

**UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

TRABAJO FINAL DE INTEGRACION

**ESTUDIO DE CASO ACERCA DEL TRATAMIENTO DE UNA PACIENTE
CON TRASTORNO BIPOLAR I
DESDE LA PERSPECTIVA DEL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL**

TUTORA: Maria Martina Casullo

**Autor: MARIA ANABEL IACONO
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

INDICE

1.INTRODUCCION.....	4
1.2.Fundamentación del proyecto.....	5
1.3.Método.....	7
2.MARCO TEORICO.....	8
2.1.Estado de ánimo.....	9
2.2.Estado de ánimo y cerebro.....	10
2.3.Clasificación de los trastornos del estado de ánimo.....	11
2.4.Introducción a los trastornos bipolares.....	12
2.5.Tipos de trastorno bipolar.....	13
2.6.Trastorno Bipolar I.....	15
2.6.1.Características diagnosticas del trastorno bipolar I.....	15
2.6.2.Especificaciones.....	16
2.6.3.Episodios.....	17
2.6.4.Episodio depresivo mayor.....	18
1.1.1.1.Episodio maniaco.....	19
1.1.1.2.Episodio mixto.....	20
1.1.1.3.Episodio hipomaniaco.....	21
2.6.5.Síndromes.....	23
1.1.1.4.Síndrome de la manía.....	23
1.1.1.4.1.Pensamiento maniaco.....	24
1.1.1.4.2.Habla maniaca.....	25
1.1.1.4.3.Sensación maniaca.....	25
1.1.1.4.4.Conductas riesgosas maníacas.....	26
1.1.1.4.4.1.Manejar con descuido.....	27
1.1.1.4.4.2.Gastar excesivamente.....	27
1.1.1.4.4.3.Hipersexualidad.....	27
1.1.1.4.4.4.Abuso de drogas, alcohol u otras sustancias.....	27
1.1.1.4.4.5.Suicidio.....	27
1.1.1.4.5.Hábitos del sueño durante la manía.....	28
1.1.1.4.6.Hábitos del apetito durante la manía.....	28
1.1.1.4.7.Etapas de un episodio maniaco.....	28
1.1.1.5.Síndrome de hipomanía.....	30
1.1.1.6.Síndrome de depresión.....	31
1.1.1.6.1.Pensamiento depresivo.....	32
1.1.1.6.2.Sensación depresiva.....	33
1.1.1.6.3.Conductas depresivas.....	34
1.1.1.6.3.1.Manejar con descuido.....	34
1.1.1.6.3.2.Sexualidad.....	34
1.1.1.6.3.3.Violencia.....	35
1.1.1.6.3.4.Abuso de drogas, alcohol u otras sustancias.....	35
1.1.1.6.3.5.Suicidio.....	35
1.1.1.6.4.Hábitos de sueño durante la depresión mayor.....	35
1.1.1.6.5.Hábitos del apetito durante la depresión mayor.....	36
1.1.1.7.Síndrome mixto.....	36
2.6.6.Períodos inter episódicos.....	37
2.7.Genética.....	37
2.7.1.Prevalencia y porcentajes de riesgo.....	38
1.1.1.8.Patrón familiar.....	39
1.1.1.8.1. Tabla 1. Riesgo aproximado de desarrollar un Trastorno bipolar.....	40
1.1.1.9.Gemelos.....	40
1.1.1.10.Poblaciones especiales.....	41
2.8.Estrés y trauma.....	41
2.8.1.Eustres y distres.....	42
2.8.2.Signos y síntomas del estrés.....	43
2.8.3.Factores de riesgo y factores de protección.....	43

2.8.4.El modelo del estrés – vulnerabilidad.....	45
2.8.5.Experiencias comunes de alto estrés.....	46
2.8.6.Intercambio entre estado de animo y pensamiento.....	47
2.8.7.Tratamiento en conjunción.....	48
2.8.8.Objetivos de la psicoterapia.....	49
2.8.9.Tipos de psicoterapia.....	50
1.1.1.11.Escuela cognitiva.....	51
1.1.1.11.1.Psicoterapia cognitivo conductual.....	52
1.1.1.11.2.Entrenamiento cognitivo conductual.....	54
1.1.1.12.El contenido cognitivo conductual.....	54
1.1.1.12.1.Triada cognitiva.....	55
1.1.1.12.2.Esquema personal.....	55
1.1.1.12.3.Cogniciones calientes.....	56
1.1.1.12.4.Depresión.....	57
1.1.1.12.5.Manía / hipomanía.....	57
1.1.1.13.Distorsiones del pensamiento sobre la realidad.....	58
1.1.1.14.Tipos de trastornos de pensamiento.....	58
1.1.1.14.1.Personalización o pensamiento autorreferencial.....	58
1.1.1.14.2.Pensamiento bipolar o dicotómico.....	59
1.1.1.14.3.Pensamiento catastrófico.....	59
1.1.1.14.4.Sobregeneralización.....	60
1.1.1.14.5.Abstracción selectiva.....	60
1.1.1.14.6.Inferencia arbitraria.....	60
2.8.10.Principios de la terapia cognitiva.....	60
3.ANALISIS DEL CASO: Entrevistas.....	62
3.1.Examen del estado del paciente.....	63
3.2.Información recolectada durante entrevistas en cámara Gessel.....	67
3.2.1.Violación.....	67
3.2.2.Plan de vivienda.....	68
3.2.3.Área educativa y laboral.....	70
3.2.4.Dinero.....	71
3.2.5.Diagnostico y medicación.....	72
3.2.6.Comienzo de su enfermedad mental.....	73
3.2.7.Pareja.....	75
3.2.8.Pérdidas y mudanza.....	76
3.2.9.Religión.....	78
3.3.El final de la psicoterapia.....	79
4.CONCLUSION.....	82
5.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	85

1. INTRODUCCION.

El presente trabajo de integración final articula una enfermedad mental desarrollada y enseñada en las cursadas teóricas de la carrera de psicología clínica y se relaciona con un caso desarrollado en una institución sanitaria.

Este trabajo describe la enfermedad denominada Trastorno Bipolar I y sus características; explica el modo en que el enfoque terapéutico, enfoque de especialización de la Facultad de Palermo, puede ser utilizado como un importante aporte al tratamiento de esta patología. También, se presenta y problematiza un caso clínico resaltando sus fortalezas y debilidades.

El caso se toma durante los servicios de pasantías a estudiantes universitarios . Este tiene por objetivo ofrecer ayuda comunitaria en las áreas de salud mental y educación y utiliza el enfoque terapéutico . Se realizan seguimientos semanales de cada caso mediante el diálogo interdisciplinario que consiste en psicólogos, psiquiatras, y psicopedagogos, entre otros. La atención ofrecida es a escala individual, grupal, familiar e institucional.

1.1. Objetivos del trabajo

Los objetivos generales del presente trabajo de integración incluyen: describir la enfermedad denominada Trastorno Bipolar I y sus características; explicar cómo el enfoque puede realizar un potente aporte a esta patología; y presentar y problematizar un caso clínico para resaltar fortalezas y debilidades del mismo.

Los objetivos específicos de la tesis son: presentar los primeros síntomas a tener en cuenta para prevenir y/o aliviar la llegada y/o curso de la enfermedad; destacar la importancia de incluir a la familia o parientes del paciente en pos de un mejor manejo de la enfermedad; aportar recursos que puedan resultar beneficiosos en el tratamiento de pacientes bipolares, que no fueron aportados en este caso.

El objetivo de este trabajo final de integración es el análisis de una enfermedad mental denominado Trastorno Bipolar I y el uso del enfoque terapéutico específico utilizando un caso clínico. Los datos correspondientes al mismo son tomados de la historia clínica y observaciones en cámara Gessel durante el período de práctica y habilitación profesional recopilado en la institución .

1.2. Fundamentación del proyecto

El presente trabajo de integración trata del Trastorno Bipolar I caracterizado dentro de los Trastornos del Estado de Animo. Se comienza explicando lo que es un estado de ánimo y la diferencia entre estados de ánimos normales y anormales relacionado con el funcionamiento cerebral (Mondimore, 1999). Se nombran y clasifican los Trastornos del Estado de Ánimo (DSM IV, 2005). Se hace mención a las subdivisiones de los trastornos bipolares, aunque el presente proyecto de integración se focaliza en el Tipo I. Luego, se continua definiendo y describiendo el trastorno bipolar I. Se incluyen los distintos episodios del Trastorno Bipolar Tipo I de acuerdo al DSM IV.

Se hace mención a la epidemiología norteamericana (Pichot, 1995). Además, se profundiza en la etiología de esta enfermedad que incluye varios factores que interactúan entre si: factores genéticos, biológicos y psicológicos (ya se trate de estresores familiares, como también socioambientales) (Miklowitz & Goldstein, 1997).

Se describe en detalle cada síntoma perteneciente al Trastorno Bipolar I atribuidos a los criterios diagnósticos. Estos últimos incluyen síndromes como son: el maníaco, hipomaniaco, depresivo y mixto. Luego, se nombran las posibles manifestaciones de conducta y pensamiento de los pacientes que padecen el Trastorno Bipolar I.

Dentro del Trastorno Bipolar I, se analizan los factores de riesgo, como son; el abuso de drogas y/o alcohol, condiciones de sueño pobre, rutinas cotidianas irregulares, eventos de vida estresantes (distrés), conflictos familiares y situaciones interpersonales provocativos. También, se analiza en detalle los factores de protección, como son; la toma de medicación adecuada, la utilización de un apoyo familiar, social y comunal; y el uso correcto de la comunicación y la utilización de otros recursos de tratamiento (Miklowitz & Goldstein, 1997).

Luego de realizar una descripción detallada del Trastorno Bipolar I, se comienza a describir el enfoque y las razones por utilizarlo en el tratamiento para los pacientes con Trastorno Bipolar I. Se describen algunas técnicas para modificar creencias disfuncionales y errores en el procesamiento de la información (Eysenck, 1993). Por ende, se explica por qué la aplicación del modelo a éste desorden psicológico en particular hace que los resultados sean beneficiosos y exitosos en comparación a otros enfoques de tratamiento.

Se analiza, además, la asociación entre los episodios de depresión y manía en relación con los cambios respectivos de pensamientos y emociones. Estos cambios cognitivos (cambios en pensamiento y emoción) tienen efecto directo sobre el comportamiento (Beck, 1976). Se describe el modo en que el tratamiento proporciona un esquema para lidiar con cuestiones tales como la labilidad afectiva, la carga económica, las fluctuaciones en los niveles de sociabilidad, las indiscreciones sexuales y las conductas violentas, entre otras, que ocurren durante los episodios.

Más aún, a pesar de la efectividad de los fármacos en el control de un episodio de la enfermedad (los cuales no se incluirán dentro de ésta investigación), se explica que el abandono del tratamiento puede dejar secuelas psicosociales que eleven la angustia del paciente y de los miembros de su familia (Lyddon & Jones, 2002).

Finalmente, se analiza lo sucedido durante el proceso de un caso de estudio como fuente. Se analizan los procedimientos del equipo profesional con el paciente de caso y se mencionan los pros y contras del tratamiento. Se detallan maneras prácticas de mantener la salud mental mediante la concientización y la prevención. Se listan y se describen técnicas y métodos que se utilizan para evaluar el principio de un episodio. Se utilizan gráficos, tablas, grillas, de auto manejo y autoconocimiento, entre otros (Miklowitz, 2002).

Por último, el tratamiento puede verse potenciado en la medida en que se incluya el abordaje psicoterapéutico familiar (Mondimore 1999).

1.3. Método

El presente trabajo se trata de un estudio de caso único. Se plantean las características del mismo: paciente de sexo femenino que fue diagnosticada con Trastorno Bipolar I .

Durante el desarrollo del caso, se extrajo información personal (no develando su identidad). Los datos de este estudio se obtuvieron de información recolectada de su historia clínica así como también a través de la observación de entrevistas realizadas mediante la cámara Gessel. Las observaciones incluyen los aspectos de la comunicación verbal como también la no-verbal durante su proceso terapéutico .

Se trabaja con datos tomados de su historia clínica, información sobre su situación familiar y laboral, la sintomatología que presentó y su discurso al respecto. Se procede a explicar cómo se llega al diagnóstico, el desenvolvimiento del proceso terapéutico y los respectivos avances y retrocesos de la terapia psicológica.

Finalmente, se aportan herramientas que podrían haber mejorado la dinámica terapéutica. Se describen las técnicas que se utilizaron con la paciente durante el transcurso de su tratamiento psicológico. También, se explican las ventajas de incluir a la familia en el curso de este caso, así como otras intervenciones que potencialmente podrían haberse realizado en pos de mejorar la efectividad terapéutica.

2. MARCO TEORICO

El Trastorno Bipolar, también denominado trastorno maníaco-depresivo, es un desorden cerebral que causa cambios inusuales en el estado de ánimo, energía, y habilidad para desempeñar funciones de la vida cotidiana. Los síntomas del trastorno bipolar son severos y se caracteriza por estados de ánimos fluctuantes que van desde lo más alto (manías) hasta lo más bajo (depresiones); diferente de los altibajos normales que todos nosotros pasamos. Como consecuencia, esto puede resultar en relaciones dañadas, rendimiento pobre en el trabajo o el estudio, y hasta en el suicidio. El trastorno bipolar tiene tratamiento y las personas con esta enfermedad pueden llevar una vida completa, productiva y equilibrada.

El trastorno bipolar se desarrolla típicamente en la adolescencia tardía o adultez temprana. Sin embargo algunas personas tienen sus primeros síntomas durante la infancia, y algunos los desarrollan tarde en la vida. A menudo no se reconoce como enfermedad, y las personas lo

pueden sufrir por años antes de que sea diagnosticado y tratado apropiadamente. El trastorno bipolar es una enfermedad de larga duración que debe ser manejada cuidadosamente a través de la vida de una persona.

Como otros trastornos mentales, el trastorno bipolar aún no puede ser identificado fisiológicamente, por ejemplo mediante un análisis de sangre. Por ende, un diagnóstico del trastorno bipolar es realizado sobre la base de síntomas, curso de la enfermedad, y cuando sea posible, la historia familiar. El criterio diagnóstico para el trastorno bipolar está descrito en el Manual de Estadísticas y Diagnósticos para los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1995)

A través de las décadas, las personas afligidas con trastornos de ánimo fueron dados el mensaje por los profesionales que ellos mismos eran de culpar por sus síntomas. Como Mondimore (1999) enfatiza desde el comienzo, se criticaba que la depresión y otros síntomas de alteraciones de ánimo eran por culpa de una mala regulación o inmadurez emocional de la persona en vez de ser reconocido como expresiones de un funcionamiento desordenado del cerebro.

2.1. Estado de ánimo

Por lo general, el estado de ánimo se da como consecuencia de las reacciones humanas normales ante estresores comunes de la vida. El primer paso para comprender esta enfermedad, entonces, es comprender lo que significa ‘estado de ánimo’.

Como bien lo explica Mondimore (1999):

El estado de ánimo es como nuestra temperatura emocional, un conjunto de sentimientos que expresa nuestro sentido de comodidad o incomodidad emocional. Nuestro estado de ánimo incluye felicidad o tristeza, nuestro estado de optimismo o pesimismo, nuestro sentimiento de satisfacción o insatisfacción con nuestra situación, y hasta sentimientos físicos como cuán fatigados o robustos nos sentimos. Pero el estado de ánimo es mucho más que un sentimiento. (p. 5)

Kaplan (1999), así como la mayoría de otros autores, resume el significado del estado de ánimo como:

[...] normal, elevado o deprimido. Habitualmente las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas; sienten que tienen cierto control sobre su estado de ánimo y su afectividad. (p. 593)

Cuando los individuos se sienten estar con un estado de ánimo bueno, se los puede describir como personas confidentes y optimistas, relajadas y amistosas, pacientes, interesadas y contentas. La palabra ‘feliz’ captura una parte, pero el humor abarca mucho más. Las personas con buen estado de ánimo se sienten usualmente energéticas y tienen un sentido de bien estar, son de buen comer y dormir. Es fácil para que ellos sean sociables y afectivos. Mondimore (1999) continúa explicando que para estas personas, el futuro se ve brillante y el momento maduro para comenzar nuevos proyectos. Cuando estamos de buen humor, el mundo parece un lugar maravilloso en donde vivir; se siente bien estar vivo.

De manera contraria, cuando las personas se sienten estar con un estado de ánimo malo o bajo, ocurren los sentimientos opuestos al estado de ánimo bueno. Tendemos a mirar hacia nosotros mismos y podemos parecer preocupados o distraídos por nuestros pensamientos. La palabra ‘triste’ captura parte de la experiencia, pero el estar de ánimo bajo es un poco más complicado. Puede haber un sentido de vacío y pérdida.

Mondimore (1999) lo describe de la siguiente manera:

Es difícil pensar mucho sobre el futuro, y cuando uno lo hace, no es difícil ser pesimista o hasta estar intimidado por esos pensamientos. Podemos perder nuestro temperamento más fácilmente y luego sentirnos culpable de haberlo hecho. Es difícil ser afectivo o sociable, entonces evitamos contacto con otros y preferimos estar solos. La energía es baja. La duda sobre sí mismo toma control; nos preocupamos sobre como la gente nos ve. (p. 5-6)

2.2. Estado de ánimo y cerebro

Como muchas otras cosas que podemos medir en el ser humano, por ejemplo, temperatura corporal, presión sanguínea, o nivel de hormonas; el estado de ánimo de una persona normalmente varía dentro de un cierto rango. Las personas no están en el mismo estado de ánimo todo el tiempo; es bastante normal que todos tengan estados de ánimo altos o bajos. ¿Las personas con trastorno bipolar tienen simplemente un estado de ánimo más o menos profundo?

Es cierto que el estado de ánimo alto o bajo del paciente bipolar está a veces tan fuera del rango normal que no hace falta un psiquiatra para saber que algo muy malo ocurre.

Pero no es correcto decir que personas con trastorno bipolar simplemente tienen un estado de ánimo más alto, más bajo o extremo. Si no que los síntomas del trastorno bipolar parecieran ser causados por un defecto en la regulación del estado de ánimo del cerebro. Hay enfermedades que afectan el estado de ánimo y el estado de ánimo es un estado mental. Por como la persona actúa, sus conductas, él o ella está manifestando su estado de ánimo. Por ende, si la persona padece de una enfermedad de estado de ánimo por un desajuste a nivel cerebral, sus conductas también, van a ser de tipo irregular.

La interrupción de varios ritmos corporales que ocurren en la depresión y la manía que se han observado en algunas personas con trastornos del estado de ánimo tienen un disturbio de su *cronobiología*. Las personas con trastornos del estado de ánimo tienen disturbios en las pulsaciones rítmicas normales a nivel hormonal, manifestando fluctuaciones de temperatura corporal, alteraciones en el ciclo dormir – despertar, y desajustes de otros ritmos naturales.

Mondimore (1999) da la siguiente analogía para comprender mejor la relación entre el control que tiene el cerebro y las expresiones que manifiesta el cuerpo humano y por ende, sus conductas. Imagine una persona cuyo sistema de regulación de temperatura corporal no funciona correctamente – una persona quien de repente empieza a temblar en un día caluroso de sol o rompe en transpiración en una habitación en donde todos los demás están frescos. Las reacciones de esta persona al calor y al frío son anormales; su cuerpo “piensa” que hace frío cuando no es así. Se entienden los trastornos del estado de ánimo como problemas con la regulación de temperatura emocional.

En los trastornos de estado de ánimo, el estado de ánimo se torna desconectado del ambiente del individuo, y los sentimientos de “felicidad” y “tristeza” toman sus propios ritmos y fluctuaciones. A veces, las fluctuaciones son leves, y la persona afectada parece sólo tener más altos que bajos, comparado con otras personas; por otro lado la persona afectada tiene fluctuaciones de estado de ánimo que son más difíciles de entender. Sin embargo, como estos estados no determinan profundas depresiones o irrazonables “altos”, se excusan dichos problemas por ser causados por una personalidad difícil o por “inmadurez”. A veces, por otro

lado, los estados de ánimo son extremadamente anormales y la habilidad de la persona afectada de juzgar la realidad se quiebra y su conducta puede ser bizarra y aterradora.

