

Universidad de Palermo  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Abordaje terapéutico del trastorno Bipolar I desde el Modelo Estratégico de  
Resolución de Problemas

Alumna: Trezza María Belén

Tutora: Dra. Nora Gelassen

Buenos Aires, Noviembre 2017

## Índice

1. Introducción .....	2
2. Objetivos .....	2
2.1. Objetivo general. ....	2
2.2. Objetivos específicos. ....	3
3. Marco Teórico .....	3
3.1. Historia del trastorno bipolar. ....	3
3.2. Criterios diagnósticos del trastorno bipolar. ....	5
3.3. Epidemiología del trastorno bipolar. ....	7
3.4. Curso y pronóstico. ....	8
3.5. Comorbilidad del trastorno bipolar. ....	9
3.6. Tratamiento del trastorno bipolar. ....	11
3.6.1. Tratamiento farmacológico. ....	11
3.6.2. Tratamiento Psicosocial. ....	13
3.7. Modelo Estratégico de Resolución de Problemas. ....	16
4. Metodología .....	21
4.1. Tipo de Estudio .....	21
4.2. Participantes. ....	21
4.3. Instrumentos. ....	21
4.4. Procedimiento. ....	22
5. Desarrollo .....	22
5.1. Antecedentes del caso .....	23
5.2. Describir la sintomatología inicial del paciente. ....	24
5.3. Describir las intervenciones realizadas por el terapeuta dirigidas al paciente y al subsistema de intervención de impacto, desde el modelo estratégico de resolución de problemas. ....	26
5.3.1. Primer episodio en la institución. ....	26
5.3.2. Segundo episodio en la institución. ....	30
5.3.3. Tercer episodio en la institución. ....	36
5.4. Describir los cambios producidos a lo largo del proceso terapéutico en relación a la sintomatología inicial presentada .....	37
6. Conclusiones .....	40
7. Bibliografía .....	44

## **1. Introducción**

El presente trabajo final integrador se constituye a partir de las prácticas de habilitación profesional que se realizan en un instituto psicoterapéutico de abordaje sistémico. Esta institución se encuentra ubicada en CABA, brinda servicios de salud a pacientes con cobertura médica privada (obra sociales y prepagas), y dicta cursos de posgrado y formación para profesionales.

Los equipos especializados que integran la institución se dividen en: Equipo de Psiquiatría-emergencias psiquiátricas e internación, Equipo de Psiquiatría-consultorios externos y atención a domicilio, Niños, Orientación a padres, Parejas, Sexología, Terapia Grupal, Trastornos de Personalidad y Trastornos antisociales-Terapia familiar multisistémica.

Este centro aplica un sistema de evaluación, que se inicia con una entrevista de admisión por profesionales seleccionados para esta tarea, con el fin de arribar a un diagnóstico y trazar un primer plan de trabajo. Posteriormente el paciente es derivado a un terapeuta que será seleccionado según la temática del *problema* del paciente y la zona de residencia del mismo. El terapeuta recibirá a través de un sistema informatizado toda la información recabada en la entrevista de admisión y las primeras líneas que orientarán su trabajo. Una vez avanzado el tratamiento el terapeuta supervisará el avance del proceso terapéutico hasta culminar el mismo.

La institución fue seleccionada debido al interés en el Modelo Estratégico de Resolución de Problemas que es utilizado allí; éste es un modelo de terapia sistémica, breve y focalizada. La práctica profesional constó de una duración total de 280 horas. Las tareas realizadas fueron variadas aunque pueden dividirse en tareas administrativas como video desgravaciones de sesiones de cámara Gesell, subtítulo de las mismas, búsqueda de información para base de datos, traducción de bibliografía terapéutica de inglés a castellano; observación directa de pacientes a través de cámaras Gesell (en sesiones individuales o entrevistas de admisión) y asistencia a reuniones de supervisión de casos empantanados y de pareja. El caso seleccionado para realizar el presente trabajo profesional ha sido seleccionado por su posibilidad de observación a través de cámara Gesell y el acceso a la historia clínica completa del paciente.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general.**

Describir el proceso terapéutico de un caso único de Trastorno Bipolar tipo I desde la perspectiva del modelo estratégico de resolución de problemas.

## 2.2. Objetivos específicos.

Describir la sintomatología inicial del paciente.

Describir las intervenciones realizadas por el terapeuta, dirigidas al paciente y al subsistema de intervención de impacto, desde el modelo estratégico de resolución de problemas.

Describir los cambios producidos a lo largo del proceso terapéutico en relación a la sintomatología inicial presentada.

## 3. Marco Teórico

### 3.1. Historia del trastorno bipolar.

En 1854, Jules Falret utiliza el término *folie circulaire*; para describir episodios maníacos y melancólicos diferenciados entre sí por intervalos sin síntomas. La mayoría de los autores de la época describieron a la locura circular como una enfermedad recurrente y ésta se convirtió en el grupo más grande de psicosis que abarcaba manía periódica, melancolía periódica, y trastornos cíclicos periódicos (Angst & Sellaro, 2000). En 1882, Karl Kahlbaum, introduce el término *ciclotimia* con el que denomina una enfermedad que se constituye por episodios alternantes y recurrentes de depresión o *distimia* y de hipomanía o *hipertimia* (Conti, 2006).

Sin embargo en 1899, es Emil Kraepelin quien introduce el término *locura maniaco depresiva* y explica que si bien todo trastorno afectivo es la expresión, en mayor o menor medida, de un trastorno endógeno y genético, la locura maniaco depresiva es su forma más grave. Más tarde, en 1909, utilizará el término depresión para referirse a todos los estados de tristeza en general y lo diferencia de la melancolía, la cual referirá específicamente solo a una de las formas que la depresión podría adoptar. De este modo sustituirá el par *manía-melancolía*, utilizado en la época, por *manía-depresión* y es a partir de allí que el término depresión será el más utilizado para referirse a estados de tristeza en general (Conti, 2006). La diferenciará también de la demencia precoz, como se denominaba anteriormente a la esquizofrenia (Sadock & Sadock, 2008).

Emil Kraepelin unificó el punto de vista para la clasificación de los trastornos del estado de ánimo incluyendo dentro del trastorno maniaco-depresivo al trastorno bipolar en un grupo que comprendía un único episodio maniaco y depresión recurrente; este desorden tenía un buen pronóstico y no avanzaba necesariamente a una demencia grave, aunque el autor consideraba la existencia de estados residuales leves, luego de cada episodio y la presencia de fluctuaciones entre estos (Angst & Sellaro, 2000).

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM IV (American Psychiatric Association, 1995), en el capítulo de los trastornos del estado de ánimo, se incluyen los trastornos bipolares basándose en las descripciones del propio Kraepelin (Cetkovick-Bakmas, 2006). Se describe al estado de ánimo como un tono vital dominante y sostenido que afecta el comportamiento de la persona y su percepción del mundo, mientras que el afecto es la expresión del estado de ánimo. Las personas sanas poseen una amplia variedad de estados de ánimo y expresiones afectivas, y generalmente experimentan poseer control sobre ellas. En cambio las personas que padecen trastornos en el estado del ánimo se caracterizan por la pérdida de la experiencia subjetiva de control y la vivencia de sufrimiento subjetivo de malestar. Según este manual, el estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido (Sadock & Sadock, 2008).

El DSM IV inicia la sección de *trastornos del estado del ánimo* con la descripción de los episodios afectivos que Kraepelin denominó “accesos” (maníacos, hipomaníacos, depresivos y mixtos). Al igual que el DSM IV el DSM-IV-TR (APA, 2001) distingue el TB I del TB II y la ciclotimia. El TB I se caracteriza porque el paciente sufre episodios maníacos; mientras que el TB II si bien experimenta síntomas maníacos, estos no satisfacen todos los criterios para el diagnóstico de manía, por lo que los denomina hipomanía. En cambio la ciclotimia presenta episodios recurrentes de hipomanía y depresión subclínica. No obstante los profesionales de la clínica argumentaron que existiría una variedad mayor de expresión fenotípica del TB y por este motivo, una de las críticas a esta clasificación fue que con ella no es posible diagnosticar formalmente al menos la mitad de los pacientes en tratamiento. Debido a esto fue necesario clasificarlos dentro del trastorno bipolar no especificado con el objetivo de que los pacientes tuviesen acceso al tratamiento farmacológico (García Blanco, Sierra, & Livianos, 2014).

Es por ello que el DSM 5 ofrece una visión multidimensional del trastorno incluyendo síndromes subclínicos y estimulando así la heterogeneidad del TB en la investigación (García Blanco, Sierra, & Livianos, 2014). Otra diferencia sustancial entre DSM-IV-TR y el DSM 5 es que, a pesar que en los trastornos bipolares y en los trastornos depresivos hay especificadores y episodios compartidos (Rodríguez Testal, Senin Calderon, & Perona Garcelán, 2014), en el DSM 5 el trastorno bipolar se encuentra en un apartado diverso del de los trastornos depresivos, pero a su vez situado entre éste y el capítulo dedicado a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, por su condición de nexo entre estas dos clases diagnósticas (APA, 2014).

Este manual plantea clases diagnósticas ubicadas por afinidad de características y criterios evolutivos; y dentro de cada clase existe además, un criterio cronológico relativo al inicio: en la infancia, adolescencia o adultez (Rodríguez Testal, Senin Calderon, & Perona Garcelán, 2014). Se plantea un espectro de bipolaridad y se indican diferentes especificaciones entre las que se destacan como novedosas: con síntomas de malestar ansioso, con síntomas mixtos, con síntomas psicóticos congruentes y con síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo. La diferencia con el DSM-IV-TR se presentaba en que en este, el episodio mixto era aplicable solo a los trastornos bipolares (Rodríguez Testal, Senin Calderon, & Perona Garcelán, 2014).

### **3.2. Criterios diagnósticos del trastorno bipolar.**

Según García Blanco, Sierra y Livianos (2014), los trastornos bipolares son un conjunto de alteraciones clínicas caracterizadas por la pérdida del control de las emociones y la vivencia de sufrimiento subjetivo. Los cambios anímicos inherentes a esta enfermedad generalmente causan un gran deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral a quien los padece y es por ello que el TB es considerado un trastorno psiquiátrico grave, crónico e incapacitante. Los dos síntomas básicos de los trastornos del estado del ánimo son la depresión y la manía. Dado que los episodios depresivos pueden presentarse en el trastorno depresivo como en el TB I, se han intentado encontrar diferencias que puedan identificar cada caso, a pesar de ello no se han hallado evidencias fiables; por esta razón solo la historia del paciente, sus antecedentes y la evolución del propio trastorno es lo que ayudará a diferenciarlos (Sadock & Sadock, 2008). Para el diagnóstico de trastorno bipolar I es necesario que se cumplan los criterios de un episodio maníaco; antes o después de este pueden haber existido episodios hipo-maníacos o episodios de depresión mayor (APA, 2014).

Un episodio maníaco puede definirse como un lapso de tiempo donde el estado de ánimo es anormalmente elevado, expansivo o irritable (APA, 2014), este estado de ánimo elevado suele ser eufórico y contagioso debido a que los individuos se muestran más habladores de lo habitual, hiperactivos y divertidos. Sin embargo los síntomas de manía pueden también manifestarse en un estado de irritabilidad, especialmente cuando la manía ha estado presente por un largo tiempo o cuando los planes ambiciosos del paciente se frustran; estos pacientes poseen baja tolerancia a la frustración, lo que los lleva a manifestar sentimientos de enojo y mostrarse hostiles. Además suelen ser emocionalmente lábiles y es usual que alternen estados de irritabilidad y depresión en minutos u horas (Sadock & Sadock, 2008). Para su diagnóstico es necesario evidencia de un anormal aumento y persistencia de la

actividad o la energía con la presencia de al menos tres de los ulteriores síntomas, o cuatro si el estado de ánimo es solo irritable: Aumento de la autoestima o presencia de sentimiento de grandeza, merma de la necesidad de dormir, aumento de la necesidad de hablar y presionar para continuar una conversación, pueden presentar fuga de ideas o percepción de pensamientos a gran velocidad, presentan facilidad de distracción debido a que la atención cambia rápidamente a causa de estímulos externos irrelevantes, manifiestan además aumento de la actividad dirigida a un objeto (social, sexual, trabajo o escuela) o agitación psicomotriz, e involucramiento en actividades que tienen altas posibilidades de consecuencias potencialmente dolorosas. Este estado dura como mínimo una semana (o menos en el caso que el paciente requiera hospitalización), está presente la mayor parte del día, casi todos los días. Estos cambios deben ser lo suficientemente graves para causar deterioro en la vida social o laboral, o bien; que signifique un peligro para él o terceros, pudiendo considerarse necesaria la hospitalización en caso de presentarse características psicóticas (APA, 2014). En los pacientes que presentan estados maníacos ocasionalmente se evidencian también estados delirantes, las ideas delirantes aparecen en un 75% de los casos. A estas se las considera *congruentes con el estado de ánimo* cuando se manifiestan con riqueza, capacidades o poderes extraordinarios aunque también pueden presentarse *no congruentes con el estado de ánimo* (Sadock & Sadock, 2008).

Mientras que los episodios hipomaníacos que pueden aparecer en el trastorno bipolar presentan las características similares a las descritas para los episodios maníacos pero por un período de al menos cuatro días y están presente la mayor parte del día, todos los días. Si bien la alteración del estado del ánimo es notoria para terceros, el episodio no representa una alteración sumamente importante para causar disfunciones en el ámbito social o laboral del paciente o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco. Por otro lado es necesario aclarar que si bien los episodios hipomaníacos son frecuentes en el trastorno bipolar I, no es necesaria su existencia para el diagnóstico (APA, 2014).

En los episodios depresivos los síntomas más característicos son un estado de ánimo triste y la pérdida de interés o placer la mayor parte del día durante al menos dos semanas. Los pacientes suelen manifestar sentir tristeza y desesperanza, suelen describirlo como dolor emocional angustioso pero a pesar de ello son incapaces de llorar. Puede presentar también aumento o disminución del apetito, insomnio, hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de la energía casi todos los días; ocasionalmente aparecen

sentimientos de culpa excesiva o inadecuada, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; así como pensamientos de muerte, ideas suicidas o intentos de suicidio de manera recurrente, con o sin plan específico de acción. Dos tercios de todos los pacientes con depresión tienen ideas de suicidio y entre el 10-15 % de ellos lo cometen. Los síntomas descritos deben originar malestar clínicamente significativo o deterioro de la vida social, laboral o de otras áreas de funcionamiento importantes para el paciente (APA, 2014; Sadock & Sadock, 2008).

