanía y una exaltación de las emociones no patológicas es, en ocasiones, difícil de trazar, especialmente en sujetos de alto nivel cultural o intelectual. El problema de las hipomanías aparentemente virtuosas, en las que el paciente afirma estar recuperando el tiempo perdido, es que son el predictor más poderoso de la próxima aparición de un episodio depresivo.

1.4.4. Fases mixtas

Las fases mixtas son un tipo de episodio que pueden presentar algunos pacientes bipolares –concretamente los bipolares I – que se caracteriza por ser

una mezcla de la sintomatología depresiva y maníaca. Los síntomas más frecuentes de esta fase son la Irritabilidad, la dificultad para conciliar y mantener el sueño, la impaciencia, la intolerancia, la ansiedad, los pensamientos negativos.

Para el DSM-IV, el diagnóstico de estado mixto tiene lugar cuando se cumplen los criterios para episodio maníaco y para episodio depresivo mayor, casi todos los días durante por lo menos una semana. El trastorno humoral es lo suficientemente severo como para causar deterioro pronunciado en el funcionamiento ocupacional o en las actividades sociales habituales o las relaciones con otros, o como para requerir hospitalización. Los estados mixtos son difíciles de diagnosticar y también de tratar, y suelen asociarse a un riesgo elevado de suicidio.

1.5. Clasificación

1.5.1. BIPOLAR TIPO I

Esta forma está clásicamente definida por la aparición de manías, que pueden manifestarse de una forma psicótica grave. Los síntomas psicóticos pueden aparecer tanto en la fase maníaca como depresiva. En general los primeros episodios son eufóricos, en tanto que los siguientes tienden a ser disfóricos o mixtos

El trastorno bipolar tipo I se da en aquellos individuos que han experimentado uno o más episodios maníacos con o sin episodios de depresión mayor. Para el diagnóstico de esta modalidad de acuerdo con el DSM-IV-TR son necesarios uno o más episodios maníacos o mixtos. No es necesario que exista un episodio depresivo como requisito para el diagnóstico, aunque frecuentemente aparezca.

1.5.2. BIPOLAR TIPO II

El trastorno bipolar tipo II se caracteriza por episodios de hipomanía así como al menos un episodio de depresión mayor. Los episodios hipomaníacos no llegan a los extremos de la manía (es decir, que no provocan alteraciones sociales u ocupacionales y carecen de rasgos psicóticos) y un historial con al

menos un episodio de depresión mayor. El trastorno bipolar tipo II es mucho más difícil de diagnosticar, puesto que los episodios de hipomanía pueden aparecer simplemente como un periodo de éxito con alta productividad y suele relatarse esto con menos frecuencia que cuando se sufre una depresión⁵. Puede darse psicosis en episodios de depresión mayor y en manía, pero no en hipomanía. Para ambos trastornos existe un cierto número de especificadores que indican la presentación y el curso del trastorno, entre otros el de "crónico", "ciclador rápido", "catatónico" y "melancólico".

El trabajo pionero de Ayuso y Ramos (1982) ya apuntó, como han demostrado estudios posteriores, que el hecho de que el tipo II se asociará con una mayor benignidad clínica iba acompañado con frecuencia de una mayor malignidad evolutiva, en el sentido de un mayor número de episodios. Aunque esta es una categoría bastante estable, entre un 5 y un 15% de los afectados acaban presentando un episodio maníaco y convirtiéndose, por consiguiente en bipolares tipo I, (Cornell y cols, 1995). El trastorno bipolar tipo II podría ser una de las categorías con mayor comorbilidad y mayor riesgo de suicidio.

1.5.3. CICLOTIMIA

La Ciclotimia implica la presencia o historial de episodios hipomaníacos con periodos de depresión que no cumplen los criterios de depresión mayor. El diagnóstico de trastorno ciclotímico requiere la presencia de numerosos episodios de hipomanía, intercalados con episodios depresivos que no cumplen completamente los criterios para que existan episodios de depresión mayor. La ciclotimia se considera una variante menor de trastorno bipolar, y a menudo evoluciona hacia el tipo II o, con menor frecuencia, hacia el tipo I. Para Akiskal, evocando a Kraepelin, la ciclotimia constituye un sustrato temperamental de los trastornos bipolares. Se caracteriza por su curso crónico y la elevada frecuencia de los episodios, hasta el punto que el DSM-IV considera un criterio de exclusión la ausencia de episodios durante solo 2 meses. La idea principal es que existe un ciclado de grado bajo del estado de ánimo que aparece ante

⁵ Vieta Eduardo. (2005). *Trastornos bipolares, avances clínicos y terapéuticos*. Madrid – España: Editorial Panamericana, (Cap. 15)

el observador como un rasgo de la personalidad, pero que interfiere con su función.

1.5.4. TRASTORNO BIPOLAR NO ESPECIFICADO

Categoría que se utiliza para indicar afecciones bipolares que no encajan en otras categorías diagnósticas. Si un individuo parece sufrir claramente de algún tipo de trastorno bipolar pero no cumple los criterios de alguno de los subtipos mencionados más arriba, se le asigna el diagnóstico de *trastorno bipolar no especificado*. Aunque los pacientes por lo general acudirán en busca de ayuda en fase depresiva, es muy importante averiguar a partir del paciente o de la familia de éste si alguna vez se ha dado algún episodio de manía o hipomanía mediante una cuidadosa interrogación.

1.6. Diagnóstico

El diagnóstico se basa en las experiencias de las que informa el propio paciente así como anormalidades en la conducta referidas por los miembros de la familia, amigos o compañeros de trabajo, seguido por los signos secundarios observados por un psiquiatra, enfermera, trabajador/a social, psicólogo clínico u otro diagnosticador cualificado mediante una evaluación clínica. Existe una lista de criterios que se deben cumplir para que alguien reciba el diagnóstico. Éstos dependen tanto de la presencia como de la duración de determinados signos y síntomas. Los criterios que más se utilizan habitualmente para diagnosticar el trastorno bipolar son los expuestos en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales, que actualmente está en su cuarta edición revisada DSM-IV y también la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relativos a la Salud de la OMS, que actualmente están en la versión CIE-10.

1.7. Epidemiología

La prevalencia conjunta de todos los trastornos bipolares ha sido valorada en un estudio de 12 meses, realizado en 2005 con una muestra de 9282 individuos mayores de 18 años en EEUU en el 2,6% de la población.⁶

La prevalencia del trastorno Bipolar tipo I se sitúa entre el 0,4 y el 1,6 % de la población general según DSM-IV, siendo igual para ambos sexos y entre grupos étnicos.

La prevalencia del trastorno Bipolar tipo II está en torno al 0.5% de la población, también según DSM-IV. Es más prevalente en mujeres.

Un estudio, basado en estimaciones a partir del consumo de carbonato de litio, que se prescribe sobre todo para este tipo y realizado entre 1996-1998 determinó que la prevalencia en España es de 70 casos/100.000 habitantes.

Valorar los datos completos de todo el espectro bipolar es una tarea más complicada, puesto que no hay un acuerdo claro sobre qué debe ser incluido en esta categoría y tampoco si existe. De acuerdo con Hagop Akiskal, en uno de los extremos estaría el trastorno esquizoafectivo tipo bipolar, y en el otro la depresión unipolar (recurrente o no), encontrando entre ambos los trastornos de ansiedad. Este esquema incluye el trastorno disfórico menstrual, la depresión postparto y la psicosis postparto.

En un estudio realizado en 2003, Hagop Akiskal M.D. y Lew Judd M.D. reexaminaron datos del estudio de referencia conocido como Epidemiologic Catchment Area (ECA, estudio epidemiológico territorial) tomados durante las dos décadas anteriores. El estudio original encontró que el 0.8% de la población estudiada había experimentado un episodio de manía al menos en una ocasión (bastante para superar el umbral diagnóstico del trastorno bipolar tipo I) y un 0.5% un episodio de hipomanía (suficiente para sobrepasar el umbral diagnóstico para el trastorno bipolar tipo II).

⁶ Judd LL, Akiskal H.S. (2003). *The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the U.S. population: re-analysis of the ECA*, Department of Psychiatry, University of California, San Diego (UCSD),

CAPITULO II

Tratamientos

Actualmente no existe cura para el trastorno bipolar, pero puede ser controlado. El objetivo del tratamiento consiste en un control eficaz del curso de la enfermedad a largo plazo, lo cual puede suponer el tratamiento de los síntomas emergentes. Para lograrlo se emplean técnicas farmacológicas y psicológicas. "El tratamiento farmacológico se basa en el uso de estabilizadores del estado de ánimo y de las técnicas psicológicas la única que ha demostrado ser eficaz es la psicoeducación" (Colom y cols, 2003). La meta del tratamiento es evitar las crisis y minimizar o eliminar los síntomas.

2.1. Tratamiento farmacológico

Se consideran los siguientes aspectos:

1. El pilar del tratamiento son los estabilizadores del estado de ánimo.
2. Los antipsicóticos atípicos 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.
3. Los antidepresivos tampoco son estabilizadores del estado de ánimo y deben evitarse en pacientes bipolares porque aumentan la frecuencia del ciclado, favorecen la aparición de episodios mixtos y pueden producir viraje a manía. Cuando su uso es imprescindible deben usarse solo durante las crisis y asociados a un estabilizador del ánimo.⁷

2.1.1 Los estabilizantes del estado de ánimo

Los estabilizantes del estado de ánimo sirven para hacer que el estado de ánimo permanezca estable sin altibajos y así mismo prevenir o mitigar episodios de manía o depresivos. "Entre los medicamentos de este tipo que han demostrado su eficacia está el litio que viene usándose desde hace mucho tiempo" (Ghaemi, 2001).

⁷ María Fé Bravo. (2002). *Psicofarmacología para Psicólogos*. España: Editorial Síntesis, (cap. 1)

2.1.1.1 Los anticonvulsivantes o anticonvulsivos

Los anticonvulsivos o anticonvulsivantes son unos fármacos que originalmente se usaban con enfermos de epilepsia pero no se tardó en descubrir su eficacia en el tratamiento de los trastornos del humor.

Su uso, bien como primera elección, bien cuando ha fracasado el litio, ya sea solos o combinados con éste, se ha hecho cada vez más frecuente” (Bravo, María Fé, 2002.)

2.1.1.2. Los antipsicóticos

Dentro de los antipsicóticos cabe incluir dos tipos: los tradicionales y un grupo de antipsicóticos nuevos o antipsicóticos de nueva generación llamados antipsicóticos atípicos por tener características químicas diferentes de los antipsicóticos tradicionales.⁸

Dentro del grupo de los antipsicóticos tradicionales cabe incluir los siguientes fármacos:

- Clorpromazina
- Haloperidol
- Perfenazina
- Tiotixeno
- Trifluoperazina diclorhidrato

El conjunto de antipsicóticos atípicos está creciendo enormemente en los últimos tiempos y entre ellos cabe incluir los siguientes:

- Risperidona
- Olanzapina
- Quetiapina
- Aripiprazol
- Ziprasidona
- Clozapina

⁸ María Fé Bravo. (2002). *Psicofarmacología para Psicólogos*. España: Editorial Síntesis, (cap. 2.2.)

Todos los antipsicóticos atípicos están aprobados por la FDA estadounidense para el tratamiento de estados agudos de manía.⁹

2.1.2. Los antidepresivos

Los antidepresivos como su propio nombre indica son medicamentos que se usan para combatir la depresión o estados depresivos más o menos profundos. Existen tres tipos básicos de antidepresivo: los antidepresivos tricíclicos que son los más antiguos, los inhibidores de la reabsorción de la serotonina y los Inhibidores de la monoaminoxidasa.

2.1.2.1. Antidepresivos Tricíclicos

La lista de antidepresivos tricíclicos, que son los más antiguos, es relativamente larga, pero se nombrará algunos ejemplos solamente:

- Amitriptilina
- Clomipramina
- Doxepina
- Imipramina
- Maprotilina clorhidrato
- Nortriptilina

2.1.2.2. Antidepresivos inhibidores de la reabsorción selectiva de la serotonina

- Fluoxetina
- Monoclobemida
- Paroxetina
- Citalopram
- Bupropión hidrocloreuro
- Venlafaxina clorhidrato

⁹ Akiskal Hagop ... (et.al.). (2006). *Trastornos Bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Médica Panamericana. (Cap 4)

- Sertralina clorhidrato

2.1.2.3. Antidepresivos inhibidores de la MAO (Monoamino Oxidasa) o IMAOs

Se usan fundamentalmente para tratar los estados de ansiedad asociados a los diferentes estados del trastorno bipolar. Entre las benzodiazepinas cabe incluir las siguientes:

- Alprazolam
- Diazepam
- Clonazepam
- Lorazepam
- Bromazepam

En términos generales, los estabilizadores del estado de ánimo son más eficaces en el tratamiento y la prevención de episodios maníacos asociados al trastorno bipolar. Sin embargo, otras medicaciones también han demostrado eficacia para el tratamiento de la depresión bipolar¹⁰. Para una mejor respuesta terapéutica se pueden combinar estabilizadores del estado de ánimo con antipsicóticos cuando en cuadro maníaco presenta síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones e ideas delirantes) o bien se pueden combinar con algún antidepresivo cuando hay predominancia de ciclados a la depresión.¹¹

Se desaconseja su uso en embarazadas, sobre todo en el primer trimestre y durante la lactancia. Si es absolutamente necesario su uso en el resto del embarazo (de 4 meses en adelante) se puede utilizar dosis muy bajas, junto con ácido fólico, y se debe retirar gradualmente al menos una semana antes de la fecha calculada de parto.¹²

Como último recurso en caso de trastornos refractarios graves se puede utilizar Terapia Electro Convulsiva

¹⁰ Akiskal Hagop ... (et.al.). (2006). *Trastornos Bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Médica Panamericana, (Cap 4)

¹¹ María Fé Bravo. (2002). *Psicofarmacología para Psicólogos*. España: Editorial Síntesis, (cap. 2.1.)

¹² Vieta Eduardo. (2005) *Trastornos bipolares, avances clínicos y terapéuticos*. Madrid – España: Editorial Panamericana, (Cap. 3)

2.2. Tratamiento Psicológico

2.2.1. TERAPIA DE GRUPO

Se consideraba que los pacientes bipolares eran inadecuados para participar en grupos terapéuticos; se les definía como “una de las peores calamidades que pueden suceder a una terapia de grupo” (Yalom, 1995). Sin embargo, en los últimos 15 años se ha observado una tendencia creciente a formar grupos de pacientes bipolares como método para: incrementar el cumplimiento farmacológico, informar sobre la enfermedad, desestigmatizarla y de solucionar los problemas que conlleva la enfermedad; estos grupos tienen una base psicoeducativa.

En 1986, Foelker y Cols. Diseñaron el primer programa psicoterapéutico para pacientes bipolares, partiendo de abordajes terapéuticos tradicionales, y paralelamente integrando la psicoeducación. Resulta especialmente interesante la inclusión en la terapia de grupo de los efectos de la enfermedad en la adaptación social y de los aspectos interpersonales de su afrontamiento (Wulsin y cols, 1988).

2.2.2. TERAPIA INTERPERSONAL

Se trata de una terapia, que se centra en los problemas psicosociales e interpersonales, y que a la vez integra conceptos psicoanalíticos y cognitivo-conductuales; diseñada inicialmente para el tratamiento de la depresión.

Dicha terapia, hace hincapié en la reafirmación, la clarificación de los estados emocionales, la mejora de la comunicación interpersonal y la objetivación de las percepciones

Básicamente, las técnicas interpersonales están encaminadas a la evocación del afecto y al análisis de las relaciones sociales y de comunicación; por otro lado las técnicas conductuales, se utilizan para la regularización del estilo de vida y el establecimiento de los ritmos sociales.

2.2.3. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Los estudios sobre la utilización de la terapia cognitiva en pacientes bipolares, son escasos. La mayor parte de ellos apoyan el planteamiento de que existe un aumento del cumplimiento farmacológico, además, podría ser útil para el tratamiento de la disforia postepisódica, en la que el paciente siente culpabilidad por aquello que hizo en estado de manía y por lo que dejó de hacer en fase depresiva.

El trabajo de Basco y Rush (1996) conjuga elementos de la terapia conductual y de la psicoeducación para intentar incrementar el cumplimiento de la prescripción de litio así como para ayudar a los pacientes a reconocer los patrones disfuncionales de procesamiento de la información, con el fin de prevenir recaídas.

Post y cols. (1988), con una orientación más conductual, utilizan registros para mejorar la identificación de los factores recurrentes y relacionados con el estrés. Tomando en cuenta que los acontecimientos estresantes pueden precipitar los episodios, el autocontrol del estrés podría ser un instrumento profiláctico, sumado a la jerarquización de los mismos permite la aplicación de técnicas como la desensibilización sistemática.¹³

2.2.4. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES BIPOLARES

El trastorno bipolar no solo afecta al paciente sino también a las personas con las que convive, no solo sufren las consecuencias de la enfermedad sino que acaban adoptando la función de cuidadores. Son varios los estudios que han hallado que las tasas de carga experimentada por los familiares de pacientes bipolares, son elevadas (Chakrabarti y cols, 1992)

¹³ Desensibilización sistemática: método psicoterapéutico de las terapias cognitivo-conductuales, cuya característica principal es la aproximación sucesiva del sujeto a situaciones que le producen una exacerbación disfuncional de conductas emocionales, cognitivas o comportamentales y que lo lleva a consulta.

La intervención familiar de tipo psicoeducativa tiene como objetivo brindar a las familias una serie de conocimientos que les permitan mejorar su comprensión sobre la enfermedad.

CAPITULO III

Psicoeducación

La psicoeducación es un enfoque terapéutico que consiste básicamente en brindar al paciente información sobre el trastorno que padece y pautas de afrontamiento con el fin de favorecer una adaptación más funcional a la evolución de la enfermedad.

Algunos defensores de la psicoeducación sostienen que para ponerla en práctica es suficiente asistir a algunos cursos, con poca inversión temporal y económica. Además, es útil en diversos ámbitos, uno el económico, por su costo-efectividad¹⁴. No obstante, se critica que termina dejándose en manos de personal poco experto la labor psicoeducativa, con los efectos altamente desfavorables que ello trae para el proceso familiar y para el enfermo.

El modelo psicoeducativo presenta aspectos controversiales. Las familias se consideran sanas, pero se les atribuye el *no saber* de la enfermedad. Entonces se requiere de alguien que sepa, el experto, que genera la sensación de estigmatización y culpabilidad para la familia. Los pacientes, al ser vistos como sujetos diferentes de sus familias sanas, se resisten con frecuencia a los tratamientos.

Actualmente se considera que las sesiones educativas son un componente necesario, pero no suficiente para provocar modificaciones en el clima emocional de la familia o para prevenir recaídas. La familia consigue mayor conocimiento de la enfermedad, pero esto no frena las recaídas. Montero y Sanz Fuentenebro (2006) llegan a similares conclusiones. En el caso de pacientes bipolares, algunos estudios muestran que mejora la sintomatología depresiva, pero no la maniaca. Por lo tanto, variables más decisivas para el

¹⁴ El estudio de Lehtinen, hecho durante cinco años, con grupos psicoeducativos multifamiliares mostró que se reducía de 51% a 18% el pago por incapacidad a los enfermos luego de recibir el tratamiento; así mismo, si el número de recaídas se disminuye, los costos sociales, emocionales y financieros pueden verse también aminorados.

cambio se encuentran en el formato psicoeducativo del grupo y en la actividad de los profesionales que lo llevan a cabo, según Belloso (2006).

3.1. Historia

El concepto de la psicoeducación fue comentado por primera vez en la literatura médica, en un artículo de John E. Donley "Psychotherapy and re-education" en *The Journal of Abnormal Psychology*, publicado en 1911. No fue sino hasta 30 años después que el primer uso de la palabra psicoeducación apareció en el título de un libro de literatura médica "The psychoeducational clinic" por Brian E. Tomlinson. New York, NY, US: MacMillan Co. Este libro fue publicado en 1941. En francés, el primer ejemplo del término psychoéducation está en la tesis "La stabilité du comportement" publicado en 1962. La divulgación y el desarrollo del término psicoeducación en su forma actual se le atribuye ampliamente a la investigadora americana Carol M. Anderson en 1980 en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. Su investigación se concentró en educar a sus familiares con respecto a los síntomas y al proceso de la esquizofrenia, lo que se tradujo en disminuir las recaídas y los re-ingresos. También, su investigación se enfocó en la consolidación de la autoridad social y en el mejoramiento del manejo que los miembros de la familia le dan a la enfermedad. Finalmente, la investigación de C.M. Anderson incluía técnicas del manejo del estrés más efectivas.

La Psicoeducación según la terapia del comportamiento tiene sus orígenes en las habilidades sociales y emocionales del reaprendizaje del paciente. En los últimos años se han desarrollado cada vez más programas de grupo sistemáticos, con el fin de hacer que el conocimiento sea más entendible para los pacientes y sus familiares.¹⁵

¹⁵ Hogarty, GE, Anderson, CM, Reiss, D, et al. *Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment*. Recuperado el 6 de octubre del 2010, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Psicoeducaci%C3%B3n#Historia>

3.2. Concepto y metodología

La psicoeducación se basa esencialmente en el modelo biopsicosocial ¹⁶de los trastornos mentales; proporciona al paciente una base teórica y práctica para la comprensión y el afrontamiento de las consecuencias de la enfermedad y le permite colaborar de forma activa con el médico en algunos aspectos de su tratamiento. Su aplicación en enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, el asma o la hipertensión, ha demostrado ser eficaz para reducir la intensidad, la frecuencia y el impacto de cada nueva crisis, mejorando significativamente la calidad de vida del paciente (Burish y Broadley, 1973). Por otra parte, requiere un nivel menor de pericia psicológica que otros abordajes y, por lo tanto, es más barata y más sencilla de evaluar. Solamente requiere un conocimiento exhaustivo de la enfermedad, de su tratamiento, empatía y habilidades de comunicación. El objetivo primordial de cualquier tratamiento, sea psicológico o farmacológico, debe ser siempre la curación de una enfermedad o, por lo menos, la mejora de los síntomas. La psicoeducación descentra el modelo patológico y en su lugar se privilegia una relación fundamentada en la colaboración, la información y la confianza. Así, el lugar del terapeuta es el conferido por la relación con el enfermo, su familia y el equipo de salud. En este sentido se ha dicho que la psicoeducación es una experiencia de acción comunicativa.