2.3. Clasificación de los trastornos del estado de ánimo

En su clasificación, los *Trastornos del Estado de Animo* están divididos en tres grupos generales e incluyen: los trastornos depresivos, los trastornos bipolares y los trastornos basados en la etiología. De acuerdo al DSM IV (1995) estos Trastornos del Estado de Animo tienen como característica común una alteración del humor. Es decir, una persona que padece un trastorno del estado de animo tiene un “[...] humor anormal” (Mondimore, 1999, p. 5).

Nos recuerda el autor citado que los trastornos del estado de ánimo fueron en un momento denominados *trastornos afectivos*. ¿Por qué se denominan trastornos del estado de ánimo? Se denomina estado de ánimo “[...] porque afecta profundamente las experiencias de emoción de la persona y su afectividad” (Miklowitz, 2002, p. 15). Para ser preciso, *estado de ánimo* o *humor* se refiere a “[...] la experiencia interna del paciente, mientras que *afectividad* se refiere a lo que otros observan sobre el humor de la persona; los signos externos del estado de ánimo” (Mondimore, op. cit., p. 9). Es decir, “[...] la afectividad es la manera en que él o ella transmite sus emociones al otro” (Miklowitz, 2002, p. 15); la apariencia del estado de ánimo de la persona. Para nuestros propósitos, afectividad puede ser considerada sinónimo de estado de ánimo.

Se agrega que “[...] en los trastornos del estado de ánimo se pierde la sensación de control y se experimenta un fuerte malestar general. Los pacientes con un trastorno del estado de ánimo casi siempre originan un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral” (Kaplan, 1999, p. 593).

2.4. Introducción a los trastornos bipolares

Uno de los grupos mencionados anteriormente, los *Trastornos Bipolares*, están subdivididos en cuatro trastornos (*Trastorno Bipolar I*, *Trastorno Bipolar II*, *Trastorno Ciclotímico*, y el *Trastorno Bipolar No Especificado*). “Los Trastornos Bipolares involucran cambios en el humor que oscilan entre dos polos – alto y bajo” (Miklowitz, 2002, p. 15). También “[...] implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores” (DSM IV, 1995, p.323). Los Trastornos Bipolares se caracterizan por tener episodios maníacos o hipomaníacos aunque “[...] usualmente, pero no siempre, episodios depresivos de intensidad

variada” (Castle, 2003, p. 71). “Como el problema básico de los Trastornos Bipolares es la ‘regulación’ del estado de ánimo, entonces la persona con el trastorno puede presentar diferentes síntomas en diferentes momentos” (Mondimore, 1999, p. 8).

Es claro distinguir entre los Trastornos Bipolares de los *Trastornos Depresivos*. Estos últimos se diferencian por tener “[...] estados de ánimo que ocurren sobre un polo único, el bajo” Por ende, también se conocen como depresión o “[...] trastornos unipolares” (Miklowitz, 2002, p. 15). Más aún, “[...] se distinguen por el hecho de no haber historia previa de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos” (DSM IV, 1995, p. 323).

Según el DSM IV (1995), se diferencian los Trastornos Bipolares de los *Trastornos basados en la Etiología* en que:

se caracterizan por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad medica; una droga, medicamento, u otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico; o para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen con los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. 324).

2.5. Tipos de trastorno bipolar

La mayoría de la literatura sobre los distintos tipos de trastornos bipolares están de acuerdo con la presencia, historia o ausencia de ciertas especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente del paciente y especificaciones que describen el curso del episodio. Lo que sigue describe la diferencia general de los tipos de trastorno bipolar. Castle (2003) describe 3 tipos de trastorno bipolar a saber:

El Trastorno Bipolar I es “[...] la forma clásica que las personas tienden a asociar con el termino maníaco - depresivo; El Trastorno Bipolar II es una forma más leve, a veces llamado bipolar suave, en donde ocurre la hipomanía en vez de la manía y el trastorno ciclotímico es una forma leve pero crónica de la enfermedad (Castle, 2003, p. 74). Por último, el Trastorno Bipolar No Especificado – “[...] se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos [...] (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria) (DSM IV, 2005, p. 324)

Miklowitz (1997) agrega que el trastorno bipolar I que caracteriza el 35% al 40% de todos los pacientes, alternan entre síndromes depresivos y manías o episodios afectivos mixtos, con o sin un regreso a la normalidad entre medio de cada episodio. El tipo bipolar I es quizás el más fácil de diagnosticar y el más predecible en términos de su curso futuro. Una vez que se encuentran los medicamentos adecuados y el paciente decide adherirse a este régimen el paciente que lo padece a menudo funciona bien y se integra en la comunidad.

Aproximadamente 40% al 45% de los pacientes bipolares alternan entre periodos de depresión profunda y estados maníacos más leves y menos destructivos (trastorno bipolar II). Cuando estos pacientes se ponen hipomaníacos ellos experimentan euforia, irritabilidad, fuga de ideas, u otros síntomas, pero no se ponen psicóticos y generalmente no necesitan ser hospitalizados. A veces los parientes de pacientes con bipolar II no perciben periodos hipomaníacos distintos. En vez, describen al paciente como principalmente depresivo. Estos parientes pueden reportar que el paciente siempre ha sido difícil, reactivo, irritable, o lleno de energía. Sin embargo en otros casos, los periodos hipomaníacos del trastorno bipolar II son relativamente distintos y llevan a la ruptura de relaciones familiares del paciente. A veces los pacientes le tienen miedo a los episodios hipomaníacos, sabiendo que estos a menudo dejan depresiones profundas por venir.

Un subgrupo de pacientes con trastorno bipolar I o II (entre un 13% y un 20%) poseen estados de ánimo cíclico bastante frecuente, con más de 4 episodios de hipomanía, manía, o depresión en un solo año (trastorno de ciclos rápido). Estos pacientes alternan entre estados de ánimo extremos con periodos cortos o inexistentes de un funcionamiento sano entre medio de cada episodio. El ciclado rápido no tiende a ser un patrón de por vida, pero usualmente representa una fase de la enfermedad. No obstante, estos son los pacientes más difíciles para tratar farmacológicamente porque raramente responden a los medicamentos que habitualmente son utilizados para enfermos bipolares I y II.

La persona atraviesa un proceso formando un nuevo sentido de quiénes son, una nueva auto imagen al incorporar el hecho de tener desequilibrios biológicos que afectan a su estado de ánimo. Los episodios individuales de depresión, manía y mixtos proveen solamente una fotografía instantánea de lo que el paciente y la familia experimentaran en el futuro. Los diferentes subtipos del trastorno tienen diferentes efectos sobre el funcionamiento de la familia o del matrimonio.

2.6. Trastorno Bipolar 1

De los trastornos que componen los Trastornos Bipolares, Castle (2003) describe el Trastorno Bipolar I. Este es el que se ha escogido para desarrollar éste trabajo final de integración:

El trastorno bipolar I es un trastorno del estado de ánimo – una condición cuyo rasgo primario es la perturbación del humor. Puedes sentirte eufórico, enojado, o irritable; puedes sentirte rechazado, desesperanzado o apático. Todos estos son sentimientos normales, pero a menudo indican un trastorno del estado de ánimo cuando su intensidad y duración difieren significativamente de “la norma”. Aunque los trastornos del estado de ánimo afectan el humor, también producen síntomas físicos significativos y afectan el pensamiento y la conducta. (p. 66)

El Trastorno Bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores (DSM IV, 1995, p. 323). La característica central del síndrome del Trastorno Bipolar I [...] es el cambio de humor extremo desde el polo maníaco hasta la depresión severa (Miklowitz, 2002, p.15). Las personas afligidas con ésta enfermedad tienen periodos de depresión severa como también periodos de manía (un estado de ánimo que es en muchas maneras opuesto a la depresión) (Mondimore, 1999, p. 8).

2.6.1. Características diagnosticas del trastorno bipolar I

De acuerdo al DSM IV (1995) la característica esencial del trastorno bipolar I y su diagnóstico es el que sigue:

[...] un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores.

Los episodios (del trastorno del estado de ánimo) inducidos por sustancias (debido a los efectos directos de un medicamento); otros tratamientos somáticos de la depresión; una droga o la exposición a un tóxico; o los trastornos del estado de ánimo debidos a la enfermedad médica no se tienen en cuenta para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Además, los episodios no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

El trastorno bipolar I se subclasifica en el tercer dígito del código según se trate de un primer episodio (por ejemplo, episodio maníaco único) o si el trastorno sea recidivante. La recidiva viene indicada por un cambio en la polaridad del episodio o por un intervalo entre episodios de al menos 2 meses sin síntomas maníacos. Un cambio de polaridad se define como un curso clínico en el que un episodio depresivo mayor evoluciona hasta un episodio maníaco o un episodio mixto, o en el que un episodio maníaco o un episodio mixto evolucionan hasta un episodio depresivo mayor.

Por el contrario, un episodio hipomaniaco que evolucione hasta un episodio maníaco o un episodio mixto (o viceversa), se lo considera sólo un episodio único. En los trastornos bipolares recidivantes la naturaleza de los episodios actuales (o del más reciente) puede ser especificada como sigue: episodio más reciente hipomaniaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado (p. 358).

2.6.2. Especificaciones

Para describir el episodio maníaco, mixto o depresivo mayor actual, se pueden utilizar las siguientes especificaciones para el trastorno bipolar I (o para el episodio maníaco mixto o depresivo mayor más reciente), si en ese momento no se cumplen los criterios para un episodio maníaco, mixto o depresivo mayor (DSM IV, 1995, p. 359).

La observación de que ambos estados de ánimo ocurren en varios momentos durante el curso de la enfermedad, dio luz a la denominación más vieja para el trastorno: enfermedad maníaco – depresiva. Ambos estados de ánimos opuestos ocurren en personas afectadas porque los mecanismos que normalmente regulan el estado de ánimo no funcionan correctamente. Esta observación – que el estado de ánimo de personas afectadas se mueven a cualquiera de los dos polos extremos opuestos – da al trastorno su nombre moderno: Trastorno Bipolar.

2.6.3. Episodios

Los psiquiatras han hecho lo posible para ordenar, de alguna forma, al trastorno bipolar. Se les puso nombre a cuatro categorías principales, siendo éstas el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, la ciclotimia y el trastorno bipolar no especificado. Estas agrupaciones resultan por las distintas manifestaciones que presenta el individuo afectado.

Para simplificar la explicación, como el trastorno bipolar se manifiesta en forma diferente por los distintos ‘momentos’ (por el cual la persona se presenta ‘arriba’ o ‘estable’ o ‘abajo’, etc.), los psiquiatras han denominado a estos momentos determinados como *episodios*. Cada episodio tiene una duración de tiempo o curso diferente. Para diagnosticar lo que el individuo afectado atraviesa o atravesó último, aparte de clasificarlo en una de las cuatro categorías previamente mencionadas, se le agrega cuál fue el último episodio afectivo (el más reciente).

De esta manera, hay seis criterios para el trastorno bipolar I. Estos son: el episodio maníaco único, episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado.

El trastorno bipolar I, episodio maníaco único, se utiliza para describir a los sujetos que están presentando un primer episodio de manía. Los demás criterios son empleados para especificar la naturaleza del episodio actual (o más reciente) en los sujetos que han tenido episodios afectivos recidivantes.

El Trastorno Bipolar I específicamente, se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores (DSM IV, 1995, p. 323). A seguir, se describe cada episodio de acuerdo a las características que manifiesta cada uno.

2.6.4. Episodio depresivo mayor

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos 2 semanas durante el cual se presenta:

- un estado de ánimo deprimido;
- o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades;

El sujeto también debe experimentar al menos otros 4 síntomas de una lista que incluye:

- cambios de apetito o peso;

- cambios del sueño;
- cambios en la actividad psicomotora;
- falta de energía;
- sentimientos desvalorizados o culpa;
- dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones;
- pensamientos recurrentes de muerte o ideación;
- planes o intentos suicidas

Se deben considerar otros factores que pueden existir antes de llegar a la conclusión de que se está atravesando un episodio depresivo mayor como pueden ser el abuso de sustancias y/o el tomar de bebidas alcohólicas en excesivo; un hecho anterior que puede causar depresión como la muerte de un ser querido, un divorcio o la pérdida de trabajo siendo éstas buenas justificaciones para sentirse deprimido; o que la depresión sea un componente de un episodio mixto. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor:

- ✓ Un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado de ánimo antes del episodio.
- ✓ Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas.
- ✓ El episodio debe acompañarse de un mal significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ✓ En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

1.1.1.1. Episodio maníaco

Un episodio maníaco se define por un período de estado de ánimo anormal que debe durar al menos una semana (o menos si se requiere hospitalización) durante el cual el estado de ánimo anormal es:

- persistentemente elevado;
- persistentemente expansivo;
- o persistentemente irritable (si el estado de ánimo es irritable en lugar de elevado o expansivo, debe haber al menos 4 de los síntomas siguientes:

La alteración del estado de ánimo debe ir acompañada por al menos 3 síntomas de una lista que incluye:

- Autoestima aumentada o exagerada / grandiosidad;
- Disminución de la necesidad de dormir;
- Lenguaje verborrérico (más hablador de lo habitual);
- Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado;
- Distractibilidad (la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes);
- Aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora;
- Implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves

Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto, que se caracteriza por síntomas tanto de un episodio maníaco como de un episodio depresivo mayor, que se presentan casi cada día durante un periodo de al menos 1 semana.

La alteración debe ser suficientemente grande como para ocasionar un importante deterioro social o laboral (como ser: arruinar una relación interpersonal, un trabajo o el funcionamiento físico); o para precisar hospitalización; o caracterizarse por la presencia de síntomas psicóticos.

El episodio no se deberá a los efectos directos de una droga, medicamento, otros tratamientos somáticos de la depresión o a la exposición a un tóxico. El episodio no se deberá a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (por ejemplo, esclerosis múltiple, tumor cerebral).

1.1.1.2. Episodio mixto

Un episodio mixto se caracteriza por un período de tiempo de al menos 1 semana de duración en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco y un episodio depresivo mayor.

El sujeto experimenta estados de ánimo:

- Que se alternan con rapidez (tristeza, irritabilidad, euforia), por ejemplo, pasar toda la mañana gritando y a la tarde, llorar o jactar un minuto y auto despreciarse el minuto siguiente.
- Acompañados de síntomas de un episodio maníaco y de un episodio depresivo mayor.

Los síntomas de presentación suelen incluir:

- ❑ Agitación;
- ❑ Insomnio;
- ❑ Alteración del apetito;
- ❑ Síntomas psicóticos;
- ❑ Ideación suicida

La alteración debe ser suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, o está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos.

La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

Síntomas similares a los que se producen en un episodio mixto pueden ser debidos a los efectos directos de un medicamento antidepresivo, terapia electroconvulsiva, terapia lumínica o a medicación prescrita para alguna enfermedad médica (por ejemplo, corticoides).

1.1.1.3. Episodio hipomaniaco

Un episodio hipomaniaco se define como un periodo delimitado que dura al menos 4 días durante el cual hay un estado de ánimo:

- Anormal u persistentemente elevado;
- Expansivo; o
- Irritable (si el estado de ánimo es irritable en lugar de elevado o expansivo, debe haber al menos 4 de los síntomas siguientes:

Este período de estado de ánimo anormal debe ir acompañado por al menos 3 síntomas de una lista que incluye:

- Autoestima aumentada o exagerada / grandiosidad (no delirante);
- Disminución de la necesidad de dormir;
- Lenguaje verborrérico (más hablador de lo habitual);
- Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado;
- Distractibilidad (la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes);
- Aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora;
- Implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves.

Esta lista de síntomas adicionales es idéntica a la que define un episodio maníaco excepto en que no puede haber ideas delirantes y alucinaciones.

El estado de ánimo durante un episodio hipomaníaco debe ser claramente distinto del estado de ánimo habitual del sujeto cuando no está deprimido y tiene que haber un cambio claro de su actividad habitual. Puesto que los cambios del estado de ánimo y de la actividad han de ser observables por otras personas, la evaluación de éste criterio suele requerir la intervención de otros informantes (por ejemplo, familiares).

Contrariamente a lo que sucede en un episodio maníaco, un episodio hipomaníaco no es suficientemente grave como para ocasionar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, ni está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos.

En algunos sujetos el cambio de la actividad puede tomar la forma de un importante aumento de la eficacia, los logros y la creatividad. Sin embargo, en otros la hipomanía puede causar un cierto deterioro social o laboral.

La alteración del estado de ánimo y los demás síntomas no se deben a los efectos directos de una droga, un medicamento, otros tratamientos somáticos de la depresión (terapia electroconvulsiva,

terapia lumínica) o por exposición a un tóxico. El episodio tampoco se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (por ejemplo, esclerosis múltiple, tumor cerebral). Síntomas similares a los que se dan en un episodio hipomaniaco pueden ser debidos a los efectos directos de un medicamento antidepresivo, terapia electro convulsiva, terapia lumínica o a medicación prescrita para algunas enfermedades médicas (por ejemplo, corticosteroides).

Se recuerda que el acompañante más terrorífico de la depresión o manía es la psicosis: el pensamiento delirante, paranoia y alucinaciones visuales o auditivos. Aunque la psicosis no es necesariamente parte del diagnóstico bipolar, puede acompañar un episodio de estado de ánimo. La persona puede tener creencias que son autos destructivas o grandiosas, obsesionarse con miedos que no tienen una base real, o puede ver o escuchar cosas que no están presentes en la realidad. Durante un episodio psicótico, uno puede:

- ❖ Sentirse con poderes especiales;
- ❖ Escuchar voces que otras personas no pueden escuchar y creer que están hablando de uno o a veces dando instrucciones de ciertas conductas a realizar;
- ❖ Creer que las personas pueden leer la mente de uno o poner pensamientos en la cabeza de uno;
- ❖ Creer que la televisión o radio están mandándote mensajes especiales;
- ❖ Creer que hay personas que te persiguen o están intentando dañarte cuando en realidad no lo están haciendo;
- ❖ Creer que uno puede realizar objetivos que están mas allá de las herramientas o habilidades de uno.

2.6.5. Síndromes

Como se ha mencionado anteriormente, existen 4 ‘escalas afectivas’ por la cual un individuo puede atravesar al padecer del trastorno bipolar (manía, hipomanía, depresión, mixto). Muchos autores en el ámbito profesional en la salud mental están de acuerdo en que aparte de diagnosticar por criterios universales, se pueden observar ciertos síntomas que, al agruparlos en una de las cuatro clasificaciones del tipo de trastorno bipolar, resulta en un síndrome determinado. Lo que sigue, profundiza cada síndrome al desmenuzarlo en síntomas que son comunes o típicos de cada tipo de trastorno bipolar.

1.1.1.4. Síndrome de la manía.

Mondimore (1999) describe que el estado maníaco, o simplemente *manía* es el más extremo y más dramático del grupo de síntomas del trastorno bipolar. La manía es el estado de ánimo anormal más inconfundible y probablemente el más peligroso asociados a los trastornos del estado de ánimo.

Durante el estado maníaco, el regulador de estado de ánimo enciende un ‘alto’ y comienza a moverse gradualmente ‘para arriba’. La manía usualmente comienza gradualmente y puede llevar varias semanas para desarrollarse completamente. Aunque los síntomas pueden ser casi imperceptibles al principio, gradualmente se hacen más extremos, más desagradables y más inconfundibles patológicamente.

1.1.1.4.1. Pensamiento maníaco

Durante la manía, aparecen cambios en el pensamiento que acompañan a los cambios del estado de ánimo que mejor lo explica Mondimore (1999).

Es especialmente común, en las etapas tempranas de la manía, que la persona sienta que está pensando más claramente y más racionalmente que lo usual. Esta sensación de agilidad de pensamiento suele ser agradable siendo éste un síntoma especialmente problemático, ya que tal estado mental casi nunca hace que una persona sospeche que algo está mal. Invariablemente, sin embargo, los procesos de pensamiento se aceleran, ilustrando lo que los psiquiatras denominan *fuga de ideas* ya que los procesos mentales están moviéndose más rápido de lo usual. La aparición de estas alteraciones del pensamiento es gradual.

