



UNIVERSIDAD DE PALERMO

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

Análisis de caso:

Tratamiento psicológico y psiquiátrico en un paciente con Trastorno Bipolar

Autor: Mariana Aldao.

Profesor tutor: Eduardo Leiderman

INDICE

1. Introducción:	3
1.1. Objetivo General:	4
1.2. Objetivos Específicos:	4
2. Desarrollo	5
2.1. Trastornos del estado del ánimo	5
2.3. Clasificación y cuadro clínico del Trastorno bipolar	6
2.4. Criterios DSMIV para trastorno bipolar	10
2.6. Curso y Desarrollo del Trastorno Bipolar	15
2.7. Diagnóstico diferencial:	17
2.8. Tratamientos farmacológicos	18
2.9. Tratamientos psicológicos no farmacológicos: Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos bipolares	19
2.10. El trastorno bipolar y la familia	23
2.11. Comorbilidad entre trastorno bipolar, abuso de sustancias y alcoholismo	24
2.12. Psicoeducación y Trastorno bipolar:	25
3. Metodología	26
3.1. Tipo de Estudio:	26
3.2. Participante:	26
3.3. Instrumento:	26
3.4. Procedimiento:	26
4. Resultados	27
4.2. Tratamiento farmacológico y psiquiátrico para el paciente	30
5. Conclusión	36
6. Referencias Bibliográficas	45

1. Introducción:

El siguiente trabajo se desarrolla con el objetivo de describir el tratamiento psicológico y psiquiátrico de un paciente con trastorno bipolar con predominio de síntomas maníacos y dificultad para controlar impulsos.

Para poder llevar a cabo dicha tarea, se realizará una integración teórico práctica en un centro de asistencia y rehabilitación en salud mental, durante 320 horas. Los pacientes que se encuentran en tratamiento en éste lugar ingresan por voluntad propia o de sus familiares, o bien derivados por otras entidades o especialistas de la salud.

Ésta institución de carácter privado y sin fines de lucro, cuenta con múltiples actividades. Principalmente, el dispositivo de hospital de día funciona como un puente entre una internación psiquiátrica completa y un tratamiento ambulatorio, brindando un medio contingente para los pacientes y utilizando diversas tareas para recrearse y aprender a manejar situaciones de la vida diaria que se reproducen dentro del dispositivo terapéutico.

Algunas de las actividades con las que se cuenta son: desayunos terapéuticos (donde se tratan diversos temas como política, nutrición, sexualidad, planes para el fin de semana, etc.), terapias corporales (musicoterapia, gimnasia, huerta y arte), grupo terapéutico y terapia ocupacional.

El objetivo del programa de hospital de día es poder integrar distintos abordajes psicoterapéuticos desde una orientación cognitiva, conductual y psicofarmacológica en los casos que lo ameriten.

La meta de esta labor interdisciplinaria es rehabilitar a quien padece un trastorno psiquiátrico severo dentro de sus redes sociales y no sólo la disminución de los síntomas. Se crea un ambiente de colaboración y solidaridad entre pacientes y profesionales.

Médicos psiquiatras, psicólogos y otros especialistas mantienen reuniones semanales y una fluida comunicación acerca de las actividades y estrategias terapéuticas llevadas a cabo junto a cada individuo, permitiendo así una integración que enriquece las posibilidades de intervención.

Por consiguiente, se utilizarán todas las herramientas disponibles para alcanzar el objetivo planteado en el inicio, y poder así describir el tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico del paciente bipolar.

1.1. Objetivo General:

Describir el tratamiento psicológico y psiquiátrico de un paciente de 53 años de edad, que padece de un trastorno bipolar.

1.2. Objetivos Específicos:

1. Describir las características específicas del trastorno bipolar en el paciente.
2. Describir y analizar el plan de tratamiento psicológico de dicho paciente llevado a cabo en el dispositivo de Hospital de Día y consultorios externos.
3. Describir y analizar el plan de tratamiento psiquiátrico llevado a cabo por los profesionales del Hospital de Día y consultorios externos de la misma institución.

2. Desarrollo.

2.1. Trastornos del estado del ánimo.

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (1987) los trastornos del estado de ánimo, llamados también trastornos afectivos, engloban aquellos estados en los que la persona se siente triste o deprimida. Son más intensos e incontrolables que los sentimientos de tristeza normales, por lo que la atención profesional es fundamental y determinante en estos casos.

Según Vázquez y Sanz (1983), la clasificación y descripción de los trastornos afectivos ha evolucionado extraordinariamente en los últimos veinte años en busca de una mayor precisión terminológica y una mejor agrupación de los diferentes síndromes observables en la clínica.

La distinción fundamental diagnóstica consiste, primero en determinar si un cuadro afectivo tiene origen orgánico o no. Descartada una causa orgánica concreta, se debe tomar una importante decisión: comprobar si se trata de un cuadro depresivo o bien de un cuadro bipolar. Esta distinción entre trastornos depresivos y trastornos bipolares surge desde los años cincuenta y desde entonces numerosos estudios han validado suficientemente esta distinción (Beck, 1976).

2.2. Clasificación de los trastornos anímicos.

El sistema de clasificación más depurado y claro es el creado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) desde la publicación del DSM III. Frente a sistemas como la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta la ventaja de ser más preciso en sus criterios operativos, y con menos recovecos innecesarios que sin duda obedecen a compromisos extracientíficos (APA, 1994).

La clave para comprender el sistema diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo es el concepto de episodio. El episodio constituye la piedra angular sobre la que se edifica todo el árbol nosológico de los trastornos afectivos (Akiskal, 1983).

El DSM-IV distingue tres tipos de episodios: depresivo mayor, maníaco e hipomaníaco. La combinación de uno u otro modo de estos episodios, o cumplir plenamente o no los criterios diagnósticos de los mismos, es lo que va a configurar

la definición de los diversos tipos de trastornos específicos del estado del ánimo (APA, 1994)

La distinción primera y fundamental entre Trastornos Depresivos y Trastornos Bipolares obedece exclusivamente a la presencia o no de episodios maníacos: los trastornos depresivos son aquellos trastornos en los que nunca ha habido episodios maníacos o hipomaníacos en la vida del sujeto, mientras que los trastornos bipolares son aquellos trastornos anímicos en los que el sujeto ha manifestado alguna vez episodios maníacos o hipomaníacos (Andreasen, 1985).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2005) la organización de las principales categorías diagnósticas de los Trastornos del Estado del Ánimo es la siguiente:

a) Trastornos Depresivos:

- Trastorno Depresivo Mayor (episodio único).
- Trastorno Depresivo Mayor (episodio recurrente).
- Trastorno Distímico.
- Trastorno Depresivo no especificado en otro lugar (NE).

b) Trastornos Bipolares:

- Trastorno Bipolar I.
- Trastorno Bipolar II.
- Trastorno ciclotímico.
- Trastorno Bipolar no especificado.

2.3. Clasificación y cuadro clínico del Trastorno bipolar.

El trastorno bipolar es un trastorno mental grave, recurrente e incapacitante. Se caracteriza por episodios de depresión y manía durante los cuales ocurren cambios extremos en el estado de ánimo, las cogniciones y las conductas (APA 1994).

Los afectados son hombres y mujeres cuyos mecanismos que regulan el estado de ánimo no funcionan de forma correcta, viéndose abocados a oscilaciones exageradas, en forma de exaltación e hiperactividad o desolación y abatimiento, sin que exista ninguna correspondencia evidente con los acontecimientos externos (Vieta, Gastó, Otero, Nieto, Menchón, & Vallejo, 1994).

Según López (2006) es inherente al hombre soportar altibajos en el estado de ánimo que lo llevan de la felicidad a la tristeza (pasando por la ira, el enfado o el optimismo), en tanto que las emociones son una parte esencial de la vida diaria. Pero quienes padecen el trastorno bipolar sufren una condición médica por la que se ven sometidos a cambios bruscos y desproporcionados en el humor, sin que ello esté directamente relacionado con los acontecimientos de la vida. Afectando así a sus sentimientos, pensamientos, afectos, comportamiento y salud física.

Específicamente el trastorno bipolar está caracterizado por la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo se ven profundamente alterados: unas veces hacia “arriba” y otras hacia “abajo”. Su causa es indiscutiblemente endógena (Angst, 1981).

Lo más característico es que se pueden observar dos alteraciones bien diferenciadas. En primer lugar, una exaltación del estado de ánimo (que puede durar semanas o meses), acompañada de una gran vitalidad, exceso de confianza, irritabilidad, hiperactividad, locuacidad y, en algunos casos, ideas delirantes: se llama fase eufórica o episodio maníaco. Superada la fase maníaca, al enfermo le invade una terrible apatía, ausencia de interés por todo, ansiedad, cansancio, poca fuerza de voluntad, tristeza, falta de apetito, melancolía y sensación de fracaso. Es lo que se conoce como fase depresiva, y es muy distinta en cuanto a síntomas e intensidad, de las depresiones exógenas que pueda padecer cualquier individuo bipolar (Clayton, 1986).

De acuerdo con Perris (1985), las personas que padecen de trastorno bipolar no siempre son víctimas de los dos ciclos de la enfermedad completa. Hay quienes sólo sufren depresiones o sólo manías. Por eso es que los psiquiatras distinguen entre trastorno bipolar y unipolar.

Para comprender las fluctuaciones que se dan como parte del trastorno bipolar, es necesario describir, aunque de manera breve, las fases por las que atraviesa el paciente:

a) Manía: Este período se conoce como episodio maníaco o eufórico. Los episodios maníacos en los que se produce un cambio afectivo radical, o una

alteración del humor, son el sello característico del TAB (trastorno afectivo bipolar). Básicamente la manía consiste en un cambio del comportamiento producido por una exaltación de las funciones mentales y, por tanto, las emociones se hacen más intensas, se acelera el pensamiento, se tiene menos sueño, aumentan las necesidades sexuales del individuo así como sus necesidades de interrelación (López, 2006).