En el DSM 5 el código diagnóstico del trastorno bipolar I se clasifica a su vez basándose en el tipo de episodio actual o más reciente: Episodio maníaco actual o más reciente, Episodio hipomaníaco actual o más reciente, Episodio depresivo actual o más reciente o, Episodio no especificado actual o más reciente. Bajo estas cuatro categorías deberá clasificarse según la gravedad actual del cuadro (leve, moderado o grave) y/o la presencia de características psicóticas y el estado de remisión (Con características psicóticas, En remisión parcial, En remisión total o, No especificado). Y a continuación tantos especificadores como sean necesarios. El especificador de características mixtas se aplica a episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos actuales en TB I y II. En los *episodios maníacos e hipomaníacos con características mixtas*, se deben cumplir todos los criterios de uno de estos dos episodios base y al menos 3 de los síntomas característicos de los episodios depresivos. Mientras que en los *episodios depresivos con características mixtas* será de modo contrario. En los pacientes que los síntomas cumplen todos los criterios de manía y depresión a la vez, el diagnóstico será *episodio maníaco con características mixtas* (APA, 2014).

### **3.3. Epidemiología del trastorno bipolar.**

El término espectro bipolar (EB) se utiliza para denominar el campo más amplio de los trastornos bipolares más allá de la clásica manía o TB I (Vazquez, 2014). Existe un fuerte reconocimiento respecto de este término para denominar alteraciones del estado de ánimo que van desde perturbaciones anímicas graves hasta fluctuaciones del estado de ánimo no patológicas (García Blanco, Sierra, & Livianos, 2014).

Un estudio realizado a nivel mundial en 2011, arrojó que la prevalencia para el EB es del 2,4% y del 0,6% para el TB I (Kathleen R. Merikangas, Robert Jin, Jian-Ping He, & al, 2011). Si bien el TB puede iniciar en cualquier período del ciclo vital (APA, 2014), Vázquez (2014) sostiene que suele manifestarse a edades tempranas en forma de cuadros depresivos de inicio brusco. Sin embargo a pesar que la edad de inicio más frecuente es en la adolescencia tardía o adultez temprana, la mitad de los pacientes presentan episodios alrededor de los 25

años. En suma, los expertos consideran que la edad de inicio posee relación directamente proporcional con la gravedad del subtipo (García Blanco, Sierra, & Livianos, 2014).

Entre los casos que comienzan con una depresión, las mujeres representan el 75% de las ocasiones mientras que los varones el 67%. De todos modos, este primer episodio, puede eventualmente manifestarse con un primer episodio de cuadros maníacos o hipomaníacos. Es importante también considerar que a pesar que la mayoría de los pacientes presentan episodios de depresión y manía, existe un porcentaje del 10-20% que manifiesta exclusivamente episodios de manía. En la mayoría de los casos estos episodios son de inicio rápido (horas o días) aunque pueden perdurar durante algunas semanas (Sadock & Sadock, 2008).

En cuanto al TB I la edad de inicio promedio es alrededor de los 18 años. Existen diferencias significativas en relación al género, las mujeres tienen mayor probabilidad de manifestar ciclados rápidos y mixtos y, en aquellas con TB I y II es más frecuente que manifiesten cuadros depresivos en comparación con los hombres, así como también tienen mayor riesgo de presentar trastorno por consumo de alcohol a lo largo de la vida (APA, 2014). Los hombres, en cambio, suelen presentar manía unipolar con mayor duración de estos episodios y a edades más tempranas (García Blanco, Sierra, & Livianos, 2014).

### **3.4. Curso y pronóstico.**

García Blanco, Sierra y Livianos (2014) sostienen que el trastorno bipolar tiende a presentar evolución crónica y recurrente, aunque existen diferencias en el número de episodios que los pacientes experimentan. Aquellos que presentan más episodios evidencian una menor posibilidad de recuperación al igual que quienes experimentan ciclados rápidos (más de 4 episodios en un año). Estos últimos poseen una prevalencia del 20% de los casos.

En un estudio realizado a nivel mundial, se analizó la evolución de los últimos 12 meses en pacientes con TB y se observó que a pesar de que el deterioro es similar en todos los subtipos, los casos que presentan episodios depresivos revelan mayor gravedad de los síntomas; en comparación con los episodios maníacos. Se encontró además que, entre quienes manifestaron discapacidad grave y muy grave, el 74,0% de los casos correspondían a pacientes con episodios depresivos y el 50,9% a quienes experimentaron episodios maníacos (Kathleen R. Merikangas, Robert Jin, Jian-Ping He, & al, 2011). Si bien a medida que el trastorno progresa, el tiempo entre episodios disminuye, luego de 4 o 5 episodios este intervalo suele consolidarse en periodos de 6 a 9 meses. Por otro lado cuando el episodio maníaco se manifiesta con rasgos psicóticos, los próximos episodios tienden a repetirse con

iguales características. Si estos son además incongruentes con el estado de ánimo, es más frecuente que la recuperación interepisódica sea incompleta (Sadock & Sadock, 2008).

De los pacientes con TB I se extrajo que el 66,6% de los casos presentó episodios de manía o hipomanía, el 76,5% episodios de manía y el 74,5% episodios combinados (Kathleen R. Merikangas, Robert Jin, Jian-Ping He, & al, 2011). Un tercio de los pacientes con TB I presenta síntomas crónicos y vestigio de deterioro social significativo, en particular si el trastorno está mal controlado; suele suceder que el paciente presente consecuencias interpersonales significativas como perder el empleo (hasta el 30% del tiempo no pueden llevar a cabo sus funciones laborales), tener conflictos familiares y llegar a una separación matrimonial. Otros puntos asociados al mal pronóstico es su deficiente funcionamiento social previo y los diagnósticos comórbidos asociados (García Blanco, Sierra, & Livianos, 2014).

Uno de los factores de riesgos de padecer TB más sólido es una historia familiar de TB (Sadock & Sadock, 2008). Si uno de los padres tiene algún trastorno del estado del ánimo, su hijo tendrá entre un 10-20% de riesgo de padecerlo también; el riesgo se duplica si ambos padres están afectados y a su vez, aumenta cuantos más miembros de la familia estén afectados y se considera de mayor riesgo si estos familiares son de primer orden. Del mismo modo la presencia de una enfermedad grave representará un factor de mayor riesgo (Sadock & Sadock, 2008). Si bien la evidencia demostraría el carácter hereditario de estas patologías; sería el entorno, el estrés y los factores psicosociales los que explicarían la predisposición a la enfermedad que se hereda. Existen mayores tasas de prevalencia de TB I entre individuos separados, divorciados y viudos que entre las personas casadas y las que nunca lo han estado (Sadock & Sadock, 2008). La pérdida temprana de los padres es otro factor de riesgo significativo para el TB, en particular si el niño es menor a 5 años de edad, este riesgo declina a medida que le niño tiene más edad, pero; continúa siendo significativo para todas las muertes, antes de que el niño tenga 15 años (Mortensen, Pedersen, Melbye, Mors, & Ewald, 2003).

### **3.5. Comorbilidad del trastorno bipolar.**

Según un estudio realizado a nivel mundial en 2011 el 75% de las personas dentro del espectro del trastorno bipolar (EB) cumplen los criterios para el diagnóstico de otro trastorno de por vida y la mitad de ellos calificaron con 3 o más trastornos comórbidos, siendo los trastornos de ansiedad y en particular los ataques de pánico; los más frecuentes (62.9%); luego se ubican los trastornos de conducta (44.8%) y posteriormente los trastornos por consumo de sustancias (36.6%) (Kathleen R. Merikangas, Robert Jin, Jian-Ping He, & al,

2011). Dentro de estos últimos, el trastorno por consumo de alcohol se presenta en más de la mitad de los pacientes, y la combinación de ambos; muestra mayor riesgo de intentos de suicidio. A su vez, los trastornos de ansiedad se asocian con un aumento del deterioro psicosocial, el incremento de la gravedad de la enfermedad y, al igual que los trastornos por consumo de sustancias, con mayor riesgo de suicidio (García Blanco, Sierra, & Livianos, 2014). Si bien muchos individuos recuperan su nivel funcional, alrededor de un 30% de los casos muestra alteraciones graves, siendo las alteraciones cognitivas las que podrían representar la causa del deterioro (APA, 2014).

El riesgo de suicidio de pacientes con TB 1 es 15 veces más alto en comparación con población general (APA, 2014). Y al hacer la comparación entre los distintos subtipos del TB se encontró que para el TB I la prevalencia es de 1 cada 4 personas, y de 1 cada 5 personas para el TB II; mientras que para el TB subumbral es de 1 cada 10 personas (Kathleen R. Merikangas, Robert Jin, Jian-Ping He, & al, 2011).

Otros trastornos asociados al TB son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de personalidad (García Blanco, Sierra, & Livianos, 2014). Se ha encontrado también que el síndrome metabólico y la migraña se presentan con mayor frecuencia en estos pacientes comparado con la población general (APA, 2014). Sin embargo algunos autores sostienen que si bien existe una relación entre el TB y estos trastornos asociados, aún no está claro si son verdaderamente trastornos comórbidos, si suceden como consecuencia del tratamiento o si son una combinación de ambos. Consideran también que la dirección de la causalidad entre el TB y el abuso de sustancia es aún incierta (Krishnan, 2005).

Un estudio realizado en 2005 en Nueva Zelanda; con una muestra de pacientes con TB I y II, encontró que existirían diferencias de género en los trastornos comórbidos asociados al TB. Entre los hombres el abuso y dependencia de alcohol o cannabis fue dos veces más común que en mujeres, el trastorno de conducta fue cuatro veces más frecuente y; se evidenció que de cada 5 hombres, ninguna mujer padecían juego patológico. Los hombres mostraron mayor probabilidad de tener trastornos de conducta y ser incapaces de mantener una conversación durante un episodio de manía. Por su parte las mujeres mostraron 10 veces más probabilidades de diagnóstico comórbido de trastornos alimentarios y cambios de peso, apetito e insomnio medio durante los episodios de depresión (Kawa, y otros, 2005).

Debido a su inicio temprano y cronicidad el TB es responsable de la pérdida de más años de vida ajustados por discapacidad que las distintas formas de cáncer y afecciones

neuroológicas (como epilepsia o Alzheimer). Según las estimaciones de prevalencia mundial se indica que alrededor del 1,0% de la población general cumple con criterios para el TB I (Kathleen R. Merikangas, Robert Jin, Jian-Ping He, & al, 2011).

### **3.6. Tratamiento del trastorno bipolar.**

#### **3.6.1. Tratamiento farmacológico.**

El tratamiento farmacológico del TB se divide en dos fases, la fase aguda y la fase de mantenimiento. Del mismo modo el tratamiento implicará procedimientos diversos para el paciente según esté atravesando la fase de manía, hipomanía o depresión (Sadock & Sadock, 2008). El tratamiento de mantenimiento evita futuros episodios y, en consecuencia, el costo económico y el sufrimiento del paciente y su familia. Además, el tratamiento a largo plazo estaría asociado con la merma del deterioro como consecuencia del número de episodios previos (British Psychological Society, 2006).

Si bien no existe una definición universalmente aceptada para los estabilizadores del estado de ánimo o antirrecurrenciales (EEA), estos podrían definirse como un fármaco que trata los dos polos del TB y protege frente el retorno de ambos. El valproato, la carbamazepina y el litio son los EEA más tradicionales, aunque también se utilizan otros como lamotrigina y olanzapina. Estos fármacos difieren en el polo en que hacen su efecto, la lamotrigina acciona principalmente sobre el polo depresivo, mientras que los otros poseen mayor eficacia en el tratamiento de la manía (British Psychological Society, 2006). Para el tratamiento del TB I; en general; el litio es el fármaco más habitual, aunque los efectos secundarios pueden limitar su uso y por ello es necesario seguir un estricto control clínico y de laboratorio. Debido a que su inicio de acción antimaniaco puede ser lento, suele complementarse con antipsicóticos atípicos, anticonvulsivos, timorreguladores o benzodiazepinas de alta potencia al inicio del tratamiento (Sadock & Sadock, 2008).

Frente al tratamiento de la fase aguda de la manía la carbamazepina ha sido un fármaco muy utilizado, así como el valproato que es indicado casi exclusivamente para este período debido a su rápido efecto de respuesta. Por otro lado, los anticonvulsivos benzodiazepínicos de alta potencia, como Clonazepam y Lorazepam, mostraron eficacia y; generalmente son utilizados para potenciar el tratamiento en agitación maniaca aguda, insomnio, agresión, disforia y angustia (Sadock & Sadock, 2008). En la última década se ha acumulado evidencia de la efectividad de varios antipsicóticos atípicos para el tratamiento del TB en general (British Psychological Society, 2006). Estos mostraron eficacia frente a la manía; sin embargo, en contraposición con los típicos como el haloperidol y la clorpromazina,

los atípicos son menos fiables para limitar el potencial postsináptico excitador y la discinesia tardía, pero presentan menos efectos adversos que los típicos (Sadock & Sadock, 2008).

Para el tratamiento de la depresión bipolar aguda el uso de los antidepresivos es controvertido, y en particular en ciclamores rápidos y en pacientes con episodios mixtos, debido a que pueden inducir ciclos de manía e hipomanía (Sadock & Sadock, 2008). Sin embargo, para algunos autores esta creencia generalizada no ha sido confirmada ni refutada aún por los estudios controlados con placebo. Otra limitación es que los antidepresivos estándar, aunque han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la depresión unipolar, en la depresión bipolar los datos que proporcionan soporte para su uso no son suficientes para guiar la práctica clínica. En un estudio publicado en 2007 se encontró que los resultados del tratamiento de la depresión unipolar con EEA, proporcionó similar beneficio que en aquellos pacientes tratados con EEA más un antidepresivo estándar (bupropion o paroxetina). Estos grupos tampoco mostraron diferencias significativas en los efectos adversos, como el cambio a la manía (Sachs, y otros, 2007). A pesar de ello aún en la mayoría de los tratamientos de la depresión bipolar aún se utilizan antidepresivos con timorreguladores, una combinación de olanzapina y fluoxetina puede ser eficaz y no inducir a cambios de manía o hipomanía (Sadock & Sadock, 2008).