La labor pedagógica dentro de la relación psicoeducativa llevará a que todos los implicados no sólo aprendan de la enfermedad, sino que logren establecer con ella una relación diferente, menos dolorosa, teñida de nuevos significados. De esta forma, la enfermedad misma se convierte, gracias a la labor psicoeducativa, en posibilidad de construir nuevas relaciones familiares y nuevas tramas relacionales de la familia con el equipo de salud.

¹⁶ Modelo biopsicosocial: es un modelo participativo de salud y enfermedad que considera al individuo un ser que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales.

3.3. Tipos de psicoeducación

3.3.1. Individual

El programa psicoeducacional incluye sesiones informativas muy detalladas, que provee al paciente datos concretos y específicos sobre la enfermedad y las técnicas propuestas para enfrentar los problemas que ella causa; posteriormente se fijan metas accesibles y realistas, las intervenciones continuadas se centran en mejorar la motivación y el funcionamiento. Se tratan también, de sesiones individuales con un terapeuta durante un lapso largo en las que se abordan los sentimientos del paciente, así como sus experiencias pasadas y presentes, con el objetivo de que el paciente se comprenda y se acepte a sí mismo, además de tener un crecimiento personal, es importante pero no la única manera de abordar dicho trastorno.

3.3.2. Familiar

Es un modelo que hasta cierto punto ha crecido fuera de la investigación, mostrando que los pacientes con esquizofrenia tuvieron más recaídas de la enfermedad si había conflictos y estrés en casa y dentro de la familia. Esta terapia hace hincapié en el apoyo familiar. "Es prioritario educar al paciente y a los miembros de su familia sobre los síntomas del trastorno bipolar y sus tratamientos, enfatizando que el trastorno bipolar es en verdad una enfermedad y que sus síntomas no están bajo control voluntario" (Bateson y cols, 1956). Se llevan a cabo sesiones familiares para identificar dificultades y conflictos dentro de la unidad familiar, ya sea causados por la enfermedad o bien por otros factores o situaciones preexistentes. Se presentan y se practican las técnicas de solución de conflictos y problemas y se desarrollan habilidades saludables de comunicación a través de ejercicios específicos.

3.3.3. Grupal

El terapeuta guiará al grupo hacia el camino del aprendizaje para ayudar a resolver problemas; ver cómo otros están manejándolos o fracasando en sus

estrategias para resolver sus problemas, es una excelente forma de convertirse en una persona capaz de resolver los propios problemas y los de otros.

El consejo práctico que se brinda sobre cómo vivir con el desorden, de cómo afecta sus relaciones y actitudes es muy valioso, por lo tanto la guía que reciben de los miembros del grupo se percibe como de gran ayuda.

3.4. Mecanismos de acción de la psicoeducación

La implementación de un tratamiento psicoeducativo implica, varias ventajas, además de aquellas que obviamente se desprenden de su eficacia profiláctica. La principal ventaja es la mejora de la calidad asistencial percibida por los pacientes, que frecuentemente repercute en una alianza terapéutica y un cumplimiento farmacológico mejor y en una mayor capacidad del paciente para reclamar ayuda en situaciones complejas como, la ideación autolítica o, en algunos casos, la susceptibilidad y autorreferencialidad propia del inicio de algunos episodios maníacos. Lejos de perjudicar la relación terapéutica entre el paciente y su psiquiatra, la incorporación de psicoeducadores, trasmite al paciente la idea de que hay un equipo de gente trabajando para conseguir su mejoría; esto minimiza sus temores de no estar recibiendo el mejor tratamiento disponible y evita que determinados problemas propios de la relación terapéutica, problemas como la irritabilidad o la desconfianza que muchas veces surgen de la propia patología, puedan ser un obstáculo para recibir el tratamiento adecuado.

La psicoeducación huye precisamente, del viejo paradigma de la intervención psiquiátrica o psicológica excesivamente personalista, basada sobre todo en la inspiración y el carisma del terapeuta.

Los pacientes incluidos en un grupo de psicoeducación, tienen la posibilidad de percibir, a partir de explicaciones propias del programa; que la psiquiatría ya ha descrito y comprendido previamente situaciones que quizás ellos viven con vergüenza, con aislamiento o con el convencimiento de que son únicas e intransferibles.

El objetivo de la estabilización de los síntomas y la rehabilitación posible del enfermo en su contexto familiar, social, laboral, etc. se logra mediante la

relación entre experto, sujeto enfermo y familia. Este nexo posibilita tejer una nueva historia del padecer. Ello justifica la psicoeducación.

3.5. Objetivos de la psicoeducación

La educación terapéutica del paciente tiene como objetivo reducir el número de recaídas del paciente y facilitarle un mejor manejo de la enfermedad, buscando hacer del paciente un experto en su enfermedad, es decir, es un proceso continuo, integrado y centrado en el o la paciente. Debe comprender actividades organizadas de sensibilización, información, aprendizaje y acompañamiento psicosocial en la enfermedad. Dicha educación debiera hacer del paciente una persona capaz de adquirir y mantener los recursos necesarios para gestionar la enfermedad de manera óptima, reduciendo la frecuencia e intensidad de las crisis y mejorando su calidad de vida. Para lograrlo se trabaja especialmente con temas como la aceptación de la enfermedad, la detección precoz de nuevos episodios, el manejo de síntomas y el cumplimiento farmacéutico. En resumen la psicoeducación pretende:

1. Promover su compromiso con el cuidado de la salud
2. Promover la búsqueda de comportamientos saludables
3. Promover su protagonismo en el proceso de salud

CAPITULO IV

4.1 Programa de psicoeducación

Según el modelo de Carol Anderson, Douglas Reiss y Gerard Hogarty:

4.1.1. Conciencia de la enfermedad

El fundamental objetivo de este bloque es darle al paciente contenidos básicos acerca de la enfermedad. El psicólogo y en general los profesionales de salud, no deben considerar como obvia o sabida por los pacientes toda la información relativa al conocimiento de las causas y síntomas de la enfermedad, ya que la mayor parte de ellos ignora el carácter biológico, crónico y recurrente del trastorno. Dentro de un programa de psicoeducación, este bloque será siempre el primero a realizar ya que se introducirán conceptos que luego serán imprescindibles durante el programa.

Se puede considerar dedicar un número importante de sesiones a esta cuestión; porque por un lado se cree que este es el punto que merece más trabajo y por otro porque de algún modo es una forma de volver a “centrar” al paciente en el aspecto fundamental de su tratamiento: su carácter biológico y la necesidad de fármacos.

Las sesiones del concepto de la enfermedad pueden presentarse más como sesiones “abiertas”, en ellas se invita más a los pacientes a dar su parecer respecto al tema que se está abordando.

Puede darse que algunos pacientes reaccionen con resistencia a algunas de las explicaciones que se dan en el grupo, en estos casos lo mejor es dejar que los miembros del grupo discutan entre ellos los contenidos de la sesión.

Gracias al estudio que se esta realizando, se logra reconocer que la escasa conciencia de la enfermedad es un importante síntoma de los trastornos afectivos y psicóticos, que influye en el comportamiento.

La conciencia de la enfermedad es una cuestión compleja, que puede ser dividida en tres componentes básicos: la conciencia de padecer una

enfermedad, la conciencia de presentar una serie de síntomas y la percepción de la necesidad de recibir un tratamiento. Existen algunas escalas adecuadas para la medición de conciencia de la enfermedad, como la Schedule for Assessment of Insight (David, 1990) o su versión ampliada (Kemp y David, 1997); sin embargo, el número de estudios que evalúan la conciencia de la enfermedad, específicamente en trastornos del estado de ánimo todavía es muy escaso.

Prácticamente ninguno de ellos ha abordado de forma simultánea los tres factores fundamentales de esta área: la relación entre la conciencia de la enfermedad y el tipo de episodio (maniático o depresivo), el papel de los síntomas psicóticos y el papel de la hospitalización. La mayor parte de estudios se centran en el tipo de episodio, por lo investigado se ha podido saber que existe un único estudio que abordó los tres factores anteriormente mencionados: Peralta y Cuesta (1998) encontraron que la escasa conciencia de la enfermedad es común en la depresión psicótica y en la manía. Los mismos autores encontraron una mayor alteración de la conciencia de la enfermedad en la manía que en la depresión.

4.1.2. Adhesión farmacológica

La mejora del cumplimiento terapéutico debe ser uno de los objetivos principales de cualquier intervención psicológica, ya que el problema de la mala adhesión es, la base de la mala evolución. El problema es grave si se considera que la totalidad de los pacientes bipolares piensa seriamente alguna vez en su vida, en abandonar el tratamiento.

El Abandono de la medicación, es la causa más común de recaída, y por lo tanto el riesgo de ingreso aumenta entre los pacientes que no cumplen debidamente con su tratamiento. La mortalidad, especialmente por el suicidio, es también mayor en los pacientes no tratados.

Por lo tanto este esfuerzo justifica que se dedique un mayor número de sesiones a este tema dentro del programa.

Al hablar de mal cumplimiento no se está refiriendo únicamente a la medicación, sino al hablar del mismo se refiere a la incapacidad del paciente

para seguir alguna o todas las instrucciones de su psiquiatra, lo que incluye la prescripción de fármacos y la facilitación de unas pautas conductuales o hábitos de salud.

La interrupción brusca del litio induce resistencia al fármaco en pacientes que inicialmente responden al mismo. (Amdisen, 1967).

4.1.2.1. Tipos de mal cumplimiento

1. Mal cumplimiento absoluto:

Se refiere a la negligencia completa del paciente en el seguimiento de las indicaciones dictadas por su médico; el paciente que no toma la medicación en absoluto raramente cumplirá debidamente con las visitas programadas con el psiquiatra, lo que dificulta el seguimiento y valoración del impacto real de estos casos.

Si únicamente aplicamos de forma restrictiva los criterios de mal cumplimiento absoluto a aquellos pacientes que rechazan el tratamiento pero acuden a las visitas con sus psiquiatras, obtendremos un porcentaje superior al 10% (Colom y cols, 2000) de pacientes bipolares que proceden de este modo, incluso cuando están estables.

2. Cumplimiento parcial selectivo:

Algunos pacientes rechazan de forma selectiva un determinado tipo de tratamiento pero no otro. Es el caso de los pacientes que no creen realmente en la cronicidad y en el carácter recurrente de su trastorno. Otros pacientes aceptan cualquier tipo de tratamiento para la fase aguda, incluyendo antipsicóticos, pero rechazan el tratamiento profiláctico. En el extremo están los pacientes que aceptan tomar carbonato de litio por considerarlo "natural", pero rechazan otros medicamentos.

Los pacientes parcialmente cumplidores constituyen una variable de confusión respecto a las tasas de no respondedores en cualquier estudio de eficacia de un fármaco.

3. Cumplimiento intermitente:

El cumplimiento discontinuo es la regla entre los pacientes que toman litio (Maj, 1999). Muchos pacientes no abandonan por completo el tratamiento pero tampoco lo toman como tal y como se les ha prescrito. Este tipo de pacientes se permiten a sí mismos períodos variables de “vacaciones del tratamiento”; con frecuencia aduciendo razones tan explícitas como “quería descansar de la medicación”.

4. Cumplimiento tardío:

Algunos pacientes muestran una resistencia inicial a admitir la necesidad de recibir tratamiento y deciden empezar a tomar el medicamento prescrito después de algunas recaídas.

5. Mal cumplimiento tardío:

Tras 2 o 3 años de buen cumplimiento, algunos pacientes empiezan a abandonar su tratamiento farmacológico sin razón aparente.

6. Abuso:

Contrariamente a lo que se suele considerar, el mal cumplimiento no se reduce a tomar menos medicación de la prescrita. Tomar más medicación es también una forma de mal cumplimiento bastante común entre los pacientes bipolares, sobre todo si padecen también una toxicodependencia o un trastorno de personalidad; algunos pacientes toman más medicación de la prescrita debido a la impaciencia por mejorar (Weiss y cols, 1998).

7. Mal cumplimiento conductual:

No se refiere únicamente a la adhesión farmacológica sino a los horarios de las mismas y cumplir correctamente con la titulación prevista; incluye también aspectos relativos a la actitud y comportamiento: acudir a las visitas concertadas, obedecer a las directrices del clínico en cuanto a la regularidad de hábitos del sueño y otras conductas, tales como no consumir alcohol u otros tóxicos.

4.1.2.2. El futuro

Actos tan sencillos como proporcionar al paciente información escrita, pueden ayudarle a comprender mejor su enfermedad y facilitar con ello su tratamiento. La futura aparición de nuevas medicaciones con un perfil de tolerancia mucho más aceptable, como antidepresivos, antiepilépticos y neurolépticos, será sin duda muy importante para mejorar el cumplimiento en los próximos años. Es responsabilidad de las compañías farmacéuticas entender la demanda del mercado, a los pacientes, y adaptar sus fármacos a un formato que facilite el cumplimiento.

4.1.3. Evitación del abuso de sustancias.

La mitad de los pacientes bipolares, concretamente un 46%, cumple con criterios DSM – IV de abuso o dependencia de alcohol. Según datos del Epidemiologic Catchment Area, el riesgo de que un paciente bipolar presente en una drogodependencia es más de seis veces mayor que el de la población general. Uno de cada tres pacientes bipolares presenta un problema de abuso de sustancias de forma comórbida.; por otro lado muchos de los pacientes no llegan a cumplir criterios para abuso o dependencia de sustancias aunque consumen con cierta asiduidad alcohol u otras sustancias: el mero consumo de alcohol, cannabis y otros tóxicos, aun sin llegar a cantidades de abuso, ya puede actuar como factor desencadenante de nuevos episodios.

El programa psicoeducativo, trata de prevenir el consumo de sustancias para controlar un potencial factor desencadenante; para conseguirlo no solo se dedicará la sesión a las sustancias tradicionalmente consideradas como tóxicas, tales como, alcohol, marihuana cocaína y otros estimulantes, alucinógenos, opiáceos; sino también acerca del mal uso o consumo del café; debido a que algunos pacientes tienden a beberlo en exceso y a veces a utilizarlo como estimulante para compensar su clínica subdepresiva.

4.1.3.1. Inferencia entre el consumo de sustancias y el trastorno bipolar

Es importante incidir en las cuatro formas clásicas de interferencia entre el consumo de sustancias y el trastorno bipolar:

1. Muchos pacientes inician el consumo de tóxicos como una forma de “automedicación”, buscando alivio de alguno de sus síntomas. Consumen cocaína para su apatía depresiva, y opiáceos, alcohol o marihuana para la ansiedad, etc.
2. El consumo de tóxicos es un potente desencadenante de nuevos episodios, es esencial advertir a los pacientes sobre este punto.
3. Los tóxicos pueden enmascarar los síntomas afectivos, de modo que se prestan a inducir confusión diagnóstica.

4.1.4. Detección precoz de nuevos episodios

El objetivo de este punto es dedicarse a la enseñanza a los pacientes a identificar una recaída, tanto del punto de vista conductual como la facilitación para elaborar un plan farmacológico de emergencia.

Se puede decir que el mejor estudio sobre la intervención psicológica individual en trastornos bipolares es el de Perry y cols. (1999); donde en siete o doce sesiones se aplica un abordaje claramente psicoeducativo.

El programa psicoeducativo que se planea elaborar pondrá mayor énfasis en la detección precoz de síntomas hipomaníacos, por razones como:

- La rapidez con que los pródromos (signos y síntomas que indican el inicio de un episodio) de hipomanía pueden tornarse en un episodio completo; por su lado en la depresión pueden pasar varias semanas entre la presentación de los primeros síntomas, en la manía y la hipomanía pueden pasar días o incluso horas.
- En la actualidad se disponen de fármacos rápidos y de acción inmediata, para detener el desarrollo de un episodio maníaco.
- La mayor parte de pacientes tiene dificultades para identificar un episodio hipomaníaco, mientras que el sufrimiento que distingue a la depresión

acostumbra a actuar como señal de alarma; sin embargo esta regla no se aplica en todos los casos de depresión bipolar, ya que en muchos casos se presentan depresiones sin tristeza, caracterizados por fatiga, apatía.

- Algunos pacientes tienden a dejar la medicación para vivir sus primeros síntomas hipomaniacos.

El taller psicoeducativo se elaborará por pasos:

Paso 1. Información: señales frecuentes de recaída.

- Tiene un objetivo docente, indicar cuales son las señales más comunes, tanto de la depresión como de la manía.
- Se pretende organizar grupos y que estos a su vez elaboren una lista basada en su experiencia, donde se indiquen los síntomas más comunes de las señales de alarma.
- Después de esta actividad los grupos se reúnen y comentan sobre las listas elaboradas, y se escogen los síntomas más comunes entre ellos hasta llegar a un consenso.
- El paso final será elaborar una lista definitiva. Como tarea se pide a los pacientes que individualmente se elabore una lista en su casa para comentarla la siguiente sesión.

Paso 2. Individualización: identificación de los pródromos propios o pródromos operativos.

- Este paso pretende individualizar la información recogida en el paso anterior
- Para que este paso cumpla su objetivo, es necesario incorporar previamente una figura referente que se encargará de facilitarle la identificación precoz de un episodio, esto se facilita ya que se trata de personas de confianza y que conviven diariamente con el paciente. Estas personas deben cumplir las siguientes características:
 - Tener conocimiento acerca del trastorno bipolar.
 - Tener contacto permanente con el paciente, este también puede adaptarse al contacto telefónico.
 - No mantener una relación conflictiva con el paciente. En determinadas familias no es aconsejable que esta figura sean

los padres del paciente, porque pueden manejar erróneamente los consejos y utilizar ciertos aspectos en las disputas.; este caso también puede presentarse en las parejas ya que acusan a los pacientes de irritables. Sin embargo generalmente el referente será el padre, el hermano o la pareja.

Dentro de la elección de pródromos, los válidos pueden ser:

- **Regular para todos los episodios:** es decir debe repetirse siempre en todos los episodios.
- **Fácilmente identificable:** no se pueden elegir aquellos que sean difíciles de identificar para el paciente. Por ejemplo: el aumento de la velocidad de los pensamientos, pese a que este sea regular en la mayoría de pacientes cuando inician un episodio hipomaníaco.
- **Escasamente discutible:** se excluirán pródromos que puedan ser causantes de discusiones entre el paciente y el referente. Por ejemplo: la irritabilidad.
- **Escalar en progresión hacia el síntoma:** no sirven señales que se presentan cuando el episodio ya está muy avanzado.

Paso 3: Especialización: pródromos de los pródromos o pródromos precoces.

- Este paso pretende que el paciente se especialice en su propio caso. Es decir identificar las señales que anteceden a estos pródromos.
- Este tipo de pródromos avanzados, consisten en un cambio conductual, este suele ser personal y raramente se repite en dos pacientes distintos.
- Los pródromos avanzados pueden ser de varios tipos:
 - **Anuncio de síntomas:** una aparición sutil de un cambio conductual que con el tiempo puede dar lugar a un síntoma. Existen pacientes que tienden a alterar mucho su indumentaria durante las fases maníacas. presentan conductas en las que ni siquiera cambian su forma de vestir pero si algunos adquieren detalles utilizar gafas de sol extravagantes.
 - **Cambios perceptuales:** no se refieren en lo absoluto a la aparición de alteraciones sensorio-perceptivas, sino cambios más discretos en la que se perciben, por ejemplo, los colores; se perciben como más brillantes al

inicio de la hipomanía. Este tipo de síntomas es bastante fiable en el caso de algunos pacientes. Se puede tomar como una señal de alarma.

- **Cambios conductuales no asociados a síntomas:** Pese a que son infrecuentes, o difíciles de detectar, tienen casi siempre un gran poder predictivo.

Una forma de trabajar que resulta muy útil es las listas que se pide al paciente que elabore.

4.1.4. ¿Cómo utilizar la lista de pródromos?¹⁷

Una vez que ha sido elaborada una lista de diez ítems; una para hipomanía y manía., otra para depresión y finalmente otra para episodios mixtos, se le indicará al paciente cual será la forma de utilizarla; se aconseja el uso de las listas a diario; se puede recomendar que el paciente utilice un diario personal. Este procedimiento debe seguirse siempre mediante los siguientes criterios:

- Si tras revisar la lista sólo se cumple una de las características o ninguna no debe modificarse ninguna conducta.
- Si se cumplen dos características durante tres días seguidos, conviene consultar con su referente.
- Si se cumplen más de tres características en un día, se debe poner en marcha el plan de emergencia.

4.1.5. Regularidad de hábitos.

Tanto la regularidad de hábitos como el manejo del estrés son aspectos de gran importancia en el curso del trastorno bipolar, de modo que deben formar parte del programa de tratamiento.

En el caso del programa que se quiere elaborar, la regularidad de hábitos y el manejo del estrés se presentan desde las primeras sesiones como factores esenciales para mantener la enfermedad compensada que, como el consumo de sustancias tóxicas, aparecen en casi todas las sesiones.

¹⁷ Pródromos: fase que señala que está a punto de comenzar un episodio

Por este motivo al elaborar el programa psicoeducativo, se planificará dedicar pocas sesiones de este tema dentro del taller planificado para el final del programa como un recordatorio de lo expuesto durante el proceso de tratamiento.

Gran parte de los pacientes bipolares tienden a organizar su tiempo de forma un tanto desordenada, sin tener demasiado en cuenta los aspectos de regularidad que les ayudaría a mantener compensada su enfermedad.

Mantener regular los horarios y estructurar mejor las actividades debe ser un punto clave que se busque en cualquier intervención psicológica, tanto individual como grupal.

Refiriéndonos a la terapia grupal, se puede tratar únicamente el transmitir la idea de la importancia de estos aspectos a modo de información.

Es importante que el paciente mantenga un equilibrio justo entre los horarios que son adecuados para mantener su eutimia y los horarios que favorecen su adaptación social y su calidad de vida.

CAPITULO V

5.1. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR

5.1.1. Primer taller: prerrequisitos para el programa

El principio básico de este modelo psicoeducativo es ayudar al paciente a ver las opciones que tiene y apoyarlo durante el proceso. El elemento fundamental es el entendimiento. Al iniciar la terapia cada participante tiene una perspectiva de su propia realidad. Tomando esto en cuenta el rol del terapeuta debe ser creativo y proveer oportunidades para que el paciente tome mejor conocimiento de su enfermedad y por lo tanto mayor apego y disciplinas en el tratamiento que le brinden otra visión de su enfermedad.¹⁸

Este modelo se manejará dentro de normas preestablecidas, de no ser respetadas puede significar exclusión del grupo.