Roth y Mountjoy (1985) consideran que no es difícil comprobar cómo, en manía, los rasgos característicos del individuo se acentúan y describen los rasgos distintivos del episodio maníaco:

- Se sobrevaloran las capacidades propias, por lo que pueden verse envueltos en decisiones arriesgadas. Al igual que los niños, no ven el peligro, porque no sienten miedo y confían demasiado en sus facultades.
- La exaltación de las emociones puede llevar al paciente bipolar a la convicción de estar viviendo un apasionado enamoramiento con alguien perfectamente desconocido o que jamás elegiría en circunstancias normales. Un alto porcentaje de enfermos en proceso maníaco inicia relaciones sentimentales súbitas, que terminan cuando aparecen los primeros síntomas depresivos.
- La promiscuidad sexual en la fase eufórica es otra característica común en el trastorno: un número elevado de bipolares es infiel a su pareja habitual, sin prestar atención a las consecuencias emocionales. No son culpables de nada, ya que, con frecuencia, no ven mal alguno en ello, ni se paran a pensar en el daño que pueden hacer a sus parejas o a si mismos.
- Iniciar multitud de empresas, las más de las veces inviables, que abandonarán al poco tiempo. Con frecuencia suelen renunciar a su trabajo o establecer asociaciones tan improductivas como poco rentables.
- Su orden de prioridades se hace absolutamente cambiante: pueden demostrar un inusitado interés por una cosa en concreto para, a los pocos minutos, olvidarlo y mudarlo por otro completamente distinto.
- La actividad constante es otra tónica debido a la aceleración psicomotora.
- La continua planificación de citas y encuentros. El paciente maníaco puede quedar con cinco personas a la vez, en otros tantos sitios distintos, porque cree estar capacitado para llegar a todo, como si poseyese el don de la ubicuidad.

- Las ideas van a una velocidad desmedida, por eso el paciente siente más fluidez en el pensamiento, lo que no significa que tenga unas ideas de mejor calidad. Más pensamientos, si, pero no más atinados. Aunque, debido a la alta autoestima que siente en ese momento, el enfermo puede llegar a creerse un ser brillante. Ha disminuido en él la autocrítica y no tiene empaches en exponer sus ideas públicamente a todo aquel que quiera escucharlo.

- La compra compulsiva de artículos superfluos, que arrinconan a los pocos minutos, sin reparar en gastos.

- Cambios radicales en la casa.

b) Hipomanía: Según Goldberg y Harrow (2001), la hipomanía se define como: un grado menor de la manía en el que las alteraciones del humor y del comportamiento son demasiado persistentes y marcadas como para ser incluidas en el apartado de la ciclotimia, pero a su vez, no se acompañan de alucinaciones o ideas delirantes. Se produce una exaltación leve y persistente del ánimo (que suele durar entre uno y tres días seguidos), un aumento de la vitalidad y de la actividad y, por lo general, sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental.

Se podría decir que la hipomanía es una manía suave o moderada. Un estado tremendamente agradable que provoca en el paciente un considerable aumento de su percepción y sus sensaciones. Es la presentación de la manía en su forma más moderada, con síntomas similares pero menos severos. No se requiere hospitalización, ni se incluye la posibilidad de episodios psicóticos (López, 2006).

c) Fase mixta: En la actualidad se conoce como manía disfórica o fase mixta, y en ella se superponen manifestaciones eufóricas y depresivas. No se trata de un estado intermedio entre la manía y la depresión, ni de una forma extrema de manía intensa o depresión agitada. Hablamos de una superposición de un estado depresivo y un estado maníaco con los síntomas entremezclados (Andreasen, 1985).

2.4. Criterios DSMIV para trastorno bipolar.

a) Trastorno Bipolar I:

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR, 2005), la característica esencial del trastorno bipolar I es 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 de trastorno del estado del ánimo inducidos por sustancias, otros tratamientos somáticos de la depresión, una droga o la exposición a un tóxico, o los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica no se tienen en cuenta para establecer el diagnóstico 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 o el trastorno sea recidivante. La recidiva viene indicada por un cambio en la polaridad del episodio o por un intervalo entre los episodios de al menos dos meses sin síntomas maníacos. Un cambio en la polaridad se define como un curso clínico en el que un episodio depresivo mayor evoluciona hasta un episodio maníaco o un episodio mixto, o un episodio maníaco que evolucione hasta un episodio mixto (o viceversa), se considera que sólo es un episodio único (DSM-IV-TR, 2005).

b) Trastorno Bipolar II:

La característica esencial del trastorno bipolar II es un curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores (Criterio A) acompañados por al menos un episodio hipomaníaco (Criterio B). Los episodios hipomaníacos no se tienen que confundir con los días de eutimia que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor. La presencia de un episodio maníaco o mixto impide que se realice el diagnóstico de trastorno bipolar II. Los

episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias o los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica no se consideran válidos para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar II (Criterio C). Además los episodios no deben explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no han de estar superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio D). Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). En algunos casos los episodios hipomaníacos no causan deterioro por sí mismos. En su lugar, el deterioro puede ser consecuencia de los episodios depresivos mayores o de un patrón crónico de episodios afectivos impredecibles y de una actividad interpersonal o laboral con fluctuaciones (DSM-IV-TR 2005).

Los sujetos con un trastorno bipolar II pueden que no consideren patológicos los episodios hipomaníacos, a pesar de que los demás se vean afectados por su comportamiento cambiante (DSM-IV-TR, 2005).

c) Trastorno bipolar no especificado: según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 2005) incluye los trastornos con características bipolares que no cumplen con los criterios para ningún trastorno bipolar específico. Los ejemplos incluyen:

- Alternancia muy rápida (en días) entre síntomas maníacos y síntomas depresivos que cumplen los criterios de sintomatología, pero no el criterio de duración mínima para un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor.
- Episodios hipomaníacos recidivantes sin síntomas depresivos intercurrentes.
- Un episodio maníaco o mixto superpuesto a un trastorno delirante, una esquizofrenia residual o un trastorno psicótico no especificado.
- Episodios hipomaníacos, junto a síntomas depresivos crónicos, cuya frecuencia no es suficiente para efectuar un diagnóstico de trastorno ciclotímico.

- Situaciones en las que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno bipolar, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por una sustancia.

2.5. Etiología del Trastorno Bipolar.

Ninguna causa única puede explicar el trastorno del estado del ánimo más frecuente después de la depresión mayor y la distimia. Existe una combinación de factores biológicos, genéticos y ambientales que parecen desencadenar y perpetuar esta compleja enfermedad de las emociones (Wormer, 2004).

Se postula como algo ineludible la carga hereditaria que conlleva, puesto que más de las dos terceras partes de las personas que padecen el desorden bipolar tienen al menos un familiar relativamente cercano con dicho trastorno o con depresión mayor; esto sugiere que la predisposición a esta enfermedad está relacionada con un número de genes, que desgraciadamente, al día de hoy, no se ha identificado la localización concreta. Con el trastorno bipolar sucede lo que con muchas otras enfermedades (diabetes o cáncer de piel): existe un riesgo hereditario que se precipita por la influencia de factores externos concretos. En cualquier caso, los factores genéticos son susceptibles de transmitir un riesgo a las generaciones futuras, pero no la enfermedad en sí misma. Incluso el desorden puede saltar una o varias generaciones y volver a manifestarse en nietos o bisnietos de los afectados (Lakshmi & Maj, 2010).

Angst (1982) afirma que hay excepciones minoritarias en que la enfermedad se debe a factores meramente externos y de tipo orgánico, como: lesiones o tumores cerebrales localizados en zonas cercanas al sistema límbico, o enfermedades hormonales. En ambos casos pueden llevar a manifestaciones parecidísimas a la propia enfermedad.

En su libro "Trastorno Afectivo Bipolar: enfermedad de las emociones", López (2006), clasifica las posibles causas del trastorno bipolar en seis categorías:

a) Causas genéticas:

En la actualidad no cabe la menor duda de que la causa primaria de este trastorno tiene un fundamento hereditario, aunque no es menos cierto que las razones biológicas no son el único origen. Los factores genéticos juegan un papel decisivo del 60 por 100 de los casos del trastorno bipolar, pero la enfermedad no es fruto de un solo gen responsable.

Los expertos están buscando los genes que aumentan la susceptibilidad de padecer bipolaridad y muy especialmente aquellos que regulan los neurotransmisores. Lo que sí parece cierto es que, cuando se heredan, la enfermedad puede tender a agravarse en las generaciones sucesivas.

b) Causas anatómicas:

Las técnicas de diagnóstico por imagen han desvelado diferencias en el cerebro de los bipolares. Según estudios realizados, la región del córtex prefrontal ventral de los pacientes con manía depresiva es menor y menos activa que la de los individuos que no padecen este trastorno. También se ha observado una disminución del volumen de la amígdala izquierda y un alargamiento del tercer ventrículo.

c) Causas bioquímicas y neurotransmisores:

En los pacientes con trastornos afectivos se han encontrados alteraciones de los niveles normales de los neurotransmisores. Por ejemplo, entre los deprimidos se ha apreciado una reducción en la concentración de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina. Entre los maníacos se encuentra un exceso de dopamina y noradrenalina.

