

TRABAJO FINAL: Máster en Psicopatología, Salud y Neuropsicología.

Trastorno Bipolar: Tratamiento psicológico
en un estudio de caso único.

Cristina Díaz Vera

Octubre 2015

ÍNDICE

PARTE TEÓRICA

1. Introducción.
 - 1.1.Epidemiología del Trastorno Mental.....Pág.2-4
 - 1.2.Definición del Trastorno Mental: Características y Modelos Explicativos.....Pág.4-17
 - 1.3.Protocolos de Evaluación.....Pág.18-24
 - 1.4.Protocolos de Intervención
 - 1.4.1. Farmacológico.....Pág.25-28
 - 1.4.2. Psicológico y social.....Pág.28-34

PARTE EMPÍRICA

1. Anamnesis e Historia Clínica.....Pág.35
 - 1.1.Datos Personales.....Pág.36
 - 1.2.Antecedentes.....Pág.37
 - 1.3.Historia Previa al Trastorno.....Pág.38-42
 - 1.4.Historia Actual.....Pág.43-46
2. Evaluación del Caso.....Pág.47
3. Diagnóstico.....Pág.48-49
4. Tratamiento
 - 4.1.Farmacológico.....Pág.50-51
 - 4.2.Psicológico.....Pág.51-55
 - 4.3.Resultados.....Pág.55-56
5. Tratamiento Futuro.....Pág.57-58
6. Conclusiones.....Pág.59-60
7. Referencias Bibliográficas.....Pág.61-64

PARTE TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN

1.1. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO MENTAL

Tal y como se describe en la Guía de práctica clínica sobre el Trastorno Bipolar (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012), documento de referencia para los profesionales a nivel estatal, la prevalencia del Trastorno Bipolar (TB) a lo largo de la vida se encuentra entre el 0,5 y 1,6%. Según datos de la U.S. National Comorbidity Survey Replication (2007), la prevalencia estimada durante toda la vida (y en 1 año) es del 1,0% (0,6%) para el TB I, 1,1% (0,8%) para el TB II, y del 2,4% (1,4%) para los síntomas subumbrales del TB (por ejemplo, síntomas hipomaniacos subumbrales junto a depresión recurrente).

Otros autores (Angst, 1995; Regeer y cols., 2004) han elevado la prevalencia a lo largo de la vida del “espectro bipolar” (incluyendo el TB No Especificado) a 5,5%, pese a que las cifras varían ligeramente según las características de la muestra. En general puede afirmarse que entre el 3 y 6% de la población desarrolla algún tipo leve de bipolaridad, incluyendo la hipomanía leve, o la ciclotimia.

La alta prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en la población general ha motivado al DSM-V a adoptar una perspectiva dimensional. Un estudio epidemiológico reciente a nivel mundial basado en la Iniciativa de Encuesta sobre la Salud Mental propuesta por la Organización Mundial de la Salud (Merikangas y cols., 2011), reveló tasas de prevalencia a lo largo de la vida del trastorno bipolar de aproximadamente un 2,4%, concretamente del 0,6% para el TB tipo I, del 0,4% para el TB tipo II y del 1,4% para otras formas subclínicas del TB, mientras que las tasas de prevalencia anual era del 1,5% para el trastorno bipolar, particularmente, del 0,4% para el TB tipo I, del 0,3% para el TB tipo II y del 0,8% para el resto del trastorno. Con lo que estas estimaciones dependen de los cambios en los criterios diagnósticos a lo largo del tiempo y de la zona geográfica de donde es extraída la muestra. Una revisión de estudios epidemiológicos realizados en países de la Unión Europea basados en criterios DSMIII-R, DSM-IV o CIE-10 (Becking y cols., 2015) reveló que la tasa de prevalencia anual del TB tipo I o/y tipo

El ascendía al 1,1% mientras que la incidencia acumulativa a lo largo de la vida fue ligeramente más alta (el 1,5-2%) y del 6% cuando se consideró todo el espectro bipolar y no sólo las formas clínicas.