- **Confidencialidad:** *No se debe comentar fuera del grupo ni la identidad del resto de los miembros ni lo que éstos cuenten durante las sesiones.*
- **Asistencia:** *Es obligatoria la asistencia a todas las sesiones. Cualquier paciente que deje de asistir a más de 3 sesiones será expulsado. De existir un motivo debe ser justificado.*
- **Puntualidad:** *Es fundamental. No respetar los horarios impide el desarrollo normal de las sesiones.*
- **Respeto:** *Todos los miembros deberán respetar las opiniones de sus compañeros aunque no las compartan. Bajo ninguna circunstancia se permite la falta de respeto al resto del grupo, bien sean comentarios, risas, etc*
- **Participación:** *Intervenir en la sesiones planteando preguntas y dando respuestas, compartiendo experiencias con el grupo y aconsejar a otros compañeros, no es obligatorio pero es muy recomendable para sacar un mejor provecho de la sesión.*

¹⁸ Nota: Todo el texto que se halla con letras cursivas, es la información que se le entrega al paciente.

- **Aprovechamiento:** *Tampoco es obligatorio realizar las tareas que se mandan, pero se considerará que es una forma óptima de aprovechar la participación en el programa.*
- *No hay ninguna prohibición relacionada con los encuentros de los pacientes fuera de las sesiones (sin embargo, se sugerirá evitar reuniones extras al programa).*

Después de haber explicado detenidamente las normas, cada paciente tendrá su turno para hacer alguna pregunta o comentario sobre el programa. Seguido procedemos a presentarnos, tanto el terapeuta como los pacientes.

Presentación inicial:

El terapeuta dará su nombre, su ocupación y disponibilidad; cada paciente puede dar su nombre y si quiere algún comentario sobre las expectativas del programa (al inicio)

5.1.2. Segundo taller: definiciones de conceptos

Se inicia la sesión, con una fase de distención, en donde el terapeuta puede preguntar a los pacientes, simplemente como les ha ido en la semana

La primera fase de la sesión será para explicar aspectos biológicos y epidemiológicos y de diagnóstico de la enfermedad:

Dibujando en la pizarra un cerebro se comenzará la explicación:

El trastorno bipolar es un síndrome producto de cambios químicos y genéticos cerebrales, involucrados en la regulación del estado de ánimo. La persona que sufre trastorno bipolar pierde el control sobre su estado de ánimo y éste tiende a describir cambios más o menos bruscos, que van desde una euforia a la depresión, sin que estos necesariamente se relacionen a un acontecimiento exterior. ¹⁹*El trastorno bipolar es una enfermedad crónica, episódica y recurrente, tratable con medicación*

¹⁹ Colom Fransec y Vieta Eduardo. (2007). *Convivir con el trastorno bipolar*, Madrid-España: Editorial Médica Panamericana, (cap 1)

En el dibujo que se realice se debe destacar el sistema límbico acompañado de la explicación de la causas de este trastorno:

La causa esencialmente es biológica y genética en su origen. El responsable de regular nuestras emociones es el sistema límbico, que es el encargado de que nuestro estado de ánimo sea regular, estable y acorde con las circunstancias. Es decir que cada día nos levantemos de un humor similar, congruente con lo que nos sucede en la vida. Las personas que la padecen sufren un mal funcionamiento del sistema límbico o cerebro emocional, con lo que el estado de ánimo sufre bruscas alteraciones sin que medie necesariamente un problema personal, laboral o familiar que lo justifique. Los neurotransmisores, como la dopamina, la serotonina y la acetilcolina juegan también un papel importante en cada fase: parece claro que existe un aumento de los niveles de la dopamina en las fases maníacas y una disminución de la serotonina durante la depresión. También hormonas, sobre todo la tiroxina, se hallan implicadas.²⁰

Puede ser que la mayoría de integrantes del grupo no tenga una idea precisa sobre la enfermedad que padece, la explicación deberá empezar desde cero:

El trastorno bipolar es una enfermedad que funciona por fases y episodios. Básicamente existen dos tipos de fases: las fases depresivas y las fases maníacas. También existen las denominadas fases mixtas, que son una mezcla de ambas, y las fases hipomaníacas, que son manías pero de menor intensidad. No podemos hablar de síntomas del trastorno bipolar sino de síntomas de cada fase.

Con respecto al diagnóstico: cuando el psiquiatra como profesional, entrevista a un "posible" bipolar, existe el riesgo de confundir su enfermedad con otras, sobre todo si únicamente nos fijamos en los síntomas presentes en el momento de la visita y no en la enfermedad como proceso "de largo recorrido". Por ejemplo, si se ve un paciente depresivo y no se pregunta si en algún momento en el pasado ha estado excesivamente acelerado, irritable, contento o gastando demasiado dinero, es posible que se diagnostique únicamente como "depresivos unipolares" y no como bipolar. Algo similar ocurre con las fases

²⁰ Colom Fransec y Vieta Eduardo. (2007). *Convivir con el trastorno bipolar*, Madrid-España: Editorial Médica Panamericana, (cap 1)

maníacas: si se presentan con predominio de síntomas psicóticos es posible que puedan dar lugar a la confusión diagnóstica con la esquizofrenia. En otros casos cuando las fluctuaciones del estado de ánimo no son muy intensas, pero si dan lugar a muchas alteraciones de conducta, se pueden confundir el trastorno bipolar con un trastorno de personalidad.

A veces sucede que el paciente solo acude al psiquiatra (y frecuentemente a distintos psiquiatras) cuando está deprimido e interpreta sus fases hipomaníacas como períodos de felicidad, lo que dificulta también un correcto diagnóstico.

El diagnóstico no es posible hasta fases avanzadas de la enfermedad: por ejemplo, un adolescente que presenta síntomas depresivos tras una ruptura sentimental, fácilmente pasará desapercibido como bipolar hasta que, si se da el caso, muestre una fase maníaca unos años mas tarde.²¹

²¹ Akiskal Hagop ... (et.al.). (2006). *Trastornos Bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Médica Panamericana, (Cap 6)

5.1.3. Tercer taller: Etiología

La sesión empieza con una conversación informal y repasando las dudas que puedan haber sugerido respecto al material y contenido de la sesión 2, no se extenderá excesivamente este punto.

Pasamos a la exposición del tema del día;

Al parecer el sistema límbico es el área encargada de actuar como de forma similar a la del termostato que tenemos en casa; manteniendo una temperatura regular. En caso que el termostato detecte una temperatura superior a la fijada activa la refrigeración y, en cambio, activa la calefacción si la temperatura es excesivamente baja. En el caso de una persona con trastorno bipolar este "termostato" no funciona correctamente, el estado de ánimo pasa a ser inestable.²²

Actualmente se sabe que la genética desempeña un papel fundamental, se podría asegurar que es la causa principal de esta enfermedad. En un principio esto puede resultar extraño porque la enfermedad posiblemente no se haya manifestado hasta la edad adulta.

Lo cierto es que para que determinadas enfermedades genéticas se manifiesten es necesario que ocurran ciertos factores ambientales, tan importantes o más que los genéticos, y por lo tanto son enfermedades que no se manifiestan al momento del nacimiento. Generalmente la enfermedad se desarrolla de forma apenas perceptible durante la adolescencia, etapa que ya de por sí provoca inestabilidad emocional, y llega a su máximo auge en la edad adulta momento en que se manifiesta como una fase depresiva o bien maníaca.²³

Cuando hablamos de genes debemos explicar de forma muy simple a qué nos referimos. Es posible que la reacción de algunos de los pacientes al saber que su enfermedad ha sido heredada sea culpar a sus padres, y que expresen ese

²² Roy Chengappa, (2008)., *Trastornos bipolares en niños y adolescentes: ¿Nos estamos acercando a la frontera definitiva?*, Bipolar disorders, An International Journal of Psychiatry and Neurociencias. España: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. Edición Española

²³ Glen O. Gabbard, M.D. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*, Buenos Aires-Argentina: Editorial Médica Panamericana, (cap 2)

sentimiento con frases del tipo “podían pensar dos veces antes de tenerme”, frases que se acostumbran decir de modo gracioso.

Muchas veces el primer episodio está precedido por una situación ambiental estresante. A partir de este momento, la enfermedad se va independizando de las circunstancias ambientales y psicológicas, de manera que los mecanismos biológicos reguladores del estado de ánimo parecen entrar en oscilaciones permanentes que hacen perder a la persona el punto de referencia de su estado de ánimo habitual²⁴

Pero también se oyen comentarios algo más serios de modo que culpabilizan abiertamente a sus padres. El terapeuta debe ser conciente de esta posibilidad, en caso de detectar una señal de rabia, se debe explicar que los padres no pueden decidir que enfermedades heredar sus hijos, de la misma forma que no pueden decidir si heredaran los ojos del padre, los ojos de la madre, etc

El terapeuta debe intentar que el paciente aprenda a responsabilizarse y deje de sentir culpa; conviene enfatizar especialmente lo que el paciente puede hacer por sí mismo.

5.1.4. Cuarto taller: tipos y fases del trastorno bipolar

Lo importante en este taller es que los pacientes toman un primer contacto con los conceptos de los síntomas del trastorno bipolar, desmintiendo los múltiples mitos populares que circulan acerca del mismo, enfatizando el carácter biológico del trastorno y tratando de vencer el estigma social, son muchos los pacientes que interpretan que han sufrido una depresión única y exclusivamente como consecuencia de sus problemas de pareja o problemas de trabajo. Conviene que facilitemos al paciente la posibilidad de plantearse la idea de que quizás no se deprimió porque perdió el trabajo o porque su mujer lo dejó, sino que perdió su trabajo y su pareja porque estaba deprimido. En caso de la manía será conveniente que connotemos abiertamente el carácter patológico tanto de la manía como la hipomanía. Los pacientes pueden considerar la hipomanía como “una buena racha”. En estos casos es

²⁴ Glen O. Gabbard, M.D. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires-Argentina: Editorial Médica Panamericana, (cap 2)

importante recordarles que durante la hipomanía suelen tomarse decisiones erróneas. La hipomanía casi siempre lleva a otro episodio inmediato que implica mayor sufrimiento como manías, fases mixtas o depresión. Al inicio de la sesión podemos empezar preguntando cuántos de los que están en la sala conocen acerca de las fases y los tipos de trastorno bipolar. Anotando en una pizarra todas las ideas de los pacientes. Se comienza con la explicación y luego se desmienten las ideas incorrectas.

5.1.4.1 Fases del trastorno bipolar

El trastorno bipolar es una enfermedad que funciona por episodios o fases. Básicamente existen dos tipos de fases: fases depresivas y fases maníacas. También existen las denominadas fases mixtas, que son una mezcla de ambas, y las fases hipomaníacas, que son fases maníacas de menor intensidad. No se puede hablar de síntomas del trastorno bipolar, sino síntomas de cada una de las fases.

Manía

Es una elevación patológica del estado de ánimo. Las personas que sufren una fase maníaca suelen presentar disminución de la necesidad de dormir, aumento de la energía, irritabilidad, hiperactividad, aumento de la sociabilidad, aumento del gasto económico, generalmente actividades innecesarias, euforia, jovialidad, locuacidad, aumento de la velocidad del pensamiento, aumento del impulso sexual, en ocasiones descuida su aspecto físico o se viste de forma extravagante o llamativa, incapacidad para permanecer quieto, suele imaginar nuevos proyectos, generalmente grandiosos y absurdos y, en el peor de los casos suele presentar síntomas psicóticos.²⁵

Depresión

La mayor parte de la gente cree que estar deprimido es estar muy triste, esto no es del todo cierto. La depresión no es sólo estar triste.

²⁵ Glen O. Gabbard, M.D. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires-Argentina: Editorial Médica Panamericana, (cap 2)
Colom Fransec y Vieta Eduardo. (2007). *Convivir con el trastorno bipolar*. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana, (cap 1)

Existen otros tipos de síntomas muy frecuentes, como cansancio., el aumento de las horas de sueño, aunque también pueden haber insomnio, la pérdida de la ilusión por las cosas, la ansiedad, el pesimismo y las ideas de muerte.

Según el DSM-IV, ninguno de estos síntomas resulta imprescindible para diagnosticar la depresión: basta con que estén presentes algunos de ellos. Por otra parte, no hace falta estar triste para estar deprimido: existen depresiones sin tristeza, caracterizadas sobre todo por fatiga, sensación de vacío, aumento de la somnolencia, etc.

La depresión es un síndrome y conviene no confundirla con otras cosas. Demasiado a menudo, la gente utiliza frases como “estoy un poco deprimido”, “estoy depre”, para referirse a estados transitorios de ánimo, a menudo muy relacionados con problemas familiares o laborales.

Mucha gente habla de depresión sin saber a qué se está refiriendo. Probablemente son la misma gente que cree que la mejor terapia son las palmaditas en la espalda, que uno mismo debe ser capaz de solucionar sus problemas, que el que se deprime es porque quiere o porque es débil.

Fases mixtas

Son un tipo de episodio que pueden presentar algunos pacientes bipolares, concretamente los bipolares tipo I, que se caracterizan por ser una mezcla de síntomas depresivos y maníacos. Los síntomas más frecuentes de esta fase son la irritabilidad, la dificultad para conciliar y mantener el sueño, la impaciencia e intolerancia con las personas que rodean al paciente, la ansiedad, los pensamientos negativos, pudiendo existir el pensamiento acelerado.²⁶

Esta sería una forma característica de estado mixto, pero cualquier otra combinación de síntomas depresivos y maníacos también se considera una

²⁶ Colom Fransec y Vieta Eduardo. (2007). *Convivir con el trastorno bipolar*. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana, (cap 1)

fase mixta. Aunque pueda resultar extraño, desde un punto de vista, las fases mixtas se asemejan más a las fases maníacas que a las fases depresivas.

5.1.4.2. Tipos de trastorno bipolar

Existen cuatro tipos de trastornos bipolares: la ciclotimia, el trastorno bipolar tipo I, el tipo II y el trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar. La ciclotimia se caracteriza por fluctuaciones leves del estado de ánimo, aunque suficientes para mermar la calidad de vida y la funcionalidad de quien la padece.²⁷ El afectado por ciclotimia no suele acudir a consulta del psiquiatra o psicólogo, al confundir estas alteraciones con su propio “Carácter” y suele ser juzgado por los que lo rodean como “caprichoso” o “especial”. El afectado por trastorno bipolar tipo I puede presentar cuatro tipos de episodios que ya hemos comentado: manía, hipomanía, depresión y fases mixtas, mientras que el tipo II presenta únicamente hipomanía y depresión. Evidentemente no se trata de categorías cerradas: en el momento en que un bipolar tipo II presenta un episodio Maníaco pasa a ser considerado como bipolar tipo I. El trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar se asemeja mucho al bipolar tipo I, con la diferencia de que el esquizoafectivo suele presentar síntomas psicóticos, incluso durante la eutimia (Fases sin manía ni depresión) mientras que en bipolar tipo I los síntomas psicóticos aparecen únicamente en una fase de manía o depresiva.²⁸

La clasificación de los trastorno bipolares en distintos subtipos es, en parte, algo que hacen los profesionales para establecer un consenso para entendernos entre nosotros y poder establecer un diagnóstico determinado de un grupo de pacientes que tienen en común varias características. Por tanto, no es algo que deba preocupar en exceso al paciente, ya que en un principio, no determina necesariamente el grado de gravedad de la enfermedad.

Durante el proceso del taller entre los participantes pueden haber preguntas como: cuál de los trastorno bipolares es más grave el tipo I o el tipo II? lo correcto sería contestar:

²⁷ Akiskal Hagop ...(et.al.), (2006). *Trastornos Bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Médica Panamericana, (Cap 2)

²⁸ Akiskal Hagop ...(et.al.). (2006). *Trastornos Bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Médica Panamericana, (Cap. 1)

Tradicionalmente se pensaba que el trastorno bipolar tipo II era una forma “menor” de la enfermedad, ya que los episodios de euforia no son tan graves y no requieren hospitalización. Pero hay que tener también en cuenta que los episodios depresivos pueden ser tan o más graves en el paciente de tipo bipolar II que en tipo I. por otra parte, aunque los episodios mixtos o maníacos son más graves en el caso del tipo bipolar I, la remisión suele ser mejor y, además, los pacientes bipolares tipo II suelen tener más episodios. Por lo tanto no podemos afirmar que un subtipo del trastorno sea más grave que el otro.

5.1.4.3. Curso del trastorno bipolar

El trastorno bipolar es comúnmente encuadrado como Trastorno Bipolar Tipo I, en donde el individuo experimenta experiencias extremas de manía, o Trastorno Bipolar Tipo II, en donde los altos de la hipomanía no llegan hasta el extremo de la manía. Este último es mucho más difícil de diagnosticar, ya que los episodios de hipomanía pueden simplemente parecer como períodos de una alta productividad del individuo y se han reportado mucho menores que la depresión ansiosa. Puede ocurrir la psicosis, particularmente en los períodos de manía. También nos encontramos con subtipos de «ciclos acelerados»²⁹. Debido a que en los problemas relacionados con los cambios de humor hay tantas variaciones en cuanto a su severidad y a su naturaleza, el concepto de espectro bipolar es usualmente utilizado, incluyendo en él la ciclotimia. Muchas personas con trastorno bipolar experimentan una severa ansiedad y son muy irascibles cuando se encuentran en un período maniaco (hasta el punto de la furia), mientras que otros se vuelven eufóricos.

5.1.5. Quinto taller: comorbilidad

Prácticamente la mayoría de los pacientes cumple criterios DSM-V de abuso o dependencia del alcohol. El riesgo de que un paciente bipolar presente drogodependencia es seis veces mayor que el de la población en general.

²⁹ MedlinePlus (enero de 2009). «Trastorno bipolar» (en español). *Enciclopedia médica en español*. Consultado el 23 de abril de 2010. www.medlineplus.com

Muchos de los pacientes inician el consumo de tóxicos como una forma de “automedicación”, es decir, buscando alivio de alguno de sus síntomas. Consumen cocaína para la apatía depresiva y marihuana o alcohol para la ansiedad. El consumo de tóxicos empeora el curso de la enfermedad. El consumo de tóxicos es un potente desencadenante de nuevos episodios, es esencial advertir a los pacientes sobre este punto. Durante la sesión se puede optar por preguntar a los pacientes que tipo de sustancias tóxicas han probado e ir anotándolas en la pizarra. Seguido preguntar a los pacientes cuales creen que son potencialmente peligrosas para una persona que sufre trastorno bipolar.

Se entiende “drogas” a todas las sustancias legales como el alcohol, tabaco, café; o ilegales como: la marihuana, cocaína o alucinógenos; que tienen la capacidad de modificar el estado de conciencia, la conducta, las emociones y los pensamientos. El abuso de sustancias tóxicas empeora, evidentemente, el curso de la enfermedad y su pronóstico. El paciente experimenta más episodios e ingresos de los que habría sin consumirlos. El paciente busca alivio para alguno de sus síntomas, antes de que sea diagnosticado. Es frecuente que el abuso del alcohol haya empezado siendo un uso a modo de ansiolítico, o que los pacientes que tiene dependencia de la cocaína hayan empezado su relación con este toxico con la esperanza de que el consumo actuara como activador en la fase de apatía o depresión. Esta conducta encaja perfectamente con el refrán “pan para hoy y hambre para mañana”, aparte de que generan dependencia, problemas físicos o acaba por agravar la propia sintomatología psiquiátrica: enfermedad neurodegenerativa y las drogas empeoran o aceleran este proceso.³⁰

- **el alcohol** provoca depresión a medio plazo, aumenta la ansiedad, desestructura el sueño, disminuye el control de los impulsos, provoca deterioro cognitivo (disminución importante de la memoria), aumenta la agresividad y puede ocasionar la aparición de síntomas psicóticos y manía.
- **La marihuana** crea un síndrome amotivacional caracterizado por una gran apatía, deprime, y puede desencadenar una manía, aumenta la ansiedad y puede provocar síntomas psicóticos en forma de delirios.

³⁰ Colom Fransec y Vieta Eduardo, (2007). *Convivir con el trastorno bipolar*. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana, (cap 1)

- **La cocaína** puede desencadenar un episodio de cualquier tipo, ciclación rápida³¹, ansiedad, agresividad, síntomas psicóticos, delirio y muchos otros síntomas que generalmente terminan en una hospitalización.
- **Los alucinógenos** conllevan también un gran riesgo, incluso si se consumen una sola vez y ser hacer necesario un ingreso. También puede existir repetición de los síntomas semanas o meses después del consumo de la sustancia.

*El peligro del **café** radica en su capacidad para alterar la estructura del sueño. Disfrutar de una cantidad y calidad de sueño es una condición imprescindible para mantener el trastorno bipolar compensado. Muchas personas afirman que pese a tomarse un café después de merendar duerme 8 horas, talvez duerman las 8 horas, pero sin duda su sueño será de peor calidad. Lo recomendable es no tomar ningún café durante las 8 horas previas a acostarse, porque la duración del efecto del café son justamente 8 horas. No es absolutamente nocivo tomar un par de tazas de café al día uno por la mañana y otro después de comer, eso depende de cada persona.*

*Respecto al consumo del **tabaco** los pacientes bipolares es cierto que fuman más que el resto de la población por dos motivos: tratar de evitar alguno de los efectos secundarios de los antimaníacos y para tratar de controlar ansiedad.*

El tabaco no implica graves riesgos, pero es nocivo para la salud física. El único problema que provoca en los pacientes bipolares es al momento de dejar de fumar:

Se pueden seguir estos conceptos:

- *Nunca se debe dejar de fumar durante una descompensación.*
- *Es recomendable intentar dejar de fumar en los períodos de mayor estabilidad*
- *No se debe dejar de fumar cortando de forma brusca.*
- *Es recomendable buscar ayuda de terapias psicológicas*

³¹ Ciclación Rápida: es la presencia de más de cuatro episodios en el período de un año.

Otro aspecto que se debe destacar es el mal uso que los pacientes hacen de los fármacos, que pasan a ser tratados como drogas.

El único psicofármaco que puede crear dependencia si no se trata adecuadamente son los ansiolíticos benzodiazepínicos. Por esta razón en la actualidad el médico evita prescribir este tipo de fármacos.³²

5.1.6. Sexto taller: aspectos psicológicos, temperamentos afectivos en el trastorno bipolar

El objetivo de esta sesión es permitir que el paciente reconozca su temperamento, esto hará más fácil el trabajo del psicólogo y el del psiquiatra, fundamentalmente para la elección de terapia que se aplique.