Se podría decir que los trastornos bipolares se deben a un desequilibrio adrenérgico-colinérgico con disfunción del hemisferio no dominante y elevación de los niveles de noradrenalina a nivel sináptico.

También la disminución intraneuronal de sodio se reivindica como otro de los mecanismos implicados en la aparición de los episodios maníacos, ya que conduce a un estado inestable de hiperexcitabilidad neurofisiológica.

d) Causas endocrinas:

Los trastornos afectivos parecen estar estrechamente relacionados con alteraciones hormonales (muy especialmente con el cortisol), fundamentalmente

con las hormonas tiroideas y la hormona de crecimiento. Es posible que haya una conexión entre las alteraciones de los neurotransmisores y las de las hormonas.

También se han encontrado en estos pacientes alteraciones en el eje hipotálamo-hipófiso- tiroideo. Varios han encontrado una alta prevalencia del hipotiroidismo en pacientes bipolares con ciclación rápida entre el 60 por 100 y el 90 por 100.

e) Antecedentes familiares:

Si uno de los progenitores tiene la enfermedad bipolar, existen un 27 por 100 de posibilidades que alguno de sus hijos la padezca. Esta posibilidad se eleva entre el 50-70 por 100 si ambos progenitores están afectados por el trastorno. Además, hay un riesgo entre el 20 y el 40 por 100 de presentar otros trastornos del afecto.

De igual forma, el riesgo de padecer la enfermedad entre hermanos de enfermos es del 19 por 100. Mientras que el peligro de padecerlo en gemelos idénticos es aproximadamente del 70 por 100.

f) Causas ambientales:

Si ya se ha reseñado que las causas orgánicas son las responsables de la enfermedad en sí, no es menos cierto que los factores medioambientales actúan como detonante. Los hay de varios tipos, y además se encuentran profundamente interrelacionados:

- Estacionales: estudios recientes revelan que hay épocas del año en que los bipolares tienen más probabilidades de recaer. Teniendo en cuenta variables como la latitud, las horas de exposición solar y el incremento de ionización en el aire, se han observado dos tipos de ciclos: depresión otoño-invierno (con o sin manía en primavera- verano) y depresión en primavera-verano (con o sin manía en otoño-invierno).

- Biológicas: como se ha dicho, producidos por algún tipo de lesión orgánica.
- Psicológicas: es posible que se produzca la detonación de un cuadro maníaco o depresivo ante una situación externa que provoque un “revuelo emocional” y que no tiene por qué tener cariz negativo.

- Sociales: un traslado de ciudad o país...o un cambio de cultura. Igualmente, se piensa que situaciones como la falta de un soporte sociofamiliar adecuado y estable o la pobreza pudieran predisponer a la depresión, pero en cambio, el

desarrollo de episodios maníacos se presenta con más frecuencia en sujetos de nivel sociocultural elevado.

2.6. Curso y Desarrollo del Trastorno Bipolar.

Los pacientes bipolares presentan más episodios afectivos a lo largo de la vida que los pacientes unipolares, y ello no es simplemente debido al hecho de que la edad media de comienzo de los unipolares sea más tardía, sino a una característica intrínseca de los trastornos bipolares (Perris, 1985).

Los episodios de manía comienzan, por lo general, de forma brusca y se prolongan durante un periodo de tiempo que oscila entre dos semanas y cuatro o cinco meses (Andreasen, 1985).

Según Vázquez y Sanz (1983), por lo general, aunque no siempre, ambos episodios sobrevienen a raíz de acontecimientos estresantes, traumas psicológicos o situaciones sorprendentes en la vida del enfermo. Aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico, los especialistas los denominan elementos detonantes y no tienen por qué comportar circunstancias negativas. A cada persona le estresa o emociona un hecho o situación particular: en los bipolares puede ser igualmente desencadenante la pérdida de un trabajo que una ruptura sentimental, como el nacimiento de un hijo.

Aunque los trastornos bipolares son más recurrentes que los unipolares, los episodios tienen una duración media menos (unos cuatro meses cada uno). Es interesante resaltar que la duración del episodio maníaco o depresivo no depende de la gravedad de los síntomas presentes en dicho episodio (Coryell & Winokur, 1985).

El riesgo vital es como mínimo de un 1 por 100 en la población general, aunque hay bastante disparidad en los estudios realizados hasta la fecha. Como ya hemos indicado, este riesgo se incrementa mucho si existe un familiar de primer grado que manifieste o haya manifestado este trastorno (Mebdkewicz, 1985).

Los trastornos bipolares tienen claramente un curso más recurrente que los trastornos depresivos, de modo que por término medio lo habitual es que un

paciente bipolar sufra 8 o 9 episodios de manía o depresión a lo largo de su vida. Según Keller y Wunder (1992), las recaídas afectan prácticamente a todos los pacientes y los índices de cronicidad aun no siendo dramáticos, son muy altos (en torno a un 25 por 100 de los casos diagnosticados). Si no se administra medicación adecuada, la mayoría de estos pacientes casi nunca están absolutamente libres de síntomas entre episodios. Suelen mostrar síntomas residuales depresivos o hipomaníacos.

En cuanto a la velocidad de recuperación a corto plazo, es más rápida cuando el episodio por el que buscan ayuda es maníaco; en estos casos, la mediana de la recuperación se sitúa en cinco semanas. Cuando el episodio es depresivo la mediana es de nueve semanas y, por último, cuando es mixto es de 14 semanas. Estos datos contribuyen, por cierto, a la validación de los subtipos de trastorno bipolar del DSM III-TR Y DSM IV (APA, 1994).

Los datos existentes sobre la recurrencia de trastornos son controvertidos dadas las diferencias en la definición de la recaída entre diversos estudios. Las tasas medias de recaída están posiblemente entre un 60 y 90 por 100, si bien se necesitan más estudios longitudinales para determinar de un modo preciso estos valores (Keller & Wunder, 1992).

Por otro lado, parece un hecho contrastado que el riesgo de recaídas aumenta con la edad del paciente, probablemente debido a que con la edad los intervalos asintomáticos entre episodios son cada vez más cortos (Weissman, 1991).

Además, al igual que afirmábamos al referirnos a los trastornos depresivos, otro factor contrastado de riesgo es el propio curso del trastorno: cuanto más larga la historia previa de episodios y mayor el número de episodios previos, hay más riesgo de recaída. Finalmente, también como sucede con los trastornos depresivos, el riesgo mayor de recaída se produce poco después de salir de un episodio (Keller & Wunder, 1992).

Según Coryell y Winokur (1985) la cronicidad del trastorno bipolar es bastante alta: entre un 15 y un 53 por 100. El curso, al igual que la rapidez de recuperación, también depende del tipo de trastorno bipolar. Los episodios mixtos (en los que hay una mezcla de síntomas depresivos y maníacos) son los de recuperación más

lenta. En efecto, al cabo de un año de ser tratados no hay mejorías significativas en un 32 por 100 de los mixtos, en un 22 por 100 de los deprimidos y en un 7 por 100 de los maníacos (Keller & Wunder, 1992).

El inicio de los trastornos bipolares puede darse a cualquier edad, pero lo más frecuente es que sea entre los 20 y 25 años de edad. En niños o adolescentes en menos claro cuando es el comienzo, pues los síntomas maníacos, como ya hemos indicado, puede que se manifiesten de modo algo diferente (Blehar, 1988).

Según Clayton (1986) normalmente, el episodio aparece de forma aguda: los síntomas pueden manifestarse en cuestión de días o semanas. En cuanto a la duración de los episodios, es muy variable: a veces duran días y a veces meses, incluso en el mismo paciente. Antes de contar con medicamentos efectivos, la duración media era de seis meses a un año, pero ahora suelen ser notablemente más cortos (semanas o pocos meses). No obstante, incluso con medicación, la duración de los episodios depresivos suele ser mayor que la de los episodios maníacos.

2.7. Diagnóstico diferencial:

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR, 2005):

Los episodios depresivos mayores, maníacos, mixtos e hipomaníacos en un trastorno bipolar I deben ser diferenciados de:

- Trastorno del estado del ánimo debido a enfermedad médica. Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y exploración física.
- Un trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias.
- De distingue del trastorno depresivo mayor, trastorno Distímico, trastorno bipolar II y ciclotimia por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos.
- Trastornos psicóticos.
- Trastorno bipolar no especificado.

Los episodios hipomaníacos y depresivos mayores de un trastorno bipolar II se deben diferenciar de:

- Los episodios de un trastorno del estado del ánimo debido a enfermedad médica.
- Un trastorno del ánimo inducido por sustancias.
- Se distingue del trastorno depresivo mayor por la presencia de al menos un episodio hipomaniaco.
- Se distingue del trastorno ciclotímico por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores.

2.8. Tratamientos farmacológicos.

Para Newman, Leahy, Beck; Reilly-Harrington y Gyulai (2005) en el tratamiento de la bipolaridad, los fármacos más utilizados son los antirrecurrentes:

a) Litio: Una de las funciones más importantes del litio es impedir que los pacientes eutímicos sufran nuevos episodios. Se ha demostrado que el litio tiene efectos profilácticos cuando se usa en los inicios de un trastorno bipolar I clásico que no presente una comorbosidad importante o uno síntomas psicóticos incongruentes con el estado afectivo. Aunque la mayoría de los datos apoyan la eficacia del litio para reducir la morbosidad, no suele eliminar por completo los episodios afectivos y la actuación de los pacientes no siempre es óptima. Esto aconseja la administración simultánea de un tratamiento de carácter psicosocial.

b) Valproato Sódico (Depakote): el Depakote pertenece a la clase de fármacos que se usan como agentes antiepilépticos. Puede ser especialmente útil para el tratamiento de los episodios mixtos y de los ciclos rápidos, dos formas del trastorno bipolar que son difíciles de tratar con litio.

c) Carbamazepina (Tegretol): Originalmente usada para el tratamiento de enfermedades como la epilepsia, la carbamazepina se suele usar en el tratamiento de pacientes de trastorno bipolar que no responden bien a un tratamiento basado exclusivamente en el litio.