La aceleración de pensamientos son síntomas tan típicos de la manía que el diagnóstico se transforma en dudoso si este síntoma está ausente. Este salto de un pensamiento a otro se convierte progresivamente en una situación peor y más desagradable sobre todo al desarrollarse el episodio.

Los patrones de pensamiento no sólo giran más y más rápido sino que también se hacen más bizarros. Pueden desarrollarse alucinaciones y pueden ocurrir creencias denominados *delirios*.

Una paciente diagnosticada con Trastorno Bipolar describe a sus síntomas de manía severa así: “Mis pensamientos eran tan rápidos que no podía acordarme del principio de la oración cuando estaba por la mitad. En mi mente corrían fragmentos de ideas, imágenes y oraciones. Nada que era familiar para mí era conocido. Yo quería bajar el ritmo desesperadamente pero no podía”.

Para Mondimore (1999) este pasaje demuestra vívidamente que el estado de ánimo maníaco no es agradable, aunque a veces puede parecer así. Aquellos que no son familiares con la enfermedad a veces piensan que las personas con trastorno bipolar simplemente experimentan oscilaciones de estado de ánimo entre ‘felicidad’ y ‘tristeza’. El estado maníaco en su plena expresión no es solamente intensamente desagradable pero también muy peligroso. El peligro no sólo surge del riesgo incrementado de violencia hacia otros o a sí mismo pero también del estrés físico que causa el síndrome.

1.1.1.4.2. Habla maníaca

A medida que el pensamiento del individuo maníaco se acelera, también lo hace su forma de hablar. El habla rápida o apresurada y los pensamientos acelerados casi siempre se ven en la manía y son realmente notorios. Los individuos maníacos hablan más y más rápido a medida que se desarrolla el episodio, intentando expresar las ideas que están girando a través de su conciencia a velocidades aún más rápidas.

1.1.1.4.3. Sensación maníaca

Las personas afectadas se encuentran llenándose con sentimientos de exuberancia agradables. Este sentido elevado de bienestar y confianza crece y se expande y gradualmente evoluciona en euforia. No es raro sentirse mejor de lo usual.

A medida que la combinación de un estado de ánimo eufórico y la rapidez mental se desarrolla, el individuo maníaco empieza a sentir una tremenda seguridad en sí mismo, hasta llegar a no tener miedo. Esto es lo que se denomina la *grandiosidad* del estado maníaco. Miedos de consecuencias desagradables desaparecen y entusiasmo imprudente toma control.

La persona afectada puede buscar nuevas aventuras y experiencias restando importancia a posibles repercusiones adversas. Esto es uno de los puntos por los cuales la persona maníaca puede empezar a perder el contacto con la realidad, que es cuando el pensamiento grandioso lleva al individuo a comenzar a ‘crear’ las cosas grandes que él o ella siente capaz de hacer.

Mondimore (1999) explica que los pacientes de esta época tienden a ser convencidos que son el presidente o el primer ministro donde antes pensaban que eran el rey o la reina. También pueden creer ser un famoso rockero en vez de un gran violinista, pero los sentimientos que llevan a tales creencias son los mismos: un sentimiento fantástico e indescriptible de poder mental. Son muy comunes los sentimientos de inspiración religiosa. Los pacientes pueden sentir que son un profeta moderno, el fundador de una religión nueva, la reencarnación de Cristo, o hasta un nuevo dios.

La etapa de ‘sentirse bien’ en la manía es a veces de corto plazo, y el estado de ánimo elevado y la grandiosidad puede ser reemplazado rápidamente por enojo y un estado de ánimo irritable. A veces el individuo maniaco alterna rápidamente entre un estado elevado e irritabilidad de una vez, pero usualmente un estado de ánimo irritable y desagradable se convierte predominante. Como bien enfatiza Mondimore (1999), es esta irritabilidad que lleva al paciente a buscar atención médica.

1.1.1.4.4. Conductas riesgosas maniacas

Mondimore (1999) expresa que a medida que continúa desarrollándose el estado maniaco, pensamientos rápidos y apresurados, niveles de energía incrementados y pérdida de inhibiciones llevan a una conducta groseramente desorganizada y a un pensamiento perturbado. La persona maniaca se deja llevar por una gran presión que genera actividad, terror y excitación.

La persona se vuelve violenta, puede atacar a su vecino, comienza a gritar todo tipo de acusaciones en contra de su supuesto perseguidor. Se manifiestan distorsiones y malas interpretaciones que son elaborados en delirios de persecución acompañado por violencia y pánico. El paciente puede manifestar conductas tales como: correr por la calle sin ropa, incendiar una casa, empezar una discusión con la policía, disparar un revólver en la calle o repentinamente empezar a predicar el evangelio de manera frenética. Si se le cruza o interfiere en cualquier modo, él se puede convertir en abusivo, destructivo, y/u homicida.

El sentimiento de exuberancia y excesiva confianza que caracteriza la manía puede llevar a varias matrices de conductas típicas del estado maniaco: descuido al manejar, gastos excesivos, promiscuidad sexual o hipersexualidad, uso excesivo de alcohol y otras sustancias tóxicas, y suicidio. Este tipo de conductas arriesgadas son expresiones de ‘conductas motivadas’ que

podemos observar durante períodos de manías. Se manifiesta como una exageración de impulsos normales hacia objetivos agradables.

1.1.1.4.4.1. Manejar con descuido

La manía puede dañar la habilidad de manejar un vehículo con cuidado. La manía hace que las inhibiciones se levanten y, esencialmente, inhabilita el regulador de la velocidad cerebral. Por ende, la persona no respeta técnicas de manejo mientras conduce en las calles como pueden ser evitar a los límites de velocidad u otros carteles que promueven a la seguridad pública. Esto puede resultar en un accidente o hasta una muerte incluida la de la persona afectada.

1.1.1.4.4.2. Gastar excesivamente

Una conducta muy común entre las personas atravesando la etapa maníaca es el gastar dinero sin restricción alguna. Los gastos excesivos pueden ser extravagantes y económicamente catastróficos, porque a la persona maníaca no le interesa de dónde vendrá el dinero a la hora de pagar las cuentas.

1.1.1.4.4.3. Hipersexualidad

Es un estado de confianza sexual y deseo sobrecargado. El sentimiento sexual incrementado de ésta etapa puede llevar a engaños y puede comprometer al matrimonio. No es raro observar embarazos no deseados como también enfermedades de transmisión sexual durante ésta etapa. La falta de inhibiciones típicas en la manía puede llevar a la promiscuidad como también a conductas bisexuales u homosexuales no características en algunas personas, aunque quizás se promuevan al liberar sentimientos represivos.

1.1.1.4.4.4. Abuso de drogas, alcohol u otras sustancias

La combinación de la enfermedad bipolar y el uso de drogas o alcohol no resultan en una buena mezcla. Las inhibiciones de la persona ya están comprometidas y el uso de éstas sustancias peligrosas resulta en un escaso juicio de la persona afectada.

1.1.1.4.4.5. Suicidio

Es común que el paciente se suicide durante la fase maníaca por las conductas riesgosas previamente nombradas causadas por la sensación de poder y omnipotencia.

1.1.1.4.5. Hábitos del sueño durante la manía

Hay casi siempre cambios en los hábitos de sueño. El decremento de la necesidad de dormir es, de hecho, uno de los primeros síntomas en desarrollarse en la manía, a menudo, una pista para los individuos quienes han sido maníacos anteriormente que otro episodio puede estar comenzando.

1.1.1.4.6. Hábitos del apetito durante la manía

La ingesta de comida está usualmente reducida en las personas con manía, simplemente porque no tienen tiempo para sentarse a comer. Están constantemente distraídos por nuevos pensamientos e ideas. Por ende, se sienten presionados a actuar. No pueden quedarse quietos lo suficiente para terminar una comida. La pérdida de peso puede ser dramática.

1.1.1.4.7. Etapas de un episodio maníaco

De acuerdo a su investigación Mondimore (1999) expresa que en 1973, comenzó a utilizarse el litio, considerado como el primer tratamiento efectivo para el trastorno bipolar, asimismo se estaba haciendo disponible, un estudio del Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos que intentó describir un típico episodio de manía desde el comienzo hasta el final. Los investigadores admitieron un número de pacientes para intentar describir el uso seguro y efectivo del litio para el tratamiento del trastorno bipolar. Los pacientes admitidos fueron cuidadosamente observados. El curso de cada síntoma fue meticulosamente documentado y descripto. Los autores concluyeron que tres etapas podían ser descriptas en un episodio maníaco. Son las que siguen:

En la primera etapa (Etapa I) hay un incremento de actividad psicomotora que incluye un incremento del habla y un incremento en la actividad física. Predomina la euforia aunque la irritabilidad se convierte en obvia cuando las demandas de los pacientes no están satisfechas de inmediato. Existen sensaciones de expansividad, grandiosidad y sobre confianza. Los pensamientos son coherentes aunque a veces desconectados. También, frecuentemente, se observa durante esta etapa, un incremento de la sexualidad o preocupaciones sexuales, un incremento de interés religioso, un incremento inapropiado del gasto de dinero, un incremento en el fumar, el uso de teléfono y escritura de cartas. Algunos de estos pacientes están enterados de sus cambios de estado de ánimo en cierto nivel y describen el sentimiento como 'ir alto',

teniendo pensamientos rápidos y sentimientos como si estuvieran en un avión. En esta etapa los pacientes no están fuera de control.

Etapa II: El habla es apresurada y hay un incremento de actividad más pronunciada. El estado de ánimo, aunque eufórico a veces, está ahora más prominentemente caracterizado por desagrado incrementado y depresión. La irritabilidad observada inicialmente, progresa a una hostilidad y enojo abierto y la conducta acompañante es frecuentemente de carácter agresivo e irritable. Los pensamientos rápidos escalan hacia la desorganización. Las preocupaciones que estaban presentes anteriormente se convierten en más intensas con tendencias tempranas de grandiosidad que ahora aparentan como delirios francos.

En la última etapa (Etapa III o manía disforia como ahora se denomina) se observa un estado desesperanzado, desesperado y lleno de pánico experimentado por el paciente como desagradable, acompañado por actividad más frenética y aún más bizarra. Los procesos de pensamiento que anteriormente habían sido solamente difíciles de seguir se convierten en incoherentes. Los delirios son bizarros y pueden presentar alucinaciones (en alrededor de un tercio de los pacientes).

Algunos investigadores han cuestionado si los episodios maníacos típicos incluyen todas estas etapas. Específicamente, algunos investigadores creen que la etapa III de manía ocurre solamente en un subgrupo de pacientes con trastorno bipolar. Hay alguna evidencia que estos pacientes tienen un variante del trastorno y necesitarían medicamentos distintos que otros con trastorno bipolar más típico. No obstante, este estudio de las 'etapas de manía' era importante porque sus investigadores usaron métodos clínicos modernos para documentar lo tan enfermos que pueden llegar a estar los pacientes con manía. Aún más importante, hicieron que los investigadores se dieran cuenta que sería fácil mal diagnosticar un paciente muy desorganizado en la etapa III de la manía como padeciendo esquizofrenia, una enfermedad psiquiátrica que requiere un tratamiento muy distinto y tiene un pronóstico muy diferente al del trastorno bipolar.

1.1.1.5. Síndrome de hipomanía

Se puede pensar en la hipomanía, como describe Mondimore (1999), como un conjunto de síntomas que están presentes al principio de un episodio maníaco: el estado de ánimo elevado, el nivel de energía incrementado, el pensamiento y habla rápida, y a veces un poco de irritabilidad.

Aunque las personas en la etapa hipomaniaca no tienen una desorganización mental severa de manía y son, por definición no tan agitados como para llegar a la violencia contra ellos mismos o hacia otros, la hipomanía puede, sin embargo tener consecuencias displacenteras. Sentimientos de confianza incrementada pueden llevar a inversiones tontas, y las personas pueden aventurarse en negocios grandes y riesgosos. Sentimientos sexuales incrementados pueden llegar a mantener amoríos y relaciones extra matrimoniales o promiscuidad – acciones que pueden poner en riesgo la vida como adquirir HIV. La irritabilidad de la hipomanía puede llevar a discusiones y peleas con la familia, colegas o vecinos que consecuentemente pueden amargar relaciones, y/o sembrar diferencias que pueden llegar a ser irreparables.

Las personas con hipomanía leve pueden renunciar a un buen trabajo en un estallido de confianza o irritabilidad, retirar los ahorros del banco de toda la vida para intentar volverse rico rápidamente, o simplemente comenzar a manejar su auto muy rápido – dichas conductas todas con consecuencias devastadoras potenciales.

Palabras como ‘seducir’ y ‘adicción’ son frecuentemente aplicadas al síndrome de la hipomanía. Como los individuos atravesando un estado hipomaniaco se sienten tan bien, raramente buscan tratamiento. Es más, la persona con una historia de episodios maniacos o depresivos previos del trastorno bipolar y que quizás debería saber que puede presentarse problemas, goza del deleite de ser hipomaniaco y a menudo parece ser muy delicioso como para interrumpirse. Las personas que con estado de ánimo anormal son controlados exitosamente con medicamentos, a veces detienen el tratamiento para volver a capturar el sentimiento maravilloso de la hipomanía.

A causa de que los individuos hipomaniacos no son psicóticos, Mondimore (1999) enfatiza que ellos no pueden ser tratados involuntariamente por su enfermedad porque el criterio para el tratamiento involuntario consiste en conductas ‘peligrosas’. Las personas hipomaniacas pueden evitar los tratamientos por semanas o hasta meses, consecuentemente arruinando su estado financiero, historia de crédito, historia laboral, relaciones interpersonales como también su salud.

Muchos pacientes atraviesan episodios solamente de hipomanía y más aún, nunca se tornan completamente maniacos. Otros tienen ambos episodios (hipomaniacos y maniacos). Las observaciones sobre la frecuencia e intensidad de episodios hipomaniacos versus episodios maniacos en diferentes individuos sugieren que el ‘trastorno depresivo – maniaco’ clásico con

episodios de manía total y depresión pueden ser solamente una de muchas formas de la enfermedad.

1.1.1.6. Síndrome de depresión

Es más fácil describir la depresión, de acuerdo a Mondimore (1999), ya que es un conjunto de sentimientos más familiar: todos, aún sufriendo trastorno bipolar o no, han pasado períodos de estado de ánimo depresivos. Pero el síndrome depresivo del trastorno bipolar es más difícil de describir por esa misma razón: es una experiencia muy diferente de la depresión ‘normal’. Este estado de ánimo depresivo anormal se denomina *depresión mayor*.

Cuando las personas quienes no sufren de un trastorno de estado de ánimo atraviesan un período de estado de ánimo bajo, tal como una decepción amorosa, la pérdida de un trabajo, o un período de nostalgia, no sólo es temporario su estado de ánimo depresivo, pero retienen el estado de ánimo reactivo normal. Cualquiera que ha asistido a un funeral y luego regreso a su hogar probablemente ha observado éste estado de ánimo reactivo normal. Quizás hasta en uno mismo. Las personas que están bajo luto que probablemente estuvieron lamentándose durante el servicio funerario pueden a menudo relajarse después, recordar los buenos momentos con la persona fallecida y disfrutar hablar con amigos y parientes que no han visto por mucho tiempo. El estado de ánimo de reactividad también se retiene en una persona nostálgica o solitaria, en su condición de reactividad normal la persona va al cine, ve una buena película y por un momento olvida la situación angustiante. Podemos disipar los sentimientos dolorosos de soledad, o decepción – aunque sea solamente por unas horas – si el estado de ánimo depresivo es ‘normal’.

El rasgo más significativo del estado de ánimo depresivo del síndrome de depresión es que en lugar de estar reactivo, el estado de ánimo se torna lento, oscuro, pesado y eterno.

El estado de ánimo de una persona que sufre un episodio depresivo del trastorno bipolar es como una radio que está sintonizada para recibir solamente una señal de estado de ánimo: depresión. El estado de ánimo del síndrome de la depresión es una implacable melancolía penetrante que continúa día tras día y de la que la persona no puede deshacerse.

1.1.1.6.1. Pensamiento depresivo

Las funciones *cognitivas* se tornan progresivamente debilitantes en la medida en que se profundiza la depresión, pero hasta en depresiones más leves, las tareas mentales ordinarias

parecen requerir de esfuerzos extraordinarios. Las personas afectadas no pueden percibir o seguir un hilo de pensamiento en un libro o conversación, como si los pensamientos estuviesen paralizados o inmóviles. Los pacientes deben considerar ciertos temas simples por un tiempo prolongado. En las personas mayores éstos tipos de problemas de pensamiento pueden ser tan severos que la depresión se diagnostica erróneamente como enfermedad de Alzheimer.

La persona depresiva experimenta un pensar poco eficiente y lento y una debilidad de memoria y concentración. El procesamiento de información y razón tambalean y decisiones simples se tornan en dilemas abrumadores. Por ejemplo, no pueden decidir qué comer o con qué ropa vestirse, si levantarse de la cama o quedarse, si bañarse o no, etc.

En éstos estados de ánimos agobiantes, los individuos depresivos pueden encontrar su pensar dominado por sentimientos de tristeza y pérdida, arrepentimiento y desesperanza. Las rumiaciones de culpa son especialmente características del síndrome de la depresión, los psiquiatras a menudo preguntan sobre sentimientos de culpa al examinar una persona que está siendo evaluada por depresión.

Tal como en el síndrome de la manía, las personas que sufren un episodio de depresión del trastorno bipolar pueden experimentar distorsiones del pensamiento denominadas *delirios*. Como su panorama de la vida y de ellos mismos está coloreado por sus cambios en el estado de ánimo, los individuos depresivos pueden creer que cosas terribles están sucediendo a su alrededor. Un tipo de delirio es el tipo paranoico donde el paciente cree que está en peligro o que es víctima de fuerzas demoníacas.

Las *alucinaciones* ocurren en depresiones severas, pero no tan frecuentemente como en la manía. Las alucinaciones son consistentes con el estado de ánimo y pueden ser aterradoras. Los pacientes pueden ver espíritus demoníacos, la muerte, monstruos, parientes muertos, pueden escuchar sus parientes gritando y lamentando al verlos padeciendo torturas como también pueden sentirle el gusto acuoso o de excrementos a su comida.

1.1.1.6.2. Sensación depresiva

Las personas que experimentan el estado de ánimo depresivo normal que viene después de una pérdida personal usualmente atribuyen sus sentimientos malos al hecho de que la pérdida ha ocurrido; solamente en circunstancias inusuales se sentirán culpables por su problema y

preocupados por sentimientos de culpa o sentimientos de vergüenza. El individuo con el síndrome depresivo, por otro lado, frecuentemente, siente culpa por sus propios problemas y a veces también por los problemas de otras personas. La presencia de culpa es muy significativa al determinar un diagnóstico del síndrome de depresión. Sentimientos de inadecuación y desvalorización son similarmente significativos y en especial, comunes en el síndrome de depresión mayor.

Tal como el síndrome maníaco infunde la persona afectada con sentimientos de felicidad inexplicable, el síndrome de la depresión trae angustia indescriptible. Muchos individuos quienes sufrieron de la depresión han luchado para describir los sentimientos. A veces la incomodidad mental 'indescriptible' que se observa en la depresión mayor es un sentimiento que parece diferente del estado de ánimo triste y pesimista al cual la gente denomina depresión. A su vez, las personas con depresión mayor tienen un tipo de estado de ánimo mísero, tenso, displacentero e irritable denominado *disfória* (los mismos síntomas que suelen verse en las últimas etapas de la manía).

Una sensación de fatiga con energía baja prominente e indiferencia es lo más llamativo. La fatiga extrema puede llegar al punto de dejar exhausta a la persona que lo padece. Los dolores de cabeza, constipación y sentimientos de presión en el pecho son comunes entre las sensaciones de incomodidad física. Mondimore (1999) resume que los dolores preexistentes por condiciones médicas que padecen los pacientes tales como la artritis o las inflamaciones están usualmente más pronunciados cuándo se encuentran depresivos. Es decir, los individuos depresivos parecen ser más sensibles al dolor y están más estresados a causa de ellos.