5.1.6.1. El temperamento depresivo o distímico

Está especialmente caracterizado por la baja energía y por el “espíritu” y las cogniciones negativas. Suelen ser tristes, rumiadores, indolentes, malhumorados, introvertidos, secos y pasivos. Pero a la vez son autocríticos, escépticos e hipercríticos y con mucha frecuencia, pese a su pasividad relativa, suelen ser sacrificados y devotos. Este tipo de personas hacen el trabajo “aburrido” pero necesario para la sociedad, que requiere esfuerzos.

³² María Fé Bravo. (2002). *Psicofarmacología para Psicólogos*. España: Editorial Síntesis. (cap. 2)

5.1.6.2. El temperamento hipertímico

Se define por rasgos mayormente atractivos, seguros, infatigables, versátiles, cálidos, extrovertidos, comunicativos hasta la impertinencia, buscadores de estímulos con una gran facilidad para el éxito y el peligro

El dístimico y el hipertímico representan temperamentos de alguna forma opuestos, esto genera el temperamento ciclotímico, que alterna polos hipertímicos y dístimicos, y el irritable, que es una mezcla de ambos.

5.1.6.3. El temperamento ciclotímico

Presenta manifestaciones conductuales y subjetivas. Se caracteriza por la alternancia de hipersomnia con disminución de la necesidad de dormir, la introversión con la sociabilidad desinhibida, el estar taciturno con ser conversador, la tristeza inexplicable con la jocosidad animada, la letargia con la euforia, la agudeza mental con la lentitud de la ingeniosidad, una autoestima vacilante, el pesimismo con el optimismo despreocupado.

5.1.6.4. El temperamento irritable

Se presenta con una tristeza dominada por períodos de irritabilidad, una emocionalidad intensa de forma que actividades normalmente placenteras pueden tornarse insoportables, son naturalmente insatisfechos, quejosos, con una disposición amarga, malhumor, entrometidos e inoportunos.³³

Durante el taller existirán confusiones dentro del grupo. Lo importante es señalar que por tener ciertas características de determinado temperamento, no significa que tiene una patología más grave, se debe señalar que simplemente son parámetros que se utilizan durante el tratamiento.

³³ Akiskal Hagop ... (et.al.). (2006). *Trastornos Bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Médica Panamericana, (Cap 2)

5.1.7. Séptimo taller: estrés, factores desencadenantes, como elementos de riesgo para una recaída

El objetivo de esta sesión es incidir en un punto en el que ya se ha mencionado indirectamente en el programa, pero que por su importancia requiere de una sesión para tratarlo

La inclusión de este tema en el programa psicoeducativo, es acentuar en la importancia del estrés como desencadenante de recaídas.

Para el desarrollo de la sesión se puede plantear al grupo la explosión de ejemplos en los que haya habido un desencadenante psicosocial claro.

5.1.7.1. El estrés

Es una respuesta automática del organismo ante cualquier cambio ambiental externo o interno, respuesta mediante la cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencia de una nueva situación.

El estrés tiene consecuencias graves para cualquier persona, pero sobre todo si padece un trastorno bipolar. Es recomendable intentar detener o aliviar el estrés antes de que provoque una recaída.

Consejos:

Es importante determinar un análisis del funcionamiento global construirse una lista de situaciones, personas u otras que puedan influir en el aumento de estrés y de los conflictos. Se trataría de elaborar una escala personal de elementos que perjudican para en un segundo momento introducir cambios fundamentales. Esto puede significar cambiar de profesión o de departamento, declararse en bancarrota en vez de luchar contra presupuestos que se desbordan, reconsiderar una relación o no volver a la universidad. El estrés y la tensión que conlleva cualquier actividad deben ser factores tomados en cuenta y muy seriamente a la hora de decidirse.³⁴

³⁴ Consejos contra el estrés: cómo evitar el estrés (2009)_Recuperado el 5 de enero del 2010 <http://www.naturpsico.net/consejos-contra-el-estres-como-evitar-el-estres/>

Es fundamental alejarse lo más posible del estrés y para ello se trata de realizar actividades agradables y de manera relajada. También es fundamental el pensamiento: relativizar los problemas: pocos problemas tienen la dimensión que aparentan.

5.1.7.2. La regularidad de hábitos

La regularidad en el sueño es un factor decisivo para la estabilidad del paciente, ya que el sueño tiene una doble función en el paciente bipolar:

- *observar cómo se duerme puede dar pistas sobre el estado del curso de la enfermedad, si se duerme poco, probablemente se estaría empezando a sufrir un episodio hipomaniaco, mientras que si se tiende a dormir demasiado se puede tratar de un episodio depresivo.*
- *Se puede utilizar esta información si se percibe que se está empezando a deprimir, puede ser útil reducir el número de horas que se duerme para mejorar el estado de ánimo.*

Un adulto debe dormir entre 7 y 9 horas para restaurar su desgaste físico y mental, sobre todo para sentirse bien al día siguiente. De modo que no es correcto dormir 5 horas y realizar después una siesta de 2 horas hasta sumar 7 horas. Aparte de generar cansancio el dormir mal o dormir poco produce irritabilidad y problemas de memoria.³⁵

Pasar una noche en vela porque se trabaja, se estudia o se ha salido a bailar está absolutamente desaconsejado para una persona que sufre trastorno bipolar. Incluso dormir poco durante dos días seguidos es suficiente para iniciar un episodio hipomaniaco.³⁶

Respecto a la siesta, el tiempo máximo aconsejable es de unos 30 minutos, y solo si esto no afecta el sueño de la noche. Son de mucha utilidad los siguientes consejos:

³⁵ Akiskal Hagop ... (et.al.). (2006). *Trastornos Bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Médica Panamericana. (Cap 4)

³⁶ Colom Fransec y Vieta Eduardo. (2007). *Convivir con el trastorno bipolar*. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana. (cap 1)

- *Utilizar la cama sólo para dormir. No es recomendable utilizar la cama para estudiar, ver la televisión o comer, aunque es aceptable leer.*
- *Tener la habitación bien ventilada durante el día*
- *Procurar no hacer cenas pesadas.*
- *Evitar el chocolate y el café, ya que son estimulantes.*
- *Si se fuma, el último cigarrillo debería fumarse como muy tarde una media hora antes de dormir, ya que el tabaco es estimulante.*
- *Si se trabaja hasta tarde, hay que dejar pasar una hora haciendo alguna actividad relajante, como oír música o leer antes de acostarse.*
- *Procurar no discutir antes de acostarse.*

Es importante que las personas que tengan trastorno bipolar posean un trabajo que les permita mantener una estricta regularidad de hábitos; no son aconsejables, trabajos que impliquen constantes cambios de turno o que no mantengan horario.

Respecto a la alimentación:

- *Los pacientes que están tomando litio no deberían iniciar de forma brusca una dieta con poca sal o sin sal.*
- *Los pacientes que están tomando ciertos antidepresivos deben respetar la dieta adecuada para estos medicamentos*
- *En ningún caso conviene seguir una dieta restrictiva: pasar hambre es muy estresante y puede llegar incluso a desencadenar una fase.*
- *En algunos pacientes bipolares se da con frecuencia comer de forma compulsiva una gran cantidad de alimentos con el fin de calmar su ansiedad. Si aparece esta conducta se debe acudir a su médico.*
- *Evitar carbohidratos³⁷.*

Practicar ejercicio físico es muy recomendable, pero se debe tener en cuenta que el deporte es muy estimulante, por lo que será recomendable practicar deporte durante un período de estabilidad o durante una depresión, aunque

³⁷ Roy Chengappa, (2008). *¿Cuáles son los factores clínicos que predicen la respuesta al litio en profilaxis.* Bipolar disorders, An International Journal of Psychiatry and Neurociencias. España: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. Edición Española

probablemente no apetezca. Por otro lado esta desaconsejado practicar deportes durante una fase maníaca, ya que en estos casos el deporte actúa como antidepresivo natural y puede desatar una hipomanía o una manía

5.1.8. Octavo taller: tratamientos

El objetivo de esta sesión es dar una visión general de los principales tratamientos que existen para el trastorno bipolar, este taller nos servirá posteriormente para dar una mejor explicación al profundizar en el tema farmacológico y psicoterapéutico.

Cualquier tratamiento farmacológico sigue rigurosos estudios antes de ser prescrito por su médico. Estos estudios incluyen investigación en laboratorio, con animales y con personas, tanto sanas como enfermas, que se prestan como voluntarias a los mismos y tiene por finalidad comprobar seguridad, tolerancia y efectividad del fármaco. Un fármaco es seguro cuando se comprueba que no puede dañar a la persona que lo toma. Aunque algunos fármacos tienen efectos secundarios muy importantes, también se valora “si vale la pena” retomar ese fármaco dejando de lado las molestias y dándole prioridad a los beneficios.

Con respecto al tratamiento psicológico se debe utilizar siempre que el psicólogo que lo trata esté lo suficientemente formado en el tratamiento de esta enfermedad, es decir un especialista en bipolares. La psicoterapia, siempre que sea impartida por un especialista, pretende enseñar al paciente bipolar a convivir mejor con su enfermedad, aceptarse mejor, regular correctamente los horarios, detectar los síntomas de cada fase antes de que sea demasiado tarde y tratar diferentes episodios. Hasta la fecha hay estudios que señalan la eficacia de la terapia cognitiva y la psicoeducación en el abordaje de los trastornos bipolares. Por otra parte se debe subrayar que la psicoterapia debe ser siempre una aliada con la medicación.

5.1.9. Noveno taller: tratamientos biológicos: fármacos y el TEC

Para el inicio de la sesión el terapeuta deberá tener en cuenta los siguientes factores:

La adherencia a la medicación es probablemente la más directa e influyente de los factores psicosociales que afectan la evolución del trastorno bipolar. Las consecuencias de la falta de adherencia a las indicaciones farmacológicas son serias. La discontinuidad del tratamiento con litio se ha vinculado también a un incremento de sufrir riesgos de recaídas; así mismo se encuentra relacionada con el riesgo de hospitalización.³⁸ Se han revelado diferentes factores que pueden explicar o predecir la falta de cumplimiento con los tratamientos farmacológicos. Entre estos se ha descrito algunas características sociodemográficas como: ser más joven, ser soltero, ser hombre o tener niveles de educación bajos. Otras características parecen tener un papel más claro, como la presencia de comorbilidad con trastornos de la personalidad y el abuso de sustancias. Los estados y los síntomas propios del trastorno también se ha vinculado a este problema, en particular estados de grandiosidad y síntomas psicóticos. Por último, entre los factores más importantes se han mencionado las creencias y las actitudes relacionadas con la propia medicación y la enfermedad. Entre estos efectos podemos enumerar la negación de la gravedad o de la cronicidad de la enfermedad, el miedo a los efectos adversos de la medicación y otras ideas negativas sobre la medicación, como el miedo a la dependencia o a la adicción, el rechazo a estar “controlado” por una medicación, etc. El beneficio que se pretende dejar con esta sesión es una respuesta a las intervenciones psicológicas para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y que este resulte conscientemente positivo para el paciente.

La pregunta básica que se harán los pacientes será:

¿Tendré que medicarme toda la vida?

³⁸ Roy Chengappa, (2008). *¿Cuáles son los factores clínicos que predicen la respuesta al litio en profilaxis*. Bipolar disorders, An International Journal of Psychiatry and Neurociencias. España: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. Edición Española

El trastorno bipolar es una enfermedad cíclica y recurrente. Aunque un paciente lleve más de diez años asintomático, nadie le puede garantizar que no va a recaer. Por este motivo, el tratamiento es parte fundamental para evitar recaídas. Evidentemente, la duración del tratamiento no sólo depende del diagnóstico, sino también de la frecuencia y la gravedad de las recaídas previas, de la respuesta del tratamiento y, sobre todo, de su tolerabilidad. También debe atenderse circunstancias individuales. Muchas veces el tratamiento a largo plazo puede simplificarse sustancialmente y resultar relativamente cómodo. No es recomendable fijarse como meta no tomar medicación; el principal objetivo debe ser la salud, independientemente de si para ello es necesario medicarse. No se puede establecer un tiempo determinado para medicarse, lo importante es razonar en que en el presente se requiere de esta ayuda para lograr un reestablecimiento anímico.

5.1.9.1. Estabilizadores del humor

Son fármacos encargados de mantener la estabilidad del estado de ánimo. Los pacientes bipolares necesitan tomar este tipo de fármacos durante toda la vida, su finalidad es reducir la gravedad y duración de una hipotética recaída; a estos medicamentos se los conoce como eutimizantes. Entre los eutimizantes encontramos el litio, que tiene un alto poder preventivo y también ayuda a reducir la inestabilidad anímica. Cabe destacar, su utilidad en la prevención del suicidio. Sin embargo dejar de tomar este medicamento de manera brusca puede precipitar una recaída, por lo que la supresión debe hacerse de forma gradual. Abandonar el tratamiento de forma repentina puede ser la causa de una futura resistencia al fármaco. Los efectos secundarios más frecuentes del litio son el temblor, las diarreas, el aumento de la necesidad de orinar, de ingerir líquidos y de la retención de líquidos. Más infrecuentes son el acné y molestias gastrointestinales.³⁹ El resto de medicamentos son fármacos utilizados como anticonvulsivos, es decir fármacos para el tratamiento de la epilepsia; esto no quiere decir que el trastorno bipolar sea una enfermedad "cercana" a la epilepsia.

³⁹ María Fé Bravo. (2002). *Psicofarmacología para Psicólogos*. España: Editorial Síntesis. (cap. 2.4.)

El valproato es un medicamento eficaz y tiene un gran poder antimaníaco. Puede resultar eficaz en pacientes de ciclación rápida y las fases mixtas. Entre los efectos secundarios se encuentran el aumento de peso y raramente el cambio de la textura o la caída del cabello.

La carbamazepina es eficaz en la prevención de recaídas en el trastorno bipolar, incluso en casos de ciclación rápida. Es un buen fármaco para tratar la impulsividad. La carbamazepina no se asocia a efectos secundarios importantes, aunque puede provocar problemas de la visión, fatiga y dificultad al orinar. En casos excepcionales un descenso de los niveles de sodio en sangre. Si esta complicación aparece, el psiquiatra debe retirar el fármaco. Se trata de un medicamento eficaz pero con muchas interacciones con otros medicamentos, una importante se da con los anticonceptivos orales; ya que la carbamazepina resta eficacia a estos fármacos por lo tanto la protección contra el embarazo ya no es completa.

La lamotrigina es el fármaco más eficaz en la prevención de episodios depresivos, pero menos eficaz en episodios maníacos. El efecto secundario más común es la aparición de una reacción alérgica en la piel (manchas rojas que pican, conocidas como extratema o rash cutáneo).

Otro fármaco utilizado como eutimizante es:

La levotiroxina, eficaz para tratar la ciclación rápida y en aquellos casos en que se da hipotiroidismo.⁴⁰

El objetivo de tratar acerca del tema de la medicación antimaníaca es dar al grupo información actualizada sobre el tratamiento farmacológico de las fases maníacas con el fin de mejorar el cumplimiento de los pacientes, que es habitualmente escaso.

El hecho de que la mayor parte de los antimaníacos sean antipsicóticos, que generalmente son utilizados en pacientes esquizofrénicos, suele inducir al paciente a preguntarse hasta qué punto las dos enfermedades son o no son

⁴⁰ María Fé Bravo. (2002). *Psicofarmacología para Psicólogos*. España: Editorial Síntesis. (cap. 2)

“iguales”. El terapeuta debe recordar reiteradas veces que porque las dos enfermedades compartan síntomas y tratamientos farmacológicos, no quiere decir que sean la misma enfermedad.

El tratamiento de una fase maníaca o hipomaníaca dependerá de la intensidad de los síntomas. Una identificación precoz de estas descompensaciones es esencial para que su intensidad no sea demasiado importante, para evitar un ingreso y no tener que recurrir a un tratamiento más fuerte. Los episodios maníacos solo pueden ser tratados con éxito mediante psicofármacos, mientras que la intervención psicológica estaría más indicada para la prevención y la facilitación de la identificación precoz.⁴¹

Neurólépticos o antipsicóticos clásicos han sido durante décadas imprescindibles en el éxito del tratamiento de cualquier cuadro maníaco, sin embargo han sido superados por su nueva versión, los antipsicóticos atípicos. Aún hoy son los fármacos más directos y más rápidos para el tratamiento de los síntomas psicóticos: delirios y alucinaciones, ayudan a disminuir el pensamiento grandioso, normalizan el curso del pensamiento, es decir frenan el pensamiento acelerado.

Nuevos antimaníacos estos son fármacos comercializados con el fin de igualar o superar las propiedades terapéuticas de los antipsicóticos clásicos y mejorar su perfil de efectos secundarios. Entre estos se destacan:

Olanzapina es un fármaco altamente eficaz en el tratamiento de la manía, incluso en el tratamiento de algunas fases depresivas. Provoca escasos efectos secundarios. El único “pero” es que suele inducir aumento de peso.

Risperidona es un fármaco muy utilizado, con el fin de ser un tratamiento de mantenimiento, con dosis bajas, en la prevención de la ciclación rápida. Sus efectos secundarios son el aumento de la prolactina y disfunciones sexuales: problemas de erección o anorgasmia.

Quetiapina es el menos rápido de los antimaníacos atípicos en cuanto a su acción, pero también es el que produce menos efectos secundarios: menor aumento de peso y prácticamente ninguna disfunción sexual.

⁴¹ Nora Rosero, Ricardo Sánchez y Elena Martín (marzo, 2000). *Síndrome maníaco: determinación de la estructura factorial*. Colombia: Revista colombiana de psiquiatría, Publicación de la Asociación Colombiana de Psiquiatría

Benzodiazepinas *El más utilizado en el tratamiento de las fases maníacas e hipomaníacas es el clonazepam eficaces en cuadros de mucha ansiedad, agitación, irritabilidad o insomnio.*⁴²

En esta parte es importante que el terapeuta enfatice los inconvenientes de la automedicación con los antidepresivos, ya que muchos pacientes hacen mal uso de los mismos. Por lo tanto se debe destacar los riesgos médicos, de viraje, de interacción y de aceleración del curso de la enfermedad. Es fundamental que el paciente capte el mensaje de que el tratamiento farmacológico se personaliza en función de las necesidades, antecedentes y características de cada persona.

Para el tratamiento de las fases depresivas se cuenta con varias alternativas como:

5.1.9.2. Antidepresivos:

Son bastante eficaces; las dosis y los efectos son similares a los del propio uso en la depresión unipolar, con la excepción de que el uso de los mismos en pacientes bipolares puede inducir a un episodio maníaco, mixto o incluso de ciclación rápida. Se debe administrar en combinación con un estabilizador del humor. Entre los más utilizados se encuentra:

- **antidepresivos tricíclicos:** *fueron los primeros psicofármacos en descubrir, son más rápidos y eficaces, pero también producen más efectos secundarios y un riesgo mayor de cambiar de fase. Tienden a producir sedación, a veces se observa aumento de peso durante el tratamiento.*
- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.** *Son tan eficaces como los tricíclicos, pero provocan menos efectos secundarios y tienen un menor potencial de inducción a la manía o una hipomanía. Los efectos secundarios se reducen a ligeras molestias digestivas al inicio del tratamiento y ocasionalmente disfunción sexual. Entre los más utilizados están: la fluoxetina, la paroxetina, la sertralina y el citalopram.*

⁴² María Fé Bravo. (2002). *Psicofarmacología para Psicólogos*. España: Editorial Síntesis. (cap. 2)

- **Inhibidores de la monoaminoxidasa**, se utilizan poco, debido a que interaccionan con muchos fármacos de uso habitual, por ejemplo los utilizados para el resfriado. Obligan al paciente a seguir una dieta especial. El paciente que los toma no debe ingerir: embutidos, quesos fermentados, vino y cerveza, encurtidos, alimentos en vinagre, la mayor parte de las conservas, aguacates, higos, plátanos, pescados secos, carne o pescado ahumado.
- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina**, son fármacos antidepresivos de más reciente aparición. Su efecto puede ser potente con menos efectos secundarios que los otros. Sin embargo su potencial para inducir a manía es mayor que los otros. En la actualidad se encuentran la venlafaxina y la mirtazapina.

5.1.9.3. La terapia electroconvulsiva.

Antiguamente denominada electrochoque, ha dejado de ser un recurso indiscriminado y éticamente cuestionable para convertirse, como han demostrado ciertos estudios, en una técnica segura y eficaz que, tal como se práctica hoy, con anestesia y corriente pulsátil, permite tratar casos graves que no responden al tratamiento convencional de forma eficaz. Prueba de su seguridad es que es el tratamiento de elección en pacientes bipolares embarazadas, por delante de los fármacos, por su gran seguridad, tanto para el paciente como para el feto. El TEC actúa como un antiepiléptico, forzando una convulsión y provocando un período refractario en el que se producen cambios en ciertos neurotransmisores cerebrales.⁴³

5.1.10. Décimo taller: tratamientos psicológicos

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica caracterizada por remisiones y exacerbaciones de las alteraciones del estado de ánimo, presenta una prevalencia a lo largo de la vida. Muchos de los pacientes experimentan recaídas a pesar del mantenimiento de la medicación. Por otro lado la falta de adherencia terapéutica facilita la recurrencia e intensificación de los episodios

⁴³ Wikipedia, *Terapia Electro convulsiva*. recuperado el 17 de enero del 2010, http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia_electroconvulsiva.

efectivos y con mucha frecuencia aumenta el riesgo de suicidio en los pacientes. Otras posibles consecuencias del empeoramiento son los problemas interpersonales, las dificultades en el funcionamiento laboral, los problemas económicos, las conductas sexuales de riesgo, la desorganización familiar, los conflictos de pareja, el divorcio, el abuso de tóxicos, las hospitalizaciones y la violencia. Las influencias ambientales juegan, junto con las genéticas y las biológicas un papel fundamental en el trastorno bipolar. Por lo tanto resulta evidente la necesidad de llevar a cabo intervenciones psicoterapéuticas que complementen y faciliten la farmacoterapia. Estas intervenciones abarcan tratamientos muy diversos. Indispensables para tratar los problemas de carácter secundarios al trastorno bipolar.

En esta parte el terapeuta debe hacer hincapié en ciertos objetivos generales son: mayor control de sintomatología afectiva, ajuste ambiental tras acontecimientos vitales, potenciar la adherencia terapéutica, potenciar el aporte social, mejorar el ajuste familiar, regular las rutinas diarias e instaurar estrategias de afrontamiento de tipo afectivo.