Tal y como indica en Grupo del trabajo de la Guía Clínica del Trastorno Bipolar (2012) el estudio de incidencia (número de nuevos casos en una población durante un periodo de tiempo) del Trastorno Bipolar se ve dificultado por los problemas diagnósticos de los primeros episodios afectivos. En torno al 50% de los casos de TB se inician con episodios depresivos, siendo diagnosticados inicialmente de Trastorno Depresivo Mayor. Por ello, las cifras de incidencia del TB suelen describir primeros episodios de manía. Los estudios publicados muestran variaciones de la incidencia entre 1,7 y 6,2 por 100.000 por año. Los trabajos basados en registro de casos y primeros contactos con los Servicios de Salud parecen mostrar una ligera tendencia al alza.

En la mayoría de estudios se ha observado una edad de inicio, que oscila entre los 28 y 44 años, y una disminución del riesgo a partir de los 50. Pese a que los estudios clásicos no indicaban diferencias de género en la epidemiología y curso clínico del TB, trabajos recientes (Viguera, Baldessarini y Tondo, 2001) han mostrado que la edad de aparición de la manía es claramente menor en hombres que en mujeres. Las mujeres parecen ser diagnosticadas en torno a 3,2 años después que los hombres. La edad precoz de inicio no sólo se asocia al género masculino sino a conductas antisociales durante la infancia. Las mujeres debutan con mayor frecuencia con episodios depresivos, presentan en general mayor número de recaídas depresivas y mayor refractariedad de las depresiones. También parecen más proclives a la ciclación rápida y la manía disfórica.

Respecto a las diferencias de raza, de forma similar en la esquizofrenia, se han presentado mayores tasas de TB en afro-caribeños y afro-americanos residentes en Reino Unido, lo cual se explica parcialmente por su condición de inmigrante y las condiciones socioeconómicas. La presentación clínica puede variar según la raza y el origen cultural del paciente, con el consiguiente riesgo de error diagnóstico (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

1.2. DEFINICIÓN DEL TRASTORNO MENTAL: CARACTERÍSTICAS Y MODELOS EXPLICATIVOS

El trastorno bipolar es una enfermedad mental grave que se caracteriza por la aparición de episodios de depresión, manía, hipomanía y mixtos. Dicha enfermedad presenta tendencia a volverse crónica, con un elevado grado de incapacidad laboral y con un destacable riesgo de suicidio, lo que representa un gran gasto económico y social (González-Pinto, 2006; Zamora, 2013).

Se trata de una enfermedad mental en la cual se producen cambios inusuales en el estado de ánimo, en la percepción de la energía y en la conducta. Los pacientes experimentan una serie de “subidas” y “bajadas” del estado de ánimo diferentes a las que puede experimentar la mayoría de las personas. Se llaman fases de manía o depresión y pueden llegar a ser tan graves como para requerir la hospitalización.

Se puede conseguir una estabilización gracias a tratamientos farmacológicos apropiados y a terapias psicológicas, sobre todo psicoeducativas, de modo que es posible alcanzar una buena calidad de vida.

Durante la enfermedad se producen fases maníacas, las cuales cursan con hiperactividad, exceso de confianza en uno mismo, irritabilidad, locuacidad, y en algunos casos, incluso con ideas delirantes. Aunque para los demás es muy evidente que el paciente no se encuentra en su estado normal, el mismo tiende a creer que se encuentra perfectamente. También se producen fases depresivas.

A continuación se describen, más detalladamente los distintos estados del Trastorno Bipolar:

La Manía.

Frecuentemente la primera manifestación es la progresiva falta de necesidad de sueño. Se suele dormir de dos a tres horas y es habitual levantarse con mucha energía, a pesar de haber dormido muy pocas horas. El estado de ánimo alcanza la euforia, pero a menudo aparecen la irritabilidad y hostilidad si al paciente se le lleva la contraria. El discurso se hace rápido e incesante. Aumentan las ideas, los proyectos y la confianza en sí mismos. Se actúa de manera desinhibida, así que aumentan los gastos, el deseo sexual y a veces la promiscuidad.

Se puede tomar decisiones totalmente incoherentes por la tendencia a infravalorar los riesgos, y se pone en riesgo la propia salud y la de los demás.

A veces la intensidad de la euforia hace que se pierda el contacto con la realidad, y aparecen así síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones, que en la mayoría de los casos causan la hospitalización.