Bourgeois y Verdoux (1997) sostienen que, si bien los reguladores el estado del ánimo (litio y anticonvulsivos) representan lo esencial del tratamiento, existen numerosas posibilidades de tratamiento farmacológico también efectivas:

- **Neurolépticos:** Desde 1952, las manías agudas han representado la mejor indicación de la clorpromacina, la reserpina, además de las otras fenotiacinas, butirofenonas, etc. Tienen una eficacia más rápida que el litio y siguen siendo de gran valor para las formas más agitadas, delirantes y alucinatorias. Se ha podido reprochar a los neurolépticos que favorezcan la depresión posmaníaca. Además, comportan un riesgo de síndromes extrapiramidales, de discinesias tardías, de síndrome maligno y de numerosos efectos secundarios.
- **Benzodiacepinas:** Representan una alternativa, de utilización creciente, a los neurolépticos. Para pacientes agitados y que padecen insomnio, pueden ser útiles en el tratamiento de ataque de una manía aguda, a condición de una utilización muy limitada en el tiempo. Hay que tener en cuenta el riesgo de dependencia, de disforia o de deshinibición.
- **Antidepresivos:** Los fármacos antidepresivos continúan desempeñando un papel importante en el tratamiento de las fases agudas de las depresiones unipolares y en algunas bipolares, y en el tratamiento de mantenimiento de los pacientes unipolares.
- **Tratamientos coadyuvantes, alternativos y experimentales:** Las hormonas tiroideas, tiroxina y triyodotironina pueden tener efectos estabilizadores del estado de ánimo en los ciclos rápidos. Se prescriben generalmente con un regulador del estado del ánimo.
- **Electroconvulsioterapia (ECT):** Es el último recurso en las formas graves, resistentes, mixtas, de depresión y manía (en particular en las formas confusas, con trastornos vegetativos, metabólicos, desnutrición y caquexia). Se ha vuelto a dar importancia a la ECT de mantenimiento, bimensual en general, para los casos más resistentes.

2.9. Tratamientos psicológicos no farmacológicos: Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos bipolares.

Cuando un paciente inicia un tratamiento de psicoterapia cognitiva, no debemos dar por sentado que ya comprende el modelo cognitivo o la función que puede desempeñar la comprensión de sus cogniciones a la hora de afrontar este

trastorno. Es conveniente que expliquemos a los pacientes las características de la psicoterapia cognitiva y que les aclaremos cualquier malentendido desde el principio para que puedan participar en su propio tratamiento de una manera práctica y eficaz (Basco & Rush, 2007).

Antes de describir los abordajes psicosociales específicos enumeraremos los objetivos que subyacen a los métodos actuales (Goldberg & Harrow, 2001):

1. El terapeuta, haciendo uso de su alianza con el paciente, promueve su adherencia al tratamiento farmacológico. Mediante la educación del paciente o de la familia sobre el trastorno bipolar, el abordaje de las preocupaciones sobre los efectos secundarios, la exploración de las resistencias frente a la aceptación de la enfermedad, la determinación del significado simbólico del hecho de tener que tomar la medicación y el abordaje de las preocupaciones sobre el futuro, el terapeuta incrementa la probabilidad de adherencia al tratamiento.
2. El terapeuta intenta incrementar los efectos protectores del entorno social-familiar. Las psicoterapias pueden servir para modificar directamente el estrés ambiental.
3. El terapeuta intenta incrementar el funcionamiento social y ocupacional del paciente y sus capacidades para afrontar estresores en el entorno social-ocupacional.
4. Los abordajes farmacológicos de mantenimiento estándares a menudo pasan por alto los esfuerzos para disminuir el trauma asociado con la enfermedad. Tras el episodio índice puede ser muy útil explorar y evaluar las reacciones emocionales a los acontecimientos que se produjeron durante la enfermedad, ofrecer explicaciones sobre las decisiones terapéuticas tomadas durante el episodio, y empalmar y normalizar los síntomas de estrés postraumático que pueda presentar el paciente o los familiares.

A continuación se hará una descripción de diversos modelos de tratamiento psicoterapéutico para pacientes con trastorno bipolar:

Terapia cognitiva-conductual:

Beck, Gyulai, Leahy, Newman, y Reilly-Harrington (2005), sugieren que en una terapia cognitiva-conductual el terapeuta puede empezar recordando que el trastorno bipolar supone un desequilibrio de la “química cerebral”, una noción que ya conocen muchos pacientes. También puede explicar que el trastorno maníaco-depresivo tiene una naturaleza que no sólo refleja un problema biológico, sino que también refleja la interacción de este problema con situaciones que generan estrés. Aunque el término estrés es general y vago, el psicoterapeuta debe destacar la noción de que depende en gran medida de la percepción subjetiva del paciente. Dicho de otro modo, parte del nivel de estrés de un paciente se debe al impacto psicológico de la llamada triada cognitiva, es decir, de la imagen que tiene de sí mismo, de los sucesos de la vida y de su futuro. De este modo, el psicoterapeuta puede hacer ver al paciente que si aprende técnicas para evaluar y modificar sus interpretaciones subjetivas en relación con estas tres áreas, podrá controlar con más eficacia varios aspectos del trastorno bipolar.

En base a esto, el paciente podrá:

- Utilizar sus aptitudes cognitivas para contrarrestar las oleadas afectivas y los impulsos descontrolados.
- Podrá reducir el riesgo de suicidio.
- Podrá sopesar de manera más metódica y objetiva las ventajas y los inconvenientes ante decisiones vitales importantes.
- Podrá modificar la percepción que tiene de sus interacciones matrimoniales y familiares.
- Podrá reducir la perniciosa sensación de vergüenza y estigmatización que suele ir asociada al trastorno bipolar.

La enseñanza de distintas técnicas contribuye de una manera muy importante al tratamiento global de los pacientes con trastorno bipolar y les ayuda a mejorar su calidad de vida. Esa es la intención y el toque humano de la psicoterapia cognitiva al tratamiento de las personas que padecen este trastorno (Basco & Rush, 2007).

Beck, Gyulai, Leahy, Newman, y Reilly-Harrington (2005), sugieren una serie de técnicas cognitivas-conductuales para el tratamiento del trastorno bipolar:

a) Colaboración, estructura y uso eficaz del tiempo: En la psicoterapia cognitiva, los pacientes aprenden enseguida que su tratamiento no es un proceso pasivo. La psicoterapia cognitiva se basa en la colaboración activa entre paciente y psicoterapeuta.

Dotar de una estructura a las sesiones de psicoterapia es muy útil para los pacientes de trastorno bipolar. Además de las ventajas que puede aportar la estructura a las sesiones de psicoterapia en sí, esta clase de organización también actúa como un modelo que el paciente puede seguir durante la semana en sus intentos de controlar su vida y de concentrarse en sus prioridades.

El psicoterapeuta deberá dejar claro (mediante la instrucción verbal y por medio del ejemplo) que la psicoterapia da mejores resultados cuando las dos partes participan por igual.

La psicoterapia cognitiva procura administrar el tiempo con eficacia estableciendo una agenda que guíe cada sesión, identificando una serie de técnicas que se deben aprender y practicar, y usando métodos que faciliten el acuerdo.

b) Realización de tareas: La psicoterapia funciona mejor cuando va más allá del apoyo social y de las revelaciones aisladas para incluir el aprendizaje de técnicas psicológicas que se pueden usar en cualquier momento, tanto dentro de las sesiones como fuera de ellas y durante el curso de la psicoterapia formal y después que haya finalizado.

c) Autoobservación: Puede que la autoobservación sea la tarea más común, sencilla, eficaz y adaptable. Puesto que uno de los principales objetivos de la psicoterapia cognitiva es ayudar a los pacientes a observarse a sí mismos de una manera más objetiva, la autoobservación es una técnica indispensable que se debe practicar entre sesiones.

d) Resolución anticipada de problemas: Otro tema importante es la planificación y prevención de problemas. Se le pide a los pacientes que prevean sucesos que puedan poner a prueba su capacidad para afrontar dificultades.

e) Maximizar el cumplimiento de las tareas.: Entre las estrategias empleadas para ayudar a un paciente a realizar adecuadamente sus tareas se encuentran: pedirle que evalúe su nivel de confianza para realizar la tarea empleando una escala de 0 a 100; proponerle unas cuantas tareas para que elija una y hacer de esta selección una experiencia de colaboración y pedir su opinión para adaptar la tarea a sus necesidades; si el paciente establece asociaciones negativas con las tareas, buscar otro nombre para designarlas; hablar de los pros y contras de hacer y no hacer las tareas; procurar que las instrucciones sean claras; hacer una breve llamada telefónica al paciente durante la semana para animarle a realizar la tarea; realizar ensayos cognitivos durante las sesiones para comentar los pasos que hay que seguir al llevar a cabo las tareas.; finalmente, se deberá obtener retroalimentación del paciente.

2.10. El trastorno bipolar y la familia.

El trastorno bipolar y su tratamiento suelen incidir en la familia del paciente. Los síntomas extremos y de carácter cíclico que sufren las personas afectadas pueden tener un impacto muy profundo en la vida de quienes conviven con él. A su vez, estas personas pueden ejercer una fuerte influencia, positiva o negativa, en el tratamiento del trastorno. La relación de los pacientes con las personas que están a su alrededor también suele tener una influencia determinante en las recaídas y en la recuperación (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington & Gyulai, 2005).