Para algunos, las cosas hermosas y luminosas del mundo se transforman en fuente de angustia en lugar de placer. Todo se transforma en blando, opaco, aburrido y sin vida.

1.1.1.6.3. Conductas depresivas

Otro síntoma típico de la depresión mayor es la pérdida de interés en las actividades que usualmente sienten placenteras ya que el nivel de energía también se encuentra afectado en ésta enfermedad. Este es otro aspecto de la pérdida del estado de ánimo de reactividad normal. La persona depresiva no puede derivar ningún placer como escuchar música, ir al cine, practicar un deporte o participar de los hobbies usuales que proveen placer. La pérdida de la habilidad de

sentir placer se denomina anhedonia. Los pacientes describen que la comida pierde su sabor, los colores se opacan, las flores pierden su textura y perfumes.

1.1.1.6.3.1. Manejar con descuido

El estado depresivo puede ser riesgoso para el conductor por la pérdida de agilidad de reflejos, concentración, falta de energía y pobreza de juicio que tiene el paciente al estar detrás del volante de un vehículo. Esto trae aparejado un potencial para accidentes y puede hasta resultar en la muerte.

1.1.1.6.3.2. Sexualidad

Como es de esperarse, la persona depresiva pierde interés en el sexo, quizás por su poca habilidad para participar de actividades placenteras de ningún tipo.

1.1.1.6.3.3. Violencia

También es posible comprender por qué las personas depresivas delirantes pueden ocasionar peligro a otros como también a sí mismos. Los individuos depresivos delirantes pueden llegar a creer que aquellos cercanos a él están en peligro persecutorio y deberían estar preferentemente muertos.

1.1.1.6.3.4. Abuso de drogas, alcohol u otras sustancias

En una persona depresiva, aparte de dañar el buen juicio, por ejemplo, también el alcohol puede resultar en un riesgo más alto de completar el suicidio.

1.1.1.6.3.5. Suicidio

Una persona con depresión severa es de alto riesgo para el suicidio., en especial cuando se torna violento. Es de comprender por qué los pensamientos y las conductas de suicidio son comunes en el síndrome de la depresión mayor. La muerte les puede parecer una alternativa bienvenida.

Finalmente, Mondimore (1999) describe al *estupór depresivo*: algunos pacientes enfermos serios caen en un estado de letargo y desesperanza. Aunque son raros los casos, puede que un paciente depresivo llegue a tal punto de su depresión que no reaccione y permanezca inmóvil. Este estado que manifiesta se denomina *catatonía*. Estos pacientes no pronuncian emoción, son mudos, inaccesibles, no controlan esfínteres, miran fijamente con una expresión vacía y sus ojos están

bien abiertos. La terapia electro convulsiva es un tratamiento muy efectivo para éstos estados extremos del síndrome depresivo.

1.1.1.6.4. Hábitos de sueño durante la depresión mayor

El síndrome de la depresión severa casi siempre causa un cambio en el patrón del sueño. Las personas depresivas sufren frecuentemente de insomnio, o a veces lo opuesto, *hipersomnia* (el dormir mucho). Muchos pacientes, aunque duermen muchas horas, no terminan de sentirse recuperados. En la depresión asociada con el trastorno bipolar, la hipersomnia aparece más comúnmente que en otros tipos de depresión, donde el insomnio predomina.

Mondimore (1999) asegura que no está claro si otros síntomas son causados por la depresión en sí o por la carencia de un sueño reparador, la carencia de ejercicio o los hábitos del comer pobres que traen aparejada la depresión.

1.1.1.6.5. Hábitos del apetito durante la depresión mayor

El apetito está interrumpido en individuos depresivos. Como en los problemas del sueño, los pacientes pueden comer demasiado o extremadamente poco. Los individuos pueden perder o aumentar una cantidad significativa de peso durante los períodos de depresión. A veces, la persona llega a padecer de anorexia conjuntamente al trastorno bipolar.

1.1.1.7. Síndrome mixto

También conocido como *estado afectivo mixto*, como Mondimore (1999) describe, el estado mixto es otro tipo de estado de ánimo anormal, una combinación extraña entre la manía intensa y la depresión profunda. Aunque los psiquiatras todavía no llegan a un acuerdo en una definición de las características de éste estado de ánimo, reconocen que los síntomas de la depresión y la manía parecen existir casi simultáneamente en algunos pacientes.

Mondimore (1999) continúa expresando que en éstos pacientes, el pensamiento acelerado y la típica hiperactividad del estado maníaco mantiene un rasgo llamativo, pero combinado con un estado depresivo, desesperado y desesperanzado.

Otro tipo de estado “mixto” ocurre cuándo en vez de una mezcla entre manía y depresión simultánea, hay una alteración muy rápida entre los dos estados. Es decir, una transición de períodos desde un estado a otro, que a menudo se extiende por semanas, período durante el cuál

los pacientes aparentan estar depresivos en un momento y maníacos en momentos consecutivos posteriores inmediatos.

Los pacientes maníacos pueden no sólo aparentar estar tristes y desesperanzados, pero también callados e inhibidos. Un paciente va a dormir malhumorado e inhibido, y repentinamente se despierta con sentimientos de claridad mental, pasa el día deleitando en manía su trabajo, y a la mañana siguiente, exhausto, con la mente pesada se encuentra en su estado de miseria total. Tal como el paciente hipomaníaco, bastante inesperadamente hace un intento serio de suicidio. Se ha propuesto el término *ciclo-ultra-rápido* para estas alteraciones rápidas en el estado de ánimo que se ven en algunos pacientes bipolares.

2.6.6. Períodos inter episódicos

Durante los períodos en los cuáles la persona no pareciera padecer de síntomas, o sea entre episodios (si es que los hay), la funcionalidad de esa persona casi siempre sigue dañada. Por ejemplo: la habilidad para trabajar, mantener relaciones, y disfrutar. Las relaciones quebradas, una carrera arruinada o sueños perdidos pueden tener mucha carga emocional para la persona. A medida que pasa el tiempo, la presión comienza a quebrar la estabilidad para que otra vez, comience un nuevo ciclo de episodios.

2.7. Genética

Entre todos los trastornos mentales, los trastornos bipolares son claramente unos de los más genéticamente relacionados. Al estudiar las historias de familias, gemelos y poblaciones especiales, los investigadores encontraron conexiones significativas entre la genética y los trastornos bipolares y unipolares (Castle, 2003, p. 119). Los estudios muestran consistentemente que la genética involucra alrededor de un 75% de la causa del trastorno bipolar I.

Mondimore (1999) agrega que, el trastorno bipolar, es causado, en toda probabilidad, por varios genes diferentes, tomando diferentes formas y a veces difícil de diagnosticar. No obstante, a fines de los 1980, aparecieron varios reportes cuyo motivo ligaba el trastorno bipolar a regiones específicas de los cromosomas. Estudios han señalado un número de ubicaciones diferentes en los cromosomas como sitios posibles para el gen bipolar, pero los resultados son solamente preliminares aún, y a veces, estudios repetitivos han arrojado dudas sobre las conclusiones.

La identificación de genes y la identificación de la función de éstos genes (o productos de genes), sin duda echarán luz sobre la base bioquímica del trastorno bipolar. Por ahora, la investigación genética explora varios trastornos en vez de un único trastorno mental. El rango amplio de subtipos de bipolaridad, también influye en los resultados confusos e inconsistentes. Castle (2003) agrega que los distintos tipos de metodología de investigación explican las variaciones estadísticas.

Pero cuándo los genes sean identificados y los tests desarrollados para que puedan encontrar estos genes en los individuos, las predicciones de quién desarrollará síntomas serán probablemente imprecisos aún. Esto es, como ya mencionamos, porque varios genes están probablemente involucrados y también porque es improbable que solamente la genética sea toda la historia bipolar.

Por ejemplo, un gemelo idéntico tiene un 60% – 70% de chances de tener el trastorno bipolar I si el otro lo padece. Si el trastorno bipolar fuera un 100% genético, el 100% de gemelos idénticos con trastorno bipolar padecería de la enfermedad. Sin embargo, no es así el caso. Los estudios deberán buscar los factores que ‘encienden’ los genes bipolares.

Hay probablemente factores ambientales también operando que determinará quién será o no afectado. Los estresores psicológicos como también físicos y los traumas son probablemente muy importantes. Con lo cual aunque un gen o varios genes de la bipolaridad sean identificados y puedan ser comprobados y encontrados en una persona, querrá decir que él o ella tiene una posibilidad mucho más elevada en desarrollar los síntomas que uno que no tiene dichos genes, pero no es un 100% seguro. La variación ambiental puede tener un mayor rol sobre otros tipos de trastornos bipolares, pero tampoco es muy claro aún. Por el hecho de que los criterios y métodos que los investigadores usan en varios estudios difieren ampliamente, es mejor considerar todos los factores de riesgos como aproximaciones.

Castle (2003) asegura que es ciertamente válido estar preocupado de las posibilidades de riesgo de contraer algún tipo de trastorno bipolar si un pariente lo tiene o de pasárselo a los hijos. Sin embargo, no necesariamente se contrae un Trastorno del Estado de Animo por el solo hecho de heredar sus genes. Como otras condiciones heredadas, tales como la diabetes, la epilepsia o las enfermedades cardíacas, no todos los que heredan el gen o genes serán afectados.

2.7.1. Prevalencia y porcentajes de riesgo

Los científicos solían creer que aproximadamente 1% de la población general sufría de los 4 tipos de trastornos bipolares. Hoy en día, ésta figura pertenece al trastorno bipolar I. Para los otros 3 tipos (Bipolar II, Ciclotimia y trastorno bipolar no especificado), el porcentaje sube a un 5% para la población general.

Como Mondimore (1999) expresa, sólo se puede hablar de la herencia del trastorno bipolar en forma general. Los hijos de personas con trastorno bipolar tienen un riesgo incrementado de desarrollar ésta enfermedad. Asignarle un porcentaje a ese riesgo es muy difícil por problemas en la dificultad de hallar el gen bipolar, en especial para resolver problemas de diagnósticos. Pero el riesgo aparece ser varias veces más grande en comparación con la población general, en el orden de un 10%. Es decir, un hijo de un padre que padece del trastorno bipolar tiene un 10% de posibilidad de padecerlo también. Sin embargo, los hijos de personas con trastorno bipolar también tienen un riesgo incrementado de padecer de trastornos unipolares (trastornos depresivos) y cuándo se agrega éste riesgo agregado, los porcentajes suben alrededor de un 20% – 30%. Esto quiere decir que los hijos de personas con trastorno bipolar tienen alrededor de 1 de cada 4 chances de desarrollar algún tipo de trastorno de estado de ánimo, y alrededor de 1 en diez chances de desarrollar un trastorno bipolar.

1.1.1.8. Patrón familiar

En aproximadamente uno de cada cuatro personas con un Trastorno del Estado de Animo, ningún otro miembro de la familia había estado diagnosticado con uno. Sin embargo, 80% – 90% de las personas con Trastornos Bipolares tienen uno o más miembros de la familia con un Trastorno del Estado de Animo (Castle, 2003, p. 120-121). Mas específicamente, los familiares biológicos de primer grado de las personas con un trastorno bipolar I presentan tasas aumentadas de trastorno bipolar I (4-24%), trastorno bipolar II (1-5%) y trastorno depresivo mayor (4-24%) (DSM IV, 1995, p. 361).

A veces los Trastornos Bipolares pueden saltar una generación. El nivel de riesgo se incrementa con el número de genes que son comunes con los de los miembros de la familia que padecen de un Trastornos del Estado de Animo (Castle, 2003, p. 121). La siguiente tabla muestra el riesgo aproximado de desarrollar un Trastorno Bipolar cuando otro pariente lo padece:

1.1.1.8.1. **Tabla 1.** Riesgo aproximado de desarrollar un Trastorno bipolar

Pariente(s) con un Trastorno Bipolar	Riesgo de un Trastorno Bipolar
Madre o Padre	Aproximadamente 15 – 30 entre 100
Ambos madre y padre	Aproximadamente 50 – 75 entre 100
Un hermano (sin que sea un gemelo)	Aproximadamente 15 – 30 entre 100
Pariente de segundo grado	Aproximadamente 3 – 7 entre 100

Esta tabla no refleja el impacto del alcoholismo, que sustancialmente incrementa el riesgo de desarrollar un Trastorno Bipolar. Tampoco refleja el riesgo de desarrollar un Trastorno Unipolar, que más que duplica, si uno o ambos padres son bipolares. También se es más susceptible a la ansiedad y el abuso de sustancias si un pariente de primer grado tiene un Trastorno del Estado de Animo.

Cuándo los miembros de una familia viven juntos, ¿cómo se sabe si depende de la genética o la crianza? Ya que en una familia, todos están expuestos a los mismos valores y tradiciones, como también muchas de las mismas experiencias y muchos de las mismas frustraciones. Una manera en que los investigadores evalúan el efecto de la naturaleza versus la crianza es a través del estudio de gemelos.

1.1.1.9. Gemelos

Para Castle (2003), teóricamente, si un rasgo es puramente hereditario, cuándo un gemelo idéntico tiene un rasgo, el otro lo tendrá también. Es decir, el rasgo debería estar presente 100% de las veces. Si un gemelo fraterno del mismo sexo tiene el rasgo, el otro lo tendrá 50% de las veces.

Por lo mencionado previamente, los estudios de gemelos idénticos que se criaron en distintos hogares hallaron que cuándo un gemelo tiene un Trastorno del Estado de Animo, el otro era más probable de tener uno también (31% - 80%). Con el trastorno bipolar I específicamente, existe un 60% - 70% de chances que un gemelo idéntico padezca del trastorno como su hermano y en gemelos fraternos, existe un 10% - 15%. Por ende, como ésta proporción esta debajo del 100%, particularmente en gemelos separados por adopción, los investigadores creen que hay algo más que lo genético.

En conclusión, los estudios sobre gemelos y sobre la adopción proporcionan sólidas pruebas de la influencia genética en el Trastorno Bipolar I (DSM IV, 1995, p. 361), pero que además existen otros factores fuera del genético para desarrollar ésta enfermedad mental.

1.1.1.10. Poblaciones especiales

De acuerdo a las investigaciones de Castle (2003), un problema que los investigadores deben confrontar en los Trastornos del Estado de Animo es la dificultad para llegar a las causas de raíz cuando pueden haber otros trastornos o causas (como por ejemplo el abuso de sustancias) que están presentes, acompañan, o disfrazan un trastorno bipolar.

Entonces, en los 1970's, los investigadores de los Trastornos del Estado de Animo estudiaron la cultura Maíz que es extremadamente conservadora. Los Amish proveen una visión única de los Trastornos Bipolares porque la droga, alcohol y violencia son extremadamente raros en su cultura. La cultura Amish guarda archivos médicos y genealógicos muy extensos. Además, sus investigadores pueden tener acceso a ésta información llegando a más de 30 años atrás.

Los estudios refuerzan la conclusión de que el abuso de sustancias y factores ambientales son predicadores mucho menos importantes de padecer algún tipo de Trastorno del Estado de Animo que la genética. Es decir, puede que no se desarrolló un Trastorno Bipolar a no ser que se esté predispuesto genéticamente.

2.8. Estrés y trauma

Castle (2003) hace evidencia de ciertos mitos que tienen ciertas personas sobre las causas de las enfermedades mentales. Unos creen que los eventos traumáticos o estresantes son la única causa de las enfermedades mentales, mientras que otros piensan que las personas con enfermedades mentales son hipersensibles o que simplemente exageran demasiado ante los estímulos o eventos de la vida. Hoy en día, los profesionales saben que el estrés y el trauma no causan los trastornos del estado de ánimo, pero sí gatillan los episodios o intensifican aquellos episodios ya desarrollados.

El estrés puede llegar a cambiar el pensamiento, las emociones, la conducta e inclusive el físico. Aunque el estrés y el trauma comparten similitudes, el trauma es sentido como amenazante a la vida. Es más repentino y causa un fuerte shock. Tiene un efecto aterrador y es extremo. Aunque puede llegar a ser de corta duración, puede tener consecuencias de larga duración. Las experiencias traumáticas pueden ocurrir por situaciones como: un accidente, el desempleo, un incendio, la violación, el secuestro, el robo, la tortura, la guerra, o mediante un desastre natural.

2.8.1. Eustres y distres

La mayoría de las definiciones de estrés incluyen ideas que tienen que ver con ansiedad, tensión, dificultad, tristeza emocional, presión, y la inhabilidad de mantenerse al día con las cosas. El estrés no es solamente mental, es físico también. Castle (2003) enumera distintas situaciones relacionadas al estrés como por ejemplo: sentirse presionado por llegar a metas y vencimientos, tratar con gente crítica, disciplinar a los niños o mascotas, intentar recuperarse de un resfrío u otra enfermedad, comenzar situaciones nuevas o a causa del cambio (por ejemplo, de relaciones existentes) etc. La vida en sí es estresante. Cada vez, el mundo se desarrolla más y más rápido y se pone más difícil seguir la corriente.

Mientras que la mayoría de las personas asocian el ‘estrés’ con experiencias negativas, existe el estrés causado por experiencias positivas. El comenzar un trabajo nuevo, el comenzar una relación nueva, el casamiento y el matrimonio, la compra de una vivienda nueva o el ir de vacaciones son ejemplos de posibles estresores positivos. Es más, a veces, lo que se siente como estrés negativo para una persona puede sentirse como estimulante para otra persona. Sea positivo o negativo, el estrés siempre interrumpe la vida de alguna manera. Es importante estar atento a estresores potenciales y poder prepararse para confrontarlos cuando sea necesario y/o posible.

2.8.2. Signos y síntomas del estrés

Hay muchas similitudes entre los signos y síntomas del estrés que los que hay en los trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, Miklowitz (2002) diferencia estos en que la persona que atraviesa una experiencia estresante, puede manifestar cambios en el humor, pero no al grado que caracteriza una persona con trastorno bipolar.

Como nota Castle (2003), los signos y síntomas del estrés son: ansiedad, nerviosismo, cambios de apetito y de peso, evitación y procrastinación, manos frías y traspiradas, problemas de memoria y

concentración, constipación y diarrea, el llorar, mareo, sentimientos de desmayo y debilidad, sentimientos de pánico y agobio, dolores de cabeza, uso incrementado del alcohol y/o drogas, indigestión, náusea, vómitos, irritabilidad, el rechinar los dientes, ‘nudos’ en la garganta, pérdida de la libido, dolores de estomago o ‘nudos’ en el estomago, tensión o dolor muscular, incremento de la presión sanguínea, más búsqueda de contacto social o aislamiento, temblores, cansancio (puede ser acompañado por insomnio), cambios de la frecuencia y urgencia de orinar, preocupación, e inhabilidad para relajarse.

El estrés ambiental no se puede evitar siempre, pero Miklowitz (2002) sugiere que al conocer qué tipos de agentes estresantes gatillan problemas, se puede ayudar al individuo planear cuándo se está en riesgo de comenzar otro episodio y cómo prevenir recidivas de la enfermedad. En conclusión, se deberían restaurar las relaciones familiares funcionales después de un episodio de un trastorno del estado de ánimo y a su vez, asistir a los pacientes y sus parientes para reconocer y superar los eventos estresantes de la vida que gatillan recurrencias del trastorno.

Se recuerda que aunque pareciera que los efectos del estrés por si solos causan trastornos del estado de ánimo, lo cierto es que no se desarrolla el trastorno bipolar si uno no está predispuesto genéticamente. Si fuese a causa de estrés solamente, la población entera padecería de los trastornos del estado de ánimo.

2.8.3. Factores de riesgo y factores de protección

De acuerdo a Miklowitz (1997) un *factor de riesgo* se puede definir como aquellas cosas que incrementan las posibilidades de padecer una enfermedad en alguien que ya está susceptible. Un *factor de protección* se puede definir como aquellas cosas que protegen en contra del padecimiento de una enfermedad cuando se está predispuesto. Cuando los factores de riesgo sobrepasan a los de protección, los resultados son peores, y la persona puede terminar recidivando. Cuando los factores de protección sobrepasan los factores de riesgo los resultados son mejores, y la persona puede mostrar remisión de sus síntomas y comienza a vivir y a trabajar independientemente.