5.1.10.1. Intervención familiar

La familia puede asumir la función de cuidadora; por ejemplo la breve duración de las hospitalizaciones genera en los familiares la responsabilidad de hacerse cargo de un paciente que a menudo no se ha recuperado del todo. La importancia que tiene el estrés ambiental en las recurrencias del trastorno bipolar, así como el hecho de que gran número de pacientes vivan con sus familiares ha motivado a muchas investigaciones sobre la relación entre el entorno familiar y el curso de la enfermedad. Es evidente que el trastorno bipolar incide en el funcionamiento familiar y dicho funcionamiento afecta el curso del trastorno⁴⁴. Cada episodio de la enfermedad es un acontecimiento estresante tanto para el paciente como para quienes le rodean; con cada recaída el equilibrio familiar se ve alterado y requiere nuevas estrategias de afrontamiento.

⁴⁴ Roy Chengappa, (2008). *Trastornos bipolares en niños y adolescentes: ¿Nos estamos acercando a la frontera definitiva?* Bipolar disorders, An International Journal of Psychiatry and Neurociencias, España, Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. Edición Española

Objetivos de la intervención familiar en el trastorno bipolar

Esta intervención pretende dotar a la familias de una serie de conocimientos que permitan mejorar su comprensión de la enfermedad; permite la prevención de recaídas y la identificación y tratamiento precoz de los síntomas lo cual evita el empeoramiento del episodio y consecuentemente la hospitalización. El facilitar conocimientos a la familia no solo contribuye a la comprensión y aceptación de la enfermedad sino a la mejoría de la calidad de vida.⁴⁵

5.1.10.2. Psicoeducación

De todas las terapéuticas no farmacológicas aplicadas al trastorno bipolar, la más beneficiosa parece ser la psicoterapia psicoeducativa, es decir, aquella que se hace partiendo de la base de aprender lo más posible sobre la enfermedad para poder vivir con dicho trastorno lo mejor posible. Esto se traduce en convertirse en un experto sobre la enfermedad para lo cual es conveniente leer libros, asistir a conferencias, además de hablar con los profesionales. En definitiva se trataría más bien de recibir una terapia integradora, es decir, que opere tanto a nivel de la conducta como de pensamientos y sentimientos.

En esta explicación se debe recalcar que la información, siempre es positiva, si se utiliza correctamente. En este caso “correctamente” significa sin obsesionarse por la misma ni dramatizar, intentando obtener consecuencias prácticas del hecho de saber que padecen esta enfermedad. Estar informados nos permite tener más opciones y, sobre todo, es un buen antídoto contra el miedo.

5.1.10.3. Terapia de grupo

Otra terapéutica importante dentro del tratamiento bipolar es la autoayuda o terapia de grupo. Esto es, no se trata sólo de desahogarse sino de aprender a resolver problemas. Es importante ver cómo otras personas van resolviendo los problemas, evitando las recaídas y saliendo de los baches. La investigación y

⁴⁵ Nicanor Anierte Hernández (2009). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. recuperado el 24 de enero del 2010, http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_terap_famil.htm

los estudios han apuntado que compartir el problema es importante para la experiencia terapéutica. Los grupos de pacientes con este trastorno aprenden a convivir con este desorden, aprenden a entender cómo afecta a sus relaciones y actitudes y ello ayuda a controlar sus vidas y a prevenir recaídas. Los grupos de soporte o ayuda son fundamentales.

5.1.10.4. La terapia individual tradicional

Las sesiones individuales con un terapeuta durante un lapso largo en las que se abordan los sentimientos del paciente, así como sus experiencias pasadas y presentes, con el objetivo de que el paciente se comprenda y se acepte a sí mismo, además de tener un crecimiento personal. Son importantes pero no la única manera de abordar dicho trastorno. Los pacientes bipolares, en general, han tenido sus traumas psicológicos. A veces han tenido una niñez difícil e incluso traumática. Como su enfermedad parece ser de origen genético, es muy posible que uno de los progenitores tuviese la enfermedad y no recibiera el tratamiento adecuado y por lo tanto el infante sufriera perturbaciones en la vida familiar. En este caso la terapia individual tradicional permite que estos pacientes afronten y trabajen estas dificultades y los sentimientos asociados a ellas como la ira o el miedo. Ahora bien, esta terapéutica no puede estar aislada del aprendizaje de la enfermedad por el paciente pues recordamos que el trastorno bipolar no es fundamentalmente un trastorno biológico, sin embargo las repercusiones sobre la personalidad del paciente son severas

5.1.10.5. Terapia cognitivo conductual

Se basa en la idea de que las fluctuaciones del humor están causadas, en parte, por patrones de pensamiento negativo, y estos patrones pueden ser modificados a partir de una motivación conductual y la reestructuración cognitiva.

Dentro del tratamiento cognitivo conductual se presentarán ciertas técnicas que pueden ser de gran ayuda en un momento de crisis o para prevenir una recaída

1. Racionalización de los problemas: *la mayor parte de las veces tendemos a sobrevalorar las cosas que nos preocupan. Circunstancias que, en comparación con las cosas realmente importantes de la vida, son relativamente*

banales pueden llegar agobiarnos en exceso si no las tomamos con cierta perspectiva. Es improbable que el mundo se acabe por suspender un examen o perder una buena oportunidad laboral. Un psicólogo puede darnos buenas herramientas para encauzar correctamente nuestras preocupaciones.⁴⁶

2. Relajación: *para muchos pacientes será útil conocer alguna técnica de relajación y aprender a aplicarla cuando sea necesario, a veces de forma periódica.*

Entre estas se encuentra la técnica de Jacobson y de Schulz:

Es un método que permite tener un estado corporal más energético pues favorece intensamente el reposo; permite reconocer la unión íntima entre tensión muscular y estado mental tenso. Todo el cuerpo percibe una mejoría, una sensación especialmente grata tras el entrenamiento en relajación progresiva y con la práctica la sensación se intensifica.

Pasos a seguir:

Sentarse en una silla confortable; sería ideal que tuviese reposabrazos. Acostarse en una cama también puede hacerse. Ponerse tan cómodo como sea posible (no utilizar zapatos o ropa apretada) y no cruzar las piernas. Hacer una respiración profunda completa; hacerlo lentamente. Otra vez. Después alternativamente tensar y relajar grupos específicos de músculos. Después de tensionar un músculo éste se encontrará más relajado que antes de aplicar la tensión. Se debe concentrar en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación. Con el tiempo, se reconocerá la tensión de un músculo específico y de esta manera seremos capaces de reducir esa tensión.

No se deben tensar músculos distintos que el grupo muscular que se está trabajando en cada paso. No mantener la respiración, apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación. Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos. Contar "1, 2, 3 ..."

⁴⁶ Bragado, C. y Carrasco, I. (1987). *Límites y efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales en la aplicación clínica 2*. Revista Española de Terapia del Comportamiento, (pp 249-267).

Hacer la secuencia entera una vez al día hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los músculos. Hay que ser cuidadoso si se tienen agarrotamientos musculares, huesos rotos, etc que hacen aconsejable consultar previamente con el médico.

1. **Manos.** *Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan después.*
2. **Biceps y triceps.** *Los biceps se tensan (al tensar los biceps se debe asegurar no tensar las manos para ello se agitan las manos antes, después se relajan dejándolos reposar en los apoyabrazos). Los triceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.*
3. **Hombros.** *Tirar de ellos hacia atrás (ser cuidadoso con esto) y relajarlos.*
4. **Cuello (lateral).** *Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda.*
5. **Cuello (hacia adelante).** *Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado).*
6. **Boca (extender y retraer).** *Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar.*
7. **Lengua (paladar y base).** *Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar.*
8. **Ojos.** *Abrirlos tanto como sea posible y relajar. Cerrarlos tan fuertemente como se pueda y relajar. Estar seguros de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.*
9. **Respiración.** *Inspirar tan profundamente como sea posible; y entonces se toma un poco más; expirar y respirar normalmente durante 15 segundos. Después volver a expirar echando todo el aire que sea posible; entonces se expira un poco más; respirar normalmente durante 15 segundos.*
10. **Espalda.** *Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar el cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.*
11. **Glúteos.** *Tensar y elevar la pelvis fuera de la silla; relajar. Apretar los glúteos contra la silla; relajar.*

12. **Muslos.** Extender las piernas y elevarlas 10 cm. No tensar el estómago; relajar. Apretar los pies en el suelo; relajar.
13. **Estómago.** Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Tirar del estómago hacia afuera; relajar.
14. **Pies.** Apretar los dedos (sin elevar las piernas); relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible ; relajar.
15. **Dedos.** Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.

3. Respiración controlada: en muchas situaciones estresantes no es posible practicar la relajación, ya que es una técnica que requiere bastante disponibilidad de tiempo. Cierta entrenamiento y un espacio adecuado para aprender una técnica de respiración controlada puede ser muy útil para estas situaciones.

Como terapeutas no se puede considerar que la resolución de problemas sea un tema fundamental en la psicoeducación de un paciente bipolar, pero es cierto que la toma de decisiones es compleja para un paciente que sufre de este trastorno. Una vez que esta técnica se haya aprendido, las decisiones que el paciente no serán impulsivas.

*Es imposible no tener problemas. De hecho la vida suele consistir en una constante **resolución de problemas** de mayor o menor intensidad. Las decisiones complejas pueden llegar a resultar estresantes o desencadenar un episodio de ansiedad e insomnio o estrés. El proceso a seguir sería este:*

Lo primero es tener en cuenta es que la mayoría de los problemas o decisiones importantes han de cocinarse en fuego lento. La prisa y la impulsividad son malas consejeras. El primer punto será inhibir la tendencia a responder a un problema de forma impulsiva. Siempre que sea posible, nos debemos dar tiempo para tomar cualquier decisión importante, y esto nos permitirá:

1. Recabar información objetiva y relevante acerca del problema.
2. Comprender el conflicto, es decir, comprender la distancia entre dónde estoy y a dónde quiero llegar, cuáles son las condiciones para el cambio y qué obstáculos encuentro.
3. Definir objetivos realistas y concretos.

4. *Evaluar los beneficios a corto y largo plazo.*

El segundo paso para tomar una decisión o resolver un problema es generar un amplio margen de respuestas posibles, aunque luego no las vayamos a utilizar todas, obviamente, o aunque algunas de estas sean incompatibles o aparentemente descabelladas. Para generar estas respuestas utilizaremos una técnica conocida como “tormenta de ideas”, que consiste en generar de forma espontánea el mayor número posible de alternativas a un problema y anotarlas por escrito para luego valorarlas. Esta técnica se rige por tres reglas:

1. **principio de cantidad:** *dar tantas soluciones como sea posible.*
2. **principio de aplazamiento de juicio:** *todo vale. No entraremos aquí a valorar la calidad o la posible eficacia de las alternativas*
3. **principio de variedad:** *las alternativas deben ser tan diversas como sea posible y debe evitarse los convencionalismos y alternativas repetitivas.*

El tercer paso es establecer un procedimiento para escoger la respuesta más conveniente. De la larga lista de soluciones generadas, deberemos ahora escoger la solución que nos reporta más beneficios. La solución debe ser eficaz para conseguir nuestros objetivos, y además debe ser posible.

Valoremos cada alternativa generada según esta serie de aspectos:

- *La probabilidad de que esta alternativa resuelva el conflicto.*
- *La respuesta emocional que genera, es decir, si reduce nuestra ansiedad y nos proporciona bienestar.*
- *El tiempo y esfuerzo que requiere.*
- *Sus efectos a largo plazo.*⁴⁷

5.1.11. Décimo primer taller: factores especiales: embarazo, lactancias y riesgos de herencia

⁴⁷ Thomas D´Zurilla y Marvin Goldfried (1971). *Técnica de Solución de Problemas*. recuperado el 6 de febrero de 2010.
http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/9/Usr/lujose/solucion_problemas.htm

Esta sesión está dirigida a abordar la relación problemática entre psicofármacos y el embarazo. En el pasado se consideraba que siempre se debía retirar el litio antes de la concepción, por lo que los embarazos debían estar perfectamente programados en momentos de estabilidad, en este punto del taller se pretende ofrecer a las pacientes la suficiente información para que, en un momento dado, puedan tomar la decisión más adecuada. El mensaje fundamental que se dará es que primero la paciente debe consultar antes de tomar la decisión de quedarse embarazada, con la finalidad de poder llevar un control riguroso conjuntamente con el ginecólogo.

Durante el embarazo no se aconseja tomar fármacos, pero siempre deben sopesarse los beneficios y los riesgos de no medicar. En general los antipsicóticos, los antidepresivos y los ansiolíticos son razonablemente seguros para el feto. Durante muchos años se ha creído que el litio tenía un riesgo alto de provocar malformaciones cardíacas en el feto, pero datos recientes indican que el riesgo es relativamente bajo, y que hay que analizar cada caso individualmente, ya que el riesgo de recaída para la madre es superior al 50% en las semanas posteriores al parto si no se sigue el tratamiento preventivo adecuado. El valproato es el fármaco con mayor riesgo para malformaciones del feto, alcanzando el 5% de casos de espina bífida. Los otros antiepilépticos parecen menos problemáticos, pero no están exentos de riesgo. Si es necesario mantener el antiepiléptico durante el embarazo, se aconseja una dieta previa rica en ácido fólico, y controles ecográficos frecuentes durante la gestación.⁴⁸

En cuanto a la lactancia, es preferible alimentar al bebé con biberón y renunciar al amamantamiento, dado que algunas medicaciones pueden pasar de la sangre a la leche materna y construir un riesgo de intoxicación para el bebé.

En ésta sesión aparecen aspectos relacionados con lo que significa la enfermedad en cada persona, se hacen afirmaciones como: nunca voy a tener un hijo, no quiero destrozarte la vida con esta enfermedad, etc. Es conveniente

⁴⁸ Roy Chengappa, (2008) *¿Cuáles son los factores clínicos que predicen la respuesta al litio en la profilaxis?*, Bipolar disorders, An International Journal of Psychiatry and Neurociencias. España: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. Edición Española

que el terapeuta haga surgir esta discusión ya que para los pacientes resulta enriquecedor y les permite explorar posiciones sobre la enfermedad.

Evidentemente si una persona padece de trastorno bipolar, sus hijos tienen más riesgo de padecer esta enfermedad que los hijos de las personas que no la padecen pero, ese riesgo se sitúa en un 20%, si su pareja no padece trastorno bipolar, con una probabilidad algo mayor de transmisión por parte de la madre que por parte del padre. Es decir, su hijo tiene un 80% de probabilidades de no poseer esta enfermedad.⁴⁹

Deben tener en cuenta también, que no siempre se trata de herencia inmediata: a veces la enfermedad “salta” una o dos generaciones. Puede ser que usted haya heredado su trastorno bipolar de un bisabuelo. Además, no siempre se hereda la enfermedad con la misma intensidad o la misma forma: un padre bipolar tipo I puede dar lugar a un hijo ciclotímico, etc.⁵⁰

En el momento actual, los conocimientos sobre la genética del trastorno bipolar todavía no permiten realizar un diagnóstico precoz a partir de un estudio genético, cosa que sí es posible con otras enfermedades, pero probablemente dentro de unos años esa posibilidad ya exista. De manera, que no hay forma de saber si su hijo padecerá el trastorno bipolar.

Es cierto que tener un trastorno bipolar no es nada que pueda considerarse positivo, como no lo es poseer cualquier otra enfermedad. Pero también es cierto que, gracias a los avances de la psiquiatría y la farmacología, lo que significa tener un trastorno bipolar ha cambiado a lo largo de los años. En el pasado sufrir un trastorno bipolar significaba: estar completamente incapacitado para llevar una vida normal y, en muchos casos el ingreso de por vida en una institución psiquiátrica. En la actualidad se cuenta con innumerables tratamientos que le permiten llevar un vida normal; por lo tanto la calidad de vida que le dé al hijo será la adecuada, tomando en cuenta la decisión propia que se tome

⁴⁹ Colom Fransec y Vieta Eduardo, (2007). *Convivir con el trastorno bipolar*. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana. (cap 1)

⁵⁰ Jenny García Valencia, M.D. MSc, (2003), *Efecto de agregación familiar en la caracterización clínica del trastorno afectivo bipolar tipo I en pacientes de la población antioqueña*. Colombia: Revista colombiana de psiquiatría, Publicación de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

5.1.12. Décimo segundo taller: clausura

Esta sesión está destinada al cierre adecuado del grupo. La experiencia de compartir por algunas semanas con los pacientes puede crear un fuerte vínculo afectivo y entre pacientes identificación, por lo que para los pacientes la finalización del programa es un acto muy emotivo.

En esta parte se aprovecha para resolver dudas acerca de los contenidos tratados. Lo que el terapeuta debe evitar es dejar al paciente con una sensación de desamparo, por lo que es importante que las consultas sean válidas una vez que el programa haya finalizado.

Es importante también recalcar a los pacientes que pueden acudir a su médico apenas sientan alguna molestia o tengan alguna duda.

Recomendar redes de autoayuda, en cierta medida, constituye uno de los pilares de la recuperación del paciente bipolar, aunque de ningún modo sustituye su tratamiento individual con profesionales idóneos. Se trata de la existencia de grupos de bipolares que intercambian experiencias, comparten sus vivencias y se ayudan solidariamente en los momentos de necesidad.

Estos grupos sirven también de sostén y de espacio propicio para la reinserción luego de una crisis. En ellos, los pacientes se encuentran con pares que los acompañan en sus recorridos interiores y saben de qué se trata porque ellos han padecido lo mismo. De este modo, se sienten comprendidos y contenidos; descubren que no son los únicos que tienen este padecer ni son muy diferentes del resto de la sociedad. A la vez, la solidaridad les permite recuperar la esperanza de volver a transitar el camino de la vida que creían perdido.

CAPITULO VI

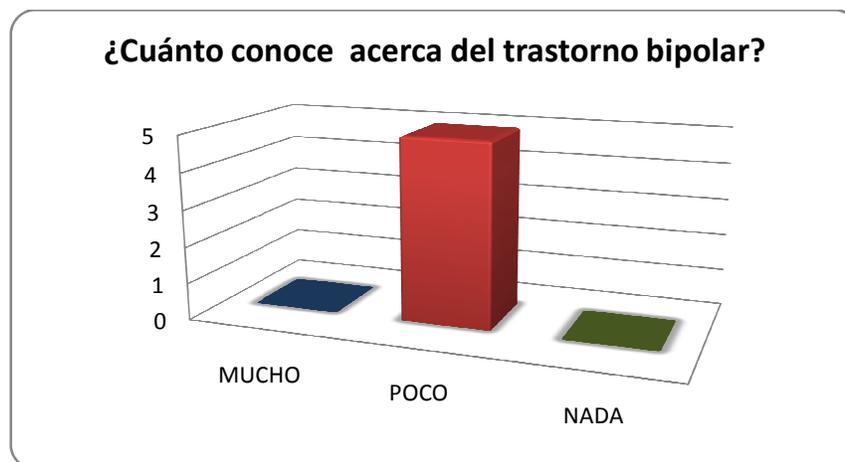
Tratamiento de información obtenida

6.1. Representación grafica de información

Cuadro 6.1 Cuestionario para explicar la información que posee el paciente sobre el trastorno bipolar

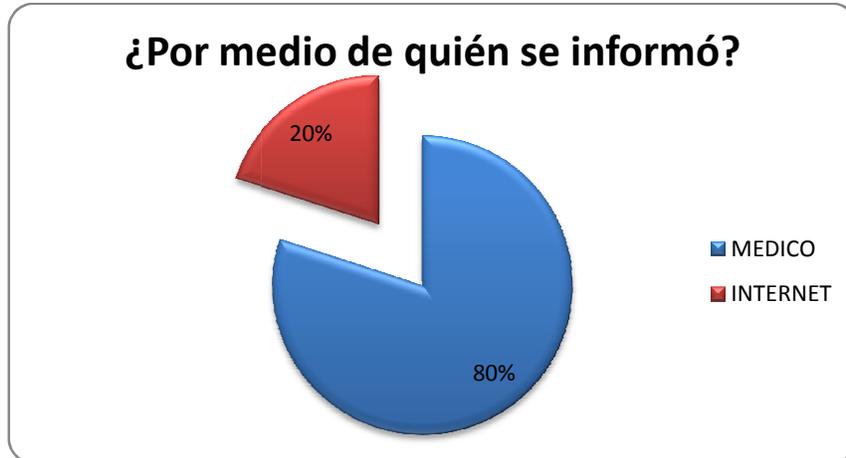
1.- ¿Cuánto conoce acerca del trastorno bipolar?

MUCHO	0
POCO	5
NADA	0



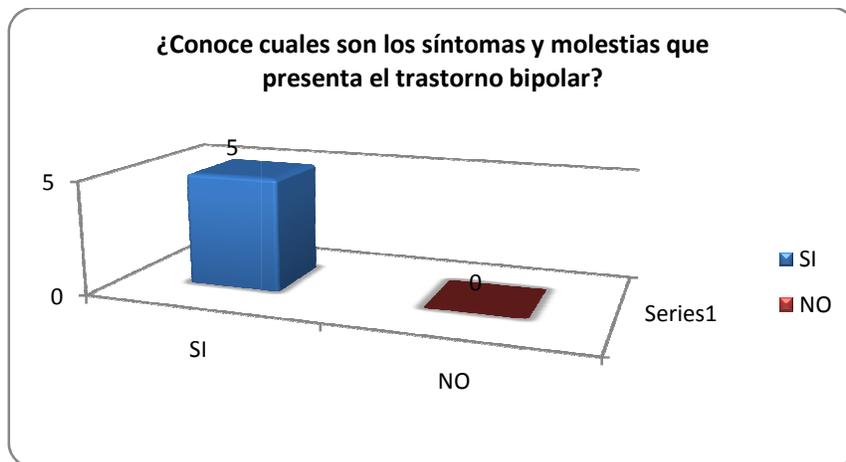
2.- ¿Por medio de quién se informó?

