

Universidad de Palermo  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Análisis de un caso único de una paciente diagnosticada con Trastorno Bipolar Tipo II

Autor: Guido Pazos  
Tutor: Dr. Eduardo Leiderman

15/08/2018

## Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
3. Marco teórico	5
3.1 Trastorno Bipolar	5
3.2 Tratamiento	7
3.3 Modelo sistémico	10
3.3.1 Terapia centrada en la resolución de problemas	13
3.4 Maniobras de cierre psicoterapéuticas	15
3.4.1 Maniobras generales	17
4. Metodología	18
4.1 Tipo de estudio	18
4.2 Participantes	18
4.3 Instrumentos	18
4.4 Procedimiento	19
5. Desarrollo	19
5.1 Presentación del caso	19
5.2 Modalidad de tratamiento	22
5.3 Primera consulta	23
5.4 Intervenciones psicoterapéuticas	25
5.4.1 Adherencia al tratamiento	25
5.4.2 Intervenciones familiares	27
5.4.3 Psicoeducación	30
5.5 Evolución del paciente	33
5.6 Maniobras de cierre	34
6. Conclusiones	36
7. Bibliografía	41

## 1. Introducción

El siguiente Trabajo Final Integrador (TFI) surge dentro de la Práctica y Habilitación Profesional V realizada en un centro de psicoterapia. Esta institución se encuentra ubicada en Capital Federal, en el barrio de Núñez. Este centro propone una visión integral de la persona buscando incluir al núcleo familiar y social en el cuidado de la salud mental desde un enfoque de terapias breves. A su vez, la institución brinda formación profesional, desde cursos breves de alguna temática específica hasta posgrados.

El centro cuenta con departamento de psicología y de psiquiatría, donde se dividen en diferentes áreas, como terapia de pareja, sexualidad, orientación a padres, niños, trastornos de personalidad, trastornos antisociales, como a problemas de ciclo vital. También cuenta con un sector que se encarga de realizar las admisiones, ya que trabajan con diferentes prepagas. Trabajan algunos casos, quizás los más complejos o los que necesiten revisión de equipo, dentro del centro, en cámara Gesell, y cuentan con consultorios externos en diferentes localidades.

El modelo con el que trabaja la institución parte de una base sistémica, específicamente del *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto, California. Orientados a modelos de terapias breves, como el enfoque centrado en la resolución de problemas o el enfoque centrado en soluciones. Particularmente el instituto ha adaptado estos modelos y tomado otras herramientas de distintos enfoques para lograr realizar este enfoque integral y brindar, lo que consideran, como un mejor servicio en calidad para sus clientes.

La propuesta que brinda la institución a los pasantes es la de poder presenciar sesiones en cámara Gesell, donde son sesiones individuales o grupales y se tratan diversas patologías. Generalmente, las trabajadas en este sector suelen ser patologías complejas, crónicas o que hayan tenido una evolución engorrosa. En este espacio se puede ver trabajar al psicólogo junto con el psiquiatra y luego de la sesión se brinda un espacio para intercambiar ideas de los temas trabajados en sesión, pasos a seguir, intervenciones aplicadas, entre otras cosas. Otra de las actividades es poder asistir a grupos de supervisión de casos clínicos, aquí hay un grupo de psicólogos que consultan con el adisor inquietudes respecto de la evolución de sus pacientes. Además, el centro delegó ciertas actividades para realizar, como la búsqueda de material bibliográfico sobre recursos psicológicos para ciertos diagnósticos, traducción de material al español, que se encontraba solo en inglés, y digitalización de textos.

El caso elegido para la realización de este trabajo surgió de la propuesta de la coordinadora de la pasantía de acuerdo a lo solicitado personalmente. Ella brindó el acceso a este caso mediante el espacio de videoteca, donde se pudieron ver sesiones grabadas en cámara Gesell, que se trabajó con el equipo del centro, la historia clínica de la paciente, como así, su resumen de la admisión, y el contacto para poder entrevistar al equipo que abordó este caso, tanto la psicóloga, como el psiquiatra que brindaron este tratamiento.

## **2. Objetivos**

### General

- Describir el tratamiento sistémico aplicado desde el modelo del Mental Research Institute (MRI) en un caso único diagnosticado con Trastorno Bipolar Tipo II.

### Específicos

- Describir la sintomatología y la problemática familiar inicial de la paciente al momento de la primera consulta en la institución.
- Describir las intervenciones orientadas a la adherencia a la medicación, psicoeducación y terapia familiar en una paciente con diagnóstico de Trastorno Bipolar Tipo II.
- Describir las “maniobras de cierre” utilizadas en el proceso psicoterapéutico.

### **3. Marco teórico**

#### **3.1. Trastorno Bipolar**

Para la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) el Trastorno Bipolar se caracteriza por presentar episodios en los que se ven alterados los niveles de actividad y el humor, pudiendo ser, en algunas ocasiones, un aumento de energía y actividad con un humor elevado o un humor bajo con disminución de la actividad y la energía. De manera más específica, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014) clasifica al trastorno bipolar tipo II por presentar episodios hipomaniacos y episodios de depresión mayor.

El episodio se denomina hipomaniaco cuando el estado de ánimo se presenta de forma anormal y elevado, irritable o expansivo, y hay un aumento anormal de la energía o la actividad, durando más de cuatro días y no llegando a ser lo suficientemente grave para afectar el estado social, laboral o necesitar hospitalización. Los cambios en el estado de ánimo y en su funcionamiento es observable por los demás. Si existiera alguna característica psicótica, estaría asociada a un episodio maníaco. Este episodio no puede ser atribuido a los efectos fisiológicos producidos por el consumo de alguna sustancia (APA, 2014).

Durante este periodo tienen que presentarse de forma significativa y generar un cambio en el comportamiento normal, tres o más de los siguientes síntomas, cuatro si el estado de ánimo es únicamente irritable: Distractibilidad, participación en situaciones que implican posibles consecuencias negativas, menor necesidad de dormir que lo habitual (se sienten descansados durmiendo pocas horas), se tornan más habladores de lo normal, aumento de la actividad dirigida a un objeto determinado, autoestima elevada y taquipsiquia (APA, 2014).

Un episodio depresivo mayor es catalogado así cuando se presentan cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de al menos dos semanas, habiendo cambios en el funcionamiento anterior, causando deterioro laboral, social o en otras áreas del funcionamiento, y el episodio no puede ser atribuido a efectos fisiológicos producidos por el consumo de alguna sustancia. Siendo necesarios para su criterio diagnóstico un estado de ánimo mayormente deprimido durante la mayoría del día o la pérdida de placer o interés por todas, o casi todas las actividades en la mayor o total parte del día. Los síntomas restantes son: aumento o disminución del peso corporal (modificación de más del 5 % en un mes), sueño

excesivamente prolongado y profundo o problemas para conciliar el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor y fatiga. Todos estos síntomas deben presentarse todos o casi todos los días (APA, 2014).

Son varios los autores que coinciden con esta definición, entre ellos Bronkhorst y Motubatse (2017), que distinguen a la bipolaridad como una patología crónica, caracterizada por presentar cambios anormales en el estado del ánimo. Asimismo, Vasquez (2014) entiende al trastorno bipolar como un trastorno mental crónico, que produce un alto impacto tanto en el entorno social y familiar, como en el desempeño académico. Por esta razón, destaca el nivel de discapacidad que genera esta enfermedad.

El trastorno bipolar es una patología subdiagnosticada. Muchas veces es diagnosticada como un trastorno depresivo unipolar, llevando a una gran demora en su diagnóstico correcto, aunque hoy en día las innovaciones de sistemas diagnósticos facilitan esta tarea, se necesita más investigación para poder hacer esto de forma más precisa, llevando a un tratamiento efectivo en buscar de reducir el alto impacto general que produce el trastorno bipolar (Vasquez, 2014).

Para Patel, Rathore y Patel (2011), no existe una única causa para el trastorno bipolar, pareciera haber una carga genética como factor predisponente, sin embargo, no todas las personas que desarrollan este trastorno tienen antecedentes familiares, indicando que el factor genético no es la única causa. Factores externos y psicológicos son considerados elementos que están involucrados en el desarrollo del trastorno bipolar. Estos factores externos, se los denomina como puntos gatillo, ya que pueden desencadenar episodios de manía o depresión, e inclusive algún factor puede empeorar la sintomatología de un episodio en curso. Cabe destacar, que no siempre se encuentran factores gatillos que sean evidentes. El estrés puede ser un factor externo, por ejemplo, cambios significativos en la vida de la persona, ya sea una mudanza, casarse, perder a un ser querido o ser despedido, es decir, que no solo los eventos negativos, sino los positivos que impliquen grandes cambios pueden influir en el desarrollo de la bipolaridad.

Se consideran que las fases depresivas dentro del trastorno bipolar son muy severas, donde el suicidio es un factor de riesgo importante. Los pacientes que están en una fase depresiva, dentro de un trastorno bipolar, tienden a tener más intentos de suicidios que los que padecen un cuadro de depresión unipolar, de hecho, sus intentos de suicidio suelen ser

más letales. Las personas que tienen un predominio de episodios de depresión tienden a tener más intentos de suicidios (Patel et al., 2011).

Harris y Barraclough (1997) en su meta-análisis sobre el suicidio como resultado de trastornos mentales, el resultado de la comparación de todos los estudios recabados, indican que, dentro de los trastornos del estado de ánimo, el Trastorno Bipolar tiene 15 veces más riesgo de suicidio. Los pacientes que padecen Trastorno Bipolar Tipo II, según el DSM-5, tienen una tasa de prevalencia de intentos de suicidio similar a la del Trastorno Bipolar Tipo I, siendo 32,4 % y 36,3 % respectivamente, pero la letalidad de los intentos es mayor en el trastorno bipolar tipo II que en el tipo I. Aproximadamente un tercio de los pacientes con trastorno bipolar tipo II refieren haber tenido intentos de suicidio (APA, 2014).

### **3.2. Tratamiento**

La psicoterapia y los psicofármacos a lo largo del tiempo se han relacionado de distinta manera. Actualmente se tiende a buscar un tratamiento integrativo entre ambas cosas, pero no siempre fue de esta manera. La psicoterapia llegaba a considerar que los psicofármacos generaban un efecto de anulación falsa del síntoma, produciendo que se ocultara la verdadera razón psicológica detrás de este síntoma. Por otro lado, la psicofarmacología consideraba a la psicoterapia como un tratamiento de dudosa eficacia, que contribuía a la mantención del síntoma por más tiempo, perjudicando al paciente y su red (Kopec & Rabinovich, 2007).

Hoy en día se han realizado distintas investigaciones que avalan la eficacia y eficiencia de la psicoterapia como de la psicofarmacología. Principalmente está investigado que el tratamiento interdisciplinario entre farmacología y psicoterapia, con un tratamiento orientado en la psicoeducación, son efectivos en patologías como el trastorno bipolar (Kopec & Rabinovich, 2007).

Becoña y Lorenzo (2001), explican que el abordaje del trastorno bipolar ha sido principalmente con litio, considerado de gran ayuda para el tratamiento, entre otros psicofármacos, pero que en combinación con psicoterapia muestra una mayor mejoría en este tipo de pacientes. Bronkhorst y Motubatse (2017) adhieren que el litio sigue siendo el estabilizador del ánimo con mejor evidencia respecto de otros fármacos para prevenir una recaída maniaca o depresiva, pero que este puede ser usado en combinación con otros

psicofármacos. Por ejemplo, para pacientes con severos síntomas maníacos, el tratamiento recomendado es de litio combinado con valproato y/o antagonistas de la dopamina. No obstante, sugieren que las fases depresivas del trastorno bipolar no deben ser tratadas con antidepresivos. Es por eso que Ruiz, Vairo, Matusevich y Finkelsztejn (2002), advierten de una asociación entre la ingesta de un antidepresivo (ISRS) y el desarrollo posterior de un episodio maniaco.