Siguiendo a Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington y Gyulai, (2005) los hermanos, padres, hijos y cónyuges de los pacientes de trastorno bipolar también sufren los efectos de este trastorno, los cuales se intensifican si conviven cada día con los pacientes o dependen de ellos en algún sentido. Por su parte los pacientes pueden experimentar estrés, estigmatización, cólera, culpa, desmoralización y un

riesgo mayor de que el trastorno se agrave, como resultado del exceso de control y la actitud crítica de quienes le rodean.

El círculo vicioso de la conducta aversiva y coercitiva entre los pacientes y sus familiares es muy común y supone un importante obstáculo para los esfuerzos del profesional encaminados a reforzar la eficacia del tratamiento. En consecuencia, un tratamiento completo para los pacientes de trastorno bipolar deberá incluir una evaluación de la situación, la estructura, la organización y los puntos fuertes y débiles de la familia del paciente. Durante el tratamiento y con el permiso del paciente, es aconsejable realizar alguna forma de terapia de pareja o de familia (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington & Gyulai, 2005).

2.11. Comorbilidad entre trastorno bipolar, abuso de sustancias y alcoholismo.

La tasa de comorbilidad con el abuso de sustancias es alta. El consumo de sustancias y sus conductas asociadas pueden favorecer que tanto los psiquiatras como los familiares del paciente no reconozcan la presencia de un trastorno bipolar. Además el abuso de sustancias puede afectar el curso de la enfermedad.

Las tasas de prevalencia estimada para el abuso de alcohol u otras sustancias en los pacientes bipolares oscilan entre el 21 y el 58 % (Brady & Lydiard, 1992).

Siguiendo a Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington y Gyulai, (2005) los hermanos, padres, hijos y cónyuges de los pacientes de trastorno bipolar también sufren los efectos de este trastorno, los cuales se intensifican si conviven cada día con los pacientes o dependen de ellos en algún sentido. Por su parte los pacientes pueden experimentar estrés, estigmatización, cólera, culpa, desmoralización y un riesgo mayor de que el trastorno se agrave, como resultado del exceso de control y la actitud crítica de quienes le rodean.

2.12. Psicoeducación y Trastorno bipolar:

McPherson, Herbison y Romans (1993), plantean que, desde una perspectiva histórica, la psicoeducación generalmente ha sido considerada como un componente menor de la psicoterapia más que como una intervención independiente.

Psicoeducar no consiste únicamente en “informar” a los pacientes bipolares acerca de la enfermedad que padecen. La psicoeducación está basada en el modelo médico biopsicosocial y proporciona al paciente un acercamiento teórico y práctico hacia la comprensión y el afrontamiento de las consecuencias de su enfermedad. Gracias a sesiones periódicas que se imparten a un grupo reducido de pacientes, se trata de fortalecer la alianza terapéutica de modo que éstos pasen a convertirse en colaboradores activos en el manejo de su enfermedad. No solamente está indicada para pacientes de mala evolución y con mala conciencia de enfermedad, sino que es una terapia útil incluso para aquellos que no tienen problemas de adherencia y, puede conformar un modelo triangular basado en estilos de vida regulares y hábitos sanos, detección de síntomas prodrómicos e intervención temprana y cumplimentación terapéutica (McPherson, Herbison, & Romans, 1993).

3. Metodología.

3.1. Tipo de Estudio:

Descriptivo-Estudio de caso.

3.2. Participante:

Paciente de sexo masculino de 53 años diagnosticado con trastorno bipolar de tipo uno, quien se encuentra en tratamiento hace siete meses y asistiendo al Hospital de Día medio turno.

3.3. Instrumento:

Los instrumentos utilizados fueron la historia clínica, la observación directa y el seguimiento del paciente en las actividades del hospital de día, entrevistas semi estructuradas al paciente y a los especialistas que lo tratan y un cuaderno de observaciones sobre las intervenciones, participaciones y conductas del mismo.

3.4. Procedimiento:

La historia clínica, se leyó de forma exhaustiva para obtener información, la cual se complementó con la supervisión del paciente en diversas tareas que fue desempeñando como parte del dispositivo de hospital de día.

Por otra parte, se pautaron encuentros con el paciente, con la supervisión de psicólogos y psiquiatras de dicha institución, para poder efectuar entrevistas semi estructuradas que brindaron un marco a los datos recabados de las observaciones, intervenciones e historia clínica.

Se indagaron áreas relacionadas la sintomatología del paciente, conductas asociadas a las mismas, su evolución dentro del dispositivo hospital de día, el tipo de abordaje terapéutico e indicaciones médicas y farmacológicas que realizaron los profesionales de la institución sobre el paciente.

Para dicho fin, el seguimiento se realizó desde la historia clínica y los datos provenientes de las entrevistas y encuentros con el paciente y los psicólogos, psiquiatras y terapeutas ocupacionales que siguen su caso.

4. Resultados.

4.1. Características clínicas específicas del trastorno bipolar en el paciente.

El paciente presenta, en consecuencia con su trastorno bipolar, dos estados anímicos opuestos, de tristeza profunda y euforia.

Durante las fases depresivas, la sintomatología específica en el paciente se caracteriza por aislamiento, sentimientos de inutilidad y muerte, abandono, hipersomnias, falta de apetito, fatiga y culpabilidad. A lo largo de estas etapas el paciente abandona su trabajo sin previo aviso, se encierra en su departamento durante largos períodos de tiempo, da por terminada cualquier relación amorosa, pierde contacto con su familia y en tres oportunidades, intentó suicidarse.

Una vez superada la depresión, el paciente (como él lo describió) se siente lleno de energía, presenta un estado de ánimo eufórico y exacerbado, insomnio, sentimientos de omnipotencia, agitación psicomotriz, dificultad para controlar impulsos y abuso de sustancias. A partir de estas etapas maníacas el paciente inicia nuevos proyectos laborales, inicia nuevas relaciones amorosas, realiza numerosas actividades durante el día, frecuenta bares y discotecas casi todas las noches acompañando por el consumo de drogas ilegales, alcohol y promiscuidad sexual.

Continuando el ciclo, una vez finalizada la fase maníaca, el paciente transita nuevamente por profundas depresiones.

En síntesis, según lo descrito en el marco teórico, los criterios del DSM IV para un trastorno bipolar de tipo I con un episodio más reciente depresivo, que se cumplen en el caso de P.: el criterio A, el episodio más reciente que tuvo, fue una profunda depresión que lo llevó a intentar suicidarse por tercera vez, momento en el cual el paciente se aisló en su departamento, abandonó su trabajo sin previo aviso y cortó todo tipo de comunicación con el exterior. En este lapso de tiempo presentó hipersomnias, deseos y pensamientos de muerte y una disminución considerable del peso.

Criterio B, a lo largo de su vida, con anterioridad al último episodio depresivo, presentó una serie de comportamientos y sintomatología propios de la manía: insomnio, consumo de sustancias, sentimientos de grandeza y autoestima elevada y una evidente incapacidad para controlar impulsos. Esto desencadenaba en proyectos laborales utópicos, viajes espontáneos, nuevas relaciones amorosas y, despreocupación por el rechazo de su familia.

En relación al criterio C, la sintomatología tenida en cuenta para el criterio A y B no se explican mejor por la presencia de otro trastorno y se descarta la presencia de causas orgánicas. Por otra parte su sintomatología depresiva o eufórica no es producto del consumo de sustancias y alcohol, sino que el consumo en si, deriva de falta de control de impulsos, su agitación psicomotriz y autoestima exagerada, propia de una fase maníaca dentro de su trastorno bipolar.

Es ésta la sintomatología y el último intento de suicidio de P., lo que generó preocupación en su familia. Se acercó junto él su hermano mayor, quien describió los eventos que se sucedieron y que lo llevaron a tomar la decisión de buscar ayuda profesional.

El paciente ingresó a la institución con un cuadro de depresión aguda, problemas para comunicarse (lenguaje lento y desorganizado) y enlentecimiento psicomotriz.

Luego de dos semanas de internación en una institución psiquiátrica donde se estabilizaron los síntomas del paciente, él ingresó al Hospital de Día colaborador y capaz pero un poco irritable. Con el pasar de los días comenzó a mostrarse preocupado, ahogado por la compañía de los demás pacientes y aseguraba que su patología no era tan grave como para tener que asistir todos los días a la institución. Sin embargo, un par de semanas después de realizar todos estos comentarios, manifestaba sentirse acompañado y no querer volver a su casa para estar solo. En algunos momentos se demostraba inquieto durante el desayuno terapéutico, discutidor y polémico ante las opiniones de sus compañeros y continuamente abandonaba los grupos para salir a fumar. Posteriormente comenzaba a presentar síntomas como sudoración, excitación psicomotriz, palpitaciones e irritabilidad.

El psiquiatra a cargo del Hospital de día, refirió en la historia clínica, que el paciente no tenía intención de integrarse al grupo y sólo pensaba en regresar a su hogar para dejarse abandonado nuevamente.

A pesar del desgano y oposición por parte del paciente, este asistió ininterrumpidamente a la institución y participó cada vez más de las tareas y actividades grupales del lugar.

Desde su ingreso el paciente manifestó haber comprendido sus cambios a lo largo del tiempo gracias a la explicación detallada de su psiquiatra y el aumento progresivo en su adhesión al tratamiento. Comentó que comprendía su comportamiento relacionado al juego, las mujeres, las drogas y el alcohol, como así también su éxito laboral temporal y la relación directa con una fase eufórica del trastorno bipolar; del mismo modo reflexionó sobre sus largos períodos depresivos en los que abandonaba todos sus proyectos y relaciones y donde experimentaba sentimientos de muerte e inutilidad.