Los factores de riesgo incluyen el abuso de alcohol y/o drogas, pobre higiene del sueño, rutinas cotidianas irregulares, eventos de vida estresantes, distrés o conflictos familiares, y/o situaciones interpersonales provocadas. Los factores de protección tienen que ver con tomar los

medicamentos apropiadamente, la utilización de apoyos familiares / sociales / comunales, utilizando habilidades de resolución de problemas y/o comunicación, a través de recursos de tratamiento.

Se reitera que la bioquímica, entonces, cuenta la mitad de la causa de la enfermedad bipolar. Factores del ambiente también juegan un rol importante. En especial, éstos factores influyen en el momento particular de inicio del trastorno. Como recuerda Miklowitz (1997), la vulnerabilidad es más severa durante el tiempo en el cual la persona está enferma e inmediatamente después. Es por eso que se enfatiza la importancia de seguir los medicamentos prescritos durante el período de recuperación (porque es el momento en el cual la persona está más susceptible a enfermarse nuevamente. Sin embargo, la predisposición siempre está presente, aunque el potencial de que éstos imbalances causen problemas puede oscilar.

Por ejemplo, cuándo una persona que está predispuesta a la enfermedad bipolar se siente bien, puede que ‘cueste un impulso externo extra’ antes de que la persona padezca de cualquier síntoma (como puede ser un evento de vida importante). Como analogía, se toma el ejemplo médico de la hipertensión. La presión sanguínea de la persona hipertensiva puede estar a su máximo cuando esa persona está bajo estrés. Sin embargo, puede seguir anormal cuando la persona está relajada también.

Muchas personas con trastorno bipolar pasan su primer experiencia de la enfermedad durante períodos en su vida excepcionalmente estresantes como pueden ser los conflictos de relaciones, la pérdida del trabajo, la pérdida de un amigo o pariente, etc. Una susceptibilidad a la enfermedad sumado a una cantidad inordinada de estrés, a menudo, gatillan los síntomas y empeora el curso del trastorno.

Los cerebros de personas con trastorno bipolar son a menudo menos efectivos al manejar el estrés, aún en los períodos ínter episódicos. Por esto, es de importancia central desarrollar estrategias de manejar emociones fuertes y manejar el estrés para la prevención y el manejo agudo de los episodios del estado de ánimo. Los planes de tratamiento prolongado para pacientes con éste trastorno deben de ser ampliados más allá de las aproximaciones farmacológicas hacia programas biopsicosociales comprensivos que aumentan los efectos protectores del ambiente del paciente.

2.8.4. El modelo del estrés – vulnerabilidad

Se resume lo anterior con la descripción de Miklowitz (1997) que los factores psicosociales, sea dentro o fuera de la familia, actúan como factores de riesgo contextuales que provocan o al menos influyen en recurrencias del trastorno. Las influencias psicosociales no operan independientemente de la genética y predisposición biológica del individuo. En vez, la genética, lo biológico y los factores sociales interactúan al disparar episodios del estado de ánimo o en proteger contra su ocurrencia. El *modelo estrés – vulnerabilidad* ofrece un marco para comprender ésta interfase psicológica – biológica. Se sugiere que ciertos eventos estresantes de la vida pueden precipitar episodios de manía y depresión. Como no siempre se puede prevenir ciertos eventos en la vida con una intervención de tipo psicosocial, sí pueden ser anticipados, y el paciente y la familia pueden desarrollar mecanismos para superar éstos eventos cuándo ocurren.

El autor mencionado explica que en éste modelo, si la vulnerabilidad biológica y/o genética de la persona es elevada (por ejemplo, si muchos miembros del árbol genealógico son diagnosticados con trastornos de estado de ánimo, o si el paciente padece de ciertas anomalías funcionales o estructurales del cerebro), el nivel de estrés suficiente para despertar un episodio de trastorno bipolar en esa persona es bajo. En otras palabras, para un paciente con una vulnerabilidad alta a estresores tan mínimos como perder un cheque o tener una discusión familiar pueden servir como agentes ambientales que provocan un episodio. De la misma forma, para un paciente con baja vulnerabilidad biológica y/o genética, el estrés debe ser bastante severo (por ejemplo: el divorcio, la muerte de un familiar, los conflictos familiares inesperados y severos, etc.), para que un episodio ocurra. Por ende, bajos niveles de estrés ambiental protegen contra recurrencias del trastorno de estado de ánimo que pudieron haber sido esperados basándose en la vulnerabilidad biológica del paciente.

Además, el nivel de estrés puede afectar la duración de un episodio bipolar. En conclusión, Miklowitz (1997) resume que los episodios del trastorno, incluyendo el enlace inicial del trastorno, son producto de una interacción compleja de: 1) La vulnerabilidad genética de la persona (número de parientes de primer grado que han tenido el trastorno o sus variaciones), 2) Vulnerabilidad biológica (predisposiciones o desequilibrios bioquímicos del sistema nervioso central), y 3) Estilos de superar el estrés socioambiental.

2.8.5. Experiencias comunes de alto estrés

Los expertos están de acuerdo que ciertas experiencias de vida producen estrés en casi todo ser humano de acuerdo a Castle (2003). Estos estresores dan como resultados sentimientos de dolor y conflicto como también incertidumbre. En 1967, se creó una herramienta por unos psiquiatras denominado La Escala de Rating de Reajustamiento Social. Esta escala determina cómo el estrés puede llevar a enfermedad física basado en cuánto ha cambiado o puede cambiar la vida de uno por ciertos eventos que le transcurren a la persona. En los años noventa, otros investigadores condujeron una encuesta similar. Los resultados reflejaron 20 estresores similares al estudio anterior como los más altos de estrés (en los Estados Unidos). Los primeros cinco tienen que ver con la muerte; La muerte de una pareja obtiene un 87, y de un amigo cercano obtiene un rating de 61 entre 100; el crimen y el sistema de justicia, y una sentencia de prisión, obtiene un rating de 76, y ser víctima de un crimen obtiene 70 puntos; preocupaciones económicas / financieras ocupa un rating de 71, mientras el despido en un trabajo tiene un rating de 64 puntos; temas relacionados a la familia obtiene 69 puntos por la infidelidad y 59 puntos al comenzar ser un padre soltero; el cuidado de salud ocupa un 56 por una pérdida de obra social y el mismo rating por atender con completa responsabilidad de la enfermedad de un ser querido.

Al sumar los puntos de cada tema estresante de la escala, se llega a un resultado que define potencialmente la tendencia a enfermarse dentro del próximo año. Por ejemplo, si el resultado suma entre 150 y 199, la persona tiene un 37% de posibilidad de enfermarse en el año próximo; si el resultado obtenido es entre 200 y 299, hay un 51%; y si el resultado es más de 300, las posibilidades suben a un 79%.

Las personas con trastornos del estado de ánimo deben encarar otros estresores (situaciones que producen estrés) que pueden multiplicar los episodios aún más. Miklowitz (2002) enumera algunos: La dificultad para atender a las necesidades fisiológicas básicas como son el tener un lugar dónde vivir o comida suficiente para sobrevivir; el desempleo o estabilidad laboral; problemas financieros a raíz del gasto excesivo realizado en los episodios hipomaniacos /maníacos; problemas de relaciones en el hogar o en el trabajo; enfermedades físicas recurrentes o crónicas; y la gran dependencia en los profesionales, familia, y amigos para el tratamiento y el apoyo.

Además de estos, la persona que padece de trastorno bipolar debe atravesar estresores tales como cambiar de médicos y/o terapeutas, probar medicamentos distintos, intentar obtener tratamiento cuándo no se tiene obra social o el limitado como también el tener poco apoyo económico o

emocional. Castle (2003) recuerda que lo que también afecta la probabilidad de enfermarse es como lidiar con el cambio y la cantidad y calidad de apoyo recibido de los demás.

2.8.6. Intercambio entre estado de ánimo y pensamiento

Tanto la depresión como la manía influye en los patrones de pensamiento. Por ejemplo, en el episodio maníaco, como la persona se siente todo poderoso y lleno de energía, casi nadie recurre a la terapia. De la misma manera, en el episodio depresivo, la persona ha perdido la esperanza en el futuro y piensa que no podrá mejorar y que nada ni nadie podrá ayudarlo. En cualquiera de los casos, la persona llega a la conclusión de que no necesita terapia y termina por evitarlo o abandonarlo. En cierta forma, entonces, se puede llegar a entender por qué la persona que padece de éstos síntomas no busca ayuda. En muchos casos, la persona termina en manos de profesionales una vez que ‘explota’ todo y/o un pariente interviene para proveer la motivación para buscar ayuda profesional.

Como bien menciona Beck (1976), es obvio que no todas las personas que piensan erróneamente necesitan o quieren corregir su pensamiento. De lo contrario, cuándo la ideación errónea desbarata la vida de la persona o lo hace sentir miserable, entonces a veces, la persona busca ayuda. Generalmente, los conflictos o problemas que estimulan a la persona se manifiestan por el estrés o por alguna naturaleza subjetiva, como pueden ser la ansiedad o la depresión. También puede ser por una dificultad en la conducta como la inhibición o la agresividad. Otra posibilidad sería alguna deficiencia en la respuesta del sujeto, como por ejemplo, la inhabilidad para experimentar los sentimientos o de expresarlos.

2.8.7. Tratamiento en conjunción

La mayoría de los autores y profesionales que se especializan en el tema del tratamiento para el trastorno bipolar sugieren que aunque es fundamental tomar medicación para tratar el trastorno bipolar, la psicoterapia también es importante, y hasta indispensable en la intervención terapéutica para ésta enfermedad. Sería mala praxis recomendar psicoterapia como el único tratamiento para el trastorno bipolar porque es un error pensar que se puede evitar la psicoterapia solamente porque existen medicamentos altamente efectivos hoy en día. Más aún, como declara Miklowitz (2002), la psicoterapia no cura el trastorno bipolar, ni tampoco es un sustituto de la medicación.

Kaplan (1998) considera lo siguiente sobre el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo:

El tratamiento de los pacientes con trastornos del estado de ánimo debe ir dirigido a diferentes objetivos. Primero, debe garantizar la seguridad del paciente. El segundo es llevar a cabo una completa evaluación diagnóstica del paciente. Tercero, un plan terapéutico no solo debe encaminarse a los síntomas inmediatos, sino al bienestar posterior del paciente. Aunque los tratamientos actuales se centran en la farmacoterapia y en la psicoterapia individual, los acontecimientos vitales estresantes también se asocian a una mayor tasa de recaídas entre los pacientes con trastornos del estado de ánimo. En consecuencia, el tratamiento debe reducir el número y gravedad de dichos factores estresantes en la vida de los pacientes. Los trastornos del estado de ánimo constituyen una patología crónica y el paciente y la familia deben ser aconsejados sobre las futuras estrategias terapéuticas. (p. 635)

Mondimore (1999) comenta que algunas investigaciones sugieren que el primer año después del diagnóstico de trastorno bipolar, existe un tiempo crucial para las personas con el desorden. La educación, aliento, y apoyo que la psicoterapia provee, es muy importante en hacer que el tratamiento sea exitoso para un tiempo prolongado a futuro. También se recomienda por la mayoría de los profesionales y especialistas quienes tratan el trastorno bipolar que la persona intente asistir a la psicoterapia durante los tiempos en que el estado de ánimo esté relativamente estable. La razón recae en que la psicoterapia es más efectiva cuando el cerebro es capaz y receptivo a lo que la terapia ofrece. Cuando la persona está atravesando un episodio de estado de ánimo, se debe recurrir al tratamiento farmacológico primero.

Como bien resume Miklowitz (2002), ningún tratamiento es perfecto, pero puede tratar los síntomas agudos con efectividad. Al sumar la psicoterapia al régimen de medicamentos, ayuda a asegurar que no solamente se está tratando el trastorno en si, pero a la persona en su totalidad.

2.8.8. Objetivos de la psicoterapia

Las razones que da Miklowitz (2002) para realizar psicoterapia son varias. Una gran razón es para obtener una guía en el manejo del trastorno. La psicoterapia ayuda reconocer los disparadores que provocan alteraciones en los cambios de estado de ánimo y a desarrollar estrategias para superar exitosamente éstos disparadores del estrés cuando aparecen. De ahí, se determina cuál es el mejor curso de acción.

Como expresa Mondimore (1999), la psicoterapia trata de proveer buena información, feedback objetivo y apoyo sólido en un ambiente confidencial. Se podrá desear hablar sobre el impacto que tiene la enfermedad sobre lo laboral, la vida social o las relaciones familiares. Otra cuestión es el modo de hablar los temas mencionados, por ejemplo, con otras personas. Se pueden tratar los posibles problemas o dificultades en aceptar la enfermedad o su estigma como también la ambivalencia sobre los medicamentos recetados.

Además, la psicoterapia trabaja sobre cuestiones o problemas que no fueron resueltas con anterioridad y que parecen continuar a influir a la persona, sea que el estado de ánimo esté estable o no. Miklowitz (2002) lo declara cuando expresa que éstos temas probablemente no están siendo vistos en las sesiones de monitoreo de medicamentos psiquiátricos. Esto puede incluir temas como por ejemplo el fracaso en las relaciones amorosas, abusos en la infancia, experiencias traumáticas pasadas, pérdidas importantes durante la infancia, etc.

Otra razón es que el diagnóstico de trastorno bipolar es casi siempre un evento traumático, no sólo para el paciente sino también para la familia porque no saben como la enfermedad afectará las vidas de todos y qué responsabilidades tendrán que llevar a cabo. Es importante tratar los miedos e inseguridades de estos. [...] Es ventajoso poder hablar sobre, “las ideas y sentimientos confusos del afectado como también los que lo rodean” (Mondimore, 1999, p. 136).

De cualquier manera, Beck (1976) explica que la psicoterapia puede tener un gran impacto en los problemas por la considerable autoridad atribuido al terapeuta, su habilidad para marcar los problemas, y su habilidad en proveer un conjunto sistemático de procedimientos apropiados. [...] “El reto de la psicoterapia es ofrecerle al paciente técnicas efectivas para superar sus puntos ciegos, sus percepciones borrosas y auto decepciones” (Beck, 1976, p. 213).

2.8.9. Tipos de psicoterapia

Las principales psicoterapias individuales que han mostrado ser exitosas en algún grado para tratar algunos síntomas del trastorno bipolar y beneficiar el curso de la enfermedad son los siguientes:

- La psicoeducación, que ayuda a desarrollar una perspectiva objetiva de los síntomas (al obtener un mejor entendimiento del trastorno bipolar, incluido: causas, opciones de tratamiento, signos tempranos de estrés que pueden causar cambios en el estado de ánimo, etc., y la necesidad para un tratamiento. Se pueden utilizar herramientas de información como libros, charlas con profesionales, grupos de apoyo, y terapia de grupos, entre otros.
- El objetivo de la terapia de ritmo social es reestablecer y mantener ritmos circadianos sanos para cada individuo.
- La terapia interpersonal intenta mejorar las relaciones con otros.
- La terapia cognitiva conductual (foco de éste trabajo de integración) entrenar al cerebro detener los patrones de pensamientos negativos y establecer patrones de pensamientos positivos.

1.1.1.11. Escuela cognitiva

De acuerdo a Miklowitz (2002) entre otros, se debe considerar encontrar un psicoterapeuta que pueda trabajar en lo interpersonal con la escuela cognitiva ya que es la que posee más apoyo de investigación en términos del mejoramiento del curso del trastorno bipolar cuándo es aplicado simultáneamente con un tratamiento farmacológico.

Como explica Beck (1976) el problema central psicológico y el remedio psicológico tienen que ver con el pensar o las cogniciones del paciente. Por lo tanto, llamamos ésta forma de ayuda

Terapia Cognitiva. En corto, la terapia cognitiva consiste en los abordajes que alivian el estrés psicológico por medio de la corrección de concepciones falsas y auto señalamientos. Este énfasis de pensamiento, o cognición, presta a la teoría y la terapia su nombre.

Beck (1995) resume que el tratamiento desde la terapia cognitiva, está basada en la conceptualización (o entendimiento) de la individualidad de cada paciente como también la formulación del trastorno específico. El terapeuta busca de forma variada producir un cambio cognitivo. El cambio siendo a nivel del pensamiento y sistema de creencias del paciente para poder llevar a cabo un cambio emocional y conductual duradero.

Para resumir, el enfoque cognitivo utiliza herramientas terapéuticas que permiten identificar pensamientos e ideas distorsionadas. Esto causa una percepción distorsionada y gatilla un diálogo interno irracional. Los pensamientos recurrentes sobre el fracaso y el pesimismo causan un sentimiento de desesperanza y angustia. De lo contrario, el pensar que de cualquier forma se llegará al éxito, puede resultar en una desastrosa tragedia. Los pensamientos maladaptativos y patrones de pensamientos se tornan tan enraizados que la persona no lo percibe. El terapeuta cognitivista puede guiar al paciente a través de una serie de ejercicios que ayuda identificar la manera de percibir, evaluar y responder a los eventos y conflictos actuales en la vida.

1.1.1.11.1. Psicoterapia cognitivo conductual

Castle (2003) sugiere que el tratamiento más profundo (denominado terapia cognitivo-conductual) combina aspectos de la terapia cognitiva con la terapia conductista. La terapia cognitiva conductual puede ayudar particularmente aquellos que han tenido trastornos de estado de ánimo por muchos años y por ende han enraizado pensamientos distorsionados.

Los psicoterapeutas han utilizado la terapia cognitiva conductual por muchos años para tratar depresiones unipolares y bipolares con éxito. Por ser que los antidepresivos agravan la manía, la terapia cognitiva conductual sirve como una herramienta que ayuda aliviar la depresión. Existen exámenes cerebrales que evidencian cambios en los procesos químicos en los cerebros de pacientes que padecen de trastornos unipolares a causa de la terapia cognitivo-conductual: un efecto similar a la de la medicación.

De acuerdo a Miklowitz (2002), la terapia cognitiva conductual es la psicoterapia mejor establecida para la depresión. Hay pocos estudios publicados sobre la terapia cognitiva conductual para las personas que padecen del trastorno bipolar, sin embargo los pocos que existen, reafirman que las personas que se tratan con terapia cognitiva conductual, mientras toman los medicamentos, tienen menos recidivas de su trastorno.

En ésta terapia, se hace hincapié en el pensamiento como también en las reacciones emocionales que, por lo general, son una fuente inmediata de estrés. En otras palabras, significa que las emociones de la persona existen mediante las cogniciones que genera. Al corregir creencias erróneas, se puede aliviar o alterar reacciones emocionales excesivas e inapropiadas.

A su vez, la terapia cognitiva conductual puede ayudar con los síntomas de la manía también. Esta terapia ayuda ‘bajar’ o ‘desacelerar’ las creencias demasiadas positivas u optimistas al llevarlas a un grado más realista. Aunque es más difícil tratar a la persona que atraviesa un episodio maníaco, se asiste en ‘enfriar’ el cerebro para tomar un enfoque más racional. Durante la manía, la persona no ve el problema. Es el trabajo de la terapia cognitivo-conductual de identificar éstos pensamientos o percepciones maníacas, bajar la velocidad de los procesos en el cerebro, considerar las posibles consecuencias de cada pensamiento o percepción, y como se ha mencionado anteriormente, desarrollar y/o practicar técnicas para el control de impulsos o la elección de alternativas más seguras, racionales y apropiadas socialmente.

Para resumir, la terapia cognitivo-conductual va más allá del pensamiento conduce hacia la conducta o acción. En el caso de la depresión, la terapia cognitivo-conductual intenta identificar los pensamientos limitantes, cuestionar su validez, revelar otras posibilidades y animar a la persona a tomar acción. De una forma similar, durante un episodio maníaco, la terapia cognitivo-conductual intenta identificar el pensamiento eufórico, cuestiona su validez, introduce riesgos potenciales y alienta a elegir opciones con cuidado y lo más seguro posible.