MEDICO	4
INTERNET	1



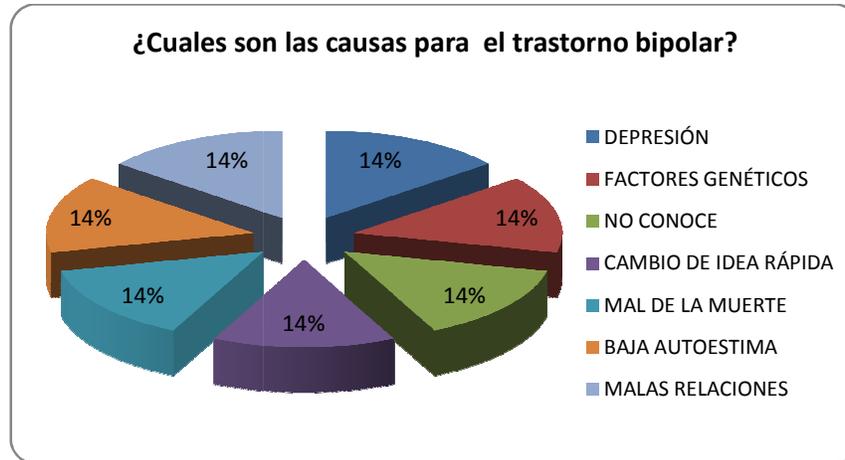
3.- ¿Conoce cuales son los síntomas y molestias que presenta el trastorno bipolar?

SI	5
NO	0



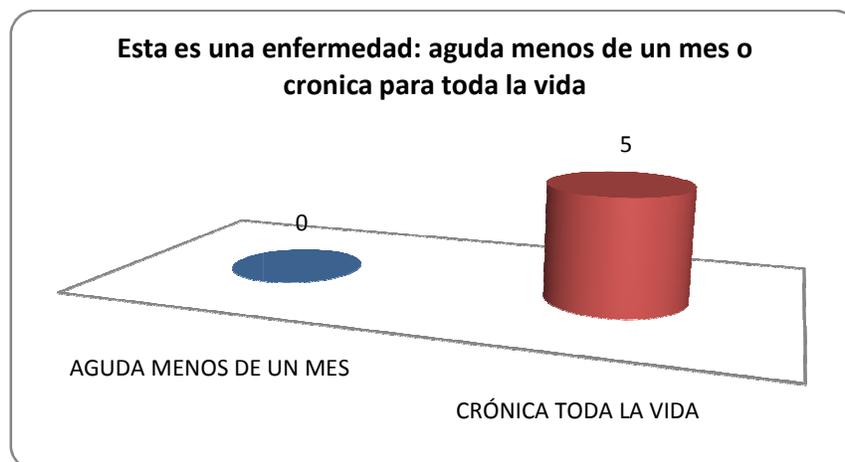
4.- ¿Cuáles son las causas para el trastorno bipolar?

DEPRESIÓN	1
FACTORES GENÉTICOS	1
NO CONOCE	1
CAMBIO DE IDEA RÁPIDA	1
MAL DE LA MUERTE	1
BAJA AUTOESTIMA	1
MALAS RELACIONES	1



5.- Esta es una enfermedad: aguda menos de un mes o crónica para toda la vida

AGUDA MENOS DE UN MES	0
CRÓNICA TODA LA VIDA	5



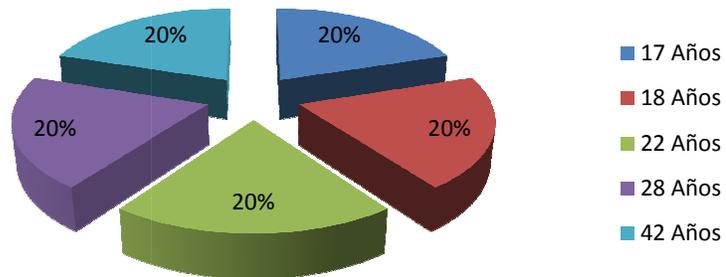
6.- ¿A qué edad fue diagnosticado el trastorno Bipolar?

17 Años	1
18 Años	1
22 Años	1

42 Años

1

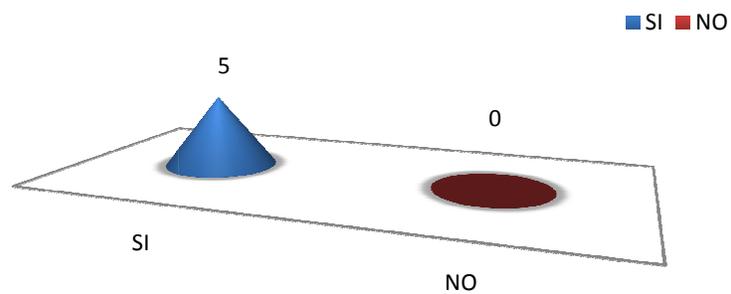
¿A qué edad fue diagnosticado?



7.- ¿Sabe usted, los efectos que esta enfermedad producirá a lo largo de su vida?

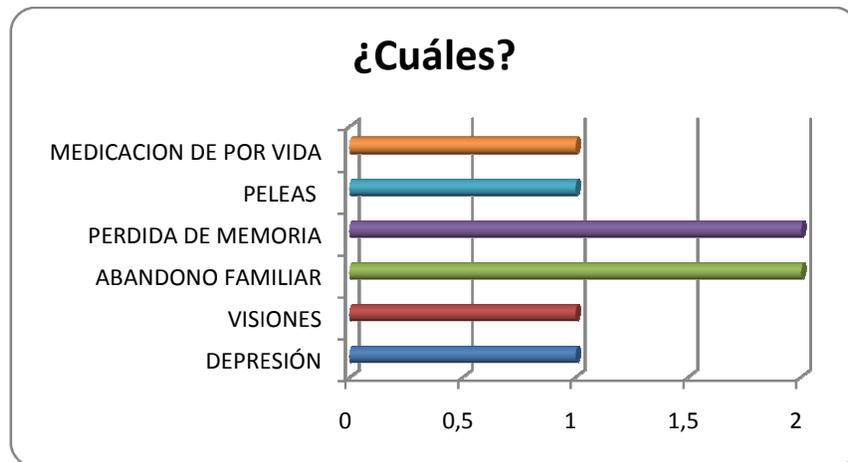
SI	5
NO	0

¿Sabe usted, los efectos que esta enfermedad producirá a lo largo de su vida?



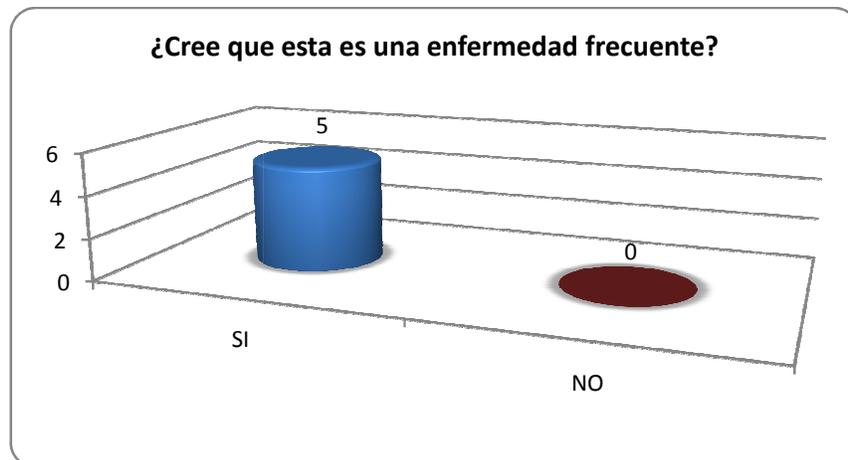
8.- ¿Cuáles son los efectos que esta enfermedad producirá a lo largo de su vida?

DEPRESIÓN	1
VISIONES	1
ABANDONO FAMILIAR	2
PERDIDA DE MEMORIA	2
PELEAS	1
MEDICACION DE POR VIDA	1



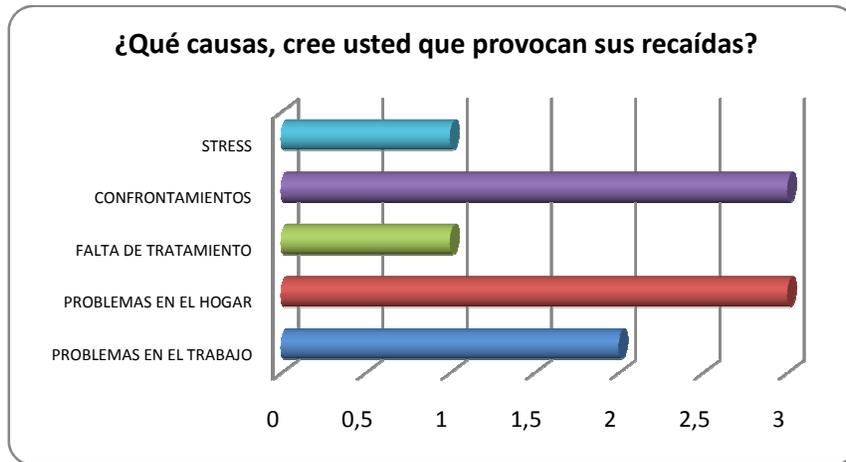
9.- ¿Cree que esta es una enfermedad frecuente?

SI	5
NO	0



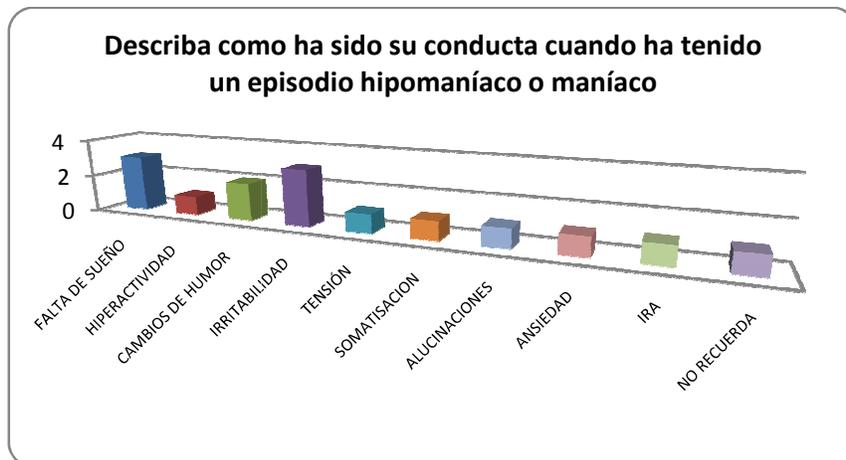
10.- ¿Qué causas, cree usted que provocan sus recaídas?

PROBLEMAS EN EL TRABAJO	2
PROBLEMAS EN EL HOGAR	3
FALTA DE TRATAMIENTO	1
CONFRONTAMIENTOS	3
STRESS	1



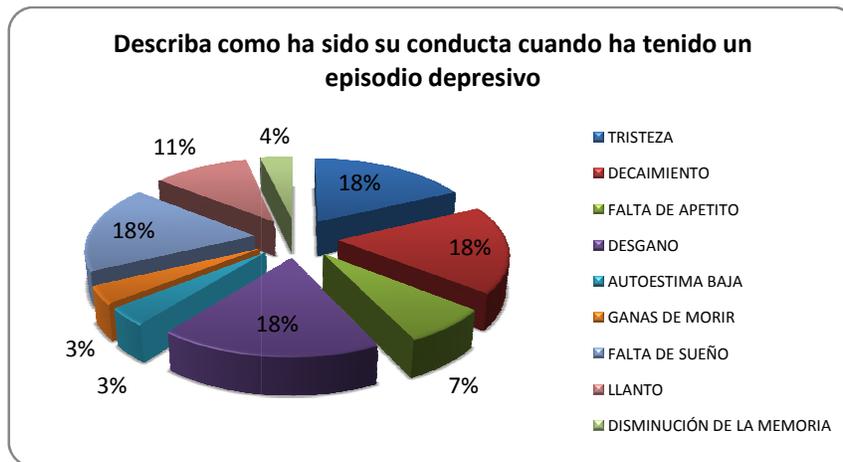
11.- Describa como ha sido su conducta cuando ha tenido un episodio hipomaniaco o maniaco

FALTA DE SUEÑO	3
HIPERACTIVIDAD	1
CAMBIOS DE HUMOR	2
IRRITABILIDAD	3
TENSIÓN	1
SOMATISACION	1
ALUCINACIONES	1
ANSIEDAD	1
IRA	1
NO RECUERDA	1



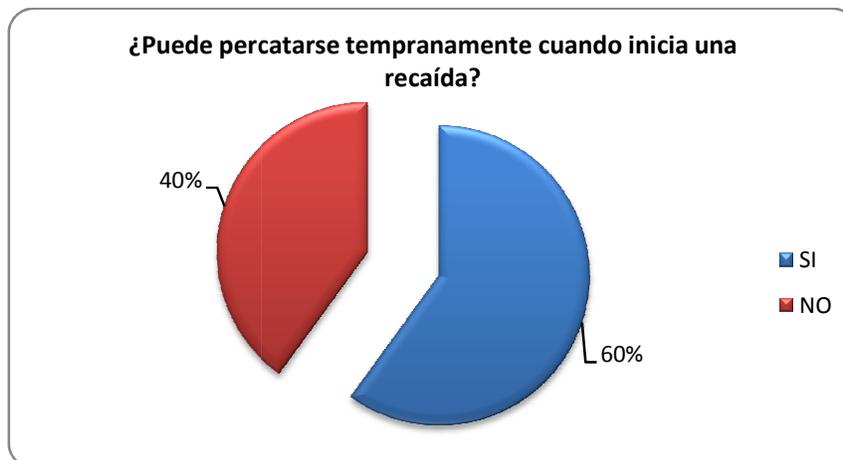
12.- Describa como ha sido su conducta cuando ha tenido un episodio

TRISTEZA	5
DECAIMIENTO	5
FALTA DE APETITO	2
DESGANO	5
AUTOESTIMA BAJA	1
GANAS DE MORIR	1
FALTA DE SUEÑO	5
LLANTO	3
DISMINUCIÓN DE LA MEMORIA	1



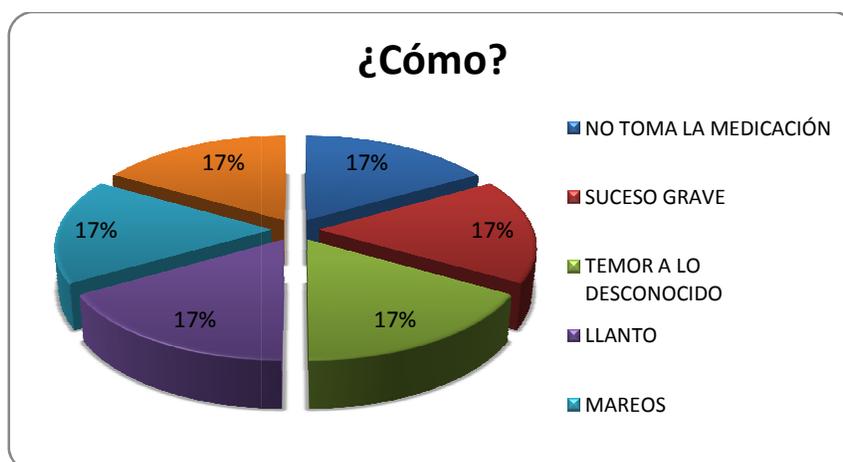
13.- ¿Puede percatarse tempranamente cuando inicia una recaída?

SI	3
NO	2



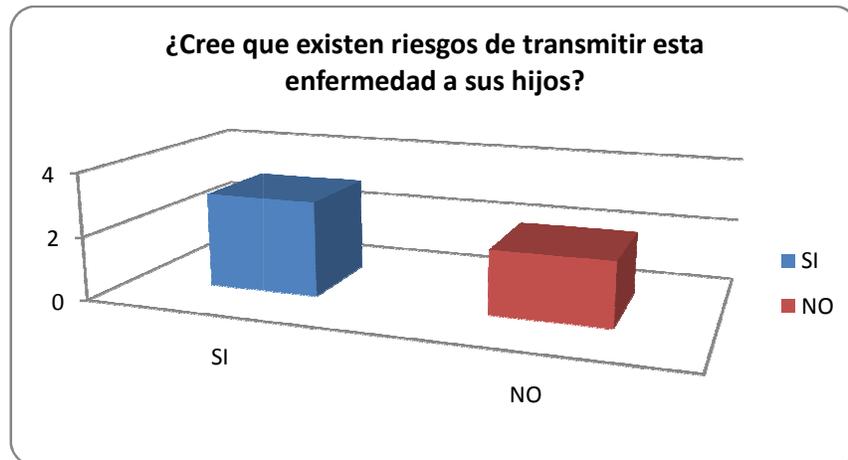
14.- ¿Cómo se da cuenta de que inicia una recaída?

NO TOMA LA MEDICACIÓN	1
SUCESO GRAVE	1
TEMOR A LO DESCONOCIDO	1
LLANTO	1
MAREOS	1
DEBILIDAD FISICA	1



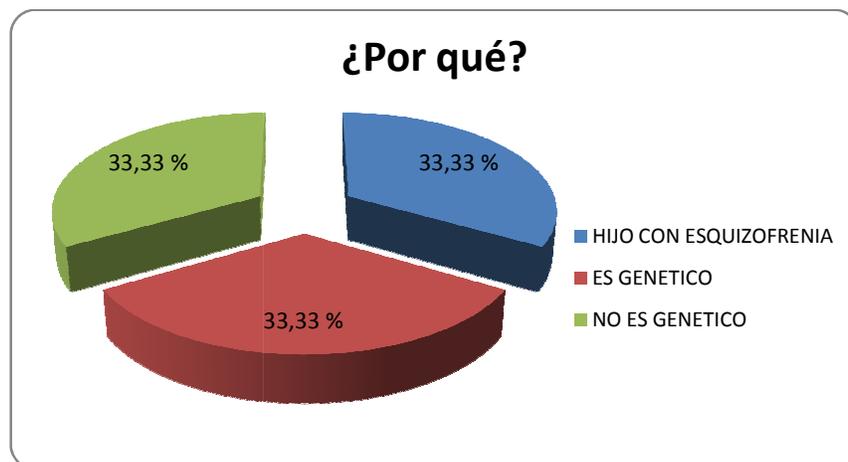
15.- ¿Cree que existen riesgos de transmitir esta enfermedad a sus hijos?

SI	3
NO	2



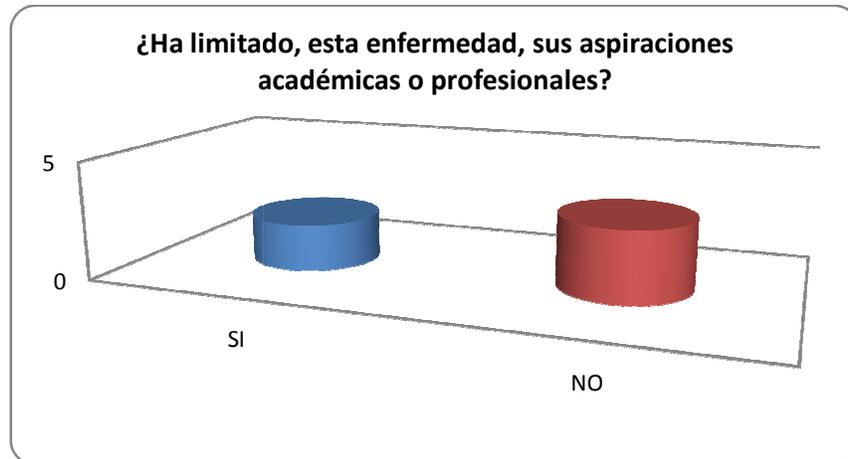
16.- ¿Por qué piensa que existen riesgos de transmitir esta enfermedad a sus hijos?

HIJO CON ESQUIZOFRENIA	1
ES GENETICO	1
NO ES GENETICO	1



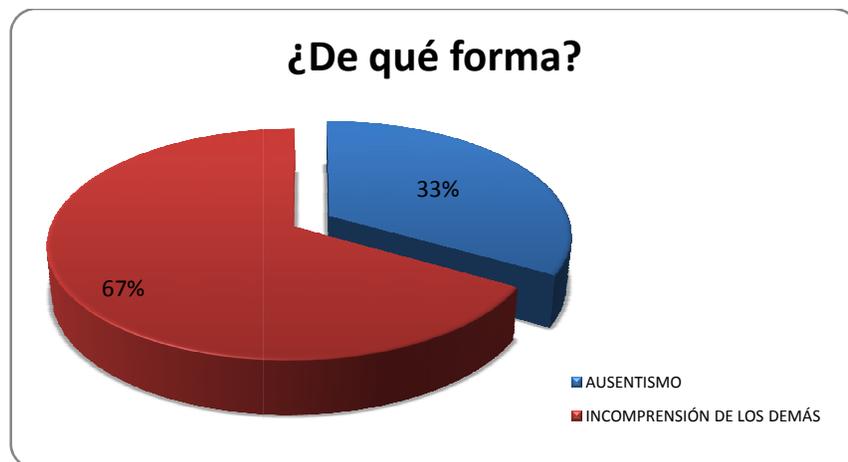
17.- ¿Ha limitado, esta enfermedad, sus aspiraciones académicas o profesionales?

SI	2
NO	3



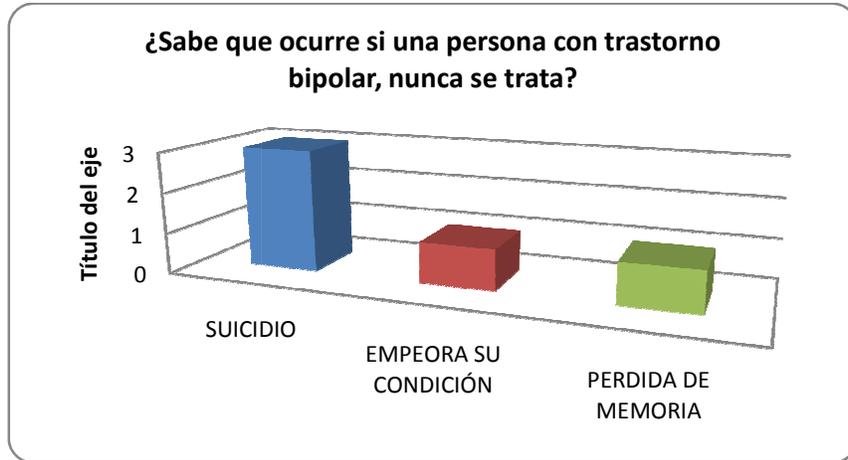
18.- ¿De qué forma ha limitado, esta enfermedad, sus aspiraciones académicas o profesionales?