Durante el tiempo que duró su internación diversos indicadores y síntomas surgieron a medida que el paciente fue progresando, superando y aprendiendo a manejar algunas situaciones desencadenantes y enfrentando nuevas.

4.2. Tratamiento farmacológico y psiquiátrico para el paciente.

Como cada paciente de la institución, P. tiene su historia clínica y plan de tratamiento diseñado por su psiquiatra personal, quien acude una vez por semana. El mismo se informó mediante la historia clínica del paciente, ya que en ella se dejó asentada información de las diferentes actividades que realiza durante la semana. Al mismo tiempo este plan fue llevado a cabo en conjunto con el equipo de profesionales de Hospital de Día, quienes semanalmente se reunieron con el psiquiatra personal del paciente para revisar avances y retrocesos y mantener o modificar dicho plan.

La idea principal del tratamiento fue, en primer lugar estabilizar al paciente mediante medicación y participación en el hospital de día.

Tomando en cuenta la fase que atravesaba el paciente, se inició con una combinación de Risperidona (antipsicótico) y fluoxetina (antidepresivo) para tratar la depresión.

Según Bourgeois y Verdoux (1997) los antidepresivos como la Fluoxetina, continúan desempeñando un papel importante en el tratamiento de las fases agudas de las depresiones unipolares y en algunas bipolares, y en el tratamiento de mantenimiento de los pacientes unipolares.

Posteriormente se administran, conjuntamente a la Risperidona, Carbamazepina y Clonacepam. Esta medicación se mantuvo con algunas variables en las dosis y frecuencia de administración.

Para Newman, Leahy, Beck; Reilly-Harrington y Gyulai (2005) los antirrecurrenciales son los fármacos más utilizados en el tratamiento de la bipolaridad.

En relación al antirrecurrencial empleado para tratar al paciente, la Carbamazepina (Tegretol), originalmente usada para el tratamiento de enfermedades como la epilepsia, suele utilizarse en el tratamiento de pacientes de

trastorno bipolar que no responden bien a un tratamiento basado exclusivamente en el litio (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington & Gyulai, 2005).

Bourgeois y Verdoux (1997) sostienen que, si bien los reguladores el estado del ánimo (litio y anticonvulsivos) representan lo esencial del tratamiento, existen numerosas posibilidades de tratamiento farmacológico también efectivas.

4.3. Tratamiento psicoterapéutico.

Se pueden registrar datos acerca del tratamiento psicológico por dos vías: la primera, a través de la historia clínica, donde el psicólogo deja plasmada la evolución semanal del paciente. La segunda vía de recolección de información se realizó mediante la participación de las entrevistas de manera conjunta con el profesional y el acompañamiento durante tres meses en el hospital de día.

Se indicó al paciente la asistencia diaria al hospital de día teniendo en cuenta la gravedad de su sintomatología y la posibilidad de ser un riesgo para si mismo.

Desde un primer momento el plan de tratamiento psicoterapéutico, no farmacológico, fue la participación del paciente en hospital de día y las reuniones semanales con su psicólogo. Fue aquí donde se vieron plasmados los abordajes planteados por Goldberg y Harrow (2001) donde se buscaba establecer una alianza con el paciente para lograr adherencia al tratamiento, incrementar los efectos protectores y el funcionamiento social y ocupacional y finalmente, evaluar y explorar las reacciones emocionales.

El principal enfoque terapéutico para abordar al paciente fue el cognitivo-conductual. De acuerdo con Beck, Gyulai, Leahy, Newman, y Reilly-Harrington (2005) se buscaba que el paciente pudiera utilizar sus aptitudes cognitivas para contrarrestar las oleadas afectivas y los impulsos descontrolados. Siguiendo a los mismos autores, estas aptitudes consistieron en reducir el riesgo de suicidio, que

el paciente pudiera sopesar de manera más metódica y objetiva las ventajas y los inconvenientes ante decisiones vitales importantes, que pudiera modificar la percepción que tiene de sus interacciones matrimoniales y familiares y reducir la perniciosa sensación de vergüenza y estigmatización que suele ir asociada al trastorno bipolar.

Continuando con los puntos planteados para el tratamiento cognitivo-conductual de Beck, Gyulai, Leahy, Newman, & Reilly-Harrington (2005) en cada espacio brindado por suma se aplicaron técnicas específicas buscando que el paciente colabore, aprenda a manejarse dentro de una estructura, emplee el tiempo de forma eficaz, realice tareas, se autoobserve, pueda resolver sus problemas de forma anticipada y maximice el cumplimiento de tareas.

En cuanto a las actividades en la institución, cada una se planteó con el objetivo de tratar las dificultades del paciente y estimular las relaciones interpersonales. Mediante estas tareas Pedro debió aprender a convivir con sus compañeros y tolerar las diferencias.

Los temas controversiales, políticos y polémicos en general, que se trataron en los desayunos terapéuticos fueron todo un reto para trabajar sobre la tolerancia del paciente y sus modos de dirigirse hacia personas con las que está en desacuerdo y manteniendo el control sobre su agresividad e intolerancia. La posterior autoobservación fue determinante para lentamente ir revirtiendo estas actitudes.

En actividades como huerta y plástica, el paciente demostró desinterés durante los primeros meses y luego, poco a poco, empezó a comprometerse con los proyectos planteados, maximizando el cumplimiento de las tareas y la colaboración gracias a su buena predisposición y la proactividad. En estas situaciones específicas se trabajó con P. para lograr su inclusión en el grupo, comprender la importancia de la labor en equipo y demostrar la dependencia multidireccional que se generaba al momento de iniciar un trabajo en grupo. Esto apuntó directamente a las fases maníacas del paciente donde su autoestima y aires de grandiosidad lo llevaban a realizar todas sus labores y proyectos solo y donde no aceptaba opiniones ni aportes de externos.

Teatro y musicoterapia sorprendieron a los especialistas de la institución, ya que Pedro se mostró en todo momento colaborador y entusiasmado; participó activamente, demostró mucha imaginación para los personajes y plasmó sus vivencias personales y estado anímico en cada encuentro. Sobre estas actitudes y emociones se dirigió el trabajo de la profesora a cargo del taller, llevándole información al equipo de Hospital de Día y estimulando la exteriorización de emociones por parte de P.. Así mismo se buscó que el paciente pudiera nutrirse de la puesta en escena de sus compañeros pudiendo identificarse o facilitándole la expresión de sus propios conflictos.

Terapia ocupacional significó un reto principalmente. El paciente nunca se mostró interesado y generó cierto rechazo hacia el terapeuta ocupacional; fueron estas reacciones sobre las que se trabajó psicoterapéuticamente. En este caso las técnicas para generar estructura y colaboración permitieron que Pedro no abandone el grupo y participe a pesar de su desagrado. Se indicaron tareas grupales a las que el paciente debe asistir, independientemente de su estado de ánimo y se le enseñó a convivir con el profesional a cargo. En esta situación se simuló los conflictos de trabajo y personales, que P. experimentaba en numerosas oportunidades laborales de su vida, buscándose que el paciente los enfrentara y continúe de forma responsable, aprendiendo a convivir con su malestar o a trabajar en terapia individual sobre el mismo.

Desde las terapias individuales con el psicoterapeuta se trabajó sobre la historia de vida, los conflictos familiares y cómo estos incidieron en su patología y viceversa. Se indagó acerca de la historia familiar, las razones de su depresión y se analizaron las situaciones específicas que resultaban de sus cambios de estado anímico y las consecuencias relacionadas con ellas. El psicólogo a cargo del paciente, luego de realizar las observaciones pertinentes decidió armar su tratamiento basándose en distintas intervenciones. Se plantea desde aquí un abordaje cognitivo- conductual.

Por otra parte, en algunas oportunidades el paciente no tenía ganas de asistir a las citas pactadas, no colaboraba con el grupo y se quedaba todo el día fumando en el patio o sentado en el sillón de la sala esperando el horario dispuesto para retirarse de la institución. Esto dificultó la tarea de los especialistas pero, al mismo tiempo, fue un indicador sintomático de resistencia al tratamiento.

El psicoterapeuta semana a semana indagó sobre estos elementos relatados, en ocasiones generando grandes montos de agresividad y angustia en el paciente; éstos, en ocasiones, se traducían en varios días de excitación psicomotriz y agresividad y, en otras oportunidades, importantes estados depresivos. Demostrados los síntomas se continuó trabajando sobre esto con el paciente semana a semana.

Un obstáculo dentro del marco psicoterapéutico, fue generado por el racionalismo exacerbado del paciente. P. alegaba en cada momento en el que se le plantean cuestiones emocionales y conductuales, que su problema era un desequilibrio químico en el cerebro. A lo largo de sus internaciones y tratamientos, el paciente aprendió un discurso psiquiátrico con el que alegaba que su problema es sólo fisiológico y que la medicación lo curaría sin tener que pasar por las “estupideces” relacionadas a las intervenciones psicoterapéuticas.

El psicólogo trabajó profundamente con esta concepción del paciente para poder lograr cambios cuantitativos y cualitativos en relación a la sintomatología del paciente; sin embargo, todo aquello que no puede ser medido o comprobado (en

este caso la comprobación médica y psiquiátrica de su trastorno) era rechazado. Esto fue directamente adjudicado por el profesional a la historia de vida del paciente relacionada con la religión, las creencias y la fe.

Finalmente se realizó una descripción detallada del trastorno y su sintomatología, donde, cuando y con que frecuencia esto ocurre. Se tomaron en cuenta los estímulos negativos y conductas disruptivas que podrían incidir en su malestar.