En el tratamiento de mantenimiento a largo plazo del trastorno bipolar el litio, la carbamacepina y el ácido valproico, solos o en combinación, son los fármacos más utilizados, así como la lamotrigina, ya que presenta propiedades antidepresivas profilácticas y reguladoras del estado del ánimo. Es preciso destacar que la prevención de las recurrencias en los trastornos afectivos es uno de los mayores problemas que deben enfrentar los profesionales, ya que el objetivo del tratamiento no solo deberá considerar el mantenimiento de la eutimia, sino evitar los efectos secundarios derivados de la medicación que puedan afectar el funcionamiento normal del paciente. Algunos de los efectos producidos por la retirada de la medicación es sedación, deterioro cognitivo, temblor, aumento de peso y erupciones cutáneas (Sadock & Sadock, 2008).

En cuanto al tratamiento de los adultos mayores (65 años o más), si bien es igual que para otros adultos, es necesario considerar otros factores como las diferencias farmacocinéticas y las comorbilidades. Estos pacientes suelen necesitar dosis más bajas de medicamentos que los más jóvenes. Suelen ser más susceptibles a reacciones adversas como hipotensión postural y caídas, sangrado gastrointestinal con los inhibidores recaptación de serotonina (IRSS), la tolerancia al litio es menor y en consecuencias puede haber signos de

neurotoxicidad en dosis consideradas terapéuticas para población general. Respecto a la ingesta de valproato suelen ser más propensos a la sedación, temblores o trastornos en la marcha (British Psychological Society, 2006).

Lolich, Vázquez y Leiderman (2010) sostienen que el trastorno bipolar en fase inicial es un desafío diagnóstico y terapéutico. Dado que la mayor parte de los primeros episodios suelen manifestarse en la polaridad depresiva, un primer tratamiento con antidepresivos podría generar una posterior merma en la respuesta al tratamiento con EEA. Se agrega además que la mayor parte de los pacientes con una primera manifestación de manía; ya han sufrido uno o más episodios de depresión bipolar no diagnosticada. Este retraso en el diagnóstico, así como una indicación farmacológica equívoca, implicaría un perjuicio importante en la funcionalidad de los pacientes (Lolich, Vázquez, & Leiderman, 2010). En un estudio realizado en Argentina y Chile en pacientes con TB I y II, se encontró que el 79% de los casos en Argentina informó haber esperado varios años para obtener el diagnóstico de TB, mientras que en Chile fue del 54%. En ambos países el 47 % de las personas habían consultado a 4 o más profesionales antes de obtener el diagnóstico de TB y solo el 16% lo obtuvieron del primer profesional consultado (Strejilevich & Retamal Carrasco, 2003).

### ***3.6.2. Tratamiento Psicosocial.***

Tradicionalmente el tratamiento del TB ha sido centrado en la farmacoterapia, sin embargo en los últimos 70 años se desarrolló un creciente interés por diseñar tratamientos psicológicos específicos (British Psychological Society, 2006). El tratamiento farmacológico por si solo evitaría las recaídas, sin embargo no las previene. La eficacia de los medicamentos se limita en parte por la adherencia al tratamiento que suele ser frágil en población bipolar. Los medicamentos como el litio y los anticonvulsivos presentan mejores efectos sobre los síntomas maníacos que sobre los depresivos, mientras que algunas terapias mostrarían mejores efectos en el polo contrario; por lo que la combinación de ambos tratamientos representarían un abordaje eficaz sobre ambos polos. Sin embargo, a pesar del extenso reconocimiento de la efectividad de las psicoterapias aún no está claro qué tipo y en qué etapas de la enfermedad muestran mayor eficacia (Miklowitz, y otros, 2000). Uno de los primeros tratamientos que se ofrecieron fue la psicoterapia psicoanalítica; que, si bien ha reportado resultados en numerosos estudios de caso, no ha habido revisiones sistemáticas ni ensayos controlados que los evalúen (British Psychological Society, 2006).

Actualmente existen varios marcos teóricos que abordan el tratamiento del TB, estos comparten características comunes entre ellos frente a la prevención de recaídas. British

Psychological Society - BPS (2006) ha identificado 5 tratamientos específicos con evidencia de eficacia, pero más allá de esta categorización, existe una superposición entre las técnicas que utilizan estas terapias. Los 4 componentes comunes entre ellas son brindar educación sobre el TB y sus síntomas, regularizar las actividades diarias y reducción del consumo de sustancias indebido, mejorar la adherencia a la medicación e identificar y manejar las alarmas tempranas de recaídas (Gutierrez & Scott, 2004). Otra estrategia común con los diferentes enfoques en terapia es la promoción de estrategias de afrontamiento incluyendo técnicas de resolución de problemas (British Psychological Society, 2006). Las diferencias entre ellas estarían dadas por el énfasis otorgado a cada uno de estos componentes y el modo de abordaje terapéutico (Gutierrez & Scott, 2004).

Los 5 tratamientos específicos identificados por BPS son: (1) *Terapia cognitivo conductual* (TCC): el terapeuta trabaja en colaboración con el paciente para identificar y monitorear tipos y efectos de los pensamientos, creencias e interpretaciones de los síntomas, sentimientos y problemas; desarrollando habilidades para contrarrestarlos abordando suposiciones disfuncionales y ampliando el repertorio de habilidades de afrontamiento; (2) *Psicoeducación compleja*: cualquier programa grupal que implique una interacción educativa descrita explícitamente; entre quien brinda la información y el paciente o cuidador, estos últimos recibirán información, apoyo y estrategias de afrontamiento sobre la enfermedad, el tratamiento, la detección de síntomas y recaídas. (3) *Terapia centrada en la familia* (FFT): son sesiones familiares basadas en principios sistémicos, de comportamiento o psicoanalíticos que deben contener intervención psicoeducativa o, trabajo en resolución de problemas y gestión de crisis o, intervención con el paciente identificado (British Psychological Society, 2006). Un estudio realizado por el departamento de psicología de la universidad de Colorado, EEUU, analizó la eficacia entre el tratamiento farmacológico en combinación con tratamiento centrado en la familia (FFT) en comparación con; el tratamiento farmacológico combinado con atención comunitaria estándar-manejo de crisis (MC), en pacientes bipolares que comenzaron con un episodio agudo de la enfermedad. El FFT mostró mayor profilaxis en recaídas en el polo depresivo, los pacientes mostraron una mejoría superior a los pacientes tratados con MC aunque este efecto no arrojó similar diferencia respecto de los síntomas maníacos. Las mejoras más notorias fueron entre los pacientes de familias con una gran emoción expresada, quienes mostraron las más altas puntuaciones de depresión al ingresar al estudio pero también una mejoría más dramática. Esto podría sugerir que los síntomas depresivos y los conflictos intrafamiliares se entrelazan en el TB y la intervención en el

sistema familiar colaboraría en la mejora (Miklowitz, y otros, 2000). (4) *Terapia del ritmo interpersonal y social (IPSRT)*: deriva del modelo interpersonal, trabaja en colaboración con el terapeuta para identificarlas áreas-problema y sus efectos, relacionados con conflictos interpersonales, de roles, del dolor y la pérdida, y habilidades sociales; orientando al aprendizaje de resolver problemas o lidiar con ellos, con el fin de reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida para evitar recaídas. (5) *Identificar alertas tempranas y búsqueda de ayuda*: Los pacientes con TB son capaces de detectar alertas tempranas de recaídas de forma fiable, aunque los informes de alerta temprana de manía son mejores que los de depresión. Sierra, Livianos, Arques, Castello y Rojo (2007) argumentan que esta diferencia podría deberse a que los primeros son expresiones conductuales y por lo tanto más fácil de identificar que los síntomas cognitivos y afectivos que aparecen en los episodios depresivos. Por lo tanto, la enseñanza de detección de alertas tempranas es más útil en la prevención de episodios maníacos. Además, estos episodios suelen ser más prolongados que los depresivos (Sierra, Livianos, Arques, Castelló, & Rojo, 2007).

Los primeros signos de advertencia comunes en la manía son aumento de la actividad, de la sociabilidad y pensamiento acelerado (British Psychological Society, 2006). Otros signos comunes son los trastornos del sueño, aparición de síntomas psicóticos y cambios de humor. (Sierra, Livianos, Arques, Castelló, & Rojo, 2007). Mientras que en la depresión los primeros signos comunes son la pérdida del interés y sueño interrumpido (British Psychological Society, 2006), síntomas psicomotores, aumento de la ansiedad y; al igual que la manía, la presencia de cambios de humor (Sierra, Livianos, Arques, Castelló, & Rojo, 2007).

La adición a una psicoterapia reduciría significativamente los síntomas del TB, mejoraría el ajuste social y el funcionamiento de los pacientes, así como disminuiría las recaídas y hospitalizaciones asociadas a esta enfermedad. Sin embargo, existirían diferencias en los resultados logrados según los distintos abordajes, algunas obtienen mejor resultado en la reducción de recaídas maníacas mientras que otras lo harían en las recaídas de la depresión (Gutierrez & Scott, 2004). Gutierrez y Scott (2004) consideran que esta diferencia podría deberse a que las terapias breves previenen las recaídas de episodios maníacos pero un tratamiento más extenso sería necesario para reducir los síntomas depresivos subsindrómicos y el paso de estos a un episodio de depresión mayor. Por otro lado, frente a los síntomas maníacos se utilizan estrategias conductuales y la modificación de la medicación resulta en resultados inmediatos. Pero para prevenir una recaída de síntomas depresivos es necesario

más tiempo de terapia y el uso de antidepresivos necesita de más atención para evitar un switch maniaco. Dado que el TB es una enfermedad compleja, el tratamiento requiere por parte del terapeuta un alto nivel de experiencia y manejo farmacológico del trastorno; las intervenciones psicológicas deberán ser diseñadas y aplicadas según las diferentes fases de la enfermedad (British Psychological Society, 2006).

### **3.7. Modelo Estratégico de Resolución de Problemas.**

En 1967, nace el Brief Therapy Center (Centro de Terapia Breve), grupo conocido actualmente como el Modelo de Palo Alto. Introdujeron un cambio radical en la psicoterapia de la época al crear un modelo de terapia breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio en 10 sesiones, así como la atención de todos los consultantes en cámara Gesell. Este equipo se apartó de la terapia familiar tradicional, ya que abordaron los *problemas* sin necesidad de ver a toda la familia, definiendo al *sistema consultante* a partir de las personas involucradas. Además, el alto nivel intelectual de la población universitaria consultante, llevó a que el modelo sea predominantemente verbal y reflexivo (Kopec & Rabinovich, 2013). Según Nardone y Watzlawick (1992) la terapia estratégica es una intervención terapéutica, generalmente breve, que se orienta a la extinción de síntomas y a la resolución de problemas. La resolución de problemas requerirá la ruptura del sistema circular de retroacción que sostiene la situación problemática, la redefinición de esa situación-problema y la modificación de la percepción que lleva a las personas a dar respuestas disfuncionales (Nardone & Watzlawick, 1992). Ante todo, este modelo considera que la persona posee el potencial de sobrellevar y solucionar las dificultades que aparecen en las distintas etapas de la vida, aunque a veces las interacciones que intentan resolver una dificultad terminan por intensificarla y perpetuarla convirtiéndola así, en un problema (Kopec & Rabinovich, 2013).

Según Casabianca y Hirsh (2009) este modelo comparte cinco premisas con otros modelos sistémicos: 1) la conducta de un individuo estará en parte en función de la conducta de otros individuos con los que este mantiene relaciones; es decir, que si la conducta de alguno de ellos se altera, modificará entonces la conducta del primero, 2) quienes mantienen relaciones de manera relativamente estables pueden ser considerados como miembros del mismo sistema, 3) los miembros del sistema significarán sus conductas en el proceso de interacción según el contexto, 4) Las conductas del sistema se organizan en función de los ejes de interdependencia y jerarquía, 5) todo sistema puede observarse desde el interjuego de dos tendencias: a favor del cambio y a favor de la estabilidad. La diferencia entre los distintos

modelos sistémicos radica en la importancia (o no) que cada uno de ellos le da a cada una de estas premisas.

El modelo de Palo Alto pone el foco en los procesos, es decir en el *ciclo autoperpetuante* definido como secuencias repetitivas de conducta en las que el comportamiento-problema se refuerza, en consecuencia, se intentará modificar la secuencia de estas conductas. Para ello se seleccionarán los miembros del sistema que se encuentren motivados a cambiar la situación-problema (Casabianca & Hirsch, 2009). El terapeuta deberá evaluar si será más eficaz alterar el sistema perceptivo del paciente individual, interviniendo sobre éste y por efecto de reacción en cadena producirá un cambio en todo el sistema; o si, resultará más eficaz intervenir sobre el sistema en su conjunto, para lograr que cambie el sistema perceptivo del paciente individual (Nardone & Watzlawick, 1992). Él o los individuos seleccionados serán considerados los potenciales agentes de cambio y en consecuencia el *subsistema de intervención o impacto*. Sin embargo será necesario también considerar la jerarquía del subsistema, es decir, la capacidad que estos posean de influir (Casabianca & Hirsch, 2009).

Con la ayuda del profesional para avanzar en el tratamiento terapéutico, el paciente y el terapeuta co-construirán un *problema* que pueda ser solucionable, este deberá definirse en término de conductas observables ya que éstas permitirán comprender los circuitos de interacción que lo mantienen (Casabianca & Hirsch, 2009; Kopec & Rabinovich, 2013). Se explorarán las soluciones intentadas por el paciente y sus otros significativos, y las *excepciones*, es decir, cuándo no ocurre el problema. Discutir estos dos puntos permitirá al profesional dejar de lado lo que ya ha fracasado y amplificar lo que sí funcionó en el pasado (Nardone & Watzlawick, 1992). Y con esta información realizará con un *diagnóstico de circuito* (Kopec & Rabinovich, 2013). Luego de co-construido el problema se establecerá junto con el paciente una meta alcanzable en un plazo de tiempo estimado y las soluciones que se llevaran a cabo a lo largo del tratamiento (Casabianca & Hirsch, 2009). El terapeuta deberá diseñar una escala gradual y progresiva de metas mínimas con el fin de que el paciente no sienta que el tratamiento es apremiante ni imperativo hacia el cambio. Centrar la atención en pequeños detalles colabora a que el paciente no sienta que es sometido a exigencias excesivas de sus recursos personales y en consecuencia evita una posible resistencia al cambio. Dentro de un sistema, incluso el más pequeño cambio, producirá un desequilibrio y una consecuente modificación, provocando una reacción en cadena hacia el interior de éste,

que se orientará inmediatamente a la restauración del reequilibrio (Nardone & Watzlawick, 1992).