AUSENTISMO	1
INCOMPRESIÓN DE LOS DEMÁS	2



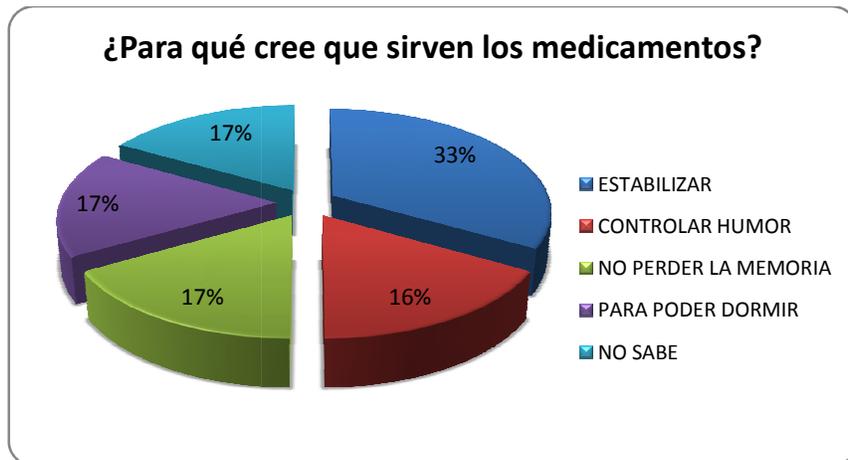
19.- ¿Sabe qué ocurre si una persona con trastorno bipolar, nunca se trata?

SUICIDIO	3
EMPEORA SU CONDICIÓN	1
PERDIDA DE MEMORIA	1



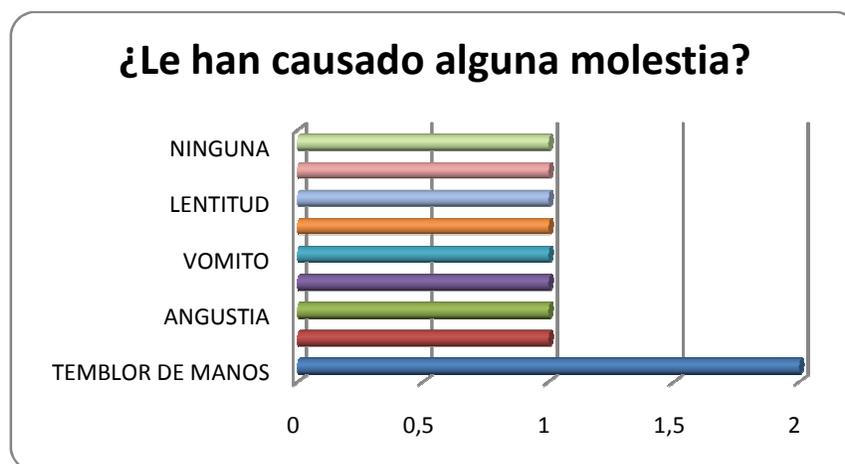
20.- ¿Para qué cree que sirven los medicamentos?

ESTABILIZAR	2
CONTROLAR HUMOR	1
NO PERDER LA MEMORIA	1
PARA PODER DORMIR	1
NO SABE	1



21.- ¿Le han causado alguna molestia los medicamentos?

TEMBLOR DE MANOS	2	MAREO	1
OLVIDOS	1	LENTITUD	1
ANGUSTIA	1	MAS SUEÑO	1
NAUSEAS	1	NINGUNA	1
VOMITO	1		



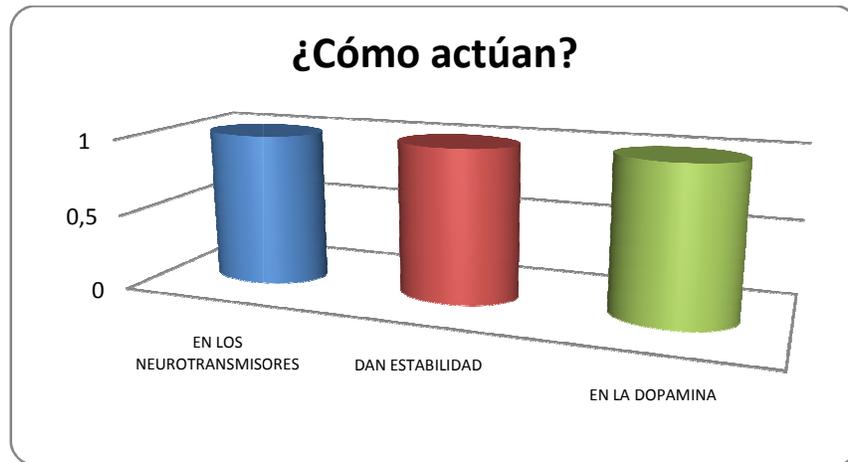
22.- ¿Sabe cómo actúan los medicamentos?

SI	3
NO	2



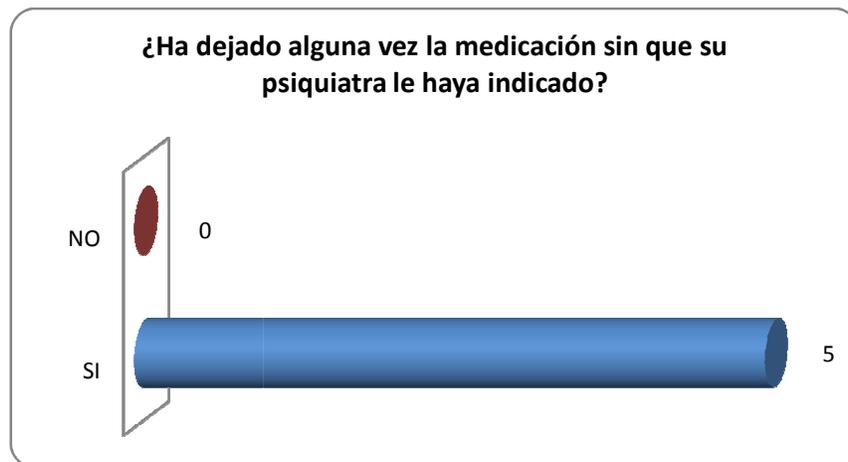
23.- ¿Cómo actúan?

EN LOS NEUROTRANSMISORES	1
DAN ESTABILIDAD	1
EN LA DOPAMINA	1



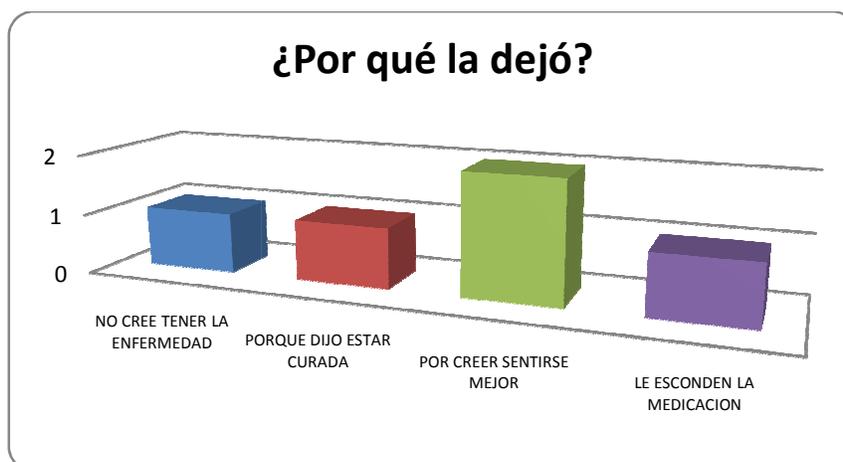
24.- ¿Ha dejado alguna vez la medicación sin que su psiquiatra le haya indicado?

SI	5
NO	0



25.- ¿Por qué dejó la medicación?

NO CREE TENER LA ENFERMEDAD	1
PORQUE DIJO ESTAR CURADA	1
POR CREER SENTIRSE MEJOR	2
LE ESCONDEN LA MEDICACION	1



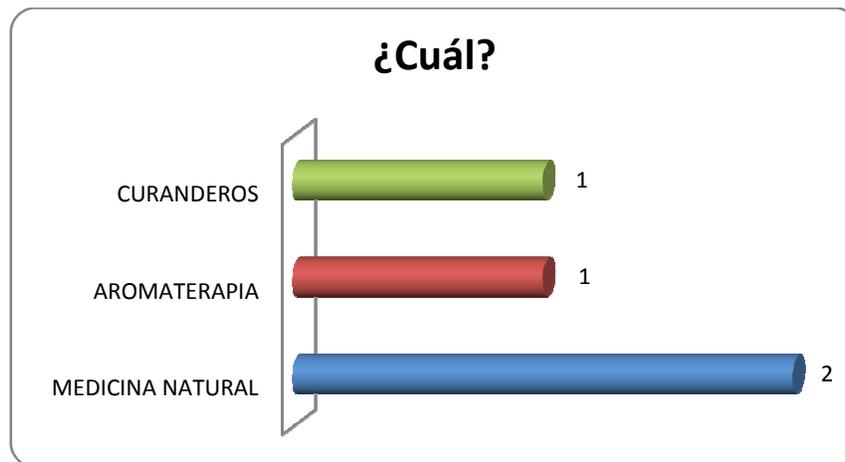
26.- ¿Ha intentado tratar su enfermedad con alguna terapia o medicamento que no le haya indicado su médico?

SI	3
NO	2



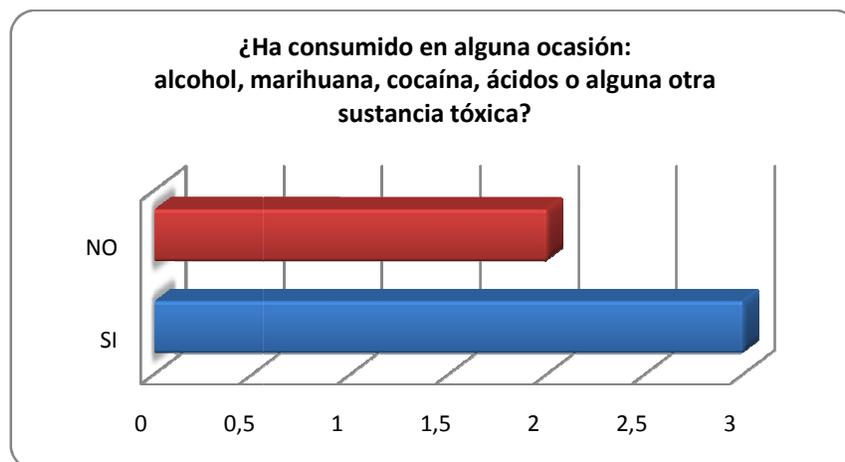
27.- ¿Cuál?

MEDICINA NATURAL	2
AROMATERAPIA	1
CURANDEROS	1



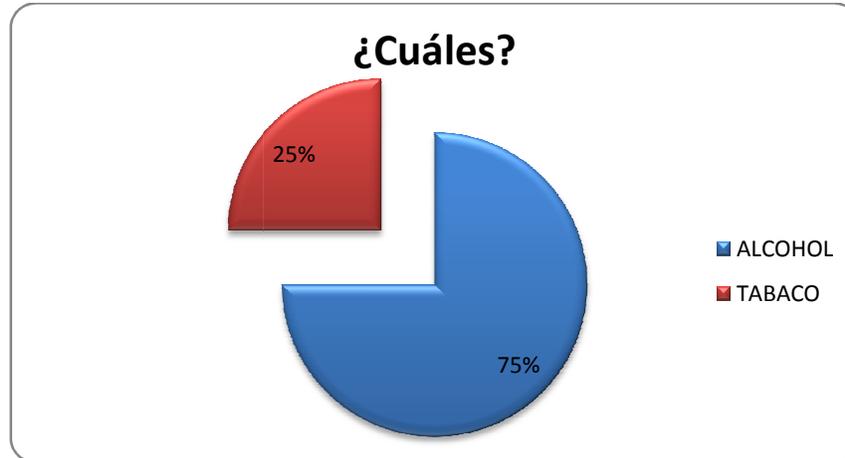
28.- ¿Ha consumido en alguna ocasión: alcohol, marihuana, cocaína, ácidos o alguna otra sustancia tóxica?

SI	3
NO	2



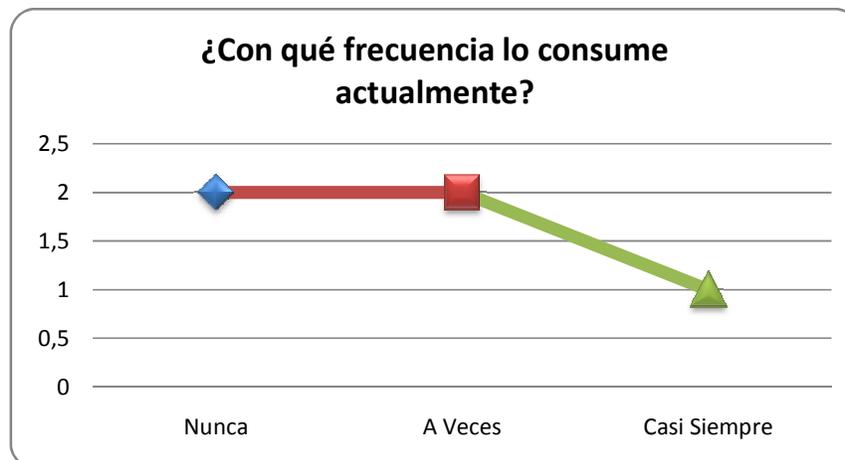
29.- ¿Qué sustancia toxica a consumido?

ALCOHOL	3
TABACO	1



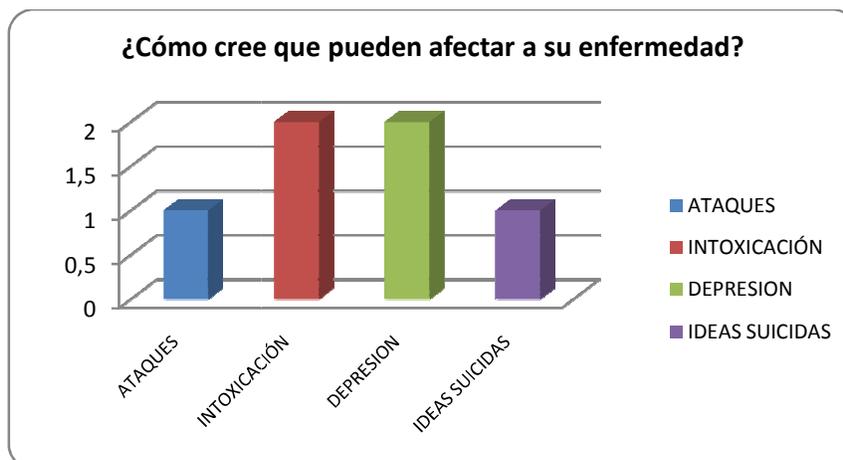
30.- ¿Con qué frecuencia lo consume actualmente?

Nunca	2
A Veces	2
Casi Siempre	1



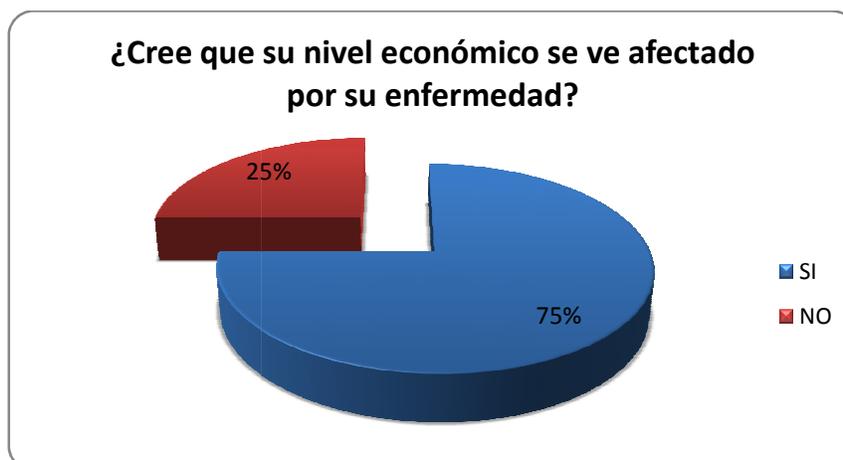
31.- ¿Cómo cree que pueden afectar a su enfermedad?

ATAQUES	1
INTOXICACIÓN	2
DEPRESION	2
IDEAS SUICIDAS	1



32.- ¿Cree que su nivel económico se ve afectado por su enfermedad?

SI	3
NO	1



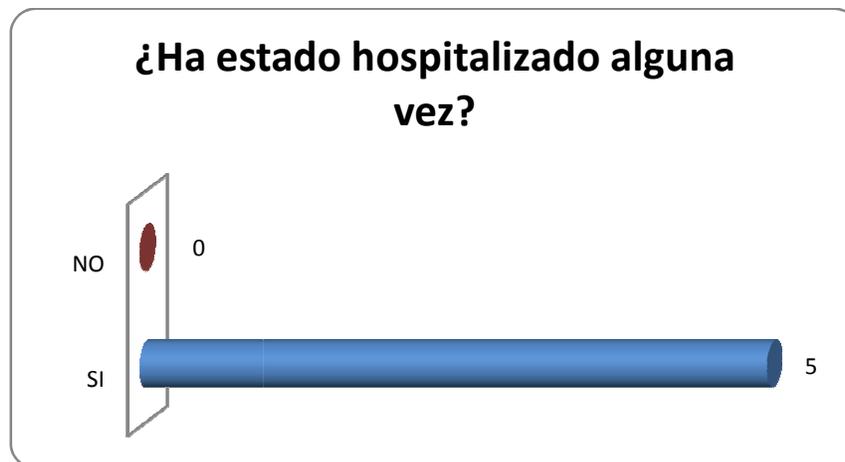
33.- ¿Recibe algún tipo de psicoterapia?

SI	3
NO	2



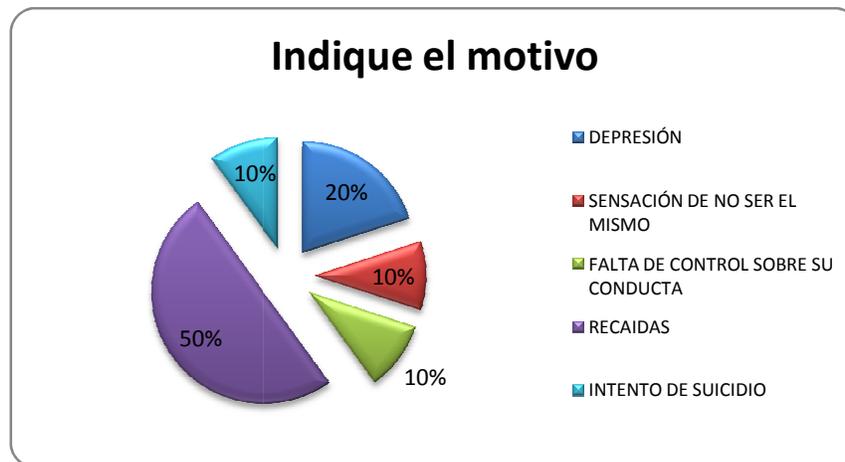
34.- ¿Ha estado hospitalizado alguna vez?

SI	5
NO	0



35.- Indique el motivo de su hospitalización

DEPRESIÓN	2
SENSACIÓN DE NO SER EL MISMO	1
FALTA DE CONTROL SOBRE SU CONDUCTA	1
RECAIDAS	5
INTENTO DE SUICIDIO	1



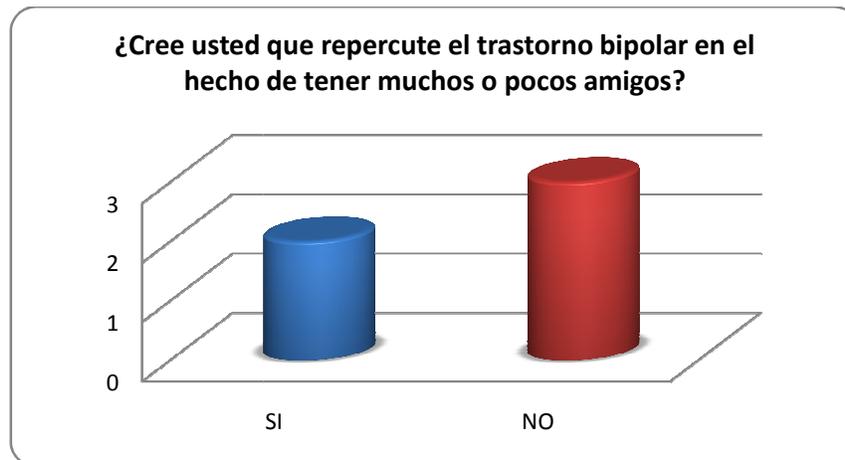
36.- ¿Cree que sus relaciones familiares se ven afectadas por su enfermedad?

SI	4
NO	1



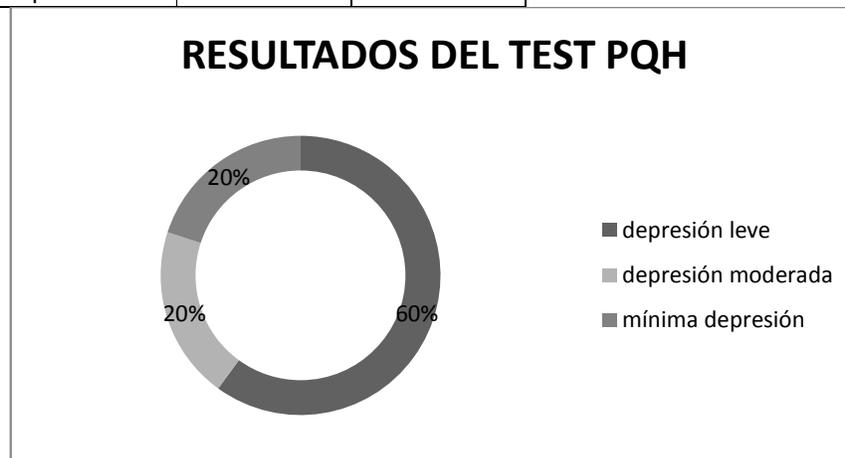
37.- ¿Cree usted que repercute el trastorno bipolar en el hecho de tener muchos o pocos amigos?

SI	2
NO	3



Cuadro 6.2. Resultados del test PHQ para determinar seguimiento del programa psicoeducativo

depresión leve		3
depresión moderada		1
mínima depresión		1



6.2. Reflexiones cualitativas de los datos obtenidos

El objetivo de este estudio fue la elaboración de un programa psicoeducativo, cuyas bases fueron la información que los pacientes dieron sobre dudas y desconocimientos acerca de la enfermedad, teniendo en cuenta que solo esta indagación podía dar datos precisos de las necesidades de los pacientes. Para lograrlo se utilizaron entrevistas a profundidad, siguiendo el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas⁵¹.