Sin embargo, el litio, que es uno de los psicofármacos que más se utilizan para el tratamiento de las fases maníacas, estados mixtos o para fases de mantenimiento, no está primero para el tratamiento de fases depresivas. Para estos estados, es más frecuente la utilización de la quetiapina, olanzapina o lamotrigina, esto es combinación con terapia individual y terapia familiar (Bronkhorst & Motubatse, 2017).

En cuanto a la psicoterapia, Becoña y Lorenzo (2001), exponen que los tratamientos psicoterapéuticos útiles para tratar el trastorno bipolar involucran a la psicoeducación para mejorar la adherencia a la medicación. La terapia individual cognitiva o cognitiva-conductual y la terapia familiar son los dos modelos en los que sugieren enmarcar el tratamiento. Las intervenciones tienen como objetivo mejorar la adherencia al tratamiento, disminuir las internaciones y las posibles recaídas, y mejorar la calidad de vida del paciente.

Existe gran cantidad de publicaciones que dan peso a los resultados que otorgan estas intervenciones. Entre ellas, se encuentran las que se basan en adherencia a la medicación (específicamente litio) y las que hacen foco en la psicoterapia o técnicas de psicoeducación. En cuanto a las primeras, Shakir et al. (1979) exponen como, luego de intervenir con psicoterapia de grupo, la adherencia al litio aumentó considerablemente. En el mismo sentido, tanto Cochran (1984) como Lam et al. (2000), obtuvieron resultados significativos luego de intervenir con psicoterapia cognitivo conductual durante seis semanas. Aquí, los grupos que recibieron la intervención no solo interrumpieron la ingesta de litio con menor frecuencia, sino que también redujo el número de hospitalizaciones y presentaron menos recaídas. Por último, interviniendo con psicoeducación a través de videos y lectura sobre el fármaco, Harvey y Peet (1991) concluyeron que el grupo que recibió la intervención, presentó un cambio de actitud positivo hacia el litio y, de hecho, los olvidos de ingesta fueron menos frecuentes.

Sobre los estudios sobre las técnicas de psicoeducación en sí, entre ellos se encuentran los trabajos de Perry et al. (1999), quienes intervinieron enseñando técnicas de conocimiento

temprano de síntomas. Si bien no obtuvieron resultados entre el grupo de intervención y el control, observaron que, en el primer grupo, la recaída en ciclos maníacos fue menos frecuente. No obstante, esto no ocurrió cuando se trataba de un episodio depresivo.

Miklowitz et al. (2000), por otro lado, se centraron en estudiar intervenciones que involucren a la familia y técnicas de psicoeducación. En este caso, el grupo que recibió la intervención indicó mejores condiciones a la hora de contener recaídas. Esto se vio, particularmente, en los episodios depresivos. Por último, los resultados obtenidos en un estudio cuyo objetivo fue medir el efecto de un programa de psicoeducación, también fueron prometedores. Este programa duró 21 sesiones de 90 minutos cada una y se observó que en el grupo de pacientes con Trastorno Bipolar tipo I y II (N: 60) la psicoeducación redujo significativamente el número de recaídas por paciente, el número de recurrencias a consultas y hospitalizaciones (Colom et al., 2003).

Retamal y Cantillano (2001), investigaron el objetivo de las intervenciones psicosociales en el tratamiento de pacientes con este diagnóstico, estos serían los siguientes:

- Buscar la adherencia a la medicación.
- Brindar soporte emocional para el paciente, como a su familia.
- Facilitar las posibles consecuencias del trastorno, como conflictos laborales, educacionales, familiares, etc.
- Ayudar en la resolución de conflictos personales. En especial si hay alguna comorbilidad psiquiátrica como alcoholismo, adicciones y patologías de la personalidad.

En el tratamiento, el psicólogo debe buscar establecer y mantener una alianza terapéutica con su paciente para poder explicar de lo que consiste el tratamiento con respecto a la medicación. Tanto el paciente, como su familia, deben recibir psicoeducación sobre el trastorno bipolar, como las experiencias y creencias que esta enfermedad considera. Una parte importante del tratamiento es la adherencia al plan de tratamiento en sí, ya que muchas veces el fracaso está relacionado con un trabajo pobre respecto de la adherencia (Bronkhorst & Motubatse, 2017).

Se observó un mayor nivel de adherencia al tratamiento en las psicoterapias que hacían foco en el paciente y que incluían, en lo posible, a la familia o algún miembro significativo de su red. Un buen entendimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, que a su vez eduque sobre la medicación prescrita y sus beneficios, como así, sus riesgos, son factores

que inciden en la efectividad. Asimismo, brindar psicoeducación sobre los síntomas de esta patología y sobre el manejo de los mismos, sería otro factor de importancia. Por último, se hizo hincapié en el accionar interdisciplinario entre terapeutas, otros profesionales de la salud y los mismos pacientes (Sajatovic, Davies, & Hrouda, 2004).

Este accionar en el tratamiento debe buscar prevenir recaídas, trabajando de forma continua y mantenida. Uno de estos objetivos es generar un mejor entendimiento sobre la patología, principalmente brindar conocimiento sobre las fases prodrómicas y sobre los síntomas residuales, que permitirán un reconocimiento temprano de episodios incipientes antes de que empeoren y mejorar la atención para aquellos que no hayan remitido totalmente (Keiter et al., 1996).

Sajatovic et al. (2004), sugirieron que identificar de forma clara las características del trastorno bipolar, enfocarse en objetivos y en la solución de problemas, contribuyen de manera esencial al cambio de actitud respecto de la ingesta de medicación, generando mayor adherencia a los psicofármacos.

La psicoeducación entiende al trastorno bipolar como un desajuste biológico que requiere tratamiento farmacológico. No obstante, sirve para enseñar a los pacientes a lidiar con sus síntomas, manteniendo cierto nivel de regularidad en su vida social y laboral. De esta manera, pacientes que han recibido psicoeducación mostraron mejoras en la adherencia al tratamiento. Es más, también redujeron el número de episodios de cambios del ánimo, hospitalizaciones y aumentó el tiempo entre episodios. Por lo tanto, la psicoeducación resulta prometedora para aumentar la adherencia al tratamiento y no perder el foco en la calidad de vida de los pacientes (Vieta, 2005).

Adhiriendo a lo expuesto por estos autores, Reinares, Sanchez-Moreno y Fountoulakis (2014), en su análisis de intervenciones para el trastorno bipolar, marcan los componentes principales de las intervenciones psicológicas a realizar en esta patología. Dentro de la psicoeducación, indican trabajar sobre conciencia de la patología, adherencia al tratamiento, evitar el abuso de sustancias, trabajar en la detección temprana de síntomas y regular hábitos y manejo de factores estresantes. Respecto del eje de las intervenciones familiares, están la psicoeducación también, trabajar sobre la comunicación familiar, y brindar apoyo y cuidado a los familiares como al paciente en sí.

### 3.3. Modelo sistémico

En el libro *Teoría General de los Sistemas*, Von Bertalanffy (1976), expone distintas consideraciones para enmarcar a la teoría general de los sistemas. Aquí, enumera una serie de principios que son válidos para cualquier otra disciplina que trabaje con ellos. Es así que, por un lado, remarca el carácter de totalidad que caracteriza a esta teoría. Por el otro, realiza una lista que comprende sus metas principales. Entre ellas, remarca la inclinación hacia la integración de ciencias tanto sociales como naturales.

En cuanto a las ciencias sociales, la psicología no fue la excepción. Los primeros trabajos que surgen son de terapia familiar y en la escuela de Palo Alto, perteneciente al modelo sistémico, donde emergen las propuestas de intervención. El modelo continuó evolucionando a través de la incorporación de distintas corrientes. Por esta razón, al modelo se lo considera que es integrador y que posee flexibilidad. Se pueden nombrar varias escuelas a modo de ejemplo: la Gestalt, el Constructivismo, perspectivas Cognitivas-Conductuales y del Aprendizaje Social. Sin embargo, se distinguen de estos modelos ya que, en este caso, la unidad de análisis no es el individuo, sino el sistema. (Espinal, Gimeno, & Gonzalez, 2006; Feixas i Viaplana, Muñoz Cano, Compañ Felipe, & Montesano del Campo, 2016).

Este modelo concluye que la familia está considerada como un sistema, al que inherentemente se aplica a los principios de la Teoría General de los Sistemas. De esta manera, el aporte que hace este enfoque a la psicología familiar, muestra fehacientemente su importancia a la hora del desarrollo, evaluación e intervención familiar (Espinal, Gimeno, & Gonzalez, 2006).

Feixas i Viaplana, et al. (2016), desde una perspectiva sistémica, toman al síntoma como una característica del sistema, mismo del patrón comunicacional, y no solo del individuo. Es por esta razón, que se busca trabajar con la familia para modificar sus patrones de interacción. Esta es una nueva concepción de psicoterapia, en donde la relación terapéutica ya no es solo entre terapeuta-cliente, sino entre equipo-familia.

El *Mental Research Institute* (MRI), nace en marzo de 1959, fundado por Don D. Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir. Esta institución aparece en la misma línea de pensamientos que las de Bateson, pero no era una extensión propia de este. Hacia fines de ese mismo año, Paul Watzlawick, se sumó al instituto, convirtiéndose, en poco tiempo, en un referente del MRI (Kopec & Rabinovich, 2007).

Según Casabianca y Hirsh (2009), el modelo del MRI comparte cinco principios que tiene en común con diferentes enfoques sistémicos. Estos son:

- Las conductas de los individuos se explican por conductas de otros individuos. Por eso si un comportamiento de alguno cambia, se modifica, inevitablemente producirá un cambio del comportamiento del otro.
- Son los mismos miembros del sistema los que dan sentido a sus conductas.
- Estas conductas tienen un orden, la interdependencia y la jerarquía.
- Se puede ver al sistema como una interrelación entre dos opuestos, uno está a favor de mantenerse igual y otro de modificarse.

En el inicio de las terapias familiares, lo más transformador se vio dentro del modelo estratégico y sistémico del MRI de Palo Alto, California. El modelo estratégico hace foco en el aspecto actual social del paciente. El síntoma se analiza como un problema y surge como consecuencia de una interacción familiar disfuncional (Sierra & Fernandez, 2009).

Es de gran interés comprender la forma en que una familia trata de resolver sus problemas, ya que desde este modelo se considera importante las “*soluciones intentadas fallidas*”, estas pueden estar perpetuando el problema o incluso convertirse en otro aún mayor (Sierra & Fernandez, 2009). Se busca describir el circuito por el cual se mantiene el problema, esta solución intentada es un determinado circuito y una vez que haya logrado se descripto se pueden realizar intervenciones sobre el mismo para lograr interrumpir algún circuito. La idea es llevar al paciente a que, mediante un proceso estratégico, logre enfrentar el problema por un camino diferente (Wainstein, 2006).

Trepper, McCollum, De Jong, Korman, Gingerich y Franklin (2010), postulan una serie de componentes elementales respecto de las terapias estratégicas breves. A continuación, se expondrán los mismos:

- Construir una alianza terapéutica con el cliente, basada en la cooperación.
- Crear una solución y no focalizar en el problema.
- Proponer metas cuantificables y posibles.
- Utilizar preguntas orientadas al futuro y proponer discusiones para encontrar soluciones a corto plazo.

- Ver el progreso del tratamiento en relación a los objetivos planteados para que el cliente realice una autoevaluación de su respectivo proceso terapéutico.
- Hacer centro en las excepciones de su problemática en donde logró un resultado diferente y llevándolo a realizar lo mismo con mayor frecuencia para lograr que estas excepciones se repitan.