El profesional realizará *intervenciones*, es decir; conductas específicamente planificadas con un propósito terapéutico explícito en pos de producir un cambio, con el fin de desanclar las conductas fallidas que fueron definidas como problema y estimulará nuevas alternativas de solución. En el curso de la sesión se sembrarán las semillas para posteriores cambios, pero es en la vida cotidiana del paciente donde esas nuevas alternativas de solución tenderán a modificar la conducta (Casabianca & Hirsch, 2009). La función del terapeuta es ayudar al paciente a resolver su problema y, a través de la experiencia, adquirir la capacidad de superar adecuadamente los nuevos problemas que se le presenten. La intervención terapéutica buscará generar el desplazamiento del punto de vista rígido y disfuncional del sujeto a una nueva percepción más flexible. El cambio en el punto de vista producirá un cambio en la percepción de la realidad y en consecuencia las reacciones frente a ella. Según la perspectiva del modelo estratégico de resolución de problemas el proceso terapéutico mismo, constituye una estrategia. Aunque existen otras, orientadas a la intervención, que pueden clasificarse en: 1) Acciones y comunicación terapéutica y; 2) Prescripciones de la conducta (Nardone & Watzlawick, 1992).

Dentro del primer grupo se encuentran: ***Aprender a hablar el lenguaje del paciente:*** acompañar su estilo, sus creencias y su visión del mundo; es decir, adoptar desde los primeros contactos, su mismo lenguaje verbal y no verbal y; sus mismas formas de representarse la realidad (Kopec & Rabinovich, 2013; Nardone & Watzlawick, 1992). Conversar da lugar a nuevas vías de acción y enmarca la terapia como un acto empático, comprensivo y validante, comprometido con los objetivos del paciente (Duncan, Hubble, & Miller, 2003). ***Reestructuración:*** codificar nuevamente la percepción de la realidad de una persona sin modificar el significado de las cosas, aunque sí variar la estructura semántica y en ocasiones su sentido. Las personas al considerar una situación desde un único punto de vista, reducen su capacidad de acción (Wainstein, 2006). Las reestructuraciones pueden ser redefiniciones verbales, acciones del terapeuta o pueden producirse por medio de prescripciones de comportamiento o reestructuraciones paradójicas. ***Evitar las formas lingüísticas negativa:*** en relación a la conducta o ideas del paciente ya que esto tiende a culpabilizarlos y generar rigidez y rechazo. Aún cuando una situación sea equívoca o disfuncional es más eficaz gratificar al paciente y por medio de ella transmitir órdenes que se orienten a la modificación de la conducta. ***La Paradoja y la comunicación paradójica:*** generalmente eficaz ante

pacientes de percepción y reacciones rígidas y, con sintomatología comportamental redundante (Nardone & Watzlawick, 1992). Esta intervención rompe los círculos viciosos y repetitivos de soluciones intentadas. Supone una comunicación explícita o no que se incluirá dentro de otra que contradice a la primera, generando de esta manera un dilema, ya que para obedecer a una, hay que desobedecer a la otra (Wainstein, 2006). **Uso de la resistencia:** deriva de la paradoja, se trata de prescribir la resistencia. Al hacerlo las reacciones derivadas de ella se significarán como un avance en la terapia y en consecuencia, su función quedará anulada mientras que su aparición se utilizará como motor de cambio. **Anécdotas, relatos, metáforas, analogías y comunicación paralela:** la analogía puede utilizarse para amplificar algo que el terapeuta desea transmitir o puede ser un modo de desviar la atención del problema. Este modo indirecto de comunicación minimiza la resistencia llegando de forma velada. Dentro de ella se incluyen los chistes, los juegos de palabras, los relatos y las metáforas (Wainstein, 2006).

Las *prescripciones de comportamiento*, cumplen un papel primordial en terapia estratégica. Se busca que éstas se lleven a cabo entre una sesión y la siguiente, sin presencia del terapeuta, con el fin de que el paciente pueda demostrarse su capacidad de cambiar la situación problema, generando la ruptura del circuito autoperpetuante. Existen 3 tipos (Nardone & Watzlawick, 1992): **Directas:** se trata de indicar algo con el fin que el paciente lo cumpla. Se utilizan con pacientes colaboradores y con baja resistencia al cambio (Wainstein, 2006), a las que les es suficiente darles la clave de la resolución del problema para que lo lleven a cabo. Otra función es consolidar la fase consiguiente a la ruptura de un sistema disfuncional, se prescribe de manera directa y explícita la tarea y se explica de igual forma el programa progresivo de acciones a llevar a cabo. **Indirectas:** son indicaciones de comportamiento que disfrazan su objetivo real, se prescribirá algo con el objetivo de producir algo diverso de lo que se declara explícitamente. Estas intervenciones cumplen un papel fundamental en la primer parte del tratamiento ya que gracias a su propiedad de eludir la resistencia permiten la ruptura de acciones disfuncionales. **Paradójicas:** Frente a un problema que se presenta como incontrolable y espontáneo, se prescribe el mismo comportamiento sintomático. La persona se enfrenta a la situación de realizar por voluntad propia aquello que antes intentaba evitar por ser irrefrenable e involuntario. Para poner en práctica las prescripciones y que resulten eficaces se requiere que sean presentadas al paciente como verdaderos imperativos, deben ser ejecutadas en una comunicación pausada, repitiendo varias veces el imperativo y ser expresadas al final de la sesión (Nardone & Watzlawick, 1992).

En Argentina este modelo requirió una ampliación con el fin de poder aplicarlo a trastornos psiquiátricos más severos y adaptarlo a nuestra cultura, es por ello que adoptó recursos del tratamiento cognitivo conductual, relajación para el estrés, medicación psiquiátrica y extendió el número de sesiones, entre otras técnicas adoptadas; se considera hacer uso de las diferentes técnicas disponibles siempre que se consideren válidas y eficaces, y que no se contradigan con el modelo de base (Kopec & Rabinovich, 2013).

Desde esta perspectiva Kopec y Rabinovich (2013) sostienen que en los casos como el trastorno bipolar es necesaria la asociación entre psicofármacos y psicoeducación como procedimiento primordial. Debido a que el uso de psicofármacos posibilita la terapia y además torna el tratamiento más económico y eficaz. Sin embargo, incluir medicación a su vez presenta algunas dificultades como la asociación inmediata entre medicación y enfermedad o trastorno por parte del paciente y su familia y; en consecuencia tender a la idea de que la enfermedad es un proceso independiente del individuo y sus interacciones. El concepto de enfermedad y la necesidad de medicación no debe dejar de lado los aspectos sanos de los individuos y será necesario trabajar en dirección a los distintos grados de responsabilidad que pueda tomar el sujeto (Kopec & Rabinovich, 2013). Por otro lado Duncan, Hubble y Miller (2003) explican que el *etiquetamiento diagnóstico* contribuye a que el terapeuta realice un despliegue de atribuciones frente a lo que presenta el paciente, es decir; que en algún momento el profesional tenderá a aplicar las cualidades y características que define su marco teórico, a pesar que intente ser objetivo; ello puede inhibir el trabajo de la terapia. Debido a esto los autores sugieren que la teoría debe ser utilizada y explicitada cuando promueve una mejora, ayuda al paciente a conseguir sus objetivos terapéuticos y deja espacio para ser cuestionada (por el paciente y por el terapeuta); en cambio, cuando esta afirma ser una única verdad, estereotipa y los pacientes no sacan provecho de ella, entonces debería dejarse a un lado. Agregan que, frente a los pacientes crónicos en terapia es necesario ir más allá de las etiquetas y ofrecerles el beneficio de la duda, ya que en la práctica la mayoría de ellos tiende a mejorar (Duncan, Hubble, & Miller, 2003). Sin embargo, generalmente para seguir un curso de acción farmacológico y en especial en casos crónico, generalmente se considera de ayuda para el paciente recibir un diagnóstico y tener información acerca de lo que le pasa. Será necesario siempre un programa de psicoeducación claro con el fin de desarrollar recursos que permita una mayor adhesión al cumplimiento en la toma de medicación. El diagnóstico es una intervención muy poderosa y será necesario

considerar cómo afectará al paciente y a cada uno de los miembros del grupo familiar (Kopec & Rabinovich, 2013).

Durante el proceso terapéutico, la conversación terapéutica es un acto interpersonal que definirá la relación paciente-terapeuta y establecerá una alianza entre ellos. Particularmente en los casos crónicos, para lograr esto, es necesario *validar* al paciente. El objetivo es reemplazar la invalidación que los acompaña; será mayor la necesidad de validación cuanto más intratable sea el problema del paciente. Validar implica legitimar las preocupaciones, resaltar la importancia del problema y de la lucha del consultante con el problema, así como de su capacidad para hacerle frente; aceptando genuinamente que el paciente hace todo lo que puede en circunstancias difíciles. La validación enfatiza la *afirmación* del terapeuta, definida como aceptación, calidez e interés positivo, aspecto que resultará significativo en el devenir del resultado positivo de la terapia. En parte porque se espera que el paciente, al darse cuenta que no necesita defenderse, abandonará los aspectos de sus creencias que no le son de utilidad (Duncan, Hubble, & Miller, 2003).

#### **4. Metodología**

El presente trabajo tendrá una metodología descriptiva.

##### **4.1. Tipo de Estudio:** modelo de caso único

##### **4.2. Participantes.**

Caso clínico de una mujer diagnosticada con trastorno bipolar tipo I con episodios mixtos. La paciente identificada tiene 70 años de edad, es jubilada y divorciada. Hasta los 5 años vivió en Italia y luego se mudó con su familia al interior de Argentina; actualmente reside sola en CABA. Tiene dos hijos varones y una hija, mayores de edad, casados y con hijos. Los tres hijos son ingenieros, al igual que su ex marido, el mayor de ellos vive en el interior del país, la hija en el exterior y el hijo menor a pocas cuadras de la paciente.

El Psiquiatra que forma parte del tratamiento se encuentra formado en la Universidad de Buenos Aires, cuenta con experiencia tanto en instituciones públicas como privadas. Es miembro internacional del APA (American Psychiatric Association). Ejerce como psiquiatra hace más de 30 años y como terapeuta privado más de 10 años.

La terapeuta particular de la paciente, es egresado de la Universidad de Buenos Aires. Es miembro de la Institución desde hace 10 años, ejerce como terapeuta clínica y de familia.

Tanto el psiquiatra como la terapeuta forman parte del equipo de trabajo de la institución y comparten el modelo de abordaje clínico.

##### **4.3. Instrumentos.**

Análisis de historia clínica, registrada en sistema informático utilizado en la institución, este sistema organiza la información según un modelo de registro de sesiones propuesto por Casabianca y Hirsch (1992), en base al modelo de terapia del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto utilizado en la institución.

Observación de sesiones de cámara Gesell video grabadas, permitió observar las sesiones en que sucedieron los distintos episodios, las conductas y diálogos completos de los participantes.

Observación no participante, a través de cámara Gesell en sesiones de control psiquiátrico-psicológico quincenal o mensual.

Las sesiones a las que se accedió son encuentros individuales de la paciente con el terapeuta asignado por el centro o conjuntas de la paciente con el terapeuta y el psiquiatra. En ocasiones la consultante asiste sola y eventualmente con alguno de sus hijos, otros familiares o acompañante terapéutico.

#### **4.4. Procedimiento.**

La lectura de la historia clínica dio el acceso a información completa desde la entrevista de admisión hasta las sesiones actuales, el acceso a los datos de la paciente y del círculo de intervención de impacto. Permitted conocer la descripción de los períodos sin síntomas, la manifestación de las fases agudas y de mantenimiento, la modificación del diagnóstico, intervenciones del tratamiento, y la evolución a lo largo del tiempo.

En cámara Gesell se observó el tratamiento de mantenimiento llevado a cabo por el psiquiatría y la psicológica, durante el primer semestre del año 2017. Se observaron los aspectos de la personalidad de la paciente, sus conductas y la interacción con sus otros significativos. Así como los altibajos del estado del ánimo, las alarmas propias del cuadro y las consecuentes intervenciones para lograr la estabilización.

Las sesiones video-grabadas en cámara Gesell durante el tratamiento permitieron observar las sesiones en que sucedieron los distintos episodios, las conductas y diálogos completos de los participantes.

Finalmente se integró ésta información con bibliografía científica actual sobre el cuadro y la mirada del tratamiento sistémico del modelo estratégico de resolución de problemas adaptado a patologías complejas.

### **5. Desarrollo**

A continuación se realizará el análisis de los objetivos específicos planteados en el presente trabajo, a través de la integración de la observación de la práctica clínica, los datos

recabados a través de la lectura de la historia clínica y la teoría científica actual, desde la perspectiva del modelo propuesto.

El caso abordado comprende una etapa previa al ingreso a la institución que será desarrollada en el apartado Antecedentes del caso, donde se mencionan dos episodios previos de la paciente María L. por los cuales recibió tratamiento farmacológico e internación en clínicas psiquiátricas, durante las cuales fue diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad.

Posteriormente se desarrollará el primer objetivo, en el cual se describe el inicio del tratamiento terapéutico en la institución. El mismo se inició con el objetivo de trabajar acerca de la presencia de dificultades para manejar el estrés. Sin embargo poco tiempo después se despliega un nuevo episodio delirante (el primero dentro de la institución). Se describirá en consecuencia la aparición de los primeros síntomas del episodio, diagnosticado como episodio depresivo con características delirantes y las inmediatas maniobras para su abordaje. En el segundo objetivo se describirán las intervenciones realizadas en el período comprendido entre la primer sesión psiquiátrica; en la que participan la psicóloga de la institución, la paciente y uno de sus hijos; y los dos ulteriores episodios que devienen en el posterior diagnóstico de trastorno bipolar I con características mixtas. Finalmente en el tercer objetivo se describirán los cambios producidos como consecuencia del tratamiento terapéutico.

Nota: Los datos personales de los participantes del presente TFI han sido alterados con el objetivo de preservar la identidad y confidencialidad de los mismos.