Estas pautas se basaron en la concepción de que quienes padecen el trastorno bipolar sufren una condición médica por la que se ven sometidos a cambios bruscos y desproporcionados en el humor, sin que ello esté directamente relacionado con los acontecimientos de la vida, afectando así a sus sentimientos, pensamientos, afectos, comportamiento y salud física (López, 2006).

5. Conclusión.

El siguiente trabajo se llevó a cabo durante la residencia realizada en un centro de asistencia y rehabilitación mental . El objetivo principal fue describir un caso único, junto a las características principales del trastorno bipolar, el abordaje psiquiátrico y psicoterapéutico que se llevó a cabo en dicha institución para el paciente específico.

P., de 53 años, ingresó a la institución presentando un a grave depresión luego de haber estado aislado en su departamento durante tres meses e intentado suicidarse por tercera vez.

Luego de su internación y estabilización en una clínica psiquiátrica, el paciente ingresa al centro con modalidad de Hospital de Día y el equipo de profesionales le realiza los estudios correspondientes para poder efectuar el diagnóstico más aproximado. Los resultados de dichos estudios ubican al paciente dentro del espectro bipolar, posiblemente bipolar de tipo I. Durante su ingreso, el paciente se encuentra atravesando una fase depresiva iniciada hace aproximadamente cinco meses.

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR, 2005), la característica esencial del trastorno bipolar I es 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 de trastorno del estado del ánimo inducidos por sustancias, otros tratamientos somáticos de la depresión, una droga o la exposición a un tóxico, o los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica no se tienen en cuenta para establecer el diagnóstico 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.

Una vez realizado el diagnóstico se seleccionaron el psiquiatra y psicólogo tratantes que siguieron al paciente durante su internación. Una vez entrevistado el paciente de forma individual, se crea un plan de abordaje farmacológico y terapéutico, en equipo con el staff de profesionales de la institución. Éste plan se reevalúa semanalmente en las reuniones de equipo, en el caso de que se presenten inconvenientes, dudas o se precisen cambios.

El psiquiatra, atendió al paciente una vez a la semana durante los primeros cinco meses (un día a la semana durante casi una hora) y trabajó directamente sobre la sintomatología presente para mejorar su calidad de vida y permitirle una mejor inclusión y participación en las actividades grupales y psicoterapéuticas. Después de éste período, el tratamiento psiquiátrico y farmacológico se orientó al mantenimiento de su estado anímico y a buscar la colaboración del paciente en el ámbito psicoterapéutico, con reuniones cada dos semanas de 45 minutos, todos los días viernes. Este profesional es parte de la institución, sin embargo, el paciente puede atenderse con alguien externo, siempre y cuando éste acceda a trabajar paralelo con el equipo .

En cuanto al plan psicoterapéutico, el psicólogo asignado lo elaboró de acuerdo a su criterio, luego lo compartió y analizó con el psiquiatra del paciente y, finalmente, se plantea con el resto de profesionales de la institución. El psicoterapeuta debe tener un plan claro pero a veces flexible, teniendo en cuenta las variables que se van presentando en relación a los cambios anímicos del paciente (en el caso que la medicación no este pudiendo controlarlos), su inclusión en el hospital de día y su predisposición a la psicoterapia. El objetivo principal es subsanar los conflictos internos y familiares del paciente, mejorar su calidad de vida e intentar solucionar conflictos que puedan ir presentándose en su vida diaria. Estimularlo a conseguir trabajo en el momento adecuado, acercarse nuevamente a su familia e intentar iniciar nuevas relaciones interpersonales.

La enseñanza de distintas técnicas contribuye de una manera muy importante al tratamiento global de los pacientes con trastorno bipolar y les ayuda a mejorar su calidad de vida. Esa es la intención y el toque humano de la psicoterapia cognitiva al tratamiento de las personas que padecen este trastorno (Basco & Rush, 2007).

Cabe destacar que durante el tiempo de integración en el Hospital de Día, las intervenciones psicoterapéuticas fueron dificultadas por la resistencia del paciente a todo aquello que no fuera un abordaje médico, específico y mensurable. El psicólogo debió trabajar con dicha oposición intentando buscar colaboración por parte del paciente y trabajando sobre los puntos clave de resistencia.

En el caso particular de P. se trabajó sobre sus conductas disruptivas, su estado anímico y puntualmente sobre sus relaciones familiares .

Siguiendo a Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington y Gyulai, (2005) los hermanos, padres, hijos y cónyuges de los pacientes de trastorno bipolar también sufren los efectos de este trastorno, los cuales se intensifican si conviven cada día con los pacientes o dependen de ellos en algún sentido. Por su parte los pacientes pueden experimentar estrés, estigmatización, cólera, culpa, desmoralización y un riesgo mayor de que el trastorno se agrave, como resultado del exceso de control y la actitud crítica de quienes le rodean.

En relación a las conductas negativas, se buscó que el paciente dejara de consumir sustancias, jugar y comprar compulsivamente durante sus etapas eufóricas; al mismo tiempo se hizo hincapié en los proyectos laborales irrealizables y relaciones fugaces que en ocasiones funcionaban como detonantes. Se buscó que, en el caso de no poder frenar estos episodios, se utilizara dicho estado emocional para crear proyectos reales, a largo plazo, planteados de forma profesional y con el objetivo de no abandonarlos al momento en que este sentido de grandiosidad disminuye.

Partiendo de la información ya tomada en cuenta en el marco teórico donde Brady y Lydiard (1992) afirman que la tasa de comorbilidad con el abuso y el consumo de sustancias es alta y que el abuso de sustancias puede afectar el curso de la

enfermedad, se puso énfasis en el trabajo sobre las emociones asociadas al juego, compras y mujeres y cómo poder compensarlas con actividades diferentes pero igual de gratificantes.

Se le dio al paciente la tarea de visitar a su familia e hijos una vez cada dos semanas durante dos horas, tiempo y frecuencia que fue aumentando a medida que se consideró apropiado.

Esto se indicó para el que el paciente pudiera continuar con sus tareas, metas y relaciones independientemente de su angustia, euforia o estado anímico en general. En relación a esto, se buscó que en el Hospital de Día, se reprodujeran situaciones familiares y laborales que generaban malestar en el paciente como un entrenamiento para aprender a manejar su agresividad, irritabilidad y en otras oportunidades aislamiento y abandono.

Al momento de finalizar la práctica profesional en la institución, P. ya mostraba estabilidad anímica suficiente para poder asistir a la institución con menos frecuencia. Se habló de esta posibilidad en las reuniones de equipo y se planteó el inicio del proceso de alta del paciente. Una vez que esto se le comunicó al paciente, él experimentó durante aproximadamente una semana, sentimientos de incertidumbre, ansiedad y un poco de angustia.

Los especialistas tratantes se dedicaron entonces a trabajar sobre esta reinserción de P. y la posibilidad de poner en práctica todas aquellas herramientas aprendidas y entrenadas a lo largo de más de siete meses de internación.

A lo largo de las últimas dos semanas de residencia, se pudo ver que Pedro consiguió un importante trabajo de construcción y armado de locales comerciales, comenzó a frecuentar a sus hijos y continuó trabajando en terapia sus miedos a no concurrir más a la institución, el vacío que le genera el rechazo de su familia y la posibilidad de conseguir una nueva pareja con quien compartir.

A partir de estos avances se podría continuar trabajando del mismo modo con el paciente, intervenciones psicológicas y psiquiátricas, hospital de día y estímulo para que él mismo retome los aspectos olvidados de su vida. Sin embargo, la

repetición constante y sin pautas concretas de tiempo, de este tipo de abordaje podría generar inconvenientes en el paciente.

Por un lado, debido al alejamiento de P. de su familia, se podría disminuir su tiempo de asistencia al centro para no generar dependencia en el paciente debido a su largo historial de aislamiento.

Un plan para el mantener los avances y mejorías logradas con el paciente podría consistir en, controlar sus acciones ahora que se encuentra anímicamente estable, para evitar volver a caer en la euforia. La aparición de numerosos trabajos, junto al acercamiento a su familia, su posibilidad de alta, podrían desbordar emocionalmente a P. Para ello sería necesario disminuir la cantidad de estímulos, opciones y elecciones para que el paciente avance poco a poco y pueda tener la posibilidad de manejar cada ámbito de la manera más funcional posible.

Por otra parte, es importante lograr la verdadero aprendizaje y puesta en práctica de todas aquellas técnicas presentadas en el Hospital de Día, diseñadas para identificar problemas, aprender a procesarlos y buscar la mejor manera de solucionarlos. La reinserción del paciente requiere del entrenamiento en todas aquellas destrezas que le permitan participar activamente como un miembro de la sociedad y reivindicarse como padre, esposo e hijo.

Se debería retomar constantemente las dificultades que aparecieron en diferentes espacios del Hospital de Día para poder continuar trabajando sobre ellas y evitarlas en situaciones de la vida real,

Por otra parte, las sesiones de psicoterapia y tratamiento psiquiátrico deberían continuar monitoreando los avances, retrocesos o cambios en el paciente, para determinar si deben seguir la misma línea que se siguió hasta este momento o cambiar en base a los mejores intereses del grupo y del paciente.

En relación con la institución en sí, cabe destacar cada elemento participante. La infraestructura era adecuada y contaba con todos los espacios y materiales necesarios para desempeñar las tareas de cada taller. Los materiales utilizados siempre estuvieron en orden y en perfecto estado.