Como exponen Kopec y Rabinovich (2007), el instituto trabaja con una perspectiva del MRI, pero se nutre de distintos modelos de terapias breves como la Terapia Centrada en Soluciones (TCS), que tiene como base la Teoría General de los Sistemas. Por ende, dentro de la terapia, se considera a la interacción terapeuta-cliente y familia, como sistemas. Esto no significa que este modelo aplique únicamente a sistemas familiares u otro tipo de sistemas, como ser grupo de pares o grupo escolar, ya que puede aplicarse a casos individuales (Flores, 2007). Esto está relacionado al contexto en el que surge el grupo de Palo Alto, ya que estos trabajaron en el campus de la Universidad de Stanford, dándoles una aplicación muy particular al modelo dado que trabajaban con estudiantes alejados de sus familias. La solución a esto fue tener una mirada separada de la tradición de la terapia familiar, buscando la manera de abordar la problemática sin la necesidad de poder estar con toda la familia. Entonces, el sistema para el tratamiento quedaba marcado por las personas que se involucraban en la problemática (Kopec & Rabinovich, 2007).

Asimismo, en TCS, no se trabaja con un solo relato, sino que se toman en cuenta distintas versiones de lo ocurrido. Esto hace que abran nuevas alternativas del problema a tratar. De esta manera se deja entrever una premisa basada en el constructivismo relacional, haciendo referencia a que hay tantas realidades como personas (Flores, 2007).

Por último, este enfoque no hace referencia a las carencias del paciente, sino que se trabaja con los recursos que este posea. Se trabaja en reconocer dichos recursos para poder aprovecharlos y usarlos dentro del ambiente terapéutico. De esta manera, se utilizan las diferencias de cada cliente sin tratar de situarlo dentro de un modelo normativo de persona (Flores, 2007).

### **3.3.1. Terapia centrada en la resolución de problemas**

Otro modelo dentro de las terapias estratégicas breves, es el modelo centrado en la resolución de problemas, fue desarrollando por el equipo del MRI, Jay Haley fue el principal exponente de este modelo (Kopec & Rabinovich, 2007).

La premisa fundamental es que sin tener en cuenta los orígenes y la etiología de los distintos tipos de problemas que los consultantes traen al tratamiento, estos se mantienen por el funcionamiento propio de las conductas del cliente y su sistema. Por ende, si una conducta es la mantenedora del problema y se busca cambiarla o eliminarla, el problema desaparecerá, sin que hubiese sido necesario conocer su origen, duración o naturaleza (Weakland, Fish, Watzlawick, & Bodin, 1974). Por esta razón, no se le adjudica mucha importancia al respecto de la historia del problema. Se busca averiguar la razón, el problema, que lo trae al paciente. Se quiere llegar al problema actual (Fish, Weakland, & Segal, 1984).

El problema está visto como una dificultad entre los miembros de un sistema y una problemática interaccional. Esta problemática es resultado de dificultades que requieren algún tipo de adaptación, un cambio, que ha sido mal programado por las partes involucradas. Cuando se presentan problemas que son mal administrados tienen a acrecentarse y dan como resultado que se formen algún tipo de sintomatología naturaleza (Weakland, Fish, Watzlawick, & Bodin, 1974).

En este tipo de modelo estratégico, el foco de análisis es en el proceso de interacción, buscar estos patrones de repetición de conducta en donde el problema está, para ver desde donde se producen y a quienes afectan. Se busca modificar esta secuencia, el circuito particular, mediante la solución de problemas. Esto no quiere decir que ciertas conductas sean siempre disfuncionales, sino que en cada caso es específica la conducta que ayuda a mantener el problema (Casabianca & Hirsch, 2009). Por esta razón, el panorama problemático que describe el paciente es fundamental para llegar a un problema en concreto y el sistema disfuncional que interviene en este, manteniéndolo (Nardone & Watzlawick, 1989).

Es importante determinar lo que se denomina el “¿por qué ahora?”, se debe registrar cual fue el motivo que llevó al paciente a consultar en este preciso momento y no otro. Es conveniente tomar información sobre la situación reciente del pasado que influyó a esta decisión. También es central desarrollar el motivo de consulta. El paciente debe elegir el problema que considere más importante o que más urge solucionar ya que sobre este problema que se defina, será en lo que se trabaje (Casabianca & Hirsch, 2009).

El profesional, frente a lo que el paciente le explica sobre su problemática debe ayudar a acomodarla de forma más clara y mejor definida posible, de manera que este pueda lograr ver de forma práctica su problema. No siempre realizar esto es sencillo, muchos pacientes hacen descripciones vagas de sus problemas y es dificultoso poder clarificarlos, entonces el terapeuta debe profundizar sobre la realidad del paciente y así poder definir el problema en conjunto (Nardone & Watzlawick, 1989).

Un tipo de intervención, característico de este modelo, es la reformulación. Esta es una intervención clave que busca modificar la visión que el paciente formó sobre determinada problemática (Kopec & Rabinovich, 2007). Busca generar una alternativa verosímil de la problemática, poniendo el foco en las creencias que el paciente tiene sobre lo que lo aqueja. Lo que ocurre es que los clientes suelen pensar desde un solo punto de vista, generando que se imposibilite observar otro tipo de acción. Lo que se hace con la reformulación, es brindar una mirada positiva sobre una actitud o conducta que antes terminaban siendo negativas. Se cambia la visión de la realidad del cliente (Wainstein, 2006).

### **3.4 Maniobras de cierre psicoterapéuticas**

La idea de toda terapia exitosa lleva a la modificación de puntos de vista del paciente sobre las razones de su malestar. Esto ocurre en todas las psicoterapias. Con respecto a esto se puede decir que en el proceso terapéutico ocurre que el paciente cambia en tanto acepta las redefiniciones con sus direcciones de acción, tanto implícita como explícitas. De acuerdo a como sea esta dirección, será la acción que tomará el paciente. Se entiende por *redefinición* lo que realiza el terapeuta, una operación, en donde ofrece un nuevo sentido a una situación. Si este nuevo sentido que brinda el terapeuta es aceptado por el paciente, se experimenta una *reestructuración*, es decir, cambia el marco conceptual o emocional dentro del cual experimenta una situación, para situarlo en otra estructura, cambiando así el sentido de los mismos, cambiando el sentido atribuido a la situación (Hirsch & Rosarios, 1987)

Para Kopec y Rabinovich (2007), hay cuatro etapas fundamentales en cualquier proceso psicoterapéutico que deben ser cumplidas de forma obligatoria. Estas etapas son: el proceso de admisión, las sesiones, el cierre del proceso psicoterapéutico, y, por último, un seguimiento del caso. El cierre del tratamiento, en estos modelos de terapias breves, no suele ser tan significativo como en otros modelos donde los tratamientos son prolongados, donde hay que hay un cierre de la vinculación entre paciente-terapeuta. Sin embargo, en este modelo,

que es estratégico, se considera útil mostrar algunas cosas sobre la etapa final del proceso. De acuerdo a como haya terminado el tratamiento, fuera este exitoso o no, se tomarán distintas maneras de formar un cierre (Fish, Weakland, & Segal, 1984).

Poder lograr que el proceso psicoterapéutico tenga un cierre exitoso, más allá de si el tratamiento haya sido un fracaso o un triunfo, se utilizan las denominadas *maniobras de cierre terapéutico*. Se producen cuando el terapeuta considera que continuar con el tratamiento ya no generará beneficios importantes al paciente. Estas maniobras consisten en producir una lógica de cierre de tratamiento que el paciente perciba como tal, y no como si fuera un movimiento arbitrario que da el terapeuta. (Kopec & Rabinovich, 2007). Se ven facilitadas por distintos factores, como por ejemplo, si está pactado un número de sesiones fijas o si el precio de la consulta es muy alto para el cliente (Hirsch & Rosarios, 1987).

Las maniobras de cierre, se desarrollan en las últimas o en la última sesión, el objetivo de estas maniobras, cuando el tratamiento ha sido exitoso, es consolidar los logros que se obtuvieron y lograr prevenir recaídas en los intentos fallidos de solucionar problemas que en verdad tendían a mantener o agudizar estos, evitando así, un progreso o un camino hacia el cambio. Ahora bien, cuando el tratamiento ha fracasado, dar un buen cierre al proceso permite que el cliente no quede reacio a volver a realizar una consulta en otro momento de su vida. Dar un mal cierre reduce las posibilidades que esto ocurra y fortalece esas conductas por las cuales el cliente consultó en un primer momento (Hirsch & Rosarios, 1987).

Estos autores consideran que este apartado es de gran importancia, dado que un mal final, un mal cierre terapéutico, puede llevar a perder lo invertido por el paciente en el tratamiento. Además, es muy difícil que se presente la posibilidad de repararlo.

Para Kopec y Rabinovich (2007), al momento del cierre hay ciertos principios relacionados con el profesional que de estos se determinará el grado de satisfacción del paciente. Uno de ellos, es la percepción del consultante respecto de si ha logrado algún cambio positivo en el proceso terapéutico. Otro factor es si se percibió la competencia del profesional, así como su manifestación por el cuidado e interés del paciente. Por último, si el terapeuta tomó en cuenta los intereses y necesidades que el paciente planteó.

En terapia, hay distintos tipos de maniobras, pueden ser generales o específicas. Las maniobras generales son aquellas en las que el terapeuta puede, en la mayoría de los casos, aplicar rutinariamente. Las maniobras específicas son las que corresponden a situaciones

particulares, son hechas dentro de un plan terapéutico, para una necesidad específica de la situación (Hirsch & Rosarios, 1987).

### **3.4.1. Maniobras generales**

Cuando el problema fue resuelto surgen una serie de maniobras generales para realizar. A continuación, se detallan estas como lo explicitan Hirsch y Rosarios (1987):

- Marcar las cosas que se han logrado, así como las que no. De esta manera se busca enfatizar sobre los logros que realizó el cliente y lo que no pudo alcanzar sea visto como resultado de la limitación terapéutica general o del profesional en particular. Lo que se busca con esto es se marque de forma específica que la responsabilidad está principalmente en el paciente, así se amplifica su esfuerzo y el grado de actividad que logró, mientras que se le resta participación al profesional. Este se desplaza y deja en el centro de la escena al consultante, la responsabilidad y el crédito son del cliente. Abriendo lugar a que este pueda seguir movilizándose para solucionar las cosas que no se han logrado alcanzar aún. Hace que el consultante quede en una posición independiente y así no espere que los próximos cambios vengan desde afuera, sino que provengan del paciente en sí.
- Mantener el control sobre la posibilidad de sufrir alguna recaída, reducir la incertidumbre que genere esto, el miedo o la ansiedad. Para esto se le aconseja al consultante que vaya con cautela e incluso que intente no seguir mejorando en un futuro cercano, buscando que el cliente no sienta presión en seguir mejorando como venía haciendo. También se le advierte que podrá sufrir alguna eventual recaída, marcándosela como esperable o incluso positiva. Predecir sobre una recaída hace que se pueda soportar mejor y facilitar que pueda recuperarse y no caer en patrones viejos de conducta. Por último, dentro de este apartado, se recomienda aclarar al paciente que existe la posibilidad que el mismo o algún allegado, pueda intentar sabotear las mejorías que logró durante el tratamiento. Respecto a esto, Fish, Weakland y Segal (1984) aclaran que el paciente por temor a mantener los cambios, realizan demasiado esfuerzo produciendo que sea más probable, frente a esta presión, que empeore el problema, que no puedan mantener los cambios obtenidos. Por eso es por lo que el terapeuta debe tranquilizar al paciente, evitando esta inquietud de que las cosas puedan empeorar o no mejorar cuando termine el tratamiento. Esto puede llevar a que

el paciente crea que los intentos de tranquilizarlo por parte del terapeuta son una incomprensión de la fragilidad de lo obtenido durante el proceso, haciendo que esta problemática empeore aún más. Son en estos casos donde el terapeuta debe abandonar esta forma de buscar tranquilizar a su paciente y definir que es posible un empeoramiento, una recaída, y que incluso es algo positivo. Esto, como ya se nombró anteriormente en este punto, es para liberar presiones y no aterrorizarse frente tensiones de una probable recaída.