### **5.1. Antecedentes del caso**

La historia clínica de la paciente identificada (PI) indica que María L. ha ingresado a la institución en abril de 2009 por dificultades para manejar el estrés que la llevaban a somatizar malestares en el sistema digestivo. Se encontraba con disminución del apetito y manifestaba tener muchas preocupaciones, entre ellas, el temor de padecer la misma enfermedad que su padre (cáncer de estómago) que lo llevó a la muerte en 1995. Ese mismo año se divorcia de su marido y un año después, debido a un episodio delirante, es internada en una clínica psiquiátrica, estabilizada y dada de alta. En el año 2000 pierde el empleo, el episodio delirante se repite, es nuevamente internada y una vez estabilizada recibe el alta. Durante ambos episodios se indica tratamiento farmacológico, sin embargo, una vez fuera de la internación la PI decide abandonarlos. Según se describe en la historia clínica, uno de sus hijos sostiene que el diagnóstico recibido en aquel momento fue de *Trastorno Límite de la Personalidad*.

A través de los encuentros terapéuticos registrados en la historia clínica, la PI describe una muy buena relación con su ex marido, con quien eventualmente mantiene contacto a través de sus hijos o cuestiones relacionadas a estos. Ellos tienen tres hijos en común: Mauricio, Emma y Cesar, que no se llevan bien entre sí. Emma es la más apegada a su madre pero, según explica la paciente, se siente un poco perseguida por ella; mientras que sus hijos varones son más independientes y mantienen una buena pero distante relación. Ambos hijos varones son casados y tienen hijos. Mauricio vive en el interior del país y Cesar a pocas cuadras de su madre, pero viaja frecuentemente por trabajo. Emma recientemente se ha instalado en el exterior por trabajo y ha formado pareja con una persona de ese país. Es por ello que la PI sospecha que su hija decidirá quedarse allí y ya no regresará al hogar materno, aunque Emma aún no lo haya expresado verbalmente. La PI manifiesta una constante preocupación por sus hijos, pero en particular por Emma debido a que la pareja es alcohólica.

## **5.2. Describir la sintomatología inicial del paciente.**

A lo largo de las primeras sesiones individuales con la terapeuta asignada por la institución, se describe en la historia clínica, una constante preocupación de la PI por sus hijos, en ocasiones dentro de parámetros esperables como consecuencia de las diversas cuestiones que se plantean, y en ocasiones excesivos, según apunta su terapeuta. María L. se describe como una persona religiosa, estudiosa de la biblia y afín a la iglesia adventista, a la cuál frecuenta a partir de su última internación. Espera que la terapia la ayude a organizarse porque siente que tiene muchas habilidades pero a veces cae en depresiones.

Luego de un viaje al exterior en el que visitó a su hija, María L. asistió a terapia individual donde explicó que debido a la altura del sitio donde se encontraba experimento alteraciones de presión sanguínea alta y baja alternantes entre sí, opresión en el pecho y una fuerte angustia. Expresó: *yo sentía que Dios padre y espíritu santo me estaban juzgando y a veces me hablaba el diablo*. Sostuvo que siempre hablaba con Dios, él le respondía de forma telepática en la frente y en el pecho; y expuso que Dios le decía que la estaba juzgando por las cosas que había hecho. Esta descripción, extraída de la historia clínica registrada por la terapeuta en el sistema informático de la institución, representó un punto de inflexión en el tratamiento terapéutico e implicó un cambio de estrategia así como la necesidad de prescripción de interconsulta psiquiátrica; en razón de evaluar la aparición del estado delirante.

Según el registro informático se extrajo que la terapeuta solicitó interconsulta psiquiátrica en cámara Gesell, la cual se llevó a cabo con un psiquiatra que además es

psicólogo perteneciente a la institución. En la sesión convenida participaron tanto el psiquiatra como el terapeuta individual, la paciente y sus hijos varones. Se registraron según la historia clínica manifestaciones que podrían considerarse en principio, como un episodio depresivo con características psicóticas. Ya que en los episodios depresivos la pérdida del interés o placer y un estado de ánimo triste es una de las principales características (APA, 2014; Sadock & Sadock, 2008), esto puede relacionarse con las descripciones que la paciente realiza durante esta primer sesión psiquiátrica en la que sostuvo *yo siento la tristeza en mi cabeza*, así como *una constante sensación de angustia por la soledad*; se describió a sí misma como una persona muy sensible, a veces con ganas de irse y a veces de quedarse, estos pensamientos de muerte o posibles ideas de suicidio son muy frecuentes en pacientes depresivos, dos tercios de esta población experimentan ideas de suicidio y entre el 10-15 % de ellos lo cometen (APA, 2014; Sadock & Sadock, 2008), es por ello que se indagó acerca de la idea en profundidad, con el fin de corroborar si existían posibles planes de acción en esta dirección. Al preguntar qué significaban para ella esas palabras y cómo las llevaría a cabo, la PI contestó saber que los psiquiatras tienen miedo que se suicide pero refirió que a ella no le va a pasar nada porque es creyente y el suicidio está prohibido por Dios.

Otros síntomas que se consideraron como parte del mismo cuadro depresivo fueron; las declaraciones del hijo, quien sostuvo que la PI había dejado de comer y cuando lo hacía solo comía fruta, esta alteración del apetito en suma con las alteraciones del sueño que la PI mencionó como dificultades para conciliar el sueño e insomnio, mientras que luego de varios días sin dormir lograba conciliar el sueño, pero lo hacía por pocas horas (APA, 2014; Sadock & Sadock, 2008). María L. añadió que Dios la despierta por la noche y le indicaba que se levante a comer, *Él me va diciendo*. Después volvía a la cama porque se sentía agotada y Dios la hacía dormir. Describió además, sentirse debilitada y cansada, otra característica concordante con la manifestación del episodio depresivo y la falta de descanso adecuado.

En cuanto a los síntomas observados a través de las sesiones video-grabadas se registraron otras características afines al cuadro, como una postura corporal ensimismada levemente encorvada, con hombros bajos y; la mirada sin expresión dirigida hacia el piso la mayor parte del tiempo. Según comentaron los hijos durante el mismo encuentro, la interacción de la PI fue disminuyendo con el correr de los días y la voz se tornó casi inaudible.

En grabación de la misma sesión se observó además, como por momentos la PI parecía escuchar la conversación que se mantenía a su alrededor y comentaba acorde, pero

luego se interrumpía, callaba y pedía con un gesto que le esperasen para contestar. Insistía en que Dios estaba allí en su cuerpo, señalándose el pecho. La atención parecía estar dirigida a sus diálogos internos lo que posiblemente generaría la dificultad para concentrarse en una conversación. En relación a los diálogos internos, se consideran a estas ideas delirantes como congruentes con el estado de ánimo, debido a que son concordantes con el episodio depresivo (APA, 2014; Sadock & Sadock, 2008), ya que en estos episodios es frecuente que los pacientes manifiesten sentimientos de culpa excesiva o inadecuada (APA, 2014; Sadock & Sadock, 2008). Esto estaría reflejado en dichos de la PI durante el encuentro como por ejemplo: *escucho a Dios que me habla y me dice que me está juzgando por lo que hice*; mientras que uno de sus hijos expresa en el mismo encuentro, que los mensajes son insultantes hacia ella, cosa que los preocupa. En relación a ello es preciso destacar que en la depresión y el TB existen episodios compartidos y a su vez estos poseen una condición de nexo con los trastornos esquizofrénicos y otros trastornos psicóticos (APA, 2014). Por otro lado, considerando que los episodios depresivos pueden presentarse tanto en el trastorno depresivo como en el TB I, será solo la historia del paciente, sus antecedentes y la evolución del propio trastorno lo que ayudará a diferenciarlos (APA, 2014; Sadock & Sadock, 2008).

### **5.3. Describir las intervenciones realizadas por el terapeuta dirigidas al paciente y al subsistema de intervención de impacto, desde el modelo estratégico de resolución de problemas.**

#### **5.3.1. Primer episodio en la institución.**

Si bien el modelo de Palo Alto, desde la perspectiva de la terapia familiar, aborda los problemas sin necesidad de ver a toda la familia, (Kopec y Rabinovuch, 2013) en este caso fue ineludible generar un nuevo espacio para los miembros del sistema familiar de la paciente, por un lado con el objetivo de abordar la problemática conjuntamente con el resto del sistema, pero además era necesario definir un nuevo subsistema de intervención que posea la motivación, jerarquía y capacidad de influir al resto del sistema y generar un cambio (Casabianca & Hirsch, 2009). Es por ello que la terapeuta toma contacto con los hijos de la PI para conversar sobre el hecho relatado y evaluar quienes estarían más motivados a acompañar el cambio y el proceso de recuperación.

En la primera sesión con el psiquiatra y la terapeuta asisten la PI y su hijo César, quien se manifestó dispuesto a involucrarse en pos de la recuperación de su madre. Debido a que sus hermanos viven lejos sería él quien asistiría a los encuentros y tomaría las decisiones respecto del tratamiento; y a su vez; mantendría al tanto a sus hermanos de los avances. Se procedió

entonces a psicoeducar a Cesar, explicando el cuadro que presenta la PI a través del diagnóstico que fue definido por el psiquiatra como un trastorno del estado del ánimo y el episodio manifestado se consideró un episodio depresivo con características psicóticas. Se explicó el mecanismo de regulación anímica de estos casos, sus desajustes y las fluctuaciones que pueden aparecer en estos cuadros; ya que frente a casos crónicos, en general; suele ser de mucha ayuda recibir un diagnóstico e información sobre lo que le pasa a la paciente; en conjunto con psicoeducación, con el fin de lograr una mejor adhesión al cumplimiento de las indicaciones farmacológicas (Kopec & Rabinovich, 2013)

Dado que en patologías como el TB es necesaria la asociación entre psicofármacos y psicoeducación como procedimiento primordial (Kopec & Rabinovich, 2013), a continuación se indagó a Cesar acerca de los tratamientos farmacológicos indicados en los episodios previos fuera de la institución, de lo cual se extrajo que en aquel momento había tenido buen resultado la combinación de un antipsicótico (olanzapina) en conjunto con una benzodiacepina (alprazolam) por lo cual se decidió repetir el esquema. Si bien la olanzapina es un antipsicótico, suele utilizarse además como estabilizador del estado del ánimo, este presentaría mayor efecto sobre el polo depresivo (British Psychological Society, 2006). Frente a los episodios depresivos en general, el uso de antidepresivos es controvertido, ya que se considera que la mayor parte de los primeros episodios en el TB suelen manifestarse en la polaridad depresiva, un primer tratamiento con antidepresivos podría inducir a cambios de manía o hipomanía en la paciente, generar una posterior merma en la respuesta al tratamiento con EEA y podría implicar un perjuicio importante en la funcionalidad de la paciente (Lolich, Vázquez & Leiderman, 2010; Sadock & Sadock, 2008).

Por otro lado el hecho de explicitar el diagnóstico, además de constituir un acto propicio para generar adhesión al tratamiento farmacológico y un derecho de la paciente y su familia, desde esta perspectiva se considera una estrategia terapéutica en sí. Asimismo desde el modelo estratégico de resolución de problemas el proceso terapéutico mismo constituye una estrategia terapéutica (Nardone & Watzlawick, 1992) es por ello que luego de brindar el diagnóstico se transmitieron los pasos a seguir, se dijo que se intentaría en primer lugar extinguir los síntomas depresivos y psicóticos con el uso de la medicación, y a su vez era propicio reestablecer el ritmo de sueño-vigilia; una vez logrado esto se avanzaría trabajando con la paciente en consultorio para indagar acerca de las posibles causas y formas de afrontamiento futuras. Para acompañar estas primeras medidas los profesionales transmitieron la necesidad de prescripción de un acompañante terapéutico, ya que consideraban que no era

conveniente que la PI estuviese sola, acordaron con la PI y su hijo esta maniobra y extendieron la orden necesaria. Convinieron también modificar la frecuencia de las sesiones que previamente se pactaban una vez por mes, a encuentros cada 4 días o menos más un contacto telefónico diario con la terapeuta para chequear la evolución de la PI. Una vez que el cuadro se estabilizase las sesiones se espaciarán nuevamente. Establecer junto con el paciente y su familia una meta alcanzable en un plazo de tiempo estimado y exponer las soluciones que se llevaran a cabo a lo largo del tratamiento es un procedimiento esencial del modelo estratégico de resolución de problemas (Casabianca & Hirsch, 2009) que brinda perspectiva y tranquilidad a quien lo recibe, esto se apoyaría en los dichos de Cesar cuando al finalizar la explicación expresa a los profesionales *yo confío en Uds.*

Dos semanas después de la aparición del último episodio comenzaron a manifestarse los primeros síntomas de mejora. De la historia clínica se extrajo que la PI se presentó a sesión con una actitud más abierta, había vuelto a hablar y al hacerlo la atención se dirigía nuevamente al interlocutor, así como su mirada; la postura era erguida y se observaron expresiones faciales que acompañaban la conversación. Como sostienen Kopec y Rabinovich (2013) el modelo de Palo Alto se caracteriza por ser predominantemente verbal y reflexivo y será la estabilidad del cuadro lo que permitirá la posibilidad de conversar con la PI y dirigir las distintas intervenciones. Esta “conversación terapéutica” dio lugar a la paciente a expresar que aún mantenía diálogos con Dios y con el diablo, pero en menor frecuencia; a pesar de ello era capaz de comenzar a ponerlos en cuestión: *Dios me habla pero a veces no sé si es mi imaginación o es real, pero yo lo siento muy real.* El hecho de cuestionarlos representaría un síntoma de mejora en sí mismo, los delirios dejaban de ser imperativos e irreductibles y la PI comenzaba a dudar de su veracidad. Según explicó hablar con Dios le parecía una locura, pero él le respondía. Hablar con los pacientes es un acto interpersonal que definirá la relación paciente-terapeuta y establecerá una alianza entre ellos (Duncan, Hubble, & Miller, 2003). Asimismo establecer un clima cálido y de aceptación permite que con el paso de los encuentros la PI pueda conversar sobre su *problema*, el que describe en algunos encuentros como vergonzoso y causante de tanto dolor. El terapeuta validó a la PI y manifestó su afirmación hacia ella (Duncan, Hubble, & Miller, 2003); declarando comprender lo que ella estaba sintiendo, pero a su vez resaltó los avances que ésta había logrado en tan poco tiempo, manifestó su creencia de que incluso mejoraría aún más y resaltó su capacidad de hacerle frente a esta situación.