1.1.1.11.2. Entrenamiento cognitivo conductual

De acuerdo a las enseñanzas de Beck (1976), la terapia cognitiva conductual trabaja para ayudar al paciente con trastorno bipolar: 1) a identificar pensamientos y creencias distorsionadas; 2) a ‘callar’ al cerebro y calmar los pensamientos y creencias distorsionadas; 3) desarrollar y practicar creencias racionales y procesos de pensamientos lógicos; y 4) desarrollar y practicar conductas positivas y efectivas basados en los pensamientos y creencias nuevas.

Se ha encontrado que el mejoramiento viene de dos factores: uno es el ‘insight’ o el ‘darse cuenta’ de las razones ocultas detrás de ciertos pensamientos, y la ‘decisión’ de hacer algo distinto a lo que venía haciendo (por ejemplo, con respecto a las relaciones). Muchos terapeutas creen que la psicoterapia es más efectiva cuándo se combina el insight con el aprendizaje de las habilidades necesarias para cambiar sus patrones de pensamiento o conductas.

Para resumir, la terapia cognitivo-conductual utiliza herramientas diseñados para cada individuo para ayudar crear patrones de conductas que son más eficientes en obtener lo que quiere y necesita la persona con trastorno bipolar. Esto lleva a respuestas mas positivas del mundo alrededor. En última instancia, el objetivo de la terapia cognitivo-conductual es cambiar o modificar las respuestas y/o conductas derrochadoras y negativas a otras que sean productivas y realistas. Este cambio crea experiencias positivas por la cual genera y apoya un estado de ánimo positivo.

1.1.1.12. El contenido cognitivo conductual

“[...] Los trastornos del pensamiento, en la ausencia de patología orgánica, se considera generalmente un rasgo de los trastornos del estado de ánimo. Los trastornos psicológicos difieren de las reacciones emocionales normales por la intrusión de pensamientos poco realistas con respecto a temas claves en la vida de un paciente” (Beck, 1976, pgs. 77, 89 -90).

En un estudio de larga duración hecha por Beck (1976), se halló que los pacientes construyen mal y sistemáticamente tipos de experiencias específicas. Las ideaciones peculiares mostraron alejamientos de la realidad y la lógica. Estas distorsiones ocurren en las ideaciones que son relevantes a los problemas específicos del paciente. El paciente deprimido muestra desviaciones en la forma de pensar cuándo piensa en su valor, por ejemplo.

1.1.1.12.1. Triada cognitiva

Mondimore (1999) mantiene que en la teoría de la terapia cognitiva, las personas que están crónicamente o frecuentemente deprimidos, han desarrollado una mirada algo distorsionada de ellos mismos y del mundo. Así, han adoptado ciertos patrones de pensamiento y reacción que perpetúan sus problemas.

El autor mencionado explica que las personas deprimidas tienden a (1) pensar negativamente sobre sí mismos, (2) interpretar sus experiencias en un sentido negativo, y (3) mirar al futuro con pesimismo. La teoría cognitiva denomina esto *la triada cognitiva*. Más aún, la teoría propone que todo ese pensar negativo causa a la persona un desarrollo de repertorios y hábitos mentales llamado *esquemas* o *pensamientos automáticos negativos* que arrancan en acción y refuerzan el pensamiento negativo. En resumen, la terapia cognitiva funciona para romper barreras psicológicas al tratar con técnicas cognitivas propias de la terapia, al tomar pensamientos automáticos negativos y reemplazarlos en pensamientos realistas.

1.1.1.12.2. Esquema personal

Mondimore (1999) explica que los pensamientos distorsionados causan ciertos efectos. Por ejemplo, los pensamientos distorsionados dan luz al tipo de estado de ánimo que siente la persona como también sus emociones. También, refuerzan el esquema personal de la persona. Es decir, las creencias que se sostienen desde hace mucho tiempo pueden desarrollarse en patrones de pensamiento negativo al confrontar situaciones de estrés, y su manera de ver al mundo y al futuro en general.

Los esquemas personales se hacen más activos durante los cambios de estado de ánimo. Los estados de ánimos fuertes distorsionan el sentido del sí mismo, y así, influye en el pensamiento causando distorsiones en la percepción, emoción y lógica. Los esquemas personales defectuosos causan pensamientos distorsionados, y a su vez, causan que estos pensamientos distorsionados refuerzan los esquemas personales defectuosos que generan. En otras palabras, el esquema personal tiene un efecto directo de cómo las personas responden cuándo te rodean, que a su vez, refuerza las creencias irracionales que uno tiene de sí mismo. Con la terapia descrita, se puede romper el ciclo negativo para comenzar a construir un esquema personal que está más en línea de quién es realmente la persona.

1.1.1.12.3. Cogniciones calientes

Castle (2003) resume que la terapia cognitiva explora como los pensamientos y diálogos internos influyen en los humores y conductas. Identifica las distorsiones en el pensamiento que confunden los sentimientos con los hechos. Miklowitz (2002) agrega que la terapia cognitiva conductual anima al paciente a focalizarse en patrones de pensamientos negativos sobre sí mismo, su mundo y su futuro. Al mantener un archivo de pensamientos diarios, uno puede aprender a identificar suposiciones sobre ciertos eventos críticos, particularmente cualquier afirmación autodestructiva. Estos pensamientos se denominan *cogniciones calientes* que espontáneamente emergen como reacción a éstos eventos (por ejemplo, “Perdí mi trabajo porque no soy capaz de mantener uno”). El terapeuta anima al paciente a reconocer el impacto de tales suposiciones en el estado de ánimo y que conduzca “experimentos” en su vida cotidiana para determinar si las suposiciones son válidas o no. Al proceder con la terapia, el terapeuta anima al paciente a considerar interpretaciones más adaptativas y balanceadas y registra éstas nuevas cogniciones en el archivo de pensamientos (por ejemplo, ‘Quizá perdí mi trabajo porque aún me estaba recuperando de mi depresión y no podía funcionar al nivel que se que soy capaz’; o ‘Este último trabajo me ha enseñado que necesito trabajar en un ambiente que me permita mantenerme estable y usar mis habilidades’).

Beck (1976) describe que las ideas distorsionadas tienen como característica ser automáticas y él las denomina *pensamientos automáticos*. Lo siguiente explica en sus palabras como funciona:

[...] Aparecen como por reflejo sin ningún antecedente de reflexión o razonamiento aparente. Parecen plausibles para el paciente aunque no plausibles para otras personas.

También es menos dócil al cambio por razonamiento o evidencia contradictoria comparado con otras formas de ideación no asociadas con formas psicopatológicas específicas. Más intensa se hace la enfermedad, más grande el grado de distorsión, más se aumenta la repetición de las ideas distorsionadas y más progresiva la fijación a la distorsión (p. 90).

El pensamiento aberrante se detona en situaciones que inciden en alguna vulnerabilidad específica tal como en temas relacionados a la ‘ganancia – pérdida’ o el ‘éxito – fracaso’.

1.1.1.12.4. Depresión

Para Beck (1976) el contenido de pensamiento de pacientes depresivos se centra en una pérdida significativa. El paciente percibe que ha perdido algo de consideración esencial a su felicidad o tranquilidad. Anticipa resultados negativos de cualquier emprendimiento importante y se refiere a sí mismo como deficiente en los atributos necesarios para lograr sus objetivos importantes. Este tema puede ser formulado en términos de una tríada cognitiva: una concepción negativa de sí mismo, una interpretación negativa de las experiencias de la vida, y una visión nihilista del futuro.

La sensación de una pérdida irreversible y una expectativa negativa lleva a las emociones típicas asociadas con la depresión: tristeza, decepción y apatía. Más aún, a medida que incrementa la sensación de estar atrapado en una situación displacentera o de estar enredado en problemas sin solución, se disipa la motivación constructiva espontánea. Así, el paciente se siente impulsado de escapar de la condición aparentemente intolerable vía el suicidio.

1.1.1.12.5. Manía / hipomanía

Para Beck (1976) el contenido de pensamiento del paciente hipomaniaco o maniaco es el reverso del depresivo. Este paciente percibe una ganancia significativa en cada uno de sus experiencias de vida. Atribuye indiscriminadamente valores positivos a sus experiencias, espera resultados poco realistas de sus esfuerzos y tiene ideas exageradas respecto a sus habilidades. Estas evaluaciones positivas llevan a un sentimiento de euforia. Más aún, el bombardeo continuo de autoevaluaciones infladas y expectativas sumamente optimistas lo llenan de energía y lo impulsan a una actividad continua.

1.1.1.13. Distorsiones del pensamiento sobre la realidad

Se dice que una *distorsión de la realidad* ocurre, de acuerdo a Beck (1976), cuándo una apreciación objetiva de la situación contradice la apreciación del sujeto.

Una forma similar pero con otro matiz es el que describe Beck (1976) como *pensamiento ilógico* en el cual la apreciación de la realidad no está distorsionada pero su sistema de realizar inferencias o conclusiones desde sus observaciones está defectuoso. Los pacientes que tienen dificultades como resultado de su conducta problemática a menudo comienzan desde premisas imprecisas. En otras palabras, las conductas de las personas son a causa de sus propios pensamientos erróneos.

1.1.1.14. Tipos de trastornos de pensamiento

1.1.1.14.1. Personalización o pensamiento autorreferencial

Para Beck (1976) ésta característica se le atribuye cuando:

...el individuo es propenso a interpretar los eventos en términos de significados personales. Un ejemplo extremo puede ser el siguiente: una mujer maníaca cree que toda la gente que pasa por la calle está enamorada de ella. Es la tendencia irrefrenable de compararse a sí mismo con otras personas. Por ejemplo, una mujer ve una propaganda de una madre feliz con su hijo y piensa, ‘ella es una madre mucho más devota que yo’. “Estos pacientes tienden a sobreestimar el grado al cual los eventos están relacionados a ellos y están excesivamente absortos en el significado personal de hechos particulares. Por ejemplo, una madre depresiva se culpa a sí misma por toda imperfección en sus hijos; sobre interpreta la frecuencia como también el grado de sentimiento negativo que evoca”. (p. 91 - 92)

1.1.1.14.2. Pensamiento bipolar o dicotómico

Para Beck (1976) el paciente es:

...más propenso a pensar en extremos en situaciones que inciden en sus áreas sensibles. Por ejemplo en la depresión, sus autoevaluaciones. Los eventos se etiquetan ‘negro’ o

‘blanco’, ‘bueno’ o ‘malo’, ‘espectacular’ u ‘horrible’. Esta característica se denomina *pensamiento dicotómico* o *pensamiento bipolar*. La premisa básica de éste tipo de pensamiento es generalmente en términos absolutos tales como ‘siempre’ o ‘nunca’. (p. 93)

Castle (2003) da el ejemplo de una distorsión en el pensamiento dicotómico: ‘Si no me amas, me odias, y no hay nada en el medio’. Otro ejemplo es el pensar que si uno no es perfecto, es un fracaso total.

1.1.1.14.3. Pensamiento catastrófico

Este tipo de trastorno del pensamiento se ilustra cuándo la persona anticipa resultados adversos extremos. El extremo pensado es unipolar. Beck (1976) da el siguiente ejemplo:

...los eventos pueden ser percibidos como totalmente malos, neutrales o irrelevantes. El *pensamiento catastrófico* es una característica típica de pacientes ansiosos. El pensamiento del paciente ansioso es hacia la consideración de un resultado de entre todas las posibilidades más desfavorables de una situación. Por ejemplo, un hombre se puso triste cuándo detectó un daño mínimo en sus posesiones materiales. Una mancha en su ropa, un bollo en su auto, y/o una raya en su mueble, representa, para él, pérdidas mayores. El grado en el cual él exagera el daño se refleja en sus autocríticas creyendo, ‘Fui un tonto de permitir que eso suceda, soy inepto, nunca hago nada bien’. (p. 93-94)

1.1.1.14.4. Sobregeneralización

La *sobregeneralización* se refiere a la generalización injustificada sobre la base de un incidente aislado. Un ejemplo de un pensamiento de sobregeneralización en la depresión es, ‘no soy bueno con el manejo del dinero porque perdí dinero con la inversión por primera vez’.

1.1.1.14.5. Abstracción selectiva

La *abstracción selectiva* se refiere al abstraer un detalle fuera del contexto y por ende, se pierde el significado de la situación total. Por ejemplo, ‘debo trabajar más duro y más horas en mi trabajo para que mi jefe me invite a ver un partido de fútbol en su casa’.

1.1.1.14.6. Inferencia arbitraria

Una persona hace una *inferencia arbitraria* cuando salta a una conclusión y cuándo carece de evidencia o es contraria a la conclusión. Un ejemplo sería: ‘mi jefe no me invitó a mirar el partido de fútbol como lo hizo con otros empleados, debe de querer echarme’.

2.8.10. Principios de la terapia cognitiva

Para Beck (1976), si queremos cambiar los sentimientos, es necesario modificar la idea que los produce y reconocer que la idea es incorrecto o que no es de nuestro interés.

Los trastornos de pensamientos se centran alrededor de pensamientos desviados. Se observa que la persona responde en forma realista y efectiva en situaciones que no están relacionadas a los factores de riesgo. Sus juicios y conductas en las áreas de su experiencia (fuera de su vulnerabilidad) reflejan un rendimiento de alto funcionamiento. Es más, antes de la aparición de la enfermedad, el paciente muestra un desarrollo adecuado usando las herramientas necesarias para enfrentarse con los problemas de la vida.

Las habilidades psicológicas como son la integración, la clasificación, y la interpretación de una experiencia pueden ser aplicadas al corregir los trastornos de pensamiento. Existen muchos métodos disponibles para ayudar a un paciente hacer apreciaciones más realistas para él mismo y su mundo.

En principios, es importante identificar lo que enciende un estado de ánimo determinado. Aunque la medicación puede regular la reacción que tiene la mente a eventos estresantes, no puede reducir o eliminar las fuentes de estrés externo. Las situaciones tensas, los conflictos personales, temas de la familia que aún no se resolvieron o hasta cambios drásticos en la rutina diaria pueden contribuir al estrés que eventualmente daña al balance sensible del estado de ánimo. Aunque es imposible eliminar todo estrés de la vida, sí se puede remover o reducirlo suficientemente para mantener el grado de estrés a un nivel manejable.

Muchas personas sin el trastorno bipolar no paran a pensar de qué cosas/eventos en la vida les molesta y cuáles disfruta. La persona que padece de la enfermedad bipolar tiene la responsabilidad de tomar conciencia de su ambiente y aquellos factores que influyen en sus emociones y estados de ánimos.

Otra herramienta que se utiliza en la terapia cognitiva conductual tiene que ver con la reestructuración de la conducta. El pensamiento precipita la acción o la inacción. Por ejemplo, si uno piensa que nunca podrá tener una relación comprometedora, no tendrá la motivación para intentar tener una relación. Si uno cree que puede tener lo que se le antoja sin importar el costo, no tendrá ningún problema actuar aunque el riesgo sea mayor. El objetivo último de la terapia es cambiar las respuestas de conducta de autolimitante y negativo a uno productivo y realista. Este cambio crea experiencias positivas que apoyan estados de ánimos positivos.

Fuller Torrey (2002) reporta los resultados representativos de dos estudios realizados (uno de un año de duración y otro de 4 años y medio de duración) en la última década. Como promedio, aproximadamente el 25% de los pacientes se recuperan completamente; 10-20% continúan con los síntomas de la enfermedad crónica con resultados pobres; y los 55 – 65% restantes, tienen una recuperación parcial habilitándolos trabajar pero no al nivel que hubiesen conseguido si nunca se enfermasen.

3. ANALISIS DEL CASO: Entrevistas .

A los efectos del análisis de ésta información y para preservar la identidad del paciente, se utilizan nombres ficticios para todos los integrantes del caso.

En el primer contacto y durante la presentación a la fundación, una señora (quién es el caso de análisis de éste trabajo de integración) interrumpió explicando haber venido unos días antes para averiguar respecto a la terapia, el costo, etc. y que había decidido “darle una oportunidad a la institución”. Al responder el motivo de su consulta, respondió que era por su deseo de estar mejor e independizarse, ya que en la actualidad vive con unas compañeras. También menciona que su familia recomienda que siga haciendo terapia por su ‘cosa de nervios’. Informó estar bajo tratamiento psiquiátrico y que también asiste a un médico clínico regularmente por consejo de su familia. Cuenta que su psiquiatra es muy culto por tener mucho estudio y experiencia y que espera lo misma de los profesionales por ser tan jovencitos. Se la invita a quedarse un cuarto de hora para tomarle unos datos preliminares como por ejemplo, su nombre completo, edad y

domicilio. La admisión consiste en llenar una planilla en la cual se recolectan y archivan datos referidos a la siguiente información personal de la paciente.

3.1. Examen del estado del paciente

D es una mujer mayor que llega solicitando asistencia psicológica. Dice estar cansada de no tener control de su vida y de estar harta de que todas las cosas malas le pasen a ella. Con cada visita a su sesión terapéutica, se repiten los siguientes patrones con ésta paciente. D tiende a hablar en voz alta y saluda a los demás pacientes y profesionales que pasan por su lado mientras está hablando o esperando. Parece manifiesta inquietud al observar sus movimientos incesantes de mover sus piernas, cruzándolas o moviéndolas simultáneamente. Ella es de estatura mediana con una silueta bien formada para su edad. Se viste de colores fuertes (verde, rojo, negro, floreado) con algunas arrugas y más de una vez, pequeñas machas en sus trajes. Se presenta maquillada, su lápiz de labio levemente corrido sobre su labio superior y/o inferior. Usa muchas joyas (cadenitas, pulseras, anillos) o de lo contrario, se presenta sin ningún accesorio. Su pelo es muy corto de color negro teñido (por verse manchas de tintura alrededor de su frente. Sin embargo, ella cambia el estilo de su cabello al aplicarse pelucas (uno rubio y lacio de largo hasta los hombros y otro pelirrojo desmechado).

En la entrevista inicial, el psicólogo le hace una serie de preguntas relacionadas con varias áreas de su vida pasada y presente. D informa de la siguiente manera sobre su historia personal.

Motivo de consulta: el no poder tolerar el abandono. Hacia 20 días que termino su última pareja al cual ve en su grupo de ayuda de vez en cuando. Esta situación le provoca mucho dolor, incluso dejó de buscar más clientes para su trabajo independiente (lo cual solía hacer). Dice querer mejorar la relación con su hija, que se pone caprichosa. A veces tiene miedo de ella misma, de hacerse mal, hay ideación suicida, dice que tiene miedo a no tener más frenos ni motivos para seguir viviendo y que no quiere restarle más a su vida.

Intenciones anteriores para resolver sus problemas: terapia, charlas con amigas y amigos, pensar, no pensar, tirar las cartas, de todo.

Antecedentes del trastorno actual: el amor y sus parejas. Señala a la madre como culpable ya que siempre favoreció a sus hermanos más que a ella.

Edad: 59 años

Educación y/o ocupación: Universitarios; Intérprete , Administración de Empresas y Psicología Social

Estado Civil: viuda, pero dice tener otro novio actualmente aunque ‘no nos incumbe ésta información’. Antes de iniciar ésta relación actual tuvo varios encuentros fugaces.

Obra Social: X

Derivación: por la secretaria de su psiquiatra

Información de la familia: Padre fallecido, era juez, muy sabio y estricto, cuenta que ella era la favorita de él; madre fallecida, era ama de casa, prefirió a los varones y los crió muy bien; tres hermanos, todos profesionales, el menor de los tres falleció de un infarto en la edad adulta, No tiene mucha relación con el siguiente hermano ya que vive en otro país, el hermano mayor es el que más cuidó de ella y de su hija desde que falleció su marido. Admite que es celosa del hermano mayor porque es quién tiene el mando de las propiedades de su padre ya que es el hijo mayor (aunque ella es la mayor de los cuatro). Todos tienen hijos. Su propio marido falleció en un accidente mientras ella estaba embarazada de su única hija, M.

Antecedentes médicos: diabética, historia de ser víctima de una violación sexual, poca capacidad de automanejo en la comunidad con respecto a relaciones con el sexo opuesto, colesterol alto, historia de hipertensión, edema, anemia y glaucoma. Dice estar medicada y tratada por su médico clínico y su psiquiatra por la depresión e informa estar tomando litio (uno a la mañana y dos a la noche), no recuerda la dosis. Antecedentes de trastornos psicológicos en la familia: delirium tremens de la abuela materna, abuelo materno tomaba pastillas como valium y lexotanil, madre tuvo períodos de depresión y bulimia.