- La última maniobra de cierre general es mantener el contacto con el paciente en lo que se llama entrevistas de seguimiento, para ver como se encuentra el paciente en relación con sus objetivos, si logró mantener los cambios. Se pacta un primer encuentro a los tres meses y luego se va extendiendo el tiempo entre cada entrevista de seguimiento. Añaden a esto Kopec y Rabinovich (2007) que el seguimiento, como en otras disciplinas, es necesario. Esto permite recaudar información sobre los resultados, evaluar tanto los de largo plazo como los de mediano, si se mantuvieron en el tiempo o no, y los ex consultantes brindan información sobre el proceso con sus terapeutas y como vieron su trabajo, para así, poder ver aspectos para mejorar en un futuro, a través de esta retroalimentación.

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de estudio**

Estudio descriptivo de un caso único.

### **4.2. Participantes**

El siguiente trabajo se realizó sobre un caso clínico brindado por el centro, consta de una paciente diagnosticada con Trastorno Bipolar Tipo II. Esta mujer tiene 37 años, vive en pareja y tiene una hija. Consulta luego de una internación por intento de suicidio por ingesta excesiva de pastillas, donde posterior a unos meses de tratamiento amenaza con volver a intentar suicidarse. Es tratada por el equipo del instituto, un tratamiento interdisciplinario de psicofármacos y psicoterapia. Su psicoterapeuta es una profesional de 35 años que trabaja en la institución hace 10 años. También se brindó acceso al equipo que tuvo lugar en este caso, conformado por otros psicoterapeutas y un profesional del área psiquiátrica.

### **4.3. Instrumentos**

Para la realización de este trabajo se utilizaron las sesiones video grabadas que brinda la institución. Este es el formato de trabajo del lugar, donde las admisiones y sesiones son grabadas y de acuerdo a la necesidad se transcribió los diálogos de la sesión y se subtítulo el video también. La institución brindó acceso a la historia clínica de la paciente, donde se detallan todo el recorrido clínico y terapéutico de la paciente. Su tratamiento con psicofármacos y psicoterapia. Por otro lado, se realizó una entrevista con la terapeuta que trató el caso, donde se hizo eje en las intervenciones realizadas durante el tratamiento, relacionado con la adherencia a los fármacos, psicoeducación, problemas familiares y sintomatología y su evolución.

### **4.4. Procedimiento**

Se procedió a analizar los datos obtenidos mediante la historia clínica guardada en la institución y las sesiones grabadas en cámara Gesell, donde se intervino con un equipo formados por profesionales del área de la salud, tanto psicólogos como psiquiatras. Además, se entrevistó a la psicóloga que realizó el tratamiento con esta paciente, siendo una entrevista semiestructurada donde se indagó respecto de las intervenciones realizadas durante el caso, como así la evolución de la paciente durante el tratamiento. Esta información fue recopilada durante la residencia brindada por la universidad, donde se asistió un total de 4 meses obligatorios, y posteriormente, se brindó la posibilidad de poder volver para acceder a los profesionales y a la historia clínica de la paciente, durante 2 meses más para poder finalizar con el desarrollo de este TFI.

## **5. Desarrollo**

### **5.1. Presentación del caso**

El siguiente caso fue provisto por la institución en el marco de la práctica profesional V, en la Universidad de Palermo. Por medio de acceso a la historia clínica y tres sesiones videogradas, más lo aportado por la terapeuta, se detalla el caso en particular.

La paciente es una mujer de 37 años de edad, que está en pareja hace 17 años, y tienen una hija de 16 años. Los tres viven juntos en el barrio de Lanús. Ella está actualmente

desempleada hace 4 meses. Su marido trabaja como empleado en un comercio. Su hija está cursando el secundario, actualmente está realizando cuarto año.

Respecto a antecedentes psicológicos, la paciente manifestó que había recibido un diagnóstico de trastorno depresivo, estos episodios comenzaron aproximadamente a sus 21 años, con fases de tristeza y pérdida de interés por las cosas, que con los años se fueron acentuando. Cada vez tenía episodios más fuertes, donde dormía mucho tiempo o no podía levantarse de la cama y tenía sentimientos de que no servía para nada, refería que era una inútil, que no valía la pena vivir. Destacó siempre que tuvo altibajos en su estado de ánimo, pero que nunca había llegado a intentar quitarse la vida hasta hace relativamente poco, en sus fases más fuertes, con el correr de los años, empezó a aparecer la ideación suicida, pero no se atrevía a hacerlo, nunca pasaba ni a la planificación, solo ideas de muerte. Estos síntomas coinciden con los criterios diagnóstico de la depresión mayor según el DSM-5 (APA, 2014).

Así vivió muchos años, sin consultar, hasta que a los 27 años empezó un tratamiento psiquiátrico para la depresión. Desde ese entonces nunca pudo mantenerse estable en el tratamiento, cuando se sentía mejor, abandonaba o no tomaba rigurosamente la medicación. Como dice Vasquez (2014), el trastorno bipolar es, muchas veces, subdiagnosticado. Particularmente se confunde el diagnóstico con una depresión mayor unipolar, dando poca importancia a los síntomas eufóricos.

Si bien la paciente viene con un diagnóstico de depresión mayor unipolar, por la exploración de los profesionales y lo que se recabó de información brindada por la paciente sobre sus altibajos del estado de ánimo, y posteriormente por la familia, se determinó que el diagnóstico era de trastorno bipolar tipo II, que como se explica en el DSM-5 (APA, 2014) se caracteriza por ser una patología que presenta episodios de alteración del estado de ánimo, oscilando entre estados depresivos y estados hipomaniacos.

Sus episodios depresivos se caracterizaban por hacerla estar mucho tiempo en la cama, sin ganas de nada y algunas veces con pensamiento sobre la muerte. A su vez, también ha pasado por otras fases en las cuales se sentía mucho más activa y exaltada, pero sobre todo terminaba irritable o intolerante. La paciente percibía este estado irritable. Sin embargo, comenta que su estado de ánimo, en términos generales, es más frecuente depresivo, siempre ha tenido mayores momentos en este estado que en cualquier otro. Quizá esto haya sido así, pero también se tiene en cuenta que las fases hipomaniacas son frecuentemente menos

percibidas por el paciente, generalmente es la familia o personas cercanas que captan estos cambios del estado de ánimo, percibiendo los estados prodrómicos (Keitner et al., 1996).

La paciente en cuestión toma contacto por primera vez en la institución luego de un intento de suicidio por una sobre ingesta de pastillas, esto ocurrió aproximadamente cuatro meses antes de su consulta con la institución. Una noche ingirió un gran número de fármacos, manifestó no recordar con exactitud cuanto tomó. Luego de sentirse mal, se descompensó y fue encontrada por su marido en el piso de la cocina de su casa, este llamó a la ambulancia y fue internada de urgencia en un hospital cercano. Le realizaron los debidos procedimientos para su recuperación, y al cabo de unos días, le fue dada el alta. Como investigaron en su meta-análisis sobre el suicidio, Harris y Barraclough (1997), el trastorno bipolar se caracteriza por presentar alguna vez intentos de suicidios, siendo particularmente en el trastorno bipolar tipo II que se ven los intentos mas letales.

La consulta la realiza luego de volver a su hogar, posterior a su intento de suicidio, donde empieza otra vez un tratamiento psiquiátrico y, sin obtener cambios significativos, amenazó con quitarse la vida. A su vez, su marido le dijo que era momento de consultar con otros profesionales ya que él no podía seguir en esta situación.

Dado que en el instituto se trabaja con psicoterapeutas y psiquiatras, luego del proceso de admisión, se derivó a la paciente para realizar un tratamiento interdisciplinario en conjunción de psicoterapia y psicofármacos.

Ahora bien, por los antecedentes que se obtuvieron, esta paciente tenía originalmente un diagnóstico de depresión mayor unipolar. En la entrevista de admisión se perciben sentimientos de inutilidad, de tristeza, presenta bajos niveles de energía, pensamientos de muerte, sin ideación suicida, o al menos eso declaró al momento, con una presentación estética desalineada, desprolija, la ropa que traía estaba sucia. Su forma de expresarse es angustiosa, con un pensamiento enlentecido y una velocidad de respuesta lenta también, su andar también se ve afectado. Por estas señales que logra percibir el admisor, que coinciden con los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, según DSM-5 (APA, 2014), y ante un reciente intento de suicidio, decide hacer la derivación a psiquiatría además de con un psicólogo del centro.

Dentro de la indagación que se realizó en la admisión, mediante anamnesis y una entrevista clínica semi estructurada de orientación sistémica, se percibe que la paciente, además de presentarse en ese momento en un estado depresivo, sufre de episodios en los

cuales se siente más excitada, acelerada, con mucha más energía que lo normal, con mayor deseo sexual, durmiendo pocas horas y con un estado de ánimo que generalmente termina siendo irritable y agresivo. El admisor indagó en esto, para descubrir episodios donde parecía estar refiriendo a estados hipomaniacos, por eso, la tentativa de diagnóstico por lo observado, fue de trastorno bipolar tipo II (APA, 2014).

Posteriormente, con la derivación hecha a psiquiatría, y con la grilla de lo expuesto y recabado en la admisión, el psiquiatra indagó en todo esto, para terminar dando con el diagnóstico correcto de esta paciente, confirmando lo que el admisor había percibido. De esta manera se puede apreciar, como dicen Bronkhorst y Motubatse (2017), que sufre de una patología que se caracteriza por la alteración de la regulación del estado de ánimo, produciendo estas oscilaciones fuera de lo normal. Por lo tanto, ya no se estaría refiriendo solo a una depresión, como se suponía que era, sino que hay episodios en los que se altera el estado de humor y termina siendo lo caracterizado como una hipomanía.

Por lo explorado, no hay evidencias de algún rasgo psicótico en estos episodios, ni nunca fue necesaria una hospitalización más allá de su intento de suicidio, ya que el estado de excitación nunca fue tan incapacitante o incontrolable por completo, por lo que, según el DSM-5 (APA, 2014), se descartó la aparición de un episodio maniaco, y por tanto encaja en los criterios diagnósticos para trastorno bipolar tipo II.

## **5.2. Modalidad de tratamiento**

La modalidad con la que se planteó trabajar con la paciente es mediante un tratamiento interdisciplinario entre psicoterapia y psicofarmacología. Respecto de la psicoterapia, se realiza desde un enfoque sistémico del MRI, teniendo en cuenta, como dicen Kopec y Rabinovich (2007), el instituto toma y se forma de esta base, pero incorpora otras cosas que considera son mejor para los tratamientos. Por ejemplo, en los modelos de terapias breves, originalmente se pactaba un número de sesiones corta, como ser un máximo de 10 sesiones. Acá este aspecto es más flexible, no se pacta un número máximo de 10 sesiones, salvo tratamiento con prepaga donde se fija un tope de sesiones por un tema de cobertura. La frecuencia del tratamiento psicoterapéutico es semanal y quincenal, o lo que requiera de acuerdo con la evolución, de encuentros con el área de psiquiatría. Estos profesionales son de la misma institución y están en constante comunicación mediante espacios de supervisión.

Añaden Kopec y Rabinovich (2007) que el tratamiento combinado de psicofarmacología y psicoterapia, principalmente en casos como el trastorno bipolar, han demostrado ser efectivos.

Dentro del apartado de la psicoterapia, uno de los pilares para trabajar con trastornos bipolares, es la adherencia al tratamiento, a la medicación, ya que como dicen Becoña y Lorenzo (2001), es importante trabajar sobre este punto, ya que es un pilar fundamental la medicación en este tipo de trastorno de índole crónica donde psicoeducar sobre los efectos de los fármacos, así como realizar terapia familiar y terapia individual, son factores que sirven para mejorar la calidad de vida del paciente, evitando así posibles recaídas.