En las sesiones que prosiguieron se registró en la historia clínica de la paciente que ésta había comenzado a cuestionarse acerca de por qué le sucedían estos episodios: *Siempre he pensado que debe ser algo sobrenatural, porque no lo puedo entender. Yo no creo que sea algo genético como ustedes me dijeron.* Frente a este cuestionamiento es preciso evitar las “formas lingüísticas negativas” aún cuando la situación sea equivocada, ya que esto tendería a culpabilizarla y generar rigidez o rechazo (Nardone & Watzlawick, 1992). En este caso, se tomó lo que la PI trajo al consultorio y se realizó una “reestructuración verbal”; es decir, se codificó nuevamente la percepción de la realidad sin modificar su significado (Wainstein, 2006): *nosotros no descartamos lo sobrenatural porque no somos expertos. Los episodios que ha tenido en estos años, tienen una frecuencia que va cambiando. Con los psicofármacos se modifica la frecuencia y la idea es poder mantener ese equilibrio. El factor genético se dijo en relación a que en algunas personas esta predisposición se les manifiesta muy tempranamente, y a otras alrededor de los 50. En alguna medida es mejor la aparición tardía porque conlleva una mejor evolución.* Esto último se apoya en que la edad de inicio de los episodios posee relación directamente proporcional con la gravedad del subtipo (García Blanco, Sierra, & Livianos, 2014).

Un mes después de comenzar a usar los psicofármacos, en una sesión videograbada, se observó que durante el encuentro terapéutico, la PI comentó ya no escuchar diálogos, mencionó sentirse bien de ánimo, se había regularizado el apetito y el sueño. Reconoció además darse cuenta que la primera vez que le sucedió esto (episodio delirante) fue cuando se separó, después fue cuando se quedó sin trabajo y esta última vez cuando Emma le dijo que se quedaría a vivir en el exterior. Esto demostraría que si bien esta patología tiene un fuerte carácter hereditario, serían los episodios de estrés y los factores psicosociales los que explicarían la manifestación de la enfermedad que se hereda (Sadock & Sadock, 2008), es decir que; frente a los cambios contextuales que provocan la ruptura de los sistemas rígidos de pertenencia de María L., la paciente a través de la manifestación de los síntomas, se revelaría en el polo de las tendencias a favor de la estabilidad vs las de cambio (Casabianca & Hirsch, 2009). Esto se evidenciaría también cuando poco tiempo más tarde del último episodio delirante, fallece el exmarido de la PI; sistema que si bien pertenecería a sus relaciones más cercanas ya no sería parte de sus sistemas más íntimos de pertenencia, éste habría cambiado su condición posiblemente durante el período de separación, que según comentó la PI había desencadenado un episodio en el pasado.

De este modo y en consecuencia de la temática propuesta por la paciente, durante la sesión se trabajó sobre el duelo y cómo afrontarlo; a través de preguntas que le permitieron imaginar y dar cuenta de sus ideas, se comenzó a intentar construir con la PI una representación verbal de cómo ella seguiría después del episodio delirante y sobre cómo rearmar su vida sin ninguno de sus hijos en la casa. Para ello se indicó la tarea de pensar cómo le gustaría organizar su vida ahora, qué actividades le gustaría hacer, cómo se imagina que sería su día a día y si habría alguna actividad que le gustaría hacer que en ese momento no estaba realizando. Esta tarea representa una prescripción de comportamiento que persigue el objetivo de que la PI se tome el tiempo de pensar acerca de ello y realice esta actividad por su cuenta, sin la presencia de los terapeutas (Nardone & Watzlawick, 1992).

Para la sesión siguiente efectivamente la PI había escrito aquello que había pensado en el tiempo entre sesión y sesión; gracias a ello se trabajó en cómo articular en la realidad esos deseos. Estas prescripciones directas se dan en forma de indicaciones y se utilizan con pacientes colaboradores y con baja resistencia al cambio (Wainstein, 2006). Durante esta última sesión registrada en la historia clínica, como consecuencia de la tarea requerida y considerando su recuperación la PI expresó a los terapeutas la necesidad de recuperar su autonomía en el hogar, sus actividades y prescindir del acompañante terapéutico, ya que consideraba que podía estar sola. Los profesionales concordaron que la PI estaba en condiciones de continuar sin el acompañante, ya que el concepto de enfermedad y la necesidad de medicación no deben dejar de lado los aspectos sanos de la paciente. Pero a su vez era necesario trabajar en dirección a los distintos grados de responsabilidad que ésta podía tomar (Kopec & Rabinovich, 2013). En consecuencia acordaron que se mantendría sin alteraciones la rutina diaria de actividad, sueño, alimentación y primordialmente la rutina de medicación, sin excepción. Esta decisión no solo validaría las necesidades de la PI sino que se esperaba que sea percibido por ella, como una reafirmación de su recuperación.

### ***5.3.2. Segundo episodio en la institución.***

De la historia clínica de la paciente registrada del sistema informático de la institución se extrae que tres años más tarde al primer episodio en la institución, la PI comenta en sesión estar muy preocupada porque Emma atraviesa una crisis matrimonial, su hija la llamaba tarde por la noche, llorando, le detallaba las peleas con su esposo, los intentos de divorcio y otras situaciones conflictivas que se encontraba atravesando. Luego de finalizada la comunicación telefónica, continuaba enviándole mensajes hasta las tres o cuatro de la mañana. Esta situación había comenzado hacía varios días y sucedía todas las noches. Según la historia

clínica se obtuvo registro de que María L. había expresado que esa preocupación no le permitía conciliar el sueño porque se sentía acelerada, hizo declaraciones como *La cabeza me iba a mil pensando lo que le quería decir a mi hija;...tenía la cabeza fuera de mí*. En consecuencia primero se utilizó una prescripción de comportamiento directa (Wainstein, 2006) indicando que la PI debería expresarle a su hija el malestar que le generaban estas situaciones y las consecuencias que tenían luego para ella; si bien María L. asintió, posteriormente expresó que no se atrevía a llevarlo a cabo porque no quería que su hija se enoje con ella. Se acordó entonces que la PI apagaría el teléfono celular por la noche para evitar que la despierten, pero en la siguiente sesión se registró que la PI comentó que Emma había comenzado a llamarla al teléfono fijo de su domicilio y repetir el esquema. Como consecuencia de ello, se dejó de cara a la paciente el tema con la indicación de que ésta pudiese pensar, con más tiempo, que opciones se le ocurrían para poder solucionarlo. A través de nuevas preguntas se corrió el foco hacía las alteraciones en el ritmo de sueño-vigilia que se había desencadenado en un corrimiento en las horas de sueño, que además de haberse estrechado, le estaban provocando ese malestar. Por medio de esta estrategia se intentó enmascarar el real objetivo y de este modo eludir la resistencia que presentaba la PI para poner límites a su hija; esta indicación indirecta (Nardone & Watzlawick, 1992) logró que María L. hablase con Emma sobre el tema, pero tomando de referencia su imperiosa necesidad de restaurar su problema de sueño debido a su enfermedad. En la posterior sesión en la que PI detalló lo sucedido, expresó también que Emma le había comentado que tenía planes en el corto plazo de viajar a Argentina por algunas semanas.

Tres meses más tarde, se registra en la historia clínica, nuevamente la aparición de los síntomas delirantes. Es preciso destacar que si bien el tratamiento de mantenimiento del TB evita futuros episodios y el tratamiento a largo plazo estaría asociado con la merma del deterioro (British Psychological Society, 2006); su eficacia está limitada por la adhesión al tratamiento farmacológico que suele ser muy frágil en ésta población (Miklowitz, y otros, 2000). Tal como puede observarse mediante la desgravación de la sesión terapéutica, en esta ocasión la PI refiere haberse “olvidado” de tomar la medicación hace algunos días. Emma quien estaba alojada en casa de su madre fue quien asistió a sesión junto con la PI; y relató que María L. se levantaba por la noche y hablaba sola. Al preguntarle a la PI por este comportamiento argumentó que efectivamente se levantaba por la noche y luego se volvía a acostar pero no dormía, dijo: *me acuesto porque no tengo ganas de vivir*. A través de los videos se observó además que María L. mantenía una postura encorvada con la mirada

dirigida al piso la mayor parte del tiempo. Al hacerle una pregunta no siempre respondía, pero cuando lo hacía solía tardar unos minutos antes de contestar o refería algo acerca de lo que estaba escuchando. Sin embargo frente a preguntas que tenían que ver con sus hijos o sus nietos respondía acorde. La vuelta de estos síntomas representaría la vuelta del episodio depresivo con características psicóticas y en consecuencia una nueva recaída; la prevención de las recurrencias en los trastornos afectivos es uno de los mayores problemas que deben enfrentar los profesionales (Sadock & Sadock, 2008). Como consecuencia de ello inmediatamente se modificó la medicación y se brindaron las indicaciones para su administración a Emma, junto con información acerca del cuadro. Las sesiones volvieron a coordinarse en intervalos de días para mejor control y continuó el contacto telefónico diario con la terapeuta.

Una semana después, según la historia clínica se extrae que María L. se presentó a sesión acompañada de Cesar quién indicó que el sueño se había regulado al igual que el apetito pero los diálogos internos continuaban; él sostiene que estos tienden a ser culposos. Del mismo modo se corroboró en la sesión videograbada que la PI sostuvo que *El de abajo me dice que tengo que pagar. Jesús que bajo a la tierra, me dice que haga cosas malas*. En esta grabación se observó también que María L. mantenía expresión de tristeza en su rostro, los parpados parecían caídos, el ceño fruncido y la comisura de los labios se inclinaba hacia abajo; los profesionales consultaron acerca de ello para corroborar, a lo que la PI respondió sentir que no podía manejar lo que le sucedía y que consideraba que esa situación era irreversible, esta pérdida de la vivencia subjetiva de control y de sufrimiento representa una de las características primordiales de los trastornos del estado del ánimo, (Sadock & Sadock, 2008). Quince días después de la manifestación de los síntomas, en la sesión videograbada como en la historia clínica, se registró que continuaba escuchando diálogos, si bien participó más en las conversaciones que mantenían las personas a su alrededor, presentaba atención dispersa, en palabras de su hijo *esta como desconectada*; por momentos participaba y por momentos dejaba de hablar, de prestar atención y corría la mirada; su voz era casi inaudible. En la grabación de la sesión se observó además que la PI presentaba acatisia, representada en la necesidad de constante movimiento: se sentaba, se paraba de la silla y caminaba por el consultorio una y otra vez. El hijo comentó que en su casa se comportaba del mismo modo y que decía necesitar estar parada o caminar. Esta necesidad de mantenerse en movimiento podría considerarse como un síntoma de hiperactividad, característica de los episodios de manía (APA, 2014); aunque por sí solo no es suficiente para arribar a un diagnóstico, es

preciso considerar que la mayor parte de los primeros episodios en el TB, especialmente en mujeres, suelen manifestarse en la polaridad depresiva (Lolich, Vázquez & Leiderman, 2010; Sadock & Sadock, 2008).

Un mes después de la aparición de los síntomas, en la historia clínica se asienta que han cesado las alucinaciones, pero apareció temblor en las manos, pudiéndose considerar este síntoma como un efecto secundario de la medicación administrada (Sadock & Sadock, 2008); por ello se solicitó una nueva litemia y se modificó nuevamente la dosis de medicamentos. Ya que el objetivo del tratamiento no solo debe considerar el mantenimiento de la eutimia, sino evitar los efectos secundarios derivados de la medicación que puedan afectar el funcionamiento normal del paciente (Sadock & Sadock, 2008). De este registro se obtuvo además que la PI en reiterados encuentros, mencionó haber dejado de tomar la medicación, olvidarse de hacerlo o cuestionar su uso. Parecería que lograr la adherencia al tratamiento medicamentoso podría ser complejo para los terapeutas ya que María L. declaró que estaba esperanzada en no necesitar más la medicación. Debido a ello se consideró necesario resaltar nuevamente su importancia para el mantenimiento de la eutimia y se explicó brevemente las fluctuaciones características del trastorno que se estaba intentando evitar a través de su uso. Trabajar para mejorar la adhesión a la medicación es uno de los pasos primordiales frente a estas patologías (British Psychological Society, 2006), para lograrlo en primer lugar se retiró el medicamento con el que no estaba muy conforme, según sus comentarios y; en su reemplazo se recetó litio junto con la indicación de un control de laboratorio. En el trastorno bipolar el litio es uno de los fármacos más utilizados en la etapa de mantenimiento a largo plazo, este recurrencial presenta propiedades antidepresivas profilácticas y reguladoras del estado del ánimo (Sadock & Sadock, 2008). Otra estrategia utilizada con este propósito fue que frente a los cambios que debieron llevarse a cabo más adelante, en las distintas etapas del tratamiento, en relación a la medicación y las dosis, en todos los casos se conversaron con la PI y se buscó que ésta los acepte, con el fin de lograr un acuerdo mutuo que provoque una mejor adhesión y responsabilidad en su propio tratamiento.

Sin embargo algunas sesiones después, según los registros clínicos, se obtiene información acerca de que María L. vuelve a consultar en sesión si sería posible alguna vez dejar los remedios, el terapeuta devuelve la pregunta a la PI, quién reconoce que si la dejase es altamente probable que los episodios se repitan como le sucedió aquella última vez. En consecuencia el terapeuta hace uso de una relación de Analogía (Wainstein, 2006) entre aquellas personas con diabetes o presión alta, quienes toman medicación de por vida, esto es

así para prevenir un nuevo episodio, del mismo modo en el TB es necesario tomar la medicación en pos del mismo fin. Con este modo de comunicación se intentó minimizar la resistencia (Wainstein, 2006), y hacer que la PI asocie el tomar la medicación para el TB como lo haría con cualquier otro diagnóstico médico, y no necesariamente ligado a una patología psiquiátrica; modificar esta percepción que podría llevar a la PI a dar la respuesta disfuncional de abandonar la medicación implicaría la ruptura de uno de los sistemas circular que sostendría esta problemática (Casabianca & Hirsch, 2009; Nardone & Watzlawick, 1992). María L. asiente y se expresa conforme con la explicación.

Dos meses más tarde de lograda la estabilidad del cuadro delirante, se describe en la historia clínica que la PI presentaba dificultad para conciliar el sueño, manifestaba dormir pocas o ninguna hora durante la noche, pero a pesar de ello no sentía cansancio durante el día; comentó que luego de dos o tres noches sin dormir, conseguía dormir muchas horas seguidas. Se describieron además dificultades en la marcha, enlentecimiento motor, dificultades para articular las palabras, temblor fino en las manos y acatisia. Si bien en este caso el ánimo es deprimido, la agitación psicomotriz, la merma de la necesidad de dormir sin sensación de cansancio posterior y el aumento de la necesidad de hablar podrían sugerir un corrimiento al polo maníaco (APA, 2014). Es por ello que se procede nuevamente a modificar la dosis de medicamentos.