Los delirios suelen ser de grandeza y místicos; se pueden llegar a creer que tienen poderes sobrenaturales o que son la reencarnación de santos y de personajes famosos. Las alucinaciones pueden afectar a los cinco sentidos y no es raro que se dé mucha importancia al sexto sentido.

Es difícil ser consciente de la naturaleza patológica de estos cambios, de modo que no se busca ayuda médica. El entorno familiar social y laboral se ve profundamente afectado, por lo que se pueden producir separaciones, desastres económicos y despidos.

Posibles síntomas de la fase maníaca:

- Irritabilidad
- Hiperactividad
- Disminución de la necesidad de dormir

- Hablador
- Aumento de la sociabilidad
- Euforia
- Ideas de grandeza
- Aumento del impulso sexual
- Aceleración del pensamiento
- Gastos excesivos e inapropiados
- Conducta desordenada
- Planes irrealizables
- Ideas delirantes
- Alucinaciones

La Hipomanía.

Proviene de la manía, pero mucho más leve, los síntomas son menos intensos y dramáticos. Aquí no aparecen síntomas psicóticos, y aunque lo que hemos explicado en el apartado anterior sobre la manía es válido para la hipomanía, debe ser en un grado que no represente una alteración evidente del comportamiento que pueda implicar, por ejemplo, la hospitalización.

La alegría es una emoción que puede darse en la hipomanía, pero ésta se acompaña de muchos otros síntomas como el insomnio o disminución del sueño, discurso acelerado, irritabilidad, etc.

El estado hipomaniaco se percibe con una sensación de bienestar intenso y una mayor creatividad y autoestima. La presencia de aceleración, irritabilidad e insomnio puede ayudar a evaluar como patológico el origen de este estado.

Sin embargo, no es raro que aumente el consumo de alcohol y de otras sustancias como el cannabis y la cocaína. Además es común empezar proyectos o iniciar relaciones de las que es fácil arrepentirse una vez termina esta fase de euforia.

Se trata de un estado muy inestable que puede empeorar y acabar en una manía franca (Trastorno Bipolar tipo I) o ser el principal factor que predispone al desarrollo de una depresión de la misma intensidad o de una intensidad mayor (Sobre todo en Bipolares Tipo II).

Considerando todo esto, es importante tratarla a tiempo para poder ahorrar grandes sufrimientos.

Posibles síntomas de la hipomanía:

- Aumento de la autoestima
- Exageración de las propias capacidades
- Embarcarse en demasiadas cosas al mismo tiempo
- Aumento de la sociabilidad
- Hablador
- Gastar más de lo habitual
- Optimismo exagerado
- Falta de autocrítica
- Hablar en voz alta sin tolerar interrupciones
- Aumento del interés en el sexo
- Cambios bruscos de humor
- Aumento de la emotividad

Fases depresivas.

La depresión es uno de los dos polos del trastorno bipolar y probablemente se trate de su manifestación más frecuente. Los síntomas son totalmente indistinguibles de la que es comúnmente conocida como "Depresión".

Por ello, muchos pacientes con trastorno bipolar no son correctamente diagnosticados como tales hasta que se detecta un episodio de elevación del humor o éste ha aparecido en anteriores ocasiones.

Las características de esta fase consisten en la pérdida de interés por las actividades habituales, la falta de ilusiones y la gran dificultad para hacer cosas que, en otro momento, habrían sido fáciles o rutinarias. En la depresión bipolar hay una gran pérdida de fuerza de voluntad y una gran apatía. A menudo los pensamientos y los actos son más lentos. Es como la cara inversa de la manía: inactividad, tristeza, lentitud, ideas de minusvalía y un gran sufrimiento. El afectado se siente como si hubiera perdido toda su energía, como un motor sin gasolina.

El paciente acostumbra a recluirse en la cama o en su habitación, duerme mucho y se abandona físicamente, pero no es tan difícil de controlar como en la fase maníaca. El problema es que detrás de este comportamiento menos conflictivo hay un gran sufrimiento personal. El paciente se siente indolente, inútil, frustrado. Antes de empezar algo ya se le han ocurrido cien razones para no hacerlo. Las pequeñas obligaciones del día a día se convierten en un cúmulo de dificultades. Sólo se