Además, se orientará la psicoeducación para brindar información sobre el tratamiento en general y como dicen Sajatovic et al. (2004), para informar sobre su patología, ya que una comprensión de su enfermedad y la correspondiente sintomatología que pueda presentar, sirven para que la paciente identifique los distintos tipos de estado del ánimo en los que se encuentra, para así poder entender cuando está por padecer un episodio hipomaniaco o depresivo, entender las fases prodrómicas. En este caso, la paciente manifestó que le costaba percibir estos cambios, sobre todo entrando en fase de hipomanía. Esto es coherente ya que las personas siguen siendo funcionales y se sienten más activos, mientras que son los familiares los que perciben estos cambios con más facilidad.

El último punto, y no menos importante, va a ser sobre terapia familiar, ya que como afirman Becoña y Lorenzo (2001), es útil incorporar a la familia para que el tratamiento sea más efectivo. Por esta razón se van a pactar sesiones con la familia para trabajar sobre la patología, se busca ver cómo está el entorno familiar, como opera esta red y aspectos que aspectos disfuncionales presentan. Así como también psicoeducar sobre lo que es la patología y sus síntomas a los familiares, para que puedan entender la enfermedad de la paciente y sus posibles consecuencias (Sajatovic et al., 2004).

Respecto del tratamiento con psicofármacos, se empieza a administrar tratamiento para diagnóstico de trastorno bipolar tipo II. Contrario a lo que venía siendo su tratamiento previo, que era un tratamiento para un diagnóstico de depresión mayor unipolar. Como dicen Bronkhorst y Motubatse (2017) en las fases depresivas dentro de un trastorno bipolar, no hay que tratarla con psicofármacos que sean antidepresivos ya hay que tener en cuenta que estos, como la fluoxetina (ISRS), pueden dar lugar al switch maniaco, que consta del cambio de una polaridad a otra, de un estado depresivo a una fase maniaca (Ruiz et al., 2002).

### **5.3. Primera consulta**

La paciente se caracteriza por presentar un estado de ánimo depresivo. Se percibe un alto grado de angustia y tristeza que se manifiesta en la entrevista de admisión. Por otro lado, su nivel de respuesta es lento, así como su velocidad de hablar está brevemente enlentecido, es lo que se conoce como enlentecimiento psicomotor. Manifiesta que durante el último tiempo subió de peso, pero no logra especificar exactamente cuánto tiempo es este. Su discurso está conservado, responde a las preguntas que se le realizan correctamente. Por otro lado, se encuentra desalineada, trae ropa sucia, desprolija. Se puede ver que su estado actual, teniendo en cuenta los sentimientos de inutilidad y una reciente amenaza de quitarse la vida, refiere a un cuadro de depresión (APA, 2014).

La paciente cuenta que desde que fue despedida todo esto empezó a desencadenarse. Primero con sentimientos de inutilidad y luego se fueron volviendo más profundos hasta llegar a percibir tristeza, que sensaciones similares a esta ya había tenido, pero que esta vez fue todavía peor que otros episodios. Estos sentimientos la llevaron a comer más, sin tener mucho registro de ello, y a estar mucho tiempo en la cama. Dice que en estos estados suele pasar la mayoría del día tirada en la cama. A veces duerme muchas horas, otras no, pero está como “absorbida”, según dice ella con sus palabras, por la cama. Perdió la motivación por todo, no está en busca de trabajo, no se ocupa de la casa, no dialoga mucho con su marido, ni con su hija, a la cual tampoco la ayuda a realizar tareas escolares.

Se buscó indagar sobre el motivo del despido, y lo que dijo la paciente es que luego de un altercado con uno de sus jefes, este la insultó y la situación siguió escalando de tono y ella también lo agredió verbalmente, aclarando que nunca hubo contacto físico. Luego de esta discusión, ella se fue del trabajo y recibió posteriormente un telegrama de despido. Actualmente se encuentra en trámite para cobrar una indemnización.

Al parecer, nunca pudo mantener un trabajo estable a lo largo de su vida. Su tiempo máximo de trabajo en cada lugar fue de un año donde siempre por alguna razón se terminaba yendo o la despedían. Como afirma Vasquez (2014), el trastorno bipolar es una patología crónica, afecta varias áreas de la vida del sujeto de forma importante, y como se puede ver en este caso, el área laboral se suele ver afectada por sus cambios de estados, ya que no solo en este momento fue despedida, sino que nunca pudo establecerse en ningún trabajo.

No solamente el área laboral se vio afectada, la paciente carece de amigos o relaciones duraderas, exceptuando su pareja, con la cual tienen constantes problemas de comunicación. No obstante, se mantienen unidos y su pareja entiende que muchas veces las

distintas reacciones son dependientes de su estado de ánimo. Respecto de su hija, no se comprenden mucho, al parecer la paciente no logra adecuarse al crecimiento de su hija que ahora quiere más intimidad o les pide salir a la noche. Además, dice que la hija no la comprende, que ella no logra transmitirle cómo se siente. La asusta y le da miedo que se encierre mucho en su habitación y que no quiera salir, como cuando le pasa a ella, por eso teme que padezca lo mismo.

Comentó que cada vez que recibía un despido entraba en una etapa en la que empezaba a perder interés por hacer las cosas, aumentaba su consumo calórico, se tiraba mucho tiempo en la cama sin hacer nada, solo dormir o tener una cadena de pensamientos negativos y tenía sentimientos de inutilidad y a veces llevaban a pensamientos de muerte. Luego de a poco se iba recuperando hasta sentirse bien, en un estado normal, que generalmente se mantenía un tiempo y después comenzaba a subir sus niveles de energía y excitación, acompañado de un pensamiento acelerado, durmiendo pocas horas, hasta volverse irritable y así era generalmente su ciclado por lo que ella misma manifiesta. Como afirman Patel et al. (2011), los factores externos que conlleven a cambios, pueden ser considerados como factores gatillos, que sean desencadenantes o facilitadores para el desarrollo de algún episodio dentro del trastorno bipolar. Aquí se aprecia como el despido llevó a lo largo de otras ocasiones, y en esta situación, a contribuir al comienzo de un desequilibrio emocional.

Se indagó en lo que se denomina el “*¿por qué ahora?*” y se obtuvo que esta consulta surgió por el ultimátum del marido, diciéndole que no soportaba más la situación actual, ya que, si bien esto es algo de larga data, nunca había intentado matarse como ocurrió recientemente y esto fue un punto para la consulta. Es importante buscar el motivo que lleva a la paciente a consultar, en este caso lo que le dijo su marido, y recabar información cercana a este evento, para contextualizar. Respecto a esto, está el despido laboral que sufrió la paciente, desencadenando una fase depresiva que la llevó a un intento de suicidio (Casabianca & Hirsch, 2009). Teniendo en cuenta que no fue el despido, ni el intento de suicidio el que llevó a consulta, sino el ultimátum del marido, es un punto a tener en cuenta a la hora de trabajar desde este enfoque, ya que como se dijo, busca trabajar sobre los recursos (Flores, 2007), y en este caso, su pareja parece establecer cierto punto de peso para trabajar.

#### **5.4. Intervenciones psicoterapéuticas**

##### **5.4.1. Adherencia al tratamiento**

Es de gran importancia en este tipo de patologías, que son de índole crónica y afectan varias áreas de la vida del sujeto, poder generar una buena adherencia al tratamiento. Partiendo del supuesto que este tipo de pacientes van a requerir medicación a largo plazo, es un pilar del proceso poder lograr una buena adherencia a los psicofármacos, para lograr que las personas sean concientes de la medicación y su función. Por otro lado, psicoeducar sobre los beneficios y los costos de la medicación resulta útil para generar mayor adherencia (Vieta, 2005).

Por la información que se pudo obtener, por el equipo de profesionales que trabajaron en este caso, mostraron que tratamientos anteriores con psicofármacos habían fracasado, no solo por el error de diagnóstico, que es otro tema, sino que la adherencia al tratamiento no se logró. La paciente no logró mantener el consumo de psicofármacos indicado ya que al poco tiempo del tratamiento dejaba de tomar la medicación o de ver al psiquiatra regularmente.

Hay varias razones por las que la adherencia al tratamiento puede fallar. Los profesionales que trabajaron en este caso explicaron uno de los puntos de importancia para este tipo de patología. Consideran como un pilar del tratamiento explicar a los pacientes que es lo que están tomando, como la función que podría, o no, producirles. Adhiriendo a lo que exponen Sajatovic et al. (2004) ya que informar sobre los efectos no solo positivos, sino adversos que puedan llegar a ocurrir, mejora la adherencia a la medicación.

En la entrevista que se tuvo con la psicóloga que llevó el caso, expuso el siguiente relato a modo de ejemplo: Los pacientes no saben bien para que sirven los psicofármacos, por lo general hay mucho miedo y rechazo a la ingesta de estos, más aún cuando es una patología crónica, donde va a ser necesario que se tomen por, se podría decir, toda su vida. Uno de los puntos de fracaso en la adherencia es que los pacientes toman la medicación por una semana, o diez días, y al no notar cambios dejan de tomarla porque a su consideración “no sirve”. O incluso tomando la medicación por un tiempo prudente para que se note un efecto buscado, bien reciben un efecto parcial o alguna sintomatología adversa que produce malestar. Respecto de esto es fundamental que se exponga que los psicofármacos y las patologías mentales no son, por ejemplo, como una angina. No se receta un antibiótico, como ser la amoxicilina, por un lapso de diez días y eso ya genera que se revierta el cuadro siempre. Aquí en el campo de la psique es más complejo, lo que funciona en un paciente, puede no hacerlo del todo en otro. Entonces lo que se prescribe en un principio puede no ser la medicación definitiva, de hecho, casi siempre sufren modificaciones, por eso hay que esperar un tiempo

prudente que haga efecto el fármaco y de acuerdo con lo que ocurra en esa instancia, se sumará otro fármaco o se cambiará el mismo. Esto es un constante equilibrio que el paciente debe entender, un equilibrio entre efectos buscados y efectos adversos. Añade que, de acuerdo a este caso, ya que hay cambios en los estados de ánimo y de acuerdo a distintas razones puede ir alternando en fases, es posible que en momentos se refuerce una medicación que luego se saque, o que por ejemplo produzca efectos adversos que no tolere la paciente y se busca ir reduciendo las dosis para llegar a reducir efectos colaterales sin perder la efectividad.

En este caso clínico, se le explicó a la paciente sobre la medicación que recibiría, que fue inicialmente un tratamiento con lamotrigina, indicada para fases depresivas dentro del trastorno bipolar, y que puntos se buscaron mejorar con esto. Se le aclaró lo que expuso la psicóloga, que iban a empezar con cierta medicación que podría llegar a sufrir algún cambio, esto de acuerdo al efecto que vaya teniendo. Es fundamental trabajar este punto con la paciente, ya que mediante la alianza terapéutica se busca poder ir modificando y explicando los cambios sobre la marcha en el tratamiento sin que la paciente abandone, lo que se consideraría un pobre trabajo psicoterapéutico sobre la adherencia a los psicofármacos (Bronkhorst & Motubatse, 2017).

Se considera importante explicar que el fármaco podría producir un efecto parcial, es decir, no producir el efecto total esperado. Esto sirve para que la paciente, en caso de no sentir un cambio significativo, no se desmotive al tomar un fármaco pensando que no sirven. Se psicoeduca sobre esto, se le dice que no todas las personas responden igual, que hay que esperar a ver la respuesta individual de cada uno, y de acuerdo con ello, se irá ajustando o no la medicación para lograr un equilibrio entre los costos y beneficios buscados.