Todos los integrantes del Hospital de Día tienen amplio conocimiento de los pacientes, su alimentación (en el caso de las cocineras), diagnóstico y tratamiento. La enfermera a cargo de cada turno está permanentemente alerta a las necesidades de los pacientes y trabaja en conjunto con los psicólogos a cargo para resolver situaciones, atender a los pacientes y lograr una mayor participación y adherencia al tratamiento. Cada profesional está capacitado y cuenta con la acreditación necesaria para desempeñarse.

Las reuniones de equipo, incluyen a todos los profesionales de la institución y es el momento clave en el funcionamiento de la institución.

Durante la pasantía, se trataron temas de importancia con la ley de salud mental, el análisis de la cual atrajo ciertos conflictos entre pacientes y profesionales. En oportunidades la tarea de las enfermeras se entrecruzó con la de los psicólogos a cargo y se produjeron algunos conflictos, que luego se solucionaron de forma privada.

En numerosas oportunidades pacientes no asistieron a la institución en los días pactados, por lo que se les realizó un seguimiento. En ocasiones, su ausencia fue sólo producto de cansancio o resistencia; en otras, los pacientes decidieron no asistir más, escaparon de sus hogares, etc.

Es importante destacar que los profesionales de la institución se encuentran permanentemente realizando investigaciones, buscando la participación de pacientes, otros profesionales y familiares con el objetivo de realizar nuevas intervenciones, plantear nuevas hipótesis y actualizarse en todo momento.

Un elemento clave en el funcionamiento de la institución, fue la seguridad y adhesión de los pacientes al dispositivo. Si bien la participación familiar no es

representativa, elemento que en numerosas oportunidades juega en contra de un paciente, cada persona en tratamiento, asistió, participó y colaboró con la propia convicción de curarse, de utilizar las herramientas que se le brindaron y confiando plenamente en un staff de profesionales muy capacitados. Si bien conviven patologías diversas y con distintas gravedades, la convivencia y el esfuerzo grupal y personal de cada uno, los estimula a seguir luchando, continuar asistiendo y pedir ayuda hasta en los momentos más complicados.

Una de las limitaciones observadas durante las horas de residencia, fue la falta de psicoeducación familiar. A pesar de la participación pobre de los miembros de la familia, ésta podría ser más provechosa si tuvieran más información y recursos para colaborar con el plan de tratamiento, para la mejora del paciente en cuestión y para, al mismo tiempo, disminuir su carga como cuidadores.

Por otra parte, el carácter competitivo de numerosos profesionales y la convivencia de más de un líder en el grupo de profesionales, dificultó en ocasiones las reuniones de equipo donde se presentaron numerosos cambios y reformulaciones debido al reemplazo del jefe de hospital de día. Este cambio fue necesario para el crecimiento de la institución pero desencadenó inconvenientes de comunicación entre profesionales y sensación de abandono de muchos pacientes, tema que debió ser tratado durante semanas y con cautela.

A pesar de ciertas limitaciones, en la institución, se realizaron tareas excepcionales; cambios, planificaciones e investigaciones se realizan de forma constante. El Centro es un lugar planteado desde un enfoque comunitario donde los profesionales buscan actualizarse permanentemente y brindan ateneos, seminarios y charlas para distintos profesionales con el objetivo de capacitarse a sí mismos y a los demás. Se busca en todo momento hacer partícipe a la comunidad en actividades informativas, recreativas e informando en todo momento para lograr mayor inclusión y eliminando el estigma que recae sobre la persona que padece una patología psiquiátrica.

Para el presente trabajo no presentó ningún tipo de obstáculo, debido a que existe cuantiosa información sobre la bipolaridad y trastornos del estado del ánimo en general. En todo momento hubo acceso al material necesario y su fácil articulación.

Si bien hoy en día el trastorno bipolar está estudiado, descrito y analizado en profundidad, el problema del fracaso en el tratamiento de las personas que lo padecen es el diagnóstico erróneo. En numerosas oportunidades pacientes que presentan sintomatologías del espectro bipolar, pueden ser diagnosticadas con otro trastorno del estado del ánimo o de la personalidad.

Partiendo de un diagnóstico adecuado, es importante estabilizar al paciente con la medicación adecuada para poder lograr una mayor adhesión y así trabajar con el tratamiento psicoterapéutico que más se adecue a la sintomatología y al paciente.

Por otra parte, gracias a la experiencia realizada, las enseñanzas e instrucción que recibí de los profesionales, pude comprender el impacto producido por las patologías psiquiátricas graves y especialmente por el trastorno bipolar. Ésta patología es la que genera el mayor monto de carga en los familiares de los pacientes. La intensidad y severidad de la sintomatología, junto a la falta de psicoeducación familiar, generan un desgaste más que representativo en las personas que rodean al individuo que la padece.

Esto lleva a la conclusión de generar dispositivos de tratamiento que incluyan a los familiares y cuidadores las personas que deben convivir con este trastorno para poder disminuir la carga, facilitar la adhesión al tratamiento y permitirle a los cuidadores realizar aportes y colaborar con el tratamiento.

La bipolaridad es una patología seria, que requiere de una intensa asistencia por parte de los familiares y predisposición del paciente. Presenta una sintomatología severa que debe aprender a manejarse y acompañarse de la medicación adecuada de forma consistente y ordenada. Los importantes avances en el área de investigación continúan demostrando la importancia de la coexistencia de todos los factores necesarios para el éxito en el tratamiento y mantenimiento de la enfermedad bipolar.

6. Referencias Bibliográficas.

Akiskal, H., Hirschfeld, R. & Yerevania, B. (1983). *The relationship of personality to affective disorders. A critical Review. Archives of General Psychiatry.* 40, 801-810.

American Psychiatric Association (APA) (1994). Annual Report.

American Psychiatric Association (2011). 2010 Annual Report.

Andreasen, N. (1985). *Conceptos, diagnóstico y clasificación. Psicopatología de los trastornos afectivos.* Madrid: Pirámide.

Angst, J. (1981). *Depressive illness: prediction of course and outcome. Clinical indications for a prophylactic treatment of depresión. Advances in Biological Psychiatry.* New York: Spectrum.

Basco, M. & Rush, J. (2007). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder. An Overview.* New York: The Guilford Press.

Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the emocional disorders.* New York: International University Press.

Blehar, M. (1988). *Family and genetic studies of affective disorders. Archives of General Psychiatry.* 45, 1039-1046.

Bourgeois, M. & Verdoux, H. (1997). *Trastornos bipolares del estado de ánimo. Tratamiento de los trastornos bipolares.* Barcelona: Masson S.A.

Beck, A., Gyulai, L., Leahy, R., Newman, C. & Reilly-Harrington, N. (2005). *El Trastorno Bipolar. Una aproximación desde la terapia cognitiva.* Buenos Aires: Paidós.

Brady, K. & Lydiard, R. (1992). *Bipolar affective disorder and substance abuse. Journal of Clinical Psychopharmacology.* 12, 17-22

Caballo, E. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos.*

Tratamiento cognitivo-conductual de los Trastornos Bipolares. Barcelona: Siglo XXI de España Editores.

Clayton, P. (1986). *Prevalence and course of affective disorders. Depression: Basic mechanisms, diagnosis and treatment.* New York: Guilford Press.

Coryell, W. & Winkour, G. (1985). *Evolución y desenlace. Psicopatología de los trastornos afectivos.* Madrid: Pirámide.

Goldberg, J. & Harrow, M. (2001). *Trastornos bipolares. Curso clínico y pronóstico.* Barcelona: Masson S.A.

Goodwin, F. & Jamison, K. (1990). *Manic-Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression.* New York: Oxford University Press.

Keller, M. & Wunder, J. (1992). *Manual de problemas clínicos en psiquiatría. Trastornos depresivos.* Barcelona: Masson- Salvat.

Lakshmi, N. & Maj, M. (2010) *Bipolar Disorder: Clinical and Neurobiological Foundations. Clinical Features and Subtypes of Bipolar Disorder.* Wiley-Blackwell: Oxford.

Lopez, A. (2006) *Trastorno afectivo Bipolar. La enfermedad de las emociones.* Buenos Aires: EDAF.

McPherson; H., Herbison, P. & Romans, S. (1993). *Life events and relapse in establishe bipolar affective disorder. British Journal of Psyshiatry, 163, 381- 385.*

Mendlewicz, J. (1985). *Genetic research in depressive disorders. Treatment, assesment, and research.* Chicago: The Dorsey Press.

Mountain, J. (2003). *Bipolar Desorders: Insights for Recovery. Defining Bipolar Disorder.* Denver: Jane Mountain MD.

Rush, A. J., Beck, A. T. & Kovacs, M. (1977). *Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. Cognitive Theraphy and Research, 1, 17-37.*

Stahl, S. M. (2010). *Depresión y Trastorno Bipolar. Psicofarmacología Esencial de Stahl*. Tercera edición. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L.

Vázquez, C & Sanz, J. (1991). *Trastornos depresivos I. Datos clínicos y modelos teóricos*. Valencia: Promolibro.

Vieta, E. (2001). *Trastornos Bipolares. Avances Clínicos y Terapéuticos*. Buenos Aires: Panamericana.

Weissman, M. (1991). *The affective disorders. Bipolar disorder and major depression*. Londres: Royal College of Psychiatrists.

Winokur, G. (1993). *Alcoholism in manic depressive disease. Psychiatric Bulletin*. 11, 93-99. .

Wormer, E. (2004). *Bipolar: Depresión y Manía. Vivir con emociones extremas*. Barcelona: Robinbook.

Zergaw, A., Hailemariam, D., Alem, A. & Kebede D. (2008). A longitudinal comparative analysis of economic and family caregiver burden due to bipolar disorder. *African Journal of Psychiatry*, 11, 191-198.