Hijos: M de 26 años, D informa tener una hija de 26 años que estudia administración de empresas en la facultad y trabaja en ventas. La hija alquila un departamento que a veces comparte con el novio. D dice que su hija fue criada la mayor parte de su vida por su tío (el mayor de los 3 varones) y que por lo tanto, ella debería agradecer mucho a éste hermano por todo lo que él hizo por su hija, pero que ella la hubiera criado mejor. De ese modo, la hija sería mucho más amorosa con ella y con los demás.

Convive con: Dos compañeras de cuarto para compartir el alquiler. Las encontró su hermano mayor para ayudarla pero dice que ella termina limpiando y cuidando de ellas y quiere vivir independientemente. Dice que no logra convencer a su hermano mayor e hija que ella estaría mejor sin las compañeras de cuarto (porque cuenta que ellos no permiten que viva sola y que así, esta mejor protegida y segura) D no está de acuerdo.

Datos de la primera infancia (hasta los 6 años): Recuerda siempre haber tenido una personalidad segura, fuerte y determinada. Muy independiente.

Datos de la segunda infancia (6 – 12 años): Recuerda tener varios vínculos rebeldes en especial con autoridades, menos su padre por ser tan justo. Debió cuidar mucho de sus hermanos porque era la mujer y la mayor entre los varones. Era muy sociable y muy buena en el colegio.

Datos sobre la prepubertad y adolescencia (13 – 18 años): Siente que crió a sus hermanos ayudando a su madre y marca esto como una capacidad o cualidad. Hizo algunos deportes pero le gustaba estudiar, siguiendo los pasos de su padre que era muy intelectual; salía con muchachos porque le gustaba bailar y socializar. Conoció al amor de su vida.

Datos de la edad adulta (18 años en adelante): Siente que cambió bastante su vida por ya tener otros objetivos como recibirse, trabajar y consumir matrimonio. Igualmente, estaba enamorada del padre de su hija por tener mucho en común con él y porque su familia lo eligió como esposo para D. (Este es distinto al amor de su vida). Estaba contenta porque todo iba por buen camino.

Historia Psicosexual: Comenta que siempre fue importante en su vida y que está en forma física por el ejercicio y el placer de hacer el amor. Siempre tuvo muy buen sexo con su marido diariamente, aún cuándo estaba embarazada. Ella cree que su marido le pudo haber sido infiel pero lo justifica diciendo que el impulso sexual humano es natural y que “no porque uno tiene sexo con otra persona fuera del matrimonio significa que no ama su propia pareja”. Ella siempre lo entendió a él porque le pasó a ella también.

Actividades Sociales: Salidas a las tiendas; se junta para tomar el té con amigas, también sale a la casa de su pareja del momento.

Cualquier indicación extra que sería pertinente para el trabajo terapéutico: Ante situaciones difíciles, pelea porque no tiene paciencia con la ignorancia y lentitud de la gente.

Luego de la primera entrevista, el psicólogo a cargo del caso de D, planeó seguir la batería de tests para un diagnóstico de enfermedad preciso como también buscar el mejor camino de

tratamiento a seguir de acuerdo a los resultados de los tests administrados y la información recolectada por las entrevistas psicológicas. Ambos se administran durante la hora de cada sesión terapéutica. Se le informó a D el procedimiento de la terapia y el encuadre ; incluida la hora y arancel para las próximas visitas terapéuticas. D dice estar de acuerdo con el plan de tratamiento y firma un acuerdo de las pautas y normas de la fundación. El acuerdo escrito informa del uso de la cámara Gessel. Se acuerda que la asistencia terapéutica será semanal. Ella saluda con una sonrisa al despedirse.

En las próximas sesiones, el terapeuta hace un informe diagnóstico en base al análisis del MMPI – 2 y un diagnóstico según el DSM-IV o CIE-10. Se explicita al paciente éstos requisitos que conforman parte del marco de referencia y de su propósito durante la segunda y tercer entrevista, se procede a administrar una batería de tests psicológicos de acuerdo a la necesidad del terapeuta para recolectar información sobre el paciente y así, determinar la terapéutica adecuada. En éste caso, los profesionales decidieron que sería apropiado el test de depresión creada por Beck, la evaluación a un médico clínico para actualizar su salud física y a su psiquiatra para actualizar su régimen de medicamentos. D informó que había ido a ambos y que traería los resultados de cada profesional en las próximas sesiones.

El diagnóstico multiaxial de D se compone de la siguiente manera:

Axis I: Trastorno Bipolar I

Axis II: Ninguno

Axis III: Diabetes, Glaucoma, Alto colesterol

Axis IV: Situación hogareña displacentera y pobre comunicación con su red de apoyo

Axis V: 60 - asociada a estar entre un funcionamiento básicamente normal y un funcionamiento que puede definirse como seriamente dañada por falta de juicio de situaciones peligrosas.

3.2. Información recolectada durante entrevistas en cámara Gessel

3.2.1. Violación

Durante sus relatos manifestó que su hija y hermano mayor decidieron por D vivir acompañada por amigas para darle a ella más protección, y a ellos más tranquilidad y seguridad. Al

preguntarle la razón, explica que, hace aproximadamente 5 años atrás, vivía sola en un departamento. Explico que un día, dejó entrar a un simpático repartidor de pizzas y fue violada sexualmente. Luego, se enteraron que él era un perverso sexual. Estuvo en el hospital por varias semanas recuperándose de la violación y de las agresiones físicas brutales que sufrió en el incidente.

Esto habla de su falta en utilizar límites sociales y la falla en su detección de preservar su seguridad y bienestar ante otras personas y situaciones peligrosas. En la Escala de Rating de Reajustamiento Social, D obtuvo 70 puntos por ser víctima de un crimen.

3.2.2. Plan de vivienda

Sin embargo, D viene a consultar porque cree que está lista para independizarse (vivir sola) en un departamento porque ‘odia’ vivir con las otras dos compañeras porque se ‘hartó’ de ellas. Prefiere un lugar ‘cómodo y a mi gusto’, en lugar de compartir todo lo de ella con las compañeras.

Esto habla de cierto nivel de estrés elevado por su desacuerdo con su plan de vivienda y falta de apoyo y comprensión por parte de sus parientes (hija y hermano mayor). La falla en la comunicación eleva el nivel de estrés atribuido a la situación.

El equipo terapéutico trabajó sobre su situación incómoda al vivir en un ambiente donde ella siente injusticia e irritabilidad diariamente. La primer manera en que se encaró ésta área para el bienestar de D era discutir las posibles justificaciones de su hija y hermano mayor para analizar si D entendía el punto de vista de ellos. Ella termina admitiendo que entiende que se diseñó éste plan de vivienda para su “seguridad y cierta independencia (para no tener que vivir con su hija y su novio ya que ella les quiere dar su privacidad) y para no estar en el medio de la familia de su hermano mayor”. En las sesiones siguientes, se trabajaron maneras efectivas para lidiar con las realidades de su hogar (con las amigas) en cuanto uno debe cambiar la manera de pensar y actuar hacia ellas si es que ellas/el ambiente no va a cambiar.

Para cambiar una conducta, por ejemplo, se deben cambiar las emociones e impulsos. La clave para inducir éstos cambios incluye la reducción de ansiedad. El cuerpo y la mente resisten el

cambio. El cambio es incómodo. Para ayudar al cerebro y al cuerpo tolerar cambios en los pensamientos y conductas, el paciente debe practicar técnicas de relajación que ayudan calmar al cerebro sin que salte devuelta a los patrones “viejos y cómodos”, con la ayuda del psicoterapeuta. La terapia cognitivo-conductual incluye muchas técnicas de reducción de ansiedad que incluyen ejercicios de respiración, meditación y técnicas de relajación progresiva. El último se le aplicó a D durante el transcurso de su psicoterapia.

Esta técnica parece útil y lógica para la ansiedad ante el cambio. Sin embargo, la opinión de la autora de éste trabajo de integración final es que hubiera sido de mucha utilidad, en un futuro muy cercano, incluir una reunión con la hija y hermano mayor, en uno o más encuentros psicoterapéuticos. Durante la sesión con ellos, podrían identificarse temas en desacuerdo de cada miembro para resolver el conflicto como una familia entera para evitar enojos o sentimientos negativos en cada uno de ellos. Así, se transmite el peso del problema para cada uno, se escucha la ‘campana’ de cada uno, se eliminan malos entendidos o confusiones y se ponen de acuerdo con la responsabilidad que debe tomar cada miembro y asistirlos en tareas o técnicas para ayudar a la familia entera. Además, la reunión le demuestra a D (y al equipo profesional), el apoyo familiar y una contención emocional en la iniciación de su terapia.

A veces, como expresa Miklowitz (2002), el trastorno bipolar es mejor tratado en un contexto de familia o pareja. La ventaja de la terapia con los parientes cercanos es que ellos pueden ser educados respecto al trastorno y habilidades de capeo para manejar el estrés junto con el paciente. Las personas con trastorno bipolar tienen, a menudo, problemas de relaciones familiares o de pareja significantes.

Tratamientos de familia pueden proveer maneras de mejorar la comunicación con el conyugue, padres y/o hijos. Debo destacar la importancia de incluir a la familia o parientes del paciente en pos de una mejora en el manejo de la enfermedad. Esto aporta también recursos que pueden resultar beneficiosos en el tratamiento de pacientes bipolares como son la 1) Psicoeducación: para ayudar a la familia entender qué siente D y cómo llega a sus conductas rebeldes que terminan, a veces, en desastres personales. Miklowitz (1997) agrega que al proveer información sobre los orígenes y el curso del tratamiento, reduce frecuentemente la culpa y la recriminación mutua entre los miembros de la familia y crea una preparación para el cambio en las relaciones de la

familia. 2) Entrenar a la familia entera en comunicación efectiva: dónde los síntomas de la fase activa del trastorno bloquean la comunicación normal y el residuo del episodio deja a los demás inseguros o renuentes sobre como hablarse entre sí. 3) Resolución de problemas: proveer una estructura en la cual la resolución efectiva de conflictos puede ocurrir y también estimular actividades en la cual se pueden implementar técnicas de resolución de problemas.

3.2.3. Área educativa y laboral

Dice poseer una licenciatura en psicología y sociología, un master en administración y un doctorado (que no recuerda en qué) pero que es ‘lo mismo y que, por ende, es muy culta y sabia por tener tanto estudio y experiencia en la vida’. (Distinto de lo que dijo en la primera entrevista). Informa que había trabajado en la universidad como profesora de idiomas extranjeros . Además agregó que había trabajado como traductora e intérprete durante la mayor parte de su vida adulta. Dice haber tenido como clientes a varios embajadores de distintos países. Dice estar muy orgullosa de éste trabajo ya que fue su mejor momento económico aunque ‘siempre trabajé en posiciones prestigiosas’, ya que quería seguir los pasos de su padre quien era juez por profesión.

El discurso repetitivo con respecto a las posiciones prestigiosas, educativas y económicas se relaciona con los síntomas de grandiosidad y autoestima elevada como síntoma típico de un pensamiento maníaco. Su olvido sobre la profesión estudiada denota la inhabilidad de concentrarse. Su habla es dispersa y su pensamiento también lo es, como pudo observarse al preguntarle sobre su educación y títulos y no pudo recordar, ni callar para pensar unos minutos en qué profesión era su supuesto doctorado. También se manifiesta la utilización del trastorno del pensamiento de generalización ya que cree que todo estudio es “lo mismo” y para ella, significa que uno es culto y sabio por recibirse en alguna profesión determinada.

Aquí se trabajó el esquema personal de D y como se vio ella misma sin estudio, como estudiante y como profesional con empleo y como profesional sin empleo. Se trabajaron los mitos y las realidades en cuanto a la inteligencia: se le informó que de hecho, existen múltiples tipos de inteligencias, y se discutió sobre la experiencia y la edad como factores que no necesariamente determinan ser o no “culto o educado”. Fue muy difícil para D hablar sobre los mitos ya que incrementaba su ansiedad y enojo por no “entenderla” ya que el equipo profesional eran “demasiados jóvenes y sin suficiente experiencia”. Durante la reunión de terapeutas (los lunes)

cuándo se habló del caso de D, se intentó encaminar éste tema de forma distinta. Se le pidió a D que piense y traiga anotado, gente que fue joven y/o sin estudio pero que eran muy sabios y/o exitosos igualmente. D nunca presentó ésta ‘tarea’ al equipo psicoterapéutico y solía cambiar de tema cuando se lo pedía.

Desde el punto de vista de la autora de éste trabajo de integración final, ésta última técnica se encuentra entre las favoritas por creer que sería la más conveniente para demostrarle a D que sus pensamientos generalizadoras no son así. Fue una lástima que D no logró presentar un ejemplo antes de retirarse de la terapia. Creo que éste ejercicio mental también le hubiera aportado cancelar algunas de sus creencias dicotómicas (con respecto a la educación, sabiduría, cantidad de carreras y años de estudios, entre otras cosas). Esto la ayudaría a ejercitar la misma técnica en otras creencias aberrantes que tenía en la actualidad u otras que le pudiesen generar en el futuro.

3.2.4. Dinero

Su otro deseo es de ganar más dinero trabajando en lo suyo (profesora en idiomas) aunque no consigue muchos alumnos. La paciente narra que se lleva bien con su hermano mayor cuando él le manda dinero, puesto que él sabe que ella no tiene dinero suficiente, aunque da algunas clases privadas de enseñanza de idiomas. Dice que le da mucha furia y expresa su bronca porque el hermano mayor (cirujano) y su esposa (nutricionista) son exitosos. En especial porque ella “lo era” y dice que en la familia de su hermano están celosos de ella.

Se le hace un inventario de preguntas sobre el trabajo y cómo lo encara. Se le pide describir su trabajo (como monótono, irregular, impredecible, agobiante, etc.). D respondió que su trabajo es irregular e inconstante y que eso la “tiene mal” por depender de su hermano mayor. Sin embargo, ella admite que aunque estuviese empleada, su hermano mayor debería ayudarla a ella y a su hija igual “por la posición que él mantiene en la familia”. Su forma de responder sugería que era la ‘obligación’ del hermano de darle dinero. La irregularidad de horario laboral es difícil para cualquier persona pero es tóxico para la persona que padece del trastorno bipolar por la falta de ritmo. Se discutieron alternativas de trabajos que pueden ser más apropiados para el tipo de vida que debería llevar D siendo bipolar. Se trabajaron maneras de tener más constancia y estabilidad en todas las áreas de su vida comenzando con el área laboral.

3.2.5. Diagnostico y medicación

El psicólogo le preguntó sobre sus antecedentes del trastorno actual por lo que ella contó que su psiquiatra denomina su enfermedad maniaco-depresivo y le da medicamentos por esto. Sin embargo, D siente que él debería bajarle la dosis o sacárselo directamente ya que igual siente ‘esa cosa de los nervios’. Se ve muy preocupada por saber cuál es su diagnóstico aunque dice que no le importa. D enfatiz no poder soportar que su familia la identifique como ‘enferma de la cabeza’.

Aquí, el análisis corresponde al típico síntoma de no querer seguir el régimen y recomendación profesional de su psiquiatra y/u otros profesionales. También hay una incongruencia entre lo que D menciona en la entrevista anterior sobre la educación y experiencia de su psiquiatra y ahora con juzgar que su psiquiatra no la medica adecuadamente. Esto manifiesta nuevamente, una sensación de omnipotencia de su palabra contra la de un profesional especializado en el tema de salud mental.

El equipo profesional le presentó a D una herramienta para armar, seguir y luego mostrarle al psiquiatra de cualquier retroceso o progreso que realiza D. Para evitar confrontaciones con todos aquellos involucrados con su régimen de medicamentos, el psicoterapeuta le mostró a D cómo mantener un diario que simultáneamente, puede ser muy terapéutico. El diario no sólo incluye una descripción de eventos, sentimientos y percepciones sino que el propósito es de registrar el estado de ánimo, los medicamentos tomados, y otros datos. El terapeuta sugirió que D tome nota de lo siguiente: de cualquier ajuste en su medicación, medicaciones salteadas, una escala personal de su estado de ánimo general, la cantidad de sueño obtenido y las horas de dormir y despertar, eventos o actividades especiales, si hizo o no ejercicio y qué tipo y por último, temas resueltos o problemas recientes. Luego de registrar esto, se arma una grilla y luego de un periodo de tiempo, se van manifestando patrones que se logran observar para poder decidir modificar los medicamentos, conductas, etc., para mejorar. Esto sirve como “evidencia” para los profesionales y familiares trabajando para el bienestar de D como también para ella misma y evita mal pasares o discusiones por tener una referencia registrada por D misma.

Aunque ésta manera de registro fue recomendada por el psicoterapeuta , creo que le faltaría validez en cuanto al no saber el grado de verdad y dedicación que D realizaría con ésta tarea. No

está mal que ella haga un diario. Sin embargo, creo que sería necesario designar una persona de confianza (un familiar o una de sus amigas de cuarto) para hacer otro registro y luego que el profesional pueda comparar los dos para conseguir datos más precisos sobre el mejoramiento o empeoramiento de D en el transcurso de sus episodios.

3.2.6. Comienzo de su enfermedad mental

Con respecto al comienzo de su enfermedad, D contó que ella le parece que todo empezó cuándo andaba detrás de su “gran amor”, su “media naranja”. La vida era bella cuándo él le dio la noticia un día que tenía que viajar por motivos laborales al extranjero. Continuaron su noviazgo a larga distancia pero un día él le dijo que contraía matrimonio con otra mujer con quien se enamoró. Ella estaba ‘destruida’ y ‘por venganza’ se casó con un primo lejano. D lo quería mucho, (aunque admitió nunca haberlo amado), por ser ‘una persona muy buena, muy trabajadora y excelente en la cama’ riéndose. Agregó que éste primo lejano era el elegido por sus parientes para ser su marido. Cuenta que ellos dos tenían mucho en común y que por tradición , era bien visto casarse por elección de los padres porque son los padres quiénes se confían y respetan mucho. Así, se casaron y ambos estaban terminando sus estudios. A la vez, D consiguió trabajo como traductora para clientes embajadores. Ambos tenían buen ingreso cuándo se embarazó de su primera y única hija, M. A los 6 meses de embarazo, el marido sufrió un accidente , falleció instantáneamente . Para la paciente, éste hecho influyó en el desencadenamiento de su enfermedad pero vuelve a mencionar que fue la rotura de su primer gran amor la que ‘incendió su enfermedad de nervios’.

Se trabajó sobre la historia de sus antecedentes psiquiátricos y psicológicos. En éste relato, se manifiesta un gran nivel de estrés y trauma por la noticia de su ‘media naranja’ y por la muerte súbita de su marido y padre de su hija mientras embarazada. Se puede utilizar La Escala de Rating de Reajustamiento Social en la determinación de la enfermedad bipolar por las situaciones de estrés causadas en la vida de D y el cambio de vida que éstos acontecimientos le generaron (la muerte de su pareja: 87 puntos y 59 puntos al comenzar ser un padre soltero). D utilizó palabras extremas como ‘destruida’ y ‘nunca’. Palabras que sugieren un pensamiento dicotómico.

La autora de éste trabajo está de acuerdo con armar un Rating de Reajustamiento para medir mejor la gravedad de estrés sufrido por D en el transcurso de su vida. Se planeó ofrecerle la técnica denominada *Mindfulness* que es un proceso de focalizar a la mente en el momento y experimentar solamente el momento actual. Esta técnica sirve para despejar o limpiar la mente,

calmar los nervios y permite descubrir nuevas maneras de responder emocionalmente y mediante la conducta. Sin embargo, el equipo psicoterapéutico no logró emplear ésta técnica en su totalidad por falta de un momento oportuno. Es decir, se debe encontrar el ‘timing’ adecuado para introducir ésta herramienta en la terapia de D.