Otro punto importante a la hora de la adherencia es explicar el cuadro psicopatológico, aclara la psicóloga que no siempre es necesario decir el trastorno que sufre la persona, a veces puede ser contraproducente, es de acuerdo al caso y el objetivo que se quiera dar. Con esta paciente, decidieron explicarle su psicopatología, ya que ella manifestaba gran incertidumbre sobre lo que le pasaba y como se sentía, no comprendía sus cambios de humor, sobre todo le costaba identificar cuando estaba entrando en una fase hipomaniaca, la fase depresiva siempre la podía reconocer con mayor facilidad. Así que decidieron que decirle su diagnóstico serviría para lograr una mayor adherencia y psicoeducar sobre los síntomas para poder identificar sus distintas fases, como dicen Sajatovic et al. (2004), de esta manera la

paciente logra entender el objetivo de la medicación y afianzar el tratamiento, además de comprender y trabajar en la identificación de sus síntomas. Esto demostró que mejora la adherencia al tratamiento y mejora la calidad de vida de los pacientes.

#### **5.4.2. Intervenciones familiares**

Dentro del tratamiento del trastorno bipolar, como dicen Becoña y Lorenzo (2001), este debe enfocarse, además de la adherencia a los psicofármacos, en la terapia familiar. Y de acuerdo con el modelo sistémico de terapias breves, involucrar al sistema, la familia, es uno de los planteos centrales.

Para esto se propuso una sesión con la pareja y luego otra con la pareja y la hija. Primero en la sesión con su pareja, como dicen Retamal y Cantillano (2001), se buscó brindar apoyo emocional tanto al marido, como a la paciente. Lo primero que hizo la terapeuta fue indagar sobre su situación actual. Respecto de esto, el marido manifestó que muchas veces no logra entenderla, entiende que algo cambia en ella y de acuerdo a esto es cómo será su relación. Manifestó que en muchas ocasiones le es difícil interactuar con su esposa, no solo sexualmente, sino una simple charla. Hay ocasiones en las que no se levanta de la cama y le contesta monosilábicamente y otras en las que no pueden entrar en una leve discusión por un detalle mínimo que ya termina con ella gritando y enojándose. Cabe destacar que esta sesión se pudo pactar al mes y medio del inicio del tratamiento, cuando la paciente ya se encontraba estabilizada, en un estado eufórico con un poco de efectos residuales depresivos.

Se procedió a explicarle al marido de la paciente, a psicoeducar, que lo que sufría ella era de un trastorno bipolar tipo II, presentando episodios que van desde la depresión, hasta la hipomanía. Se le explicó toda la sintomatología posible. Se usó a modo de intervención una secuencia que comentó el marido en la que estaban en la cocina comiendo y por una simple discusión sobre que poner en la televisión, ella se levantó, completamente irritada, sin dar lugar ni a una charla, sin poder soportar un simple intercambio de palabras y esto llevó a que se empiece a subir el tono ambos, gritándose, y finalmente termina con ella volviendo a la mesa, tirándole el plato al piso.

Este tipo de situaciones solían pasar frecuentemente y para su marido esto carecía de sentido, hasta que la psicóloga intervino sobre este evento. Como dicen Feixas i Viaplana, et al. (2016), tomar esto como si fuera un problema individual no es propio de una mirada sistémica, más allá de la patología que sufre la paciente, esta está en constante comunicación con su familia, su sistema, así que toman esto como un patrón comunicacional, en base a

cierta actitud, desencadena X respuesta en otro individuo del sistema. Esto sirve para buscar una forma de trabajarlo. Esta concepción implica salir de la tradicional mirada del paciente y terapeuta, para involucrar a la familia.

La intervención de la psicóloga fue concientizar al marido sobre el estado actual en el que se encontraba su esposa, específicamente en esa semana antes de este ejemplo de la situación que contó. El marido pensó y expuso que, de las cosas que él percibía, eran que estaba con mucha energía, que estaba durmiendo mucho menos de lo habitual, que estaba más habladora, más sexual, y en ese punto, esa noche en la cocina, más irritable. Lo que el marido describió, sin saberlo, son los síntomas de una fase hipomaniaca (APA, 2014). Por ende, se procedió a concientizar lo observado y se indicó que, a partir de ese momento, de percibir esta serie de síntomas, se lo advierta a su esposa. El objetivo de esta intervención es múltiple, se buscó, por un lado, que el marido se volviera más tolerante con la situación de su esposa, por medio de la identificación de síntomas. Por el otro, que además le advirtiera sobre esto a su esposa, para que ella pueda también empezar a tratar de bajar estos niveles de excitación, a concientizarse sobre sus cambios emocionales. Como dicen Keiter et al. (1996), los familiares o personas cercanas de sujetos que sufren este trastorno, suelen percibir estos cambios llevando a un estado hipomaniaco más que la persona que los padece en sí mismo. Para esto la ayudaría una consulta con la psicóloga y el psiquiatra, quien de acuerdo a lo que vea en el encuentro, le ajustará momentáneamente la medicación para tratar esta alteración del estado de ánimo. Por este motivo, la adherencia a la psicofarmacología y una buena alianza terapéutica son fundamentales, en esa instancia la psicóloga busca apoyar el cambio de la medicación prescrita. Como afirman Sajatovic et al. (2004), que es por esta razón que es necesario el trabajo interdisciplinario en estos casos.

Posterior a este encuentro se dieron situaciones como la ejemplificada, en la que se trabajó con los puntos enseñados y se logró un cambio de situación problema. Si bien la paciente empezaba a entrar en una fase de excitación, su marido ya le advertía del cambio. En este punto la paciente le costaba reconocer esos síntomas, ya que no se sentía mal, sino que más productiva, pero de igual manera ese llamado de atención ya la llevaba a consultar, evitando que esto progrese. Entonces, como postulan Casabianca y Hirsch (2009), de acuerdo al modelo del MRI, las conductas de los individuos se explican por conductas de otros individuos. Produciendo que, si un comportamiento de alguien cambia, producirá un efecto en el comportamiento del otro. Aquí se pudo apreciar como un cambio interaccional, dentro del sistema, modificó un patrón de respuesta que se veía dando con frecuencia.

Aquí el problema no estaba puesto solo en la paciente, que al estar en una fase hipomaniaca se encontraba irritable y no podía sostener una conversación, sino que se vio el problema como una dificultad de los miembros del sistema, o sea, la familia. Tal y como afirman Weakland et al. (1974), se ve esto como una problemática interaccional. Sería reduccionista pensar que el problema ocurre únicamente por la paciente que sufre de este trastorno, si bien es un factor, un elemento interaccional del sistema, que entra en juego con otros factores.

En la sesión que se pactó con la hija y el marido, se trabajó de forma similar. Primero se aclaró un tema de preocupación de la paciente, que era el estado emocional de su hija, ella temía que sufriera de depresión. Luego de una indagación dentro de la sesión, se le explicó que no tenía por qué tener miedo de esto, que la hija no aplicaba a ningún criterio diagnóstico de depresión. Una vez aclarado esto, se procedió a realizar lo mismo con la hija, se le explicó sobre el trastorno bipolar, sus estados, sus síntomas y sus posibles reacciones de acuerdo a como esté emocionalmente. También se trabajó respecto a los estados de la hija, que si bien oscilaban dentro de lo normal, la paciente tenía que entender que no siempre iba a responder igual, que si bien no serán cambios tan bruscos como los que sufre la paciente, las personas oscilan en sus estados anímicos. Su hija está en plena adolescencia y solo necesita tener tu espacio, no se encierra y se tira en la cama porque se sienta triste, solamente quiere mirar series o películas, usar el celular acostada, etc.

Con estas intervenciones se logró mejorar el ambiente familiar y que haya un mayor grado de comprensión sobre la enfermedad de la paciente y sus consecuencias. Según Weakland et al. (1974), estos problemas surgen cuando el sistema necesita adaptarse a ciertos cambios, que, por alguna razón, que no interesa precisamente el cómo, se ha programado erróneamente, produciendo una dificultad. Entonces, sin tener en cuenta la razón por la que ocurrían episodios así, modificando patrones del sistema, en este caso actitudes del marido y de la hija, se logró producir un cambio.

#### **5.4.3. Psicoeducación**

Mas allá de psicoeducar sobre el tratamiento farmacológico, buscando adhesión al tratamiento, se le explicó sobre su patología y sus síntomas, ya que como mostraron Miklowitz et al. (2000) no solo la terapia familiar demostró ser efectiva en el tratamiento el trastorno bipolar, también brindar psicoeducación sobre la patología redujo el número de

episodios, sobre todo se arrojó mayor evidencia en cuadros depresivos. Por esta razón se trabajó en la explicación detallada de los episodios que podía llegar a padecer.

La paciente reconocía cuando empezaba a entrar en un estado depresivo, le costaba más comprender el estado hipomaniaco, ya que como se explica en el DSM-5 (APA, 2014), este estado al caracterizarse por cambio del comportamiento normal, donde las personas se sienten más activas, con pensamientos más rápidos, no suelen percibir esto como algo malo, produciendo que se dificulte la identificación de estos estados. Dado esto, se decidió trabajar en la identificación de los síntomas hipomaniacos, tratando de que la paciente lograra percibir sus fases prodrómicas, ya que generalmente ella empezaba a sentirse más activa, con más ganas de realizar actividades y de a poco se iba tornando más expansiva o irritable, al punto de no poder entablar un intercambio de ideas sin irse o gritar. Se le indicó que a medida que empezara a sentir estos cambios, sin importar si se sentía bien, consultara con el equipo. Además de haber brindado esto a la familia, su marido e hija, que también ayudarían a esta identificación, trabajar con la familia en la identificación de síntomas es parte de un tratamiento global (Bronkhorst & Motubatse, 2017). Para Patel et al. (2011), el monitoreo de los estados de humor es importante para vigilar los síntomas, ya que los cambios de humor pueden indicar la posterior aparición de un episodio, si es que estos cambios empiezan a no ser manejables, tratar de controlarlos es efectivo para evitar que el problema se asiente.

Sin bien ella identificaba su fase depresiva, no lo hacía hasta estar bastante mal. Solía empezar con sentimientos de inutilidad, seguido de un aumento de la ingesta de comida, dejando de cuidar sus hábitos de higiene como bañarse o cambiarse, luego con problemas sobre su energía, donde se sentía cansada y sin interés por hacer cosas, llevándola a estar tirada en la cama, durmiendo gran cantidad de horas y sin levantarse de ahí. En esa instancia es donde comenzaba la ideación suicida. Tal y como afirman Harris y Barraclough (1997), en los estados depresivos dentro del trastorno bipolar tipo II los intentos de suicidio son más letales que en el trastorno bipolar tipo I. Por eso se trabajó en psicoeducar sobre la detención temprana de síntomas depresivos, como sugieren Sajatovic et al. (2004), la detección de estos es un factor importante, ya que se busca cortar esta decaída antes de llegar a estar tirada en la cama con pensamientos de muerte. Se le indicó que, si estos sentimientos de inutilidad aparecen y se instalan, debía informar al equipo para que se le haga un seguimiento, de esta manera evitar que llegue a este estado.

Otra problemática que planteaba la paciente era que cuando lograba estar en una fase eutímica, le quedaba una sensación de miedo a la depresión, sobre todo a la hora de dormir y estar en la cama. Ya que en ese lugar es donde terminaba siempre que caía en una depresión profunda, apareciendo las ideas de suicidio. Lo que ocurría, es que en sus fases eutímicas empezaba a tener problemas para dormir, no precisamente por no poder conciliar el sueño, sino que, al tener este miedo, la llevaba a levantarse más temprano o postergar el momento de acostarse. En definitiva, dormía menos, se empezaba a privar del sueño. Esto iba en escalada, haciendo que poco a poco cada vez durmiera menos, a su vez comenzaba a sentirse más excitada, con el pensamiento acelerado, hasta que ya no sentía esa necesidad de dormir, terminando por consecuencia en una fase hipomaniaca. Para Patel et al. (2011), la privación del sueño puede ser considerado un factor externo que favorezca la aparición de un estado hipomaniaco, es decir, que puede ser un factor gatillo, un factor desencadenante.