Se trabajó con cinco pacientes que fueron contactados inicialmente en los registros del Hospital de la Policía Nacional Quito No 1.

A cada sujeto se le explicó detalladamente el contenido y objetivos de la investigación para que libremente pudieran decidir su participación. Posterior a la aplicación del programa psicoeducativo se utilizó un instrumento que a manera de seguimiento verificaba que la aplicación del programa haya tenido un resultado positivo, primordialmente se buscó el efecto que la psicoeducación haya tenido sobre la conciencia de enfermedad en los pacientes.

Las palabras claves dentro de esta investigación fueron: trastorno bipolar, psicoeducación y mejor pronóstico; ya que en el proceso de esta investigación estas palabras fueron la meta que se deseaba alcanzar.

Respecto a los resultados obtenidos, se encontró que todos los pacientes tenían poco conocimiento acerca de lo que se trata el trastorno bipolar, en primera instancia esto demostró que la aplicación del programa sería posible y de gran ayuda a la condición de los pacientes. El saber la fuente de información que tenían los pacientes también era fundamental para revelar si esa información era correcta o se había obtenido de una fuente equivocada; los pacientes coincidieron en un 80% de que su conocimiento provenía de su médico.

Como condición propia de su enfermedad los individuos conocían en su totalidad cuáles son los síntomas y molestias del trastorno bipolar. Sin

⁵¹ S.J. Taylor y R. Bogdan.(1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación "La búsqueda de significados"*. Buenos Aires: Editorial Paídos

embargo, al indagar sobre las causas de la enfermedad no todos tenían información acerca de ello, un paciente contestó que no tenían conocimiento alguno, del resto de individuos si se obtuvo respuestas, que clínicamente analizando fueron respuestas que de cierto modo no reflejaban un verdadero conocimiento de las causas de la enfermedad, excepto la contestación de un paciente donde se afirmaba que la causa venía de factores genéticos, puesto que según se indica, esta se trata de un enfermedad de alta heredabilidad, en la cual influyen factores ambientales. El resto de pacientes indicaron causas de tipo mas variable como depresión, cambio rápido de ideas, malas relaciones con los demás, baja autoestima e incluso hubo un individuo que contestó que la enfermedad se debía al mal de muerte, claramente este es un indicador de que entre los pacientes existen creencias que no están basadas en un criterio clínico básico.

La pregunta acerca de la duración de la enfermedad, es clave para la investigación porque informa acerca de la percepción que tienen los pacientes sobre el periodo con el que tendrán que convivir con la patología, esto permite que los individuos concienticen en la ayuda que podía brindar un programa psicoeducativo.

La edad de diagnóstico de la enfermedad oscilaba entre los 17 y 40 años, llegar a un diagnóstico psiquiátrico sobre el trastorno bipolar es una labor que debe ser analizada con mucha paciencia e indagación profunda. Se debe tomar siempre en cuenta que exista más de un episodio ya sea depresivo o maníaco. Por lo que la revisión de la historia clínica y de los antecedentes de los pacientes, es un paso que no se puede obviar. Generalmente las primeras crisis se producen a partir de la adolescencia entrando a la adultez. Los pacientes que contestaron que su diagnóstico fue en una edad adulta media, demuestran que existió un largo período de desconocimiento y un “no saber” acerca de su condición, haciendo que el cuadro clínico empeore, de modo que el tratamiento psiquiátrico y psicológico es más arduo y agresivo.

Como ya se mencionó la mayoría de individuos manifestaron tener poco conocimiento acerca de la enfermedad, esta pregunta va directamente relacionada con la que plantea si los pacientes conocen los efectos que tendrá

la patología a lo largo de sus vida, todos los pacientes sabían qué efectos esta enfermedad produciría en ellos.

Se encontraron diferentes tipos de respuestas como depresión, visiones, peleas, medicación de por vida. Es importante mencionar que hubieron pacientes que coincidieron en decir que uno de los efectos es la pérdida de memoria y el abandono familiar, por lo tanto el programa psicoeducativo fue direccionado a resolver a profundidad estos dos factores.

Todos los pacientes contestaron que esta es una enfermedad frecuente, la mayor parte de investigados contestó que este era el motivo por el que no se sentían “diferentes” del resto de personas, ya que es algo que aqueja a muchas personas y no debe ser visto como una “anormalidad”, sino que se tratan de molestias que simplemente ocurren y que pese a no tener cura tienen tratamiento cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida. Puesto que en su mayoría se tratan de pacientes que están en una fase tardía de la enfermedad, es decir que ya han estado bastante tiempo afectados por las molestias propias de esta patología; ya tienen identificados cuáles son las causas de su recaídas, de modo que el programa tomó en cuenta este factor para insistir en la idea de que tan pronto como se presenten estos síntomas, los individuos busquen ayuda de su médico y no dejen transcurrir más tiempo, dado que esto haría más difícil la superación de una crisis.

Durante la entrevista fue fundamental adentrarse en cómo los pacientes habían vivido crisis hipomaniacas, maniacas y depresivas. El análisis de las crisis hipomaniacas y maniacas demostró que principalmente los pacientes las vivían con una seria falta de sueño, cambios de humor e irritabilidad, se mencionaron también alucinaciones, ansiedad y somatización. Clínicamente los síntomas son: humor disfórico, presión psicomotriz, psicosis e irritabilidad y agresión, dándole mayor peso al humor disfórico. Otro tipo de conductas que se observan son: el aumento del gasto económico y el aumento del impulso sexual, lo que puede conducir a conductas de riesgo que afectan directamente a su salud física pero también afectan socialmente a quien las padece.

Las crisis depresivas fueron descritas por todos los individuos con: tristeza, decaimiento, desgano y falta de sueño, se dieron también respuestas como: falta de apetito y llanto fácil, pese a que una depresión no necesariamente

debe presentarse con llanto o tristeza, basta nada más que los pacientes sufran de un retardo psicomotor, evidenciado como decaimiento físico. Un diagnóstico de depresión bipolar, puede resultar complicado, ya que muchas veces puede confundirse con una depresión unipolar, sin embargo se puede tomar en cuenta que una depresión unipolar puede caracterizarse por episodios más graves y de mayor duración. En la depresión bipolar pueden presentarse con mayor intensidad los síntomas en la mañana, variaciones de humor y la actividad psicomotriz podría estar menos afectada en las depresiones unipolares.

Un 60% de los individuos investigados pueden percatarse tempranamente cuando inicia una recaída, mientras que un 40% no pueden percatarse. Al plantearles cómo se daban cuenta de ello, todos contestaron de forma diferente como: cuando ocurre un suceso grave, cuando existe llanto, temor a lo desconocido, debilidad física, entre otros.

Retomando el factor genético tres de los cinco pacientes afirmó que creen que este trastorno se puede transmitir a sus hijos. Esta afirmación se observó de manera concreta en la contestación de uno de los pacientes, que manifestó que uno de sus hijos padece esquizofrenia.

Tomando en cuenta que esta es una patología que afecta de forma radical los aspectos sociales de los pacientes, se formularon preguntas que buscaban indagar en la afectación que la patología ha tenido en su desenvolvimiento académico y profesional, a lo que la mayoría reportó no sentirse afectado. Los que contestaron que sí se sentían perjudicados, manifestaron que la molestia venía por el ausentismo en sus trabajos o en sus actividades académicas, sumado a la incomprensión de los demás. En sus relaciones con la familia dijeron sentirse incomprendidos y presentar reiteradas peleas. También dijeron presentar sentimientos de culpa por sentirse una carga y un motivo de sufrimiento para sus familiares especialmente para los que conviven directamente con el paciente. Dentro del aspecto amistoso, manifestaron tener bastantes amigos, pero existía permanentemente la idea de que ante la pérdida de los mismos, se debían acostumbrar a la idea de que "uno está solo en la vida" y se debe aprender a vivir en soledad.

En la pregunta ¿sabe qué ocurre si una persona con trastorno bipolar, nunca se trata? Los pacientes mostraron que existía una percepción y un conocimiento de que es una enfermedad que requiere tratamiento, por lo que el programa psicoeducativo se centró más en afianzar esta idea, basándose en las contestaciones de los individuos que nombraron que existe el riesgo de suicidio, el empeoramiento del cuadro clínico y la pérdida de memoria.

La adherencia farmacológica juega un papel de mucha importancia en el mejor pronóstico del trastorno bipolar, por lo que se consideró necesario conocer la percepción y la actitud que los pacientes tienen hacia la medicación. Todos los individuos se encuentran bajo un tratamiento farmacológico, pero ¿sabían ellos que efectos producirían estos? Los individuos optaron por respuestas diferentes como que la medicación se utilizaba para controlar el insomnio, para evitar la pérdida de memoria, pero en su mayoría coincidieron en que el principal objetivo de los medicamentos es estabilizar el humor de manera que este pueda ser controlado por el paciente. Reportaron que las molestias propias del tratamiento les producía: temblor de manos, ansiedad, mareos y problemas gástricos.

Del mismo modo tres de los cinco pacientes dijo saber como actúan las medicinas (estabilizadores del humor, antidepresivos, antipsicóticos) sin embargo fueron respuestas que en su mayoría fueron erróneas e incompletas. Este fue un indicador de que el programa psicoeducativo debía hacer énfasis en la explicación del tratamiento farmacológico.

Tomando en cuenta que todos los pacientes en algún período habían dejado la medicación sin la indicación de su psiquiatra, se indagaron los motivos y estos fueron porque sentían que su condición había mejorado, pero la falta de información llevó a que los individuos desconozcan que esto es algo que provoca recaídas graves y más duraderas.

Paralelamente con esta práctica, se suma el hecho de que los pacientes optan por terapias alternativas para tratar su patología, entre ellas: acuden a curanderos, aromaterapia y medicina natural, todos reportaron no haber encontrado resultados positivos.

El abuso de sustancias es muy común en pacientes con trastorno bipolar debido a su personalidad impulsiva, la entrevista pudo comprobar este factor, con el resultado de que el 60% de los pacientes consumen sustancias tóxicas, entre ellas el alcohol y el tabaco aumentando con esta conducta los riesgos de suicidio, recaídas y la prevalencia de conductas antisociales, como ellos mismos indicaron durante la entrevista.

La información obtenida, indica que los pacientes perciben su tratamiento como un fuerte gasto económico, debido al alto costo que tiene la medicación.

El 40% de individuos dijo nunca haber optado por una terapia psicológica. Básicamente la base del tratamiento del trastorno bipolar ha sido el tratamiento farmacológico con estabilizantes del estado de ánimo y a pocos individuos se les ha ofrecido psicoterapia. La meta de esta investigación implica destacar la necesidad de un tratamiento combinado, en el que la farmacología es lo esencial y el tratamiento psicológico permite no sólo abordar los problemas secundarios relacionados con el trastorno sino también mejorar los resultados para los pacientes bipolares. Esta intervención contiene elementos psicoeducativos en los que se promueve el cumplimiento terapéutico, la identificación precoz de los síntomas, se hace hincapié en la importancia de la estabilidad en el estilo de vida, y se evalúan las creencias de los pacientes sobre su salud y la conciencia de su trastorno.

Todos los pacientes indican haber estado hospitalizados alguna vez debido a su patología, en su mayoría dicen que la causa principal han sido recaídas.

Los miembros de la familia que generalmente son los curadores de los pacientes, son muy importantes en el tratamiento del trastorno bipolar. Ellos pueden ayudar a los pacientes a buscar apoyo profesional y ayudar a verificar que los individuos sigan con su terapia farmacológica. Tomando en cuenta este factor se indagó sobre las relaciones familiares que los pacientes tienen, cuatro de cinco pacientes, dijeron tener una mala relación con su familia.

Como paso final se aplicó el test PHQ que es un test que mide de manera sencilla estados depresivos. Se aplicó solo un test que mide depresión, porque los resultados no evidenciaron motivos para tomar uno que mida estados de manías. El 60% de pacientes resultaron con una depresión leve, lo que se

reportó no influía mucho o perjudicada al paciente en su vida. El 20% tenía depresión moderada y el otro 20% resultó con mínima depresión.

CAPITULO VII

7.1. Conclusiones

El trabajo de investigación se realizó con la colaboración de cinco pacientes, durante los meses de enero y febrero de este año. En la primera sesión se aplicó el cuestionario que se elaboró previamente, el resto de sesiones fueron de tipo psicoeducativas, se trabajaron dos sesiones por semana. Dos meses después de haber aplicado el programa psicoeducativo se realizó una sesión mas, donde se aplicó el test PHQ, a modo de seguimiento. Después de haber terminado la investigación se concluyó que:

1. Las entrevistas realizadas previo a la elaboración del programa psicoeducativo, evidenciaron que los pacientes no se sienten entendidos, no solo por sus familiares y personas que conviven diariamente con ellos, sino por sí mismos. El desconocimiento general sobre el trastorno hace que los individuos no tengan claro qué es lo que les ocurre, tanto en períodos de crisis como en períodos distímicos.
2. Se puede afirmar que este desconocimiento afecta el curso de la enfermedad, ya que se ve relacionado directamente con el mal cumplimiento terapéutico, que es un problema muy frecuente entre estos pacientes.
3. Este mal cumplimiento no solo se relaciona con el respeto a la toma de medicación preescrita por el médico, sino que también incluye aspectos de actitud y el comportamiento de los pacientes durante el curso de su tratamiento como: asistir a las consultas, regular sus hábitos y cumplir con las directrices del médico.
4. En casos más graves los pacientes abandonan los tratamientos psicológicos y psiquiátricos, haciendo cada vez más probable una segura recaída.
5. La escasa información que los pacientes poseen sobre la patología, les imposibilita tener "conciencia de la enfermedad".
6. El que los pacientes no se sientan entendidos no es un factor directo para las recaídas, sino que este factor influye sobre otros, y el conjunto de ellos agrava la condición de los pacientes.
7. El desconocimiento promueve que el problema no sea afrontado, que la situación no sea aceptada, y por ende no sea asumida, que la persona no

pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto de vida.

8. Durante la aplicación del programa psicoeducativo se determinó que con cada sesión se lograba que los pacientes experimenten una sensación de mejoría, por el simple hecho de entender y conocer de que se trata su patología. Esto se pudo evidenciar en el semblante de los pacientes y más concretamente con la constancia a la asistencia de talleres y el cumplimiento de las normas, de no ser así, esta meta no se hubiese cumplido.
9. Los pacientes se convencieron, se fortalecieron y se educaron acerca de su problema y durante el proceso se permitieron tomar decisiones favorables sobre su estilo de vida, con un énfasis especial en la colaboración de la relación, médico-paciente.
10. En el test "El Cuestionario de Salud del Paciente" (*Patient Health Questionnaire* -PHQ-) que exploraba aspectos sobre su estado de ánimo y costumbres adquiridas, reveló que la mayor parte de los pacientes presentaban síntomas de una depresión leve, lo que no se considera suficiente para tomarlo en cuenta como un episodio depresivo, sino como un estado de ánimo que puede resolverse con psicoterapia y que no requiere hospitalizaciones sino posibles cambios en la medicación.
11. El programa psicoeducativo no solo influye en la disminución del número de recaídas de los pacientes, sino también muestra eficacia en el aspecto profiláctico, lo que justifica la inclusión de la misma en la práctica clínica del psicólogo.
12. La psicoeducación al tener como objetivo principal reducir la ansiedad generada a partir del desconocimiento y desinformación, posibilita que los pacientes tengan conductas más adaptadas, menor ansiedad, y de este modo elevar su calidad de vida.

7.2. Recomendaciones

- Se requiere de más tiempo y de diferentes grupos de control, para un seguimiento más profundo; que permita una comprobación exacta de la mejoría en el transcurso de la enfermedad, por lo que se recomienda que la evaluación se realice después de varios meses, incluso años después de haber aplicado el modelo psicoeducativo
- La psicoeducación tiene como objetivo principal reducir la ansiedad generada a partir del desconocimiento y desinformación, posibilitando que los pacientes tengan conductas más adaptadas, menor ansiedad, y de este modo mejorar su calidad de vida.
- Es recomendable no aplicar la psicoeducación en un período en el que los pacientes se hallen en una crisis o recaída, ya que se los puede abrumar u obsesionar con demasiada información, dado que el fin de la psicoeducación no es convertir a los pacientes en expertos sobre su enfermedad, sino lograr una reestructuración a nivel cognitivo, que les permita la aceptación de la enfermedad y su tratamiento, para ello se deben evaluar los aspectos positivos de la aplicación de la psicoeducación sobre los posibles riesgos.
- Al comenzar el programa psicoeducativo, se debe advertir a los pacientes que este proceso requiere de constancia y que sus beneficios se verán a largo plazo. Los pacientes deben tener claro que no habrán resultados en la primera o segunda sesión. Se trata de un proceso que requiere paciencia y el terapeuta debe hacer énfasis en esa explicación.
- La psicoeducación debe realizarse siempre que los pacientes se hallen en un período asintomático, ya que de nada sirve iniciar un grupo con pacientes agudos. La familia puede colaborar o participar en grupos familiares, pero dentro del programa nunca se mezclarán pacientes y familiares en un mismo grupo. Ya que la psicoeducación que reciben los familiares se halla en un formato diferente.
- La psicoeducación debe considerarse como un espacio donde el psicólogo debe promover el protagonismo de los pacientes en el cuidado de su salud. El logro de este objetivo, esta en relación a la capacidad del psicoeducador en transmitir esta idea.
- Durante el programa se habla de una adherencia farmacológica. El terapeuta debe ser muy cuidadoso en este punto, ya que debe resaltar el

beneficio que tiene tomar la medicación y la importancia de responsabilizarse frente a este hecho. Pero al transmitir esta información no debe establecer un tiempo determinado para el uso de la medicación, ya que eso puede crear que los pacientes se sientan "incapacitados" o con una "condena de por vida". El manejo del lenguaje terapéutico es esencial en este punto.

BIBLIOGRAFIA

9.1. Libros

- Akiskal HS (2003). *Historia familiar: validez de la naturaleza bipolar dentro de estados mixtos depresivos*. Buenos Aires: J. Affect Disord.
- Akiskal HS. (1991). *Desorden ciclotimico: validando criterio de inclusión dentro del grupo bipolar*. Buenos Aires: Am J. Psychiatry.
- Akiskal HS. (2003) *Bipolar II con y sin temperamento ciclotimico*, Buenos Aires: J. Affect Disord.
- Akiskal HS. (2003) *Distimia y ciclotimia en la práctica psiquiátrica un siglo después de Kraepelin*. Buenos Aires: J. Affect Disord.
- Akiskal HS. (2003) *Espectro bipolar: nuevos conceptos en la clasificación y el diagnóstico*. Madrid: American Psychiatry Press.
- Akiskal, Hagop...(et.al.). (2006) *Trastornos bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Apa. (2002) DSM IV TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. MASSON.
- Ardeson Carol, Reiss Douglass y Hogarty Gerar. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Colom Francesc y VIETA Eduardo. (2007) *Convivir con el trastorno bipolar*. Madrid – España: Editorial Médica Panamericana.
- Daniel Sánchez (2000). *Terapia familiar: Modelos y técnicas*. Santa fé Bogota. Editorial El manual moderno.
- Glen O. Gabbard, M.D. (2002) *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires – Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Jacques Chazaud. (1982). *La melancolía*. Barcelona: Editorial Herder.
- Jean Ménéchal. (1996). *Introducción a la psicopatología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Juan M. Fernández Millan (2005). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Judd LL. Akiskal H.S. (2003). *The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the U.S. population: re-analysis of the ECA*, Department of Psychiatry, University of California, San Diego (UCSD),

- María Fé Bravo. (2002). *Psicofarmacología para Psicólogos*. España: Editorial Síntesis.
- Pio Shandi. (1980). *Psicología de grupos*. Barceloana: Editorial Herder
- Vieta Eduardo. (2005) *Trastornos bipolares: avances clínicos y terapéuticos*, Madrid – España: Editorial Médica Panamericana.
- Wendy W. Sheffield y Shirley E. Cox. (2004). *Programa de desarrollo familiar*. Colombia: Facultad de trabajo social de Brigham Young University.

9.2 Revistas

- Jenny García Valencia, M.D. MSc, (2003), *Efecto de agregación familiar en la caracterización clínica del trastorno afectivo bipolar tipo I en pacientes de la población antioqueña*. Colombia: Revista colombiana de psiquiatría, Publicación de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Nora Rosero, Ricardo Sánchez y Elena Martín (marzo, 2000). *Síndrome maníaco: determinación de la estructura factorial*. Colombia: Revista colombiana de psiquiatría, Publicación de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Roy Chengappa, (2008). *¿Cuáles son los factores clínicos que predicen la respuesta al litio en profilaxis*. Bipolar disorders, An International Journal of Psychiatry and Neurociencias. España: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. Edición Española
- Roy Chengappa, (2008)., *Trastornos bipolares en niños y adolescentes: ¿Nos estamos acercando a la frontera definitiva?*, Bipolar disorders, An International Journal of Psychiatry and Neurociencias. España: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. Edición Española
- S.J. Taylor y R. Bogdan.(1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación "La búsqueda de significados"*. Buenos Aires: Editorial Paídos

9.3 Páginas web

- Consejos contra el estrés: cómo evitar el estrés (2009) Recuperado el 5 de enero del 2010 <http://www.naturpsico.net/consejos-contra-el-estres-como-evitar-el-estres/>
- Hogarty, GE, Anderson, CM, Reiss, D, et al. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Recuperado el 6 de octubre del 2010, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Psicoeducaci%C3%B3n#Historia>
- MedlinePlus (enero de 2009). «Trastorno bipolar» (en español). Enciclopedia médica en español. Consultado el 23 de abril de 2010. www.medlineplus.com
- Nicanor Aniorte Hernández (2009). Introducción a la sistémica y terapia familiar. recuperado el 24 de enero del 2010, http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_terap_famil.htm
- Thomas D´Zurilla y Marvin Goldfried (1971). Técnica de Solución de Problemas. recuperado el 6 de febrero de 2010. http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/9/Usr/lujose/solucion_problemas.htm
- Wikipedia, Terapia Electro convulsiva. recuperado el 17 de enero del 2010, http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia_electroconvulsiva.

ANEXOS

ANEXO 1

Entrevistas aplicadas a los pacientes.

Nota: la muestra (19 a 60 años) y el lugar donde se realizó el trabajo (Hospital de la Policía No1) de tesis fue cambiado, previa autorización del Profesor guía, debido a la falta de pacientes en la institución planteada en un inicio. (Hospital Psiquiátrico Julio Endara).