Dos semanas más tarde se señala en la historia clínica que el ritmo de sueño se había estabilizado a ocho horas diarias, la paciente presentaba buena elocuencia al hablar y su voz era nuevamente audible. Sin embargo el temblor fino, la falta de equilibrio al desplazarse y la acatisia continuaron por dos semanas más; también se habría observado mayor necesidad de moverse, que se evidenciaba, entre otras cosas, en la necesidad de estar parada y desplazarse por el consultorio mientras hablaba; luego de conversar sobre varios temas durante la sesión expresó: *Hoy estoy muy charlatana ¿No doctor?* Estos síntomas representarían la presencia de un estado de ánimo elevado e hiperactivo, con aumento de la necesidad de hablar (Sadock & Sadock, 2008) que en conjunto con su historia de labilidad emocional y otros síntomas ya descriptos como el aumento de la actividad, de la sociabilidad, el pensamiento acelerado, los trastornos del sueño y los síntomas psicóticos (British Psychological Society, 2006; Sierra, Livianos, Arques, Castelló & Rojo, 2007), apoyarían la hipótesis de estar frente a un episodio maníaco y en consecuencia el desarrollo del trastorno a TB I, siendo los dos síntomas básicos de este la alternancia entre episodios de depresión y manía. (Sadock & Sadock, 2008). Por consiguiente se ajusta nuevamente la dosis de medicamentos a dosis de litio y olanzapina, este

último es un antipsicótico atípico el cual posee comprobada evidencia de efectividad para el tratamiento del TB y en particular para el tratamiento de la manía, además de presentar menos efectos adversos que los típicos (British Psychological Society, 2006; Sadock & Sadock, 2008).

Algunas sesiones posteriores, según los datos asentados en la historia clínica de la institución se encontró que la PI confirmó sentirse mucho mejor de ánimo, había desaparecido el temblor fino de las manos y tenía la sensación de mayor seguridad al desplazarse. Manifestó su interés en realizar actividades fuera de su casa como retomar yoga, visitar a sus amigas y nietas, e incluso hacer un curso de computación; lo que fue considerado por los terapeutas como una señal de la estabilidad del estado del ánimo. Luego dijo haber escuchado unos días atrás un médico que brindaba una explicación sobre el trastorno bipolar, se sintió identificada y consultó si era eso lo que le sucedía a ella. Dado que generalmente en casos crónicos se considera de ayuda para el paciente recibir un diagnóstico junto con información acerca de lo que le pasa (Kopec & Rabinovich, 2013); se confirmó por parte de los terapeutas este diagnóstico a la PI, seguido por información acerca del trastorno y sus etapas tomando como ejemplo los mismos episodios que sufrió la paciente; se conversó acerca de la diferencia en la sintomatología que la PI experimentó en cada uno de ellos y se le propuso la tarea de pensar acerca de esto y las sensaciones que podría haber tenido previo a cada uno, porque si alguna vez volviesen a aparecer; posiblemente sería más fácil detectarlo a tiempo ya que estos pacientes, en general, son capaces de detectar alertas tempranas de forma fiable (British Psychological Society, 2006).

Algunas sesiones posteriores es registrado en la historia clínica, como la PI ha logrado identificar una alerta temprana frente a un posible estado maníaco, comenta notar que por momentos el pensamiento se le aceleraba mucho, los pensamientos aparecían uno detrás del otro y comenzaba a sentirse excitada. Estos síntomas, a diferencia de los síntomas depresivos, son más fáciles de identificar debido a que generalmente son expresiones conductuales, y es por ello que enseñar a detectarlos es más útil que aquellos que aparecen en los estados depresivos (Sierra, Livianos, Arques, Castelló, & Rojo, 2007). La PI comentó a la terapeuta que al darse cuenta de lo que le sucedía, inmediatamente había decidido hacer una actividad que la distraiga, ya que según expresó, realizar actividades la ayuda a evitar esos pensamientos. El terapeuta utilizó una analogía mediante la cual sostiene que lo que hace es como aplicar un remedio, luego validó a la PI, es decir buscó reemplazar la invalidación que acompaña a estos casos (Duncan, Hubble, & Miller, 2003): *Es muy poderoso lo que hace, se*

*da cuenta y frena; y refuerza Ud. tiene mucha capacidad para salir adelante.* La PI asintió y sonrió satisfecha. Posteriormente agregó que durante los episodios, los pensamientos son para ella muy destructivos, siente que la retan, aparecen todo el tiempo y no puede controlarlos. Si bien en los pacientes que presentan estados maníacos se evidencian ocasionalmente estados delirantes y alucinaciones estafalarias, en quienes cumplan todos los criterios de manía y depresión a la vez, como es el caso de la paciente María L. el diagnóstico será entonces “con características mixtas”.

### ***5.3.3. Tercer episodio en la institución.***

Un año posterior al inicio del segundo episodio, se observó en sesión videograbada que la paciente María L. mientras era recibida por los terapeutas en el consultorio, ingresaba con la mirada hacia abajo, sin hablar; entró y se sentó manteniendo la actitud. La postura corporal era levemente encorvada con hombros bajos, la comisura de los labios también se observó hacia abajo y el ceño estaba fruncido, la expresión aparentaba tristeza; y además no respondía las preguntas que le dirigían los terapeutas. Si bien el número de episodios que los pacientes experimentan pueden variar, el TB tiende a ser un trastorno crónico y con recaídas recurrentes (García Blanco, Sierra & Livianos, 2014). Cesar, quien la acompañó a sesión, pide hablar a solas con los profesionales para solicitar su ayuda ya que no encuentra la forma de ponerle límites a su hermana. Comentó que Emma había comenzado nuevamente a llamar a María L. por la noche para contarle sus problemas llorando, interrumpía el sueño de la PI que como consecuencia luego no podía dormir; esto alteraba su rutina diaria, la exaltaba y luego aparecían los síntomas. Además comentó que unos días atrás había fallecido una de sus tías, lo que creía podría también haber afectado a su madre. Por otro lado Emma le había comentado que planeaba venir a Buenos Aires para pasar las fiestas con María L. y temía que esto trajera aún más desequilibrios en la rutina de la paciente. Por esta razón y teniendo en cuenta a su vez, los episodios previos, podría considerarse que el estrés, los factores psicosociales y contextuales son los que desencadenarían los distintos episodios; y que en parte son estos factores, los que explicarían el devenir de una enfermedad que posee un fuerte componente genético (Sadock & Sadock, 2008); mientras que las primeras alteraciones sintomáticas repetían su expresión conductual principalmente en la alteración del ritmo y cantidad de sueño, la alteración de la necesidad de alimentarse, el abandono de la medicación y los consecuentes delirios ya que, cuando un episodio maníaco se manifiesta con rasgos psicóticos, se estima que los próximos episodios tiendan a repetirse con iguales características (APA, 2014; Sadock & Sadock, 2008). Esto se evidencia en la misma sesión videograbada

cuando se observó que Cesar expresó a los terapeutas que la PI había dejado de alimentarse y dormía cuatro horas diarias; además había confesado haber dejado nuevamente los medicamentos porque Dios le dijo que debía dejarlos, y también había tirado su ropa por pecaminosa, sus cuadros y otros objetos de su casa.

Los terapeutas explicaron que primero es necesario neutralizar los síntomas del delirio por lo que se sugirió reestablecer inmediatamente la administración de los medicamentos indicados y para evitar futuros abandonos se acordó que Cesar será quien administre diariamente todos en sola dosis por la noche. Si bien desde este modelo se insta a que el paciente pueda tomar responsabilidad de su proceso terapéutico también se considera que en casos como el TB es el uso de psicofármacos lo que posibilitará la terapia (Kopec & Rabinovich, 2013). Por otro lado se indicó nuevamente un acompañante terapéutico durante el día, mientras por la noche estaría en casa de su hijo. Cesar le había retirado el celular para evitar que su hermana siga llamándola y se le solicita que por el momento no se lo devuelva. Pero a su vez, le pidieron autorización expresa a Cesar para ponerse en contacto con Emma, con el objetivo de explicarle la situación y cuáles eran las medidas necesarias a tomar para cuidar a la paciente ya que los conflictos intrafamiliares se estarían entrelazando con la emergencia de los distintos episodios del TB y serán las intervenciones en el sistema familiar lo que colaborará en la mejora (Miklowitz, y otros, 2000). Cesar autorizó y añadió que él ya no sabía qué hacer con su hermana; luego agradeció la ayuda. Esto representaría una estrategia dentro del marco de una terapia familiar en las que se brinda intervención psicoeducativa e intervenciones recomendadas con el paciente identificado (British Psychological Society, 2006).

#### **5.4. Describir los cambios producidos a lo largo del proceso terapéutico en relación a la sintomatología inicial presentada**

Diez días después del inicio del tercer episodio delirante en la institución, en la historia clínica se señala que la PI mencionó no escuchar voces y sentirse mejor de ánimo; el sueño y el apetito se habían regularizado y había vuelto a interactuar en conversaciones y actividades familiares, según dichos de su hijo Cesar. Este recupero de la interacción pudo también verificarse de la información extraída de la sesión videograbada por la institución, donde se observa a la PI conversar normalmente con los terapeutas y su hijo, la postura corporal era nuevamente erguida y acompañaba el relato junto con expresiones faciales, la voz era clara y audible. Puesto que María L. estaría recuperando la eutimia los terapeutas le preguntaron si recordaba los sucesos previos a dejar la medicación y si recordaba además, las

sensaciones que tuvo en esos momentos. La PI pensó por unos minutos y luego respondió no saber. El hijo interpele diciéndole que recuerde que Emma no la dejaba dormir. Entonces la María L. dijo que en realidad estaba muy preocupada por su hija ya que ésta tenía muchos problemas en el trabajo y con su marido; ellas conversaban por la noche aunque también hablan durante el día; describió que en ese entonces ella se sentía muy angustiada porque no sabía cómo ayudar a Emma, eso la dejaba pensando, los pensamientos venían uno detrás del otro; esto también le pasaba durante el día y a la noche no podía dormir. Agregó que cuando las voces aparecen no puede hacer otra cosa que lo que las voces le dicen. En consecuencia la terapeuta manifestó comprender su preocupación como madre pero dirigió el punto de atención sobre la desregularización del sueño y la rutina y, las posteriores consecuencias que esto traía para ella.

Según se puede observar en el video, se utilizó la secuencia de conductas observables que abarcaban la alteración de la rutina de sueño como base y la consecuente desregularización, el acaecimiento de la sensación de preocupación, angustia y agitación, el posterior abandono de la medicación y la vuelta de los episodios delirantes. A su vez se recordaron y compararon las similares secuencias en los episodios previos. Este relato fue construyéndose con la participación de María L. quien a medida que la descripción del terapeuta avanzaba, se adelantaba a mencionar la característica de la consecuencia siguiente. Por ejemplo al hacer referencia al hecho de que cuando está en la cama durmiendo o por dormir y se despierta para hablar por teléfono, inmediatamente añade: *¡claro entonces después se me va el sueño! ...y me quedo preocupada, porque usted sabe...* otro ejemplo puede ser cuando a consecuencia de la descripción que hace referencia a que entonces esa preocupación además de angustiarse parecería luego dejar cierta aceleración del pensamiento, ella agrega rápidamente: *esos pensamientos son muy destructivos, después llegan las voces.* Estas participaciones junto a la observación en la grabación de la sesión, de una actitud atenta, con el cuerpo dirigido hacia adelante y la mirada puesta en los terapeutas, habría permitido a los profesionales pensar que lograba dar cuenta del “diagnóstico de circuito” (Kopeck & Ravinobich, 2013) que el terapeuta a través de ejemplos, intentaba transmitirle. A lo largo de la conversación se puntualizó repetidamente que si bien la causa de la aparición de los episodios se debía siempre a los medicamentos y por eso era necesario constantemente ajustarlos; lo que se buscaba con esta descripción era que probablemente, la ayudaría a reconocer la cadena de sensaciones previas a los episodios y entonces notar estos cambios la próxima vez, eso alertaría a los profesionales e instaría con tiempo a ajustar la medicación y

evitar un posible nuevo episodio. Esta construcción le habría permitido comprender un posible “circuito de interacción” (Casabianca & Hirsch, 2009); a saber, el encadenamiento de sensaciones previas que podrían significar el reconocimiento de alarmas tempranas de recaídas y la consecuente búsqueda de ayuda (British Psychological Society, 2006; Gutierrez & Scott, 2004).

Un mes más tarde es apuntado en la historia clínica de la paciente y observado a través de cámara Gesell, que ésta se presentó a sesión interdisciplinaria y declaró haberse dado cuenta que estaba muy acelerada, lo había notado porque llevaba algunos días con dificultad para dormir, a pesar de estar algo cansada. También se había dado cuenta que sus pensamientos no paraban. Esto la preocupaba porque notaba que comenzaba a repetirse el ciclo del cuál habían estado conversando. Estos signos de advertencia comunes en la manía, pensamiento acelerado y trastorno del sueño (British Psychological Society, 2006; Sierra, Livianos, Arques, Castelló & Rojo, 2007) representarían entonces la identificación de las alertas tempranas trabajadas las sesiones previas y a lo largo del tratamiento. Tal como sostiene British Psychological Society (2006) la detección de las alarmas tempranas de manía generalmente presentan mejores resultados que las de depresión, ya que estas pueden consignarse dentro de expresiones conductuales, y en consecuencia resultan más fáciles de identificar (Sierra, Livianos, Arques, Castello & Rojo, 2007).

En esta ocasión se observa en el resultado de la litemia de control indicada a la PI; que el valor en sangre ha disminuido; en consecuencia, se transmite esta información a María L. y se sostiene que esa puede ser la causa de esas sensaciones que logró efectivamente detectar a tiempo. Esto, a su vez, refuerza el hecho que era necesario ajustar los medicamentos hasta encontrar el equilibrio con el fin de evitar nuevos episodios. Se subió la dosis de litio y se indicó un nuevo exámen ya que para el tratamiento de adultos mayores es necesario considerar las diferencias farmacocinéticas que pueden aparecen respecto de adultos jóvenes (British Psychological Society, 2006). Una semana después se observa en sesión terapéutica interdisciplinaria, a través de cámara Gesell, que se ha restaurado el ritmo de sueño a 8hs diarias. Pero presenta un leve temblor en las manos que se atribuye a un efecto colateral del litio, que suele presentar menor tolerancia en los mayores de 65 años (British Psychological Society, 2006).