Considerando el enfoque sistémico, según Sierra y Fernandez (2009), esto se podría considerar como una “*solución intentada fallida*” que lo que produce es que el problema se perpetúe o se vuelva aún más grave. En la lógica del paciente, por miedo a terminar en un estado depresivo, empieza a privarse del sueño, ya que hay una asociación entre cama-depresión para la mirada de la paciente. Lo que termina desencadenando que se prive del sueño, aumentando sus niveles de excitación y posteriormente concluir en una fase hipomaniaca. Cabe destacar que este factor es importante ya que la persona padece un trastorno bipolar, por ende, un problema en la regulación emocional, donde la privación del sueño por tiempo prolongado puede favorecer a la aparición de un episodio.

La psicóloga intervino sobre esta *solución intentada fallida*, mostrándole a la paciente como su conducta terminaba llevando a perpetuar o desarrollar un problema. Su intento por no tener un episodio depresivo, la llevaba, en parte, al comienzo de una fase hipomaniaca. Se le indicó regularizar estos horarios de acostarse, brindándole horarios fijos para dormir y levantarse por más que sintiera que podría hacerle mal.

Para trabajar en lo que implicaba la cama para la paciente, se usó la técnica de *reformulación*, que como dice Wainstein (2006), es una intervención fundamental en el marco de la psicoterapia. Esta consta de lograr un cambio en la percepción de la realidad percibida por el cliente, para que entienda desde otra mirada esta problemática. A la paciente le costaba identificar cuando estaba cansada o no, fallaba en este registro emocional, si tenía un día muy intenso y se encontraba agotada, le daba culpa y miedo acostarse, ya que no sabía

que sentiría en ese momento. Por el contrario, si igual no estaba cansada y quería descansar un rato en la cama, porque simplemente estaba en su hogar, le aparecían nuevamente estos pensamientos. Se reformuló esta mirada, se trabajó en explicarle que estar cansada no es lo mismo que estar deprimida, que tiene derecho a sentirse agotada después de un día cargado de actividades. Que el cansancio de esta índole no es igual al cansancio que siente en una fase depresiva, aquí no hay sentimientos de inutilidad o tristeza y no hay bajos niveles de energía, por el contrario, ese cansancio se debe a un desgaste que requiere un adecuado descanso para poder recuperarse. Estar acostada no significaba que quisiera morir, como ella lo relacionaba, sino que lo que quiere es dormir, recuperarse para sentirse bien al otro día. Por eso se trabajó también en el estar acostada sin dormir, solo por querer relajarse, ya que esto no era estar depresiva, ni querer morir.

El último punto trabajado fue posterior a los seis meses de haber empezado el tratamiento, cuando la paciente vuelve a conseguir trabajo y se presumían ciertos riesgos, ya que para Vasquez (2014), la bipolaridad es una patología crónica, que afecta varias áreas de la vida del paciente generando ciertas discapacidades. El área laboral en este caso ya era un factor para tener en cuenta dado que toda su vida cambió de trabajos y su último intento de suicidio se dio en un panorama post despido. Coincidiendo con Retamal y Cantillano (2001), se trabajó en las posibles consecuencias laborales que podrían afectar a la paciente. Para esta altura del tratamiento la paciente estaba estabilizada, pero este factor era de gran cambio y de acuerdo con Patel et al. (2011), puede ser un factor estresante por más que sea un cambio positivo, pudiendo traer problemas. En cuestión, se le aconsejó que lo tomara con calma, que estuviera atenta a sus estados emocionales, que entendiera que se puede equivocar por ser un trabajo nuevo y eso no la convertía en inútil, y que podía tener opiniones diferentes con gente del trabajo sin que ello implicara terminar en una situación de agresión verbal. Por otro lado, y ya que era un tema que traía la paciente a las sesiones, se le advirtió que podía sentirse más cansada y que era normal, que debía descansar si así lo sintiera, y que ante cualquier urgencia se comunicara con el equipo para ayudarla.

### **5.5. Evolución del paciente**

Trabajando durante año y medio con esta paciente, haciendo hincapié en el tratamiento de psicofarmacología y psicoterapia, centrando en psicoeducación e intervenciones familiares, como coinciden en la forma de abordaje Bronkhorst y Motubatse (2017), Sajatovic et al. (2004), Becoña y Lorenzo (2001), entre otros, la paciente logró

reducir su cantidad de episodios, así como la intensidad de los mismos. Mejoró su situación familiar, la relación entre ellos es más sana, funcionan mejor. Y logró conseguir un trabajo a los seis meses de empezar el tratamiento que pudo conservar.

Respecto de los episodios depresivos, que eran los más predominantes, tuvo altibajos que fueron compensados con ajuste de medicación y psicoterapia, logrando así, en este periodo no volver a tener una caída profunda con ideación suicida.

Los episodios hipomaniacos lograron ser identificados antes llegar a un estado de irritabilidad o intolerancia. Cuando comenzó a trabajar tuvo un principio de exaltación y aceleración que fue controlado y no pasó a mayores.

Considerando la estabilidad de la paciente, que se lograron varios objetivos a nivel general en su vida, tanto aspecto social, como laboral y tener cierta estabilidad, controlando sus estados emocionales, se realizó un proceso de cierre terapéutico (Hirsch & Rosarios, 1987), quedando disponibles para encuentros más distanciados, por cuestión de control y continuar la visita con el psiquiatra para seguir manteniendo el equilibrio con la medicación.

Sin embargo, posterior al cierre del tratamiento, además de las sesiones de control, la paciente volvió a consultar por otras temáticas que no estaban directamente relacionadas con su inestabilidad emocional, pero sin duda son factores que se ven afectados por las características de este trastorno.

### **5.6. Maniobras de cierre psicoterapéuticas**

El proceso de cierre es algo importante para consolidar lo que trabajó en terapia (Hirsch & Rosarios, 1987), este tratamiento se planteó con ciertos objetivos y búsqueda de cambio de alguna conducta disfuncional, específicamente el tema de la inestabilidad emocional y su falta de control y percepción de cambio de fases ya sea de una depresiva a una hipomaniaca, y las consecuencias que esto generaba a todo nivel en la vida de la paciente (Vazquez, 2014). Como el trato y comprensión de su sistema familiar y sus problemas para mantener un trabajo.

El cierre debe estar pensando de una forma que no sea arbitraria, consiste en analizar lo que planteó en la terapia y ver que evolución se pudo o no lograr (Hirsch & Rosarios, 1987). Un cierre de tratamiento se hace si el tratamiento fue exitoso y también cuando no lo fue, determinando distintas maneras de hacer este proceso (Fish et al. 1984). Se puede decir que en este caso el tratamiento fue efectivo, se lograron cambios a nivel familiar, como a

nivel individual, así como también la reinserción en el mundo laboral. Por eso, durante las últimas tres sesiones se fue trabajando el motivo de cierre, siendo en la última entrevista que se le pidió a la paciente que fuera nombrando todos los cambios que consiguió y que recursos sintió que creó gracias al tratamiento. Esto ya no es algo al azar, sino que es parte del proceso de cierre, para evaluar la consolidación de los cambios (Hirsch & Rosarios, 1987).

La paciente fue diciendo que mejoró su relación familiar, que ahora siente que la comprenden, y más importante, que ella se entiende y distingue sus diferentes estados, no solo anímicos, sino físicos. No volvió a tener un episodio marcado en el último tiempo, ya que sabe distinguir la sintomatología tanto para el inicio de una depresión como para la hipomanía, percibiendo las fases antes de que ocurran completamente. Finalmente logró conseguir un trabajo en el cual está hace un año, lo cual es importante, sobre todo porque no ha tenido grandes conflictos laborales.

Siempre quedan cosas que pueden o quieren mejorar, pero como dicen Hirsch y Rosarios (1987), hay que ser cautelosos a la hora del cierre y advertir al cliente que vaya con precaución, que no intente seguir mejorando sin parar, que logró un cambio positivo y que ya eso es considerable. Esto sirve para evitar futuras frustraciones por no poder cambiar cosas que quieran. Respecto a esto, la paciente volvió a consultar en otro espacio psicoterapéutico, luego de finalizado esta parte del tratamiento, por intentar buscar un rumbo laboral que sienta que le dé más satisfacción.

Este proceso de cierre se realiza en la última o en las últimas sesiones, y como dicen Kopec y Rabinovich (2007), es fundamental brindar un espacio de seguimiento de caso. Esto es para ver la evolución del paciente fuera de la terapia, si logra mantener los cambios y además por una cuestión recíproca para saber del tratamiento profesional. En este caso clínico, se planteó un espacio de seguimiento de entrevista en un mes y luego ir extendiendo los encuentros. Lo que ocurrió es que durante un año la paciente se mantuvo estable, luego comenzó con problemas laborales y aspectos que quería mejorar y volvió a un tratamiento continuo. Cabe destacar, que no sufrió ningún episodio marcado en ese tiempo, por lo tanto, hubo factores de cambios que se mantuvieron estables que se apreciaron en las sesiones de seguimiento.

Para Fish et al. (1984), hay que aclarar que el paciente no sienta presión por mantener los cambios, porque esta puede llevar a perjudicar y generar un problema, es deber del terapeuta tranquilizar sobre esto, evitar la inquietud que pueda generar la finalización del

tratamiento. Cuando se dio cierre a este proceso, en el primer encuentro en calidad de seguimiento, la paciente manifestó estar con unos niveles elevados de ansiedad, temía que sola no pudiera, que no sabría controlarse bien y no que la asustaba no tener el espacio semanal para poder tratar esto. La intervención general que se realizó con la paciente consiste en darle el poder al paciente, desplazar el lugar del terapeuta para que el paciente se sienta más firme, como advertirle que quizás algún día se sienta mal, que puede estar un poco más activada o un poco caída, pero eso es perfectamente normal (Hirsch & Rosarios, 1987).

El discurso de la psicóloga, de acuerdo con *las maniobras de cierre terapéuticas* de Hirsch y Rosarios (1987), fue decirle que los cambios que ocurrieron en este proceso fueron gracias a ella, que sin ella y su motivación de cambio no podría haber hecho nada. Que lo que logró, si bien recibió ayuda, lo consiguió por ella misma. Con esto la paciente recibe crédito por sus cambios, esta intervención da lugar a que quede en una posición independiente, tratando de lograr que siga en el camino de lograr cambios por sí sola, esperando responder por ella misma y no desde el afuera en el futuro.

Antes de empezar este proceso, la paciente venía de abandonar un tratamiento psiquiátrico reciente y un historial de tratamientos inconclusos del pasado. Según Kopec y Rabinovich (2007), hay que ser cautelosos con los procesos de finalización de tratamiento. Si un paciente deserta un tratamiento, hay algo de falló. En este caso pudo ser un trabajo pobre en la adherencia a la medicación, produciendo que no se establezca un vínculo y se abandone el tratamiento. Una de las maniobras de cierre indica que hay que prevenir estas cosas, porque un mal cierre, en un tratamiento que no fue exitoso, que no logró realizar los cambios que se propuso, puede hacer que el cliente no quiera volver a tratamiento porque piensa que no sirve, quedando reacio a nuevos encuentros (Hirsch & Rosarios, 1987). En el caso del tratamiento en este centro, se hizo un buen trabajo al respecto del cierre, además de que la terapia se consideró exitosa, dado que la paciente modificó varios aspectos de su vida, mejorando la calidad integral de la misma, volvió a consultar en el futuro para seguir trabajando sobre ciertos temas, indicio de que el cierre fue exitoso.

## **6. Conclusiones**

En este trabajo se analizó un caso clínico único de una paciente diagnosticada con trastorno bipolar tipo II en el cual se trabajó en interdisciplina con farmacología y psicoterapia. Como indican Kopec y Rabinovich (2007), este tipo de patologías con este

tratamiento han demostrado ser efectivas. Las intervenciones psicoterapéuticas estaban orientadas en el modelo del MRI, donde basa sus elementos el centro, tomando modelos de terapias estratégicas, breves, como la terapia centrada en resolución de problemas. Las Intervenciones se orientaron en la adherencia al tratamiento, a los psicofármacos, la psicoeducación del paciente, como de la familia, y las intervenciones familiares. Finalmente, se buscó hablar del cierre del tratamiento y de qué manera abordarlo.