3.2.7. Pareja

Relató acerca de su sexualidad aunque declaró que no es de la incumbencia del equipo saber sobre lo que hace o no en su vida privada. D comunicó haber siempre tenido parejas íntimas como también varios hombres que reconoce como ‘sólo amigos’. Sin embargo, pudo admitir que si siente atracción por ellos, no queda en la amistad. Por seguro, el hombre debe tener dinero y estudios porque sino, ella no lo considera un hombre verdadero. Ahora está de ‘novia’ con un hombre que tiene casi 20 años de edad menos que ella pero que aunque no tiene trabajo, viene de un pasado de mucho estudio de nivel universitario y es “demasiado guapo para resistir”. Reconoce que él está comprometido y “es mujeriego”, pero lo justifica diciendo que él la necesita porque ella es “como una madre para él”. Dice que le haría bien a él tenerla de guía para encaminarlo en un trabajo (ya que no trabaja como matemático en la actualidad por su enfermedad mental) y que por esto él perdió todo su dinero. Ella confía ciegamente en que él recuperará todo lo perdido económicamente por asistir de vez en cuando a su grupo de terapia .

Se le preguntó si siguió comunicada con su ‘media naranja’. Respondió que una sola vez, éste hombre le escribió una carta a su residencia de origen, dónde hace años atrás su familia se lo entregó. D dice que el hombre sigue casado felizmente y tiene hijos pero que ella sabe que en realidad, él la ama a ella. Cuando se le preguntó por qué piensa eso, dice que él menciona que su hija menor se llama D igual que ella.

El pensamiento distorsionado de tipo inferencia arbitraria se manifiesta cuándo D da por sentado que el hombre ‘nombro su hija D en honor al amor que le sigue teniendo’, cuándo no hay evidencia suficiente de éstos datos. Más aún, sigue manifestando su sensación de grandiosidad y autoestima inflada por explicar que el hombre sigue enamorado de ella aunque la evidencia es contraria a la conclusión (nuevamente una inferencia arbitraria). De hecho, formó su propia familia hace años en otro lugar geográfico sin haberse comunicado con D por muchos años. También se vuelve a repetir la incongruencia de salir con hombres que tienen dinero, trabajo y

estudio. Sin embargo, no parece molestarle su actual ‘novio’ que carece de trabajo y dinero. Otra vez manifestando típicos trastornos cognitivos de la enfermedad bipolar.

Se trabaja con los patrones de relación interpersonal. La persona que padece del trastorno bipolar tiende a buscar conflictos para alimentar su apetito insaciable por la estimulación. Se trabajó con D el darse cuenta de su tendencia por ‘desear’ el conflicto. Se expresó y repitió durante cada sesión psicoterapéutica la importancia por su seguridad y la prevención al cuidarse de si misma de otras personas que están enfermas o pueden guiarla en una dirección equivocada.

3.2.8. Pérdidas y mudanza

Continúa respondiendo a las preguntas de los terapeutas . D comenta que sus hermanos se hicieron responsables de ella, en especial el hermano mayor. ‘Desde entonces’ estuvo mucho tiempo depresiva. Dice haber entrado y salido del hospital varias veces. Por éstos tiempos, el hermano mayor de D venía planeando mudarse con su propia familia. En el ínterin, sucedió lo del accidente y como D “cayó en una gran depresión” y estuvo internada, cuando fue dada de alta, el hermano asumió responsabilidad por ella y la criatura que se estaba gestando. Los dos padres de D ya habían fallecido y los otros dos hermanos no tomaban parte en el cuidado de D y su hija. Decidió mudarla a D también a Bueno Aires para comenzar una nueva etapa de vida y bajo su cuidado y responsabilidad. D cuenta que era de esperarse porque ‘es lo que menos que pudo haber hecho’ por haberse ganado el mando como hijo varón mayor de entre los tres. D, muy angustiada por su voz muy alta y de forma burlona comenta, “La ventaja que tiene mi hermano son los terrenos que le pertenecen ya que se le ungió el mando familiar a él, pero también carga con las responsabilidades de la familia de origen incluyendo el cuidado de todos nosotros”. También éste hermano se hizo cargo de la crianza de M junto a su propia mujer e hijos. Siente que superó esto hace años gracias a su educación en psicología y mediante la lectura de la Biblia. D agradece estar viviendo en Argentina, aunque comentó que ella no está de acuerdo con muchos de los valores y tradiciones que practican los argentinos. Dijo sentirse muy angustiada y que extraña hasta la comida de su país, pero reconoce que está más a salvo en la Argentina.

El relato de la ayuda del hermano mayor de D para criar a su sobrina y hermana demuestra la falta de autosuficiencia y nivel extremo de enfermedad a partir de otro suceso traumático (la muerte del marido de D) y por ende, su incapacidad de cuidado personal. Es claro observar que a

raíz de los síntomas afectivos provocados por los sucesos estresantes de alto nivel, se ha provocado en D un malestar clínicamente significativo que incluyó un deterioro en lo laboral (no pudo seguir trabajando, un deterioro en lo social (no pudo seguir viviendo adecuadamente en la comunidad) y un deterioro general en casi todas las áreas importantes de la actividad de D (por tener que ser ingresada al hospital). D reconoce que padeció de depresión en éste periodo de su vida y recuerda múltiples internaciones por sus sufrimientos. Se puede especular que su primer episodio fue depresivo (separación de su ‘media naranja’ y se potenció con cada pérdida (muerte del marido) y situación traumática de alto estrés que le ocurrió de ahí en más (tener un matrimonio ‘arreglado’ por sus padres, casándose con el primo que quería pero no amaba, dar a luz a una hija siendo viuda, no poder cuidar de ella, etc.) Mientras comenta lo anterior, su tono firme y postura erguida parece de una mujer fuerte, demostrando una incongruencia con los sucesos que cuenta de su pasado. Marca un cambio a causa del estrés elevado a través del curso de su vida ahí en más. También puede notarse otro suceso traumático al tener que mudarse a un nuevo país sin estar totalmente consciente ni de acuerdo de lo que involucraba mudarse y vivir en un país nuevo (muy diferente en cuanto a la cultura, tradición, religión, idioma, valores, etc.).

Miklowitz (1997) dice haber observado frecuentemente que los pacientes bipolares y sus familiares cercanos no reconocen la asociación entre eventos de la vida dentro y fuera de la familia y el comienzo del episodio de la enfermedad. Los eventos de vida a menudo interactúan con vulnerabilidades biológicas al producir síntomas del trastorno bipolar. Por ende, uno de los objetivos centrales de la terapia es incrementar en el paciente el “darse cuenta” del significado de los eventos estresantes en sus vidas junto con la de su unidad familiar. Con esto, la autora de éste trabajo de integración opina que la psicoterapia es un lugar en dónde se puede reunir a la familia de D para que ella pueda ‘abrirse’. Es decir, describirle al hermano mayor, por ejemplo, cómo la ha afectado lo que él hizo por ella (negativamente y positivamente). Las personas no pueden diferir con los sentimientos propios del individuo. Es importante hablar con afirmaciones en la primera persona. Un ejemplo sería que D le diga a su hermano, “Yo me siento un fracaso como madre cuándo juzgas por ejemplo, que criaste a mi hija mejor que lo que la hubiese criado yo por mi ‘enfermedad de nervios’. Y así, sucesivamente con cada miembro y viceversa. Es importante que el psicoterapeuta guíe la sesión cuidando de sus movimientos no verbales como el tono de voz y la forma en que se dicen las cosas entre los miembros de familia.

3.2.9. Religión

D dice conocer su religión mejor que cualquier religioso. Sin embargo, con todo lo que le pasó y por la fuerte cultura cristiana en Argentina, prefiere practicar ambas religiones “ya que dios es dios y en realidad, todo es lo mismo”.

Nuevamente, aparece la típica creencia errónea denominado generalización en el cual encaja ‘todas las religiones’ en la misma bolsa. Además, demuestra cierta desesperación por querer participar y practicar cualquier religión. Esto es preocupante por la tendencia de la sintomatología bipolar de querer formar parte de ‘cualquier’ tipo de grupo que puede llegar a involucrarse con sectas o religiones peligrosas.

Se determinó que el equipo se alió a D con el objetivo de practicar casi cualquier tipo de meditación (relacionado a la religión). La meditación es otro procedimiento de relajación que utiliza la escuela cognitivo-conductual. Incluye la utilización de los 5 sentidos sobre un tema de disfrute o de sentimiento positivo (en éste caso la religión). La función que cumple la meditación es focalizar la cabeza en un tema positivo particular y de ésta forma, remueve pensamientos de preocupación, demandas o juicios que van en detrimento del individuo.

Los resultados de ésta tarea fueron satisfactorios, ya que la paciente expresó mejora cuándo se ‘hacia la cabeza con cosas feas’. Los profesionales encontraron que D progresó con respecto a su esfuerzo por buscar relajar su ansiedad mediante el contacto de organizaciones religiosas, como grupos de rezo y misa aproximadamente cada día por medio. Esto incrementaría su red de apoyo y pondría en práctica pensar en positivo.

3.3. El final de la psicoterapia

En la siguiente entrevista psicoterapéutica, la paciente llegó a la sesión completamente desmotivada y enojada. Se le había administrado otra prueba psicológica, para sumar a la batería de tests que usualmente se realiza. En la segunda parte de la sesión, D admitió sentirse ofuscada, mientras se levantó y amenazó con abandonar la terapia “hoy mismo”.

D demostró incomodidad con el terapeuta mediante la lectura no verbal. Ella decía estar “de acuerdo” y “a gusto con los objetivos de la terapia”. Sin embargo, era bastante claro que no lo estaba en varias oportunidades por los movimientos de su cuerpo y el tono de su voz.

Habían momentos durante la sesión cuándo se le preguntaba si estaba de acuerdo con trabajar con el terapeuta de determinada manera (por ejemplo con la cámara Gessel) y ella decía que sí mientras se reacomodaba en la silla utilizando todo su tronco incluyendo sus piernas y contraía sus labios y cachetes. A veces tosía al responder a preguntas que, en realidad no compartía. Luego, se confirmó ésta observación por decir exactamente lo contrario de lo que había dicho en principios. También el volumen de su voz aumentaba significativamente al decir ‘sí’ y su tono de voz escondía una incongruencia al repetir o al estirar la palabra respondida.

No fue hasta la última sesión que D se ‘descargó’ con el terapeuta diciéndole verbalmente y no verbalmente lo que sentía y pensaba de la terapia y las razones por las cuales no iba a volver. D estaba parada con la mitad superior de su cuerpo inclinado hacía el terapeuta. A veces lo señalaba utilizando su dedo índice como acusándolo de alguna injusticia o falta de profesionalismo. Su tono era firme, fuerte y alto en volumen pero sin gritar. En varios momentos dijo malas palabras lo cual no era de sorprender ya que en otras sesiones, también utilizaba malas palabras, pero fue más notorio en ésta última sesión.

Informó que las terapias ‘siempre eran iguales’. Es decir, siempre “empezaban bien”, entregándose por completo y luego los terapeutas la ‘traicionaban y le herían sus sentimientos’. También enfatizó que los terapeutas no la escuchaban y no la entendían. Concluyó que iba a tener que pasar por éste mundo ‘así’ y que esperaba que en algún momento alguien la ‘salvaría’ de sus sufrimientos. Expresó que esperaba ‘más’ de la terapia pero que siempre terminaba contándole a extraños (los terapeutas) sus intimidades y luego la obligaban a cambiar, a ser “otra” y que ella “era quien era con sus defectos y virtudes”.

Luego se ‘disculpó’ si ofendió a alguien pero que ellos también le debían una disculpa porque la ofendieron a ella. Hubo un silencio de ambas partes. D miró al terapeuta quien parecía esperar, neutralmente, alguna otra reacción de ella.

Finalmente, informó que no pensaba volver. Se dio vuelta, abrió la puerta y se marchó antes del término de la sesión. Esta fue la última sesión de D ya que nunca más se escuchó de ella mientras la autora de éste trabajo continuó realizando su residencia en la institución. El caso fue cerrado.

Creo que sería del interés de D haber hecho un rol play inversa en ésta situación de tanta angustia y enojo por dos razones fundamentales. La primera razón es de demostrarle a ella cómo actúa delante de los demás (como espejo de su actitud y conducta) en un timing justo y medido. La segunda razón es para premiarla por querer manifestar sus sentimientos a las personas correctas dándole sostén y ayudándola a corregir la forma en que demuestra sus emociones pero, en fin, confrontando lo que siente.

La técnica cognitiva-conductual sugiere hacer ejercicios para identificar distorsiones y deshabilitarlos. En éste caso, en vez de dar por vencida la terapia de D por su deseo incongruente de abandonar (ya que vino a su sesión y luego ‘esperó’ una reacción del terapeuta), la autora de éste trabajo tomaría ésta situación real y en vivo, aprovechando para practicar el ejercicio principal de la terapia cognitivo-conductual. Por ejemplo, se debería haber tomado la confrontación de D sobre el tema de la psicoterapia y cómo la ‘defraudó’. Próximo, se anota cualquier pensamiento que piensa y cree D (sobre las cosas molestas que declaró sobre los profesionales, etc.). Para cada pensamiento negativo, anotar cualquier reto que refuta esa creencia; por ejemplo: ‘aunque la confrontación en el pasado no resolvió nada, no quiere decir que tenga que pasar lo mismo ésta vez’. Esto hace que abra un nuevo esquema o perspectiva para D y los demás oyentes invitándolos a participar de otras ideas de la misma naturaleza. Por ejemplo, otro puede aportar que al confrontar en el pasado, sí pudo resolver temas. Luego se anotan posibles beneficios que pueden resultar como por ejemplo, que se puede aumentar la confianza y fortalecer la relación por resolver un desacuerdo o diferencia. También se debería haberle premiado a D por ‘defenderse’ a si misma ante una posible injusticia respetando que ella lo sintió así. De éste modo, no se le descalifica lo que siente que puede ser real y auténtico mientras se le guía a continuar con ayuda profesional ya que probablemente estaba iniciando un episodio maníaco. El próximo paso involucra ensayar y repasar distintos escenarios de cómo cada conducta resultará (rol playing). Inventar un escenario que es cómodo para D, poniendo en practica las técnicas de relajación para calmar la ansiedad antes de actuar la verdadera conducta

(irse de la terapia bajo condiciones negativas logrando una vez más el abandono a causa de una reacción impulsiva). Por último, si el equipo terapéutico había logrado un entendimiento de D y su enfermedad, hubiese sido necesario planear el próximo paso a seguir cuándo circunstancias (como la que ocurrió) aparecieran. Por ejemplo, se podría haberse dejado de discutir esa noche y continuar el día próximo o se hubiesen tomado unos minutos de descanso antes de continuar la sesión, nombrando qué tipo de técnica sería la más útil para reducir su ansiedad. Así, cuándo llegaba el día o el momento, se actuaría tal como se había planeado fortaleciendo la confianza y la responsabilidad. Recordar que no siempre fluye el plan de acuerdo a la expectativa de cada parte, pero es el comienzo de una práctica que sería beneficioso y exitoso después de repetidas veces.

4. CONCLUSION

El trastorno bipolar I es una condición médica seria que causa cambios incontrolados de ánimo y energía. Estos cambios de estado de ánimo (o episodios) causan que la persona sienta un ‘bienestar e irritabilidad (manía) extrema y elevado; y en otros momentos, letargo y tristeza extrema (depresión). Las emociones y sensaciones de la persona que padece del trastorno bipolar se manifiestan en conductas correspondientes a extrema éstos sentimientos, los cuales generan mucha preocupación y dolor para los que rodean al individuo como también peligro y descontrol para el individuo mismo. Los síntomas de la persona que padece del trastorno bipolar son de índole psicológica ya que se manifiestan distorsiones del pensamiento, (por ejemplo, la concentración y atención), de la conducta (lo que dice y hace la persona) y del sentimiento (las emociones y sensaciones) particular a cada persona y momento del episodio.

Muchas personas con trastorno bipolar I experimentan una o más recurrencias de episodios de manía y/o depresión que pueden durar semanas o meses por vez. Como también, puede que no aparezca ningún otro episodio durante el transcurso de la vida de la persona. Muchas personas con trastorno bipolar nunca desarrollan todos los síntomas posibles de la enfermedad. Es la presencia o ausencia de ciertos síntomas como también el patrón de síntomas del estado de ánimo que permite determinar un diagnóstico particular de un tipo de trastorno bipolar.

Es de suma importancia, descartar cualquier otra causa médica fisiológica como por ejemplo un tumor o una enfermedad de tiroides entre una variedad amplia de otras enfermedades que pueda

estar causando los mismos síntomas que se asemejan a los del trastorno bipolar. También se debe descartar que las causas de la enfermedad no sean por efectos fisiológicos de una sustancia como por ejemplo el uso de drogas o algún medicamento.

La causa de ésta enfermedad no se sabe con certeza aunque muchos expertos coinciden en que el trastorno bipolar es causado por varios factores que incluyen la genética y herencia, la biología (incluida la composición cerebral), el ambiente y lo social, el tipo de personalidad y la estructura psicológica del individuo, la red de apoyo y el grado de estrés, y los traumas ocurridos entre otras cosas, también determinará el nivel de riesgo, frecuencia y severidad de la enfermedad bipolar. Por ende, el trastorno bipolar es causado por muchos factores que interactúan entre sí. No hay una persona, evento o experiencia que produzca o genere éste trastorno.

Un episodio de trastorno bipolar es un evento de vida muy estresante tanto para el paciente como para su familia, un evento que rompe el equilibrio familiar. Este evento debe ser entendido, comprendido y aceptado, pero también requiere del desarrollo de nuevas estrategias de capeo para lidiar con las consecuencias generalmente desastrosas y su posible recurrencia en el futuro. La ventaja es que los pacientes que son tratados efectivamente por el trastorno bipolar pueden reconectarse con sus familiares, amigos y objetivos de vida. Los pacientes bipolares generalmente requieren de un compromiso psiquiátrico y psicoterapéutico de por vida para el mantenimiento de su salud mental. Es conveniente para el paciente de informar a sus profesionales de cualquier efecto secundario; sensaciones, etc., que nota para que el profesional correspondiente mejore el plan de tratamiento. La habilidad de reconocer los síntomas en etapas tempranas de un episodio es un paso importante para ayudar a ajustar y mejorar el plan de tratamiento.

Como han mencionado varios autores como Miklowitz (1997), el trastorno bipolar es una enfermedad con reincidencias y remisiones. Aún los pacientes recibiendo medicación óptima, tienen posibilidad de pasar por reincidencias múltiples como también tienen dificultades en mantener posiciones laborales, relaciones sociales, y llevarse bien con otros personajes significativos. Las experiencias emocionales y conductuales de una persona con trastorno bipolar afectan a todos (cónyuges, padres, hijos, hermanos). De hecho, las internaciones son cada vez más cortas en duración. Así, los pacientes son dados de alta en estados clínicos inestables y la

carga a la familia ha sido bastante considerable. En éste momento de caos, la familia necesita apoyo, educación, y consejos para superar los altos y bajos de la condición de su pariente.

Es importante recordar, como bien declara Mondimore (1999) que la terapia cognitiva sostiene grandes promesas para pacientes con trastorno bipolar. Se reinterpretan los eventos que le han ocurrido al paciente de forma más aceptable. Se comprende mejor el trastorno cuándo se entienden los desequilibrios biológicos que crean los distintos estados de ánimo y cómo ciertas circunstancias estresantes de la vida, encienden éstos desequilibrios. Al familiarizarse e informarse de las causas del trastorno bipolar, se sugiere que se solicite y encamine los tratamientos necesarios y adecuados para asegurar una vida más óptima para la persona que padece de la enfermedad bipolar.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Connecticut: Penguin Books.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Castle, L. (2003). *Bipolar Disorder Demystified*. New York: Marlowe & Company
- Fuller Torrey, E. (2002) *Surviving Manic Depression*. New York: A Member of the Perseus Books Group
- Lyddon, W. – Jones, J. (2002). *Terapias Cognitivas con Fundamento Empírico*. New York: Editorial El Manual Moderno.
- Miklowitz, D. – Goldstein, M. (1997). *Bipolar Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Miklowitz, D. (2002). *The Bipolar Disorder Survival Guide*. New York: The Gilford Press.
- Mondimore, F.M. (1999). *Bipolar Disorder*. Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Pichot P. (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Pp.323-399). España: Masson S.A.