Durante la misma sesión, se observa a María L. comentar que Emma, en algunas semanas, estaría en Bs. As. En relación a ello menciona que le provocaba un poco de temor porque se habría dado cuenta que las últimas veces los episodios volvieron en oportunidades

similares. Sin embargo planeaba en esta oportunidad hablar con su hija para que la ayude a no alterar demasiado su actual rutina diaria. Y agregó que estaba intentando *desengancharse* de sus hijos, porque cada uno de ellos tiene su vida. Explica que había estado pensando acerca de que Emma planea casarse en el corto plazo, y sus otros dos hijos ya tienen su propia familia; entonces ella necesitaba y quería armar su vida sola en Bs. As así como recuperar su independencia. Se trabaja entonces sobre cómo llevaría eso adelante y a través de la pregunta *¿Cómo te darías cuenta que estarías dando un paso adelante?* Se concretizaron esas ideas en términos de conductas y; se armó una escala gradual y progresiva de *metas mínimas* con el fin de que la paciente no sienta que el tratamiento es apremiante ni imperativo hacia el cambio (Nardone & Watzlawick, 1992). En los posteriores encuentros se observó como la paciente no solo era capaz de continuar detectando las alertas tempranas de posibles episodios, sino que efectivamente intentaba rearmar su vida “desenganchándose” de sus hijos, como eventualmente mencionaba. Comenzó a recuperar sus espacios para pintar cuadros, leer y hacer actividades con pares.

## **6. Conclusiones**

En el presente trabajo se ha desarrollado parte del proceso terapéutico realizado con la paciente María L. quien, si bien inició tratamiento en la institución por dificultades para manejar el estrés, poco tiempo después experimentó un episodio depresivo acompañado de delirios, debido al cual recibió el diagnóstico de trastorno depresivo con características psicóticas. Sin embargo no fue hasta el segundo episodio, acaecido tres años posteriores al primero, que se comenzaron a manifestar los síntomas maníacos, además de los síntomas depresivos y los delirios. Esto provocó un cambio de diagnóstico a TB I con episodios mixtos, ya que se cumplieron todos los criterios de manía y depresión a la vez (APA, 2014). Un año posterior a este último, se manifiesta un tercer episodio de similares características al segundo.

Tal como sostienen Sadock y Sadock (2008) será solo la historia del paciente, sus antecedentes y la evolución del propio trastorno, lo que ayuda a diferenciar si la paciente presenta un trastorno depresivo o, si el episodio depresivo es la manifestación de una de las etapas característica del TB I. Es por ello que la descripción propuesta en el presente trabajo se considera una herramienta útil para comprender el rol terapéutico y la complejidad con la que los profesionales se enfrentan en estos casos. Tal como sostienen Kopec y Ravinobich (2013) en casos como el TB es necesaria la asociación entre psicofármacos y psicoeducación como procedimiento primordial, lo que no solo insta al terapeuta a contar con conocimientos

en la temática, sino que es imprescindible incluir un profesional de la psiquiatría con el fin de abordar integralmente esta compleja patología. El trabajo conjunto en este caso, ha desempeñado un papel esencial en los resultados obtenidos ya que ambos profesionales trabajaron en equipo, respetando las técnicas y colaborando mutuamente en el abordaje psiquiátrico-psicológico dirigido a la PI y su familia.

Se destaca en este caso que uno de los principales desafíos del tratamiento terapéutico fue sin duda lograr la adhesión a la medicación. Es posible apreciar a lo largo del desarrollo de los objetivos como la paciente pone en cuestión su uso, y que tanto el segundo episodio en la institución como el tercero, se debieron a interrupción del tratamiento farmacológico. A pesar de ello, se interpreta que serían los factores contextuales los que habrían tenido una marcada asociación con el posterior abandono de los medicamentos. A saber, el tratamiento de la paciente María L. puede dividirse en dos etapas: en primer lugar, el tratamiento de la fase aguda con inclusión del grupo familiar, hecho que en un principio, encontró dificultades para implicar a todos los actores como consecuencia de las distancias geográficas de dos de sus hijos, pero que terminó por definir a el tercero de ellos como subsistema de intervención, y al que se dirigieron principalmente las intervenciones familiares. En una segunda etapa se focalizó en el mantenimiento de la eutimia con la consecuente posibilidad del desarrollo del tratamiento terapéutico y el despliegue de las intervenciones dirigidas principalmente a la PI. Fue en estas fases que a través de la conversación terapéutica la PI habría logrado dar cuenta acerca de la asociación entre los eventos contextuales en su vida, que podrían considerarse relativos a la pérdida (separación matrimonial, pérdida del empleo y emancipación de sus hijos), con la aparición de los episodios. Lo que permitiría pensar que en respuesta a la alteración de los sistemas rígidos de pertenencia de la paciente, ésta se pronunciaba en el polo de las tendencias a favor de la estabilidad versus las de cambio (Casabianca & Hirsch, 2009) a través del surgimiento de los síntomas psicóticos.

Sin embargo, se considera como cambio significativo el hecho de que, a través de la identificación de la cadena de síntomas conductuales y *sensaciones* que se repetían antes de cada episodio, que como consecuencia de un efecto dominó, resultaban en el devenir de un nuevo episodio; se habría logrado establecer un diagnóstico de circuito (Kopeck & Ravinobich, 2013) y gracias a ello la PI habría podido identificar las alertas tempranas de recaída y proceder a la consecuente búsqueda de ayuda (British Psychological Society, 2006; Gutierrez & Scott, 2004). Pero a diferencia de los episodios previos en las dos últimas ocasiones la aparición de los síntomas delirantes se manifestaron frente a cuestiones contextuales que

podrían considerarse desde su punto de vista, incontrolables y con un fuerte impacto emocional. Por lo que es posible reflexionar entonces que las eventuales recaídas, no solo son consecuencia de las rupturas de los sistemas rígidos de pertenencia, sino que la característica labilidad emocional de estos trastornos, más las influencias generadoras de estrés del contexto y la sensación de incontrolabilidad del mismo, confluirían repercutiendo en la alteración del sistema, desencadenando los síntomas que en todos los casos comienza por alteraciones en el sueño y la alimentación, sensación de angustia, aceleración del pensamiento y acatisia, abandono de la medicación y como resultado, la aparición del cuadro delirante con características mixtas.

En razón de estas consideraciones, si bien es posible apreciar el beneficio de la utilización del diagnóstico de circuito definido en cadena de síntomas concretos conductuales, como medio para que la paciente logre identificar las alarmas previas a un episodio. Se sostiene a su vez, que podría ser de ayuda para ésta, realizar un análisis más profundo de las causas contextuales desencadenantes de la sintomatología, y con ello orientar el trabajo terapéutico en la búsqueda de flexibilizar los sistemas de pertenencia de la PI, generar herramientas para manejo del estrés así como herramientas de afrontamiento. En relación al sistema familiar, dar cuenta de estas particularidades; es decir, frente a situaciones del contexto que cumplan las características de incontrolabilidad, estrés y fuerte impacto emocional para María L., podría serles de utilidad establecer junto con los profesionales un plan de maniobras previas posibles de acción. Ya que como argumentan Duncan, Hubble y Miller (2003) frente a pacientes crónicos en terapia, es necesario ir más allá de las etiquetas y ofrecerles el beneficio de la duda, dado que en la práctica la mayoría de ellos tiende a mejorar. Además, el concepto de enfermedad y la necesidad de administrar medicación no debe dejar de lado los aspectos sanos de la paciente, será necesario trabajar en dirección a los distintos grados de responsabilidad que ésta pueda tomar (Kopec & Rabinovich, 2013).

El presente trabajo ha encontrado ciertas limitaciones en relación a la historia clínica; la cual si bien es bastante completa, en ocasiones carece de profundidad en detalles. Existen también diferencias marcadas respecto a los datos registrados en la misma, dado que en respuesta a la necesidad de llevar adelante un tratamiento farmacológico de largo plazo como consecuencia de las características de la patología presentada, se decidió realizar un trabajo conjunto entre la psicóloga y el psiquiatra; es por ello que en ocasiones la historia clínica profundiza en información relativa al trabajo psiquiátrico y en ocasiones al trabajo terapéutico. En particular se puede advertir esta diferencia en la etapa de aparición de los

primeros síntomas de cada uno de los episodios en la institución, frente a los cuáles el procedimiento inicial constó en todos los casos, de una primera intervención farmacológica con el fin de lograr la estabilidad de la paciente, la retirada de los síntomas y de este modo dar lugar al trabajo terapéutico. Predominaron allí los detalles de la medicación administrada y una descripción conductual de lo sucedido. En suma el registro ha sido realizado a lo largo del tiempo por diferentes personas a cargo de esta tarea, lo que ha resultado en que el mismo varíe en estilo, cantidad de información y aclaraciones. De todos modos muchas de las sesiones han sido grabadas, lo que permitió obtener una visión más completa de muchos encuentros. Gracias a ello fue posible realizar una descripción precisa del proceso terapéutico en su totalidad y por tal motivo se consideran efectivamente cumplidos los objetivos propuestos en el presente trabajo.

Otra limitación encontrada fue la abundante información recabada a lo largo del tiempo de tratamiento, ya que el caso cuenta con más de seis años de registro y aún continúa llevándose adelante en la institución. Esto ha requerido poner luz sobre puntos considerados de utilidad para dar cuenta del proceso terapéutico, pero necesariamente ha excluido otros. En casos crónicos y complejos como el desarrollado, el trabajo de los terapeutas es constante y minucioso, respetando los tiempos del paciente con el fin de que este no se sienta sometido a exigencias de sus recursos y evitar una posible resistencia al cambio y abandono del tratamiento (Nardone & Watzlawick, 1992).

Como futuras líneas de investigación sería de interés orientar la práctica a ampliar los grupos de pertenencia más allá del ámbito familiar. Generar redes de apoyo entre pacientes que comparten cierta patología podría colaborar a que se modifique el punto de vista del paciente, ya no solo como único portador de una enfermedad dentro del sistema; sino como observador externo de otro, que comparte una similar sintomatología. Y a la vez generar la posibilidad de amortiguar los habituales cambios anímicos dentro del grupo de pares.

Por otro lado es preciso realizar nuevas investigaciones acerca de cómo minimizar los efectos adversos de la medicación sugerida para estos casos o encontrar nuevas alternativas farmacológicas a las actuales, ya que estos pueden afectar el normal funcionamiento de los pacientes, principalmente en mayores de 65 años (British Psychological Society, 2006; Sadock & Sadock, 2008).

## 7. Bibliografía

Angst, J., & Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 445-457.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5° Edición)*. Buenos Aires: Panamericana.

British Psychological Society. (2006). *Bipolar Disorder: The Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Adolescents, in Primary and Secondary Care*. Leicester (Reino Unido): NICE Clinical Guidelines, No. 38.

Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Cómo Equivocarse Menos en Terapia*. Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.

Cetkovich-Bakmas, M. G. (2006). Euforias y estados mixtos. En H. S. Akiskal, M. G. Cetkovich-Bakmas, G. Garcia-Bonetto, S. A. Strejilevich, & G. H. Vazquez, *Trastornos bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. (págs. 71-100). Buenos Aires: Panamericana.

Conti, N. A. (2006). Trastorno bipolar. Desarrollo histórico y conceptual. En H. S. Akiskal, M. G. Cetkovich-Bakmas, S. A. Strejilevich, & G. H. Vazquez, *Trastornos Bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos* (págs. 15-44). Buenos Aires: Panamericana.

Duncan, B. L., Hubble, M. A., & Miller, S. D. (2003). *Psicoterapia con casos imposibles. Tratamientos efectivos para pacientes veteranos de la terapia*. Barcelona: Paidós.

García Blanco, A. C., Sierra, P., & Livianos, L. (21 de Marzo de 2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica*, 21, 3, 89-94.

Gutierrez, M. J., & Scott, J. (2004). Psychological treatment for bipolar disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254 : 92-98 DOI 10.1007/s00406-004-0463-8.

Kathleen R. Merikangas, P., Robert Jin, M., Jian-Ping He, M., & al, E. (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Gen Psiquiatría del arco*, 68(3):241-251.

Kawa, I., Carter, J. D., Joyce, P. R., Doughty, C. J., Frampton, C. M., Wells, J. E., y otros. (2005). Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar Disorders. An international journal of psychiatry and neurosciences*, 7: 119-125 DOI: 10.1111/j.1399-5618.2004.00180.x.

Kopec, D., & Rabinovich, J. (2013). *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires: Dunken.

Krishnan, K. R. (2005). Psychiatric and Medical Comorbidities of Bipolar Disorder. *Psychosomatic Medicine*, 67: 1 pp 1-8.

Lolich, M., Vázquez, G., & Leiderman, E. A. (2010). Primer episodio psicótico en trastorno bipolar: diferenciación clínica e impacto funcional en una muestra argentina. *Vertex*, 21; 418 - 427.

Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbaga, A., Sachs-Ericsson, N., y otros. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48: 582-592.

Mortensen, P., Pedersen, C. B., Melbye, M., Mors, O., & Ewald, H. (2003). Individual and Familial Risk Factors for Bipolar Affective Disorders in Denmark. *Arch Gen Psychiatry*, 60(12):1209–1215. DOI:10.1001/archpsyc.60.12.1209.

Nardone, G., & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder.

Rodriguez Testal, J. F., Senin Calderon, C., & Perona Garcelán, S. (2014). From DSM-IV-TR to DMS-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 221-231.

Sachs, G. S., Nierenberg, A. A., Calabrese, J. R., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Gyulai, L., y otros. (2007). Effectiveness of Adjunctive Antidepressant Treatment for Bipolar Depression. *The New England Journal of Medicine*, 356: 1711-1722 DOI:10.1056.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Lippincott Williams and Wilkins Wolters Kluwer Health.

Sierra, P., Livianos, L., Arques, S., Castelló, J., & Rojo, L. (2007). Prodromal Symptoms to Relapse in Bipolar Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41: 385-391.

Strejilevich, S., & Retamal Carrasco, P. (2003). Percepción del impacto y el proceso diagnóstico del trastorno bipolar en personas en tratamiento en centros de Argentina y Chile. *Vertex*, 14: 245-252.

Vazquez, G. H. (2014). Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5. *Psicodebate*, Vol. 14, 9–24.

Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