La paciente comenzó el tratamiento en una fase depresiva, con un intento reciente de suicidio, posterior a un despido laboral, luego de abandonar un reciente tratamiento farmacológico con un psiquiatra. Respecto de la familia, el marido le brindó apoyo todos estos años, pero dado el último accionar de querer quitarse la vida y posteriormente decir que quería volver a hacerlo, cambió esta situación por una más delicada. Con su hija tampoco se lograban comprender muy bien.

El primer punto fue sobre el trabajo en la adherencia al tratamiento, como coinciden varios autores, entre ellos Becoña y Lorenzo (2001), es un punto fundamental en el tratamiento de este trastorno. Trabajar en psicoeducar sobre la medicación, que beneficios trae y que costos puede acarrear. Informar al paciente que es una patología crónica, que requiere de esto para mejorar. Que sepan distinguir su sintomatología, diferenciar sus estados, esto ha demostrado ser efectivo tanto para la adherencia a los psicofármacos como para evitar recaídas. Como dicen Bronkhorst y Motubatse (2017), esta patología crónica afecta varias áreas de la vida del paciente, por eso es necesario psicoeducar sobre la enfermedad, tanto al paciente, como a su familia.

Durante el tratamiento estos pilares de trabajo llevaron a un buen resultado, evitando recaídas profundas y logrando mejorar la interacción familiar. Además de conseguir un trabajo que pudo mantener durante un año.

Ahora bien, las maniobras de cierra (Hirsch & Rosarios, 1987) que se aplicaron para la finalización del tratamiento fueron exitosas y fue un tratamiento que logró varios objetivos planteados, mostrando por un lado que no hubo recaídas fuertes ya que no se presentaron episodios de depresión o hipomanía consolidados completamente, que se logró formar una situación familiar funcional y que pudo mantener un trabajo sin ser despedida o irse por voluntad propia.

Quizás a modo de crítica, este tipo de maniobras, para estos pacientes con una patología crónica, pueden ser peligrosas. No por las maniobras en sí, de hecho, las técnicas de

cierre fueron efectivas, sino por finalizar un tratamiento, ya que al ser una enfermedad discapacitante, el apoyo que se brinda en un espacio terapéutico es de suma importancia. En este caso, manifestó solamente ansiedad al terminar el tratamiento, pero quizás podría haber generado que se produzca algún episodio fuerte. De todas maneras, el equipo estaba predisposto a volver a atenderla o comunicarse si tenía algún tipo de urgencia, además de las sesiones de seguimiento. Finalmente, la paciente volvió a consulta, si bien no volvió a manifestar ningún episodio marcado, si algunas pequeñas fases que fueron detectadas y tratadas, es por eso que quizás este tipo de paciente, al ser crónicos, es mejor pactar sesiones para ir controlando los cambios. Durante la etapa de seguimiento, que empezó con sesiones una vez por mes, venía manteniéndose bien, pero cuando se empezaron a extender el tiempo entre los encuentros, la paciente terminó volviendo a consultar.

Por lo tanto, el hecho de tener tratamiento psicoterapéutico en una paciente con una patología crónica es un factor a tener en cuenta. Quizás no sea necesario un tratamiento semanal, pero seguir con sesiones de seguimiento mensuales, como se propone en las *maniobras de cierre psicoterapéuticas* (Kopec & Rabinovich, 2007), para ver como se encuentran los cambios y seguir trabajando en la adherencia, ya que por más que esté estabilizada, distintos factores pueden desencadenar cambios fuertes (Patel et al., 2011), que serían mejor abordados estando en un constante control.

El factor más limitante para poder realizar una correcta evolución de este trabajo, fue la falta de bibliografía que relacionara las variables en cuestión, es decir, la psicología sistémica y el trastorno bipolar tipo II, ya que en lo que respecta a investigaciones, artículos y libros, no hay material específico sobre esto. Si bien se encuentran trabajos de intervenciones psicosociales, que involucren a la familia, e intervenciones para mejorar el tratamiento con psicoeducación y adherencia a los fármacos, así como bibliografía de tratamientos sistémicos con intervenciones que puede ser aplicadas en diversas patologías de índole crónica, como es el caso de este trastorno, llegar a realizar una conjunción con los datos obtenidos mediante la búsqueda de información, fue complicado y limitante. A favor del centro, el equipo de profesionales que trabaja con estas patologías, fue de gran ayuda y utilidad para mostrar como de igual manera se puede trabajar desde el enfoque sistémico, estratégico y breve, en pacientes con trastorno bipolar tipo II, ya que este caso, es uno de los tantos que han trabajado con esta patología, y se puede apreciar como material encontrado sobre el modelo sistémico y su forma de trabajo, se aplicó de forma correcta y exitosa en este caso clínico.

Otras de limitaciones que tuvo el desarrollo de este trabajo fueron que, si bien la historia clínica y el progreso de sesiones se van guardando constantemente, muchas veces esto no se encuentra debidamente organizado, ya que la carga de datos la van realizando diferentes personas, produciendo en muchas ocasiones que hubiera resúmenes de sesiones vacías o escritas de forma incorrecta, provocando una gran dificultad para lograr armar la historia clínica de la paciente de forma coherente.

En relación de los resultados que se obtuvieron y respecto de lo investigado en el marco teórico, se puede concluir que el trabajo interdisciplinario es fundamental para el tratamiento del trastorno bipolar, la medicación tendrá el rol de nivelar los estados de ánimo del paciente, mientras que la psicoterapia se encargará de trabajar en la adherencia al tratamiento, psicoeducar para la identificación de síntomas, y realizando intervenciones familiares para abordar el problema de un modo sistémico teniendo en cuenta que este tipo de patologías es crónico y afecta muchas áreas de la vida de quien lo padece.

Como se observó en el transcurso de este tratamiento, hacer foco de trabajo en estos pilares, como proponen los autores que se revisaron en este trabajo, resultó de gran utilidad, produciendo cambios en varios niveles de la vida de la paciente. Se lograron prevenir recaídas, se redujo el número de oscilaciones fuertes del estado de ánimo, no volvió a haber intentos de suicidio, mejoró la dinámica familiar y se logró reinsertar a la paciente en el mundo laboral, generando un lugar más estable del que solía conseguir en anteriores trabajos.

Si bien este trabajo constó de un análisis de caso único, en base a lo visto y a los aportes de otros estudios, es importante y más efectivo trabajar de esta manera, entre psicoterapia y psicofarmacología, que aplicando una única fuerza trabajo, como ser solo psiquiatría.

A modo de pregunta en este trabajo surge la duda de cuánto peso tiene la predisposición genética y cuanto tienen los estilos de vida y situaciones contextuales que pueden desestabilizar a un paciente. Pareciera que estos dos están entrelazados y que ambas tienen peso a la hora del desarrollo o empeoramiento del trastorno bipolar. Desde la mirada que se propuso en este trabajo, la mirada de la institución que facilitó el caso, es propia de un entendimiento sistémico donde cada factor tendría su determinado peso.

Respecto de una línea posible para seguir investigando, sería interesante que se estudie y se pueda dar una estimación sobre qué factores ponderan más a la hora del desencadenamiento de un trastorno. Para determinar cuanto pesa la genética, y cuanto pesa

una situación determinada, algún evento que pueda ser muy fuerte para el paciente, como un cambio grande o un evento negativo con gran potencial traumático. Esto podría dar un peso más importante a la medicación o al tratamiento psicológico de acuerdo a que se considere más importante. Si hablamos de un peso grande en lo genético, iríamos más por el lado de la medicación, mientras que, si la importancia es mayor de lo contextual, se buscaría trabajar en eso.

Particularmente, por lo expuesto en este caso, y por lo leído para realizar este trabajo, considero que un tratamiento realizado en conjunto entre psicología y psiquiatría, y tener en cuenta los posibles factores desencadenantes de situaciones contextuales, son de suma importancia para el desarrollo positivo del paciente. Esto visto desde un enfoque sistémico, en el cual se incluya ese sistema del paciente para el tratamiento, como ser su familia, pareja, etc.

## 7. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Becoña, E., & Lorenzo, M. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, *13*, 511-522.
- Brankhorst, E., & Motubarse, J. (2017). Bipolar Disorder: an overview. *South African Family Practise*, *59*(2), 14-19.
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Cómo Equivocarse Menos en Terapia*. Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Cochran, S. D. (1984). Preventing medical noncompliance in outpatient treatment of bipolar disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 873-878.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., ... Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 402-407.
- Espinal, I. Gimeno, A. y González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista Internacional de Sistemas*, *14*, 21-35.
- Feixas i Viaplana, G., Muñoz Cano, D., Compañ Felipe, V., & Montesano del Campo, A. (2016). *Modelo Sistémico en la Intervención Familiar*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

- Fisch, R., Weakland, J.H., & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio: Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Flores Villanueva, L. (2007). Terapia Centrada en Soluciones: Un triángulo equilátero. *Revista de Psicología*, 9(1) 121-125.
- Harris E. C. & Barraclough B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A metaanalysis. *BJP Psychiatry*, 170, 205-228.
- Harvey, N. S., & Peet, M. (1991). Lithium maintenance: effects of personality and attitude on healthy information acquisition and compliance. *British Journal of Psychiatry*, 158, 200-204.
- Hirsch, H., & Rosarios, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales*. Buenos Aires: Nadir Editores.
- Keitner, G. I., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Miller, I. W., Mallinger, A., Kupfer D. J., & Frank E. (1996). Prodromal and residual symptoms in bipolar I disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 50-57.
- Kopec, D., & Rabinovich, J. (2007). *Qué y cómo: prácticas en psicoterapia estratégica (1ª ed.)*. Buenos Aires: Dunken.
- Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., et al. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1 year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48, 582-592.
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: State of the Evidence. *Am J. Psychiatry*, 165(11), 1408-1419. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08040488.
- Organización Mundial de la Salud (Ginebra). (1992). *Cie 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor.
- Perry, A., Tarrier, N., Morris, R., et al. (1999). Randomized controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318, 149-153.
- Patel, D., Rathore, K. S., & Patel, T. (2011). Bipolar disorder - An overview. *Pharmatutor*, 1-9.

- Reinares, M., Sanchez-Moreno, J., & Fountoulakis, K. N. (2014). Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom and when. *Journal of Affective Disorders, 156*, 46-55.
- Retamal P. & Cantillano A. (2001). Psicoterapia de la enfermedad bipolar. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría, 12*, 57-63.
- Ruis, M., Vairo, C., Matusevich, D., & Finkelsztejn, C. (2002). Switch Maníaco por Sobreingesta de Fluoxetina. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría, 13*, 93-97.
- Sajatovic, M., Davices, M., & Hrouda, D. (2004). Enhancement of Treatment Adherence Among Patients with Bipolar Disorder. *Psychiatric Services, 55*(3), 264-269
- Shakir, S. A., Volkmar, F. R., Bacon, S., et al. (1979). Group psychotherapy as an adjunct to lithium maintenance. *American Journal of Psychiatry, 136*(4), 455-456.
- Sierra Marcos, J. A., & Fernandez Garrido, M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología, 27*(3), 339-362.
- Trepper, T. S., McCollum, E. E., De Jong, P., Korman, H., Gingerich, W., & Franklin, C. (2010). Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals Research Committee of the Solution Focused Brief Therapy Association. *Solution Focused Brief Therapy Association*, 1-16.
- Vasquez, G. (2014). Los trastornos bipolares hoy: Más allá del DSM-5. *Psicodebate, 14*(2), 9-24.
- Vieta, E. (2005). Improving Treatment Adherence in Bipolar Disorder Through Psychoeducation. *The Journal of Clinical Psychiatry, 66*(1), 24-29.
- Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1989). *El arte del cambio: manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. (1974). Terapia breve: centrada en la resolución de problemas. *Family Process, 13*, 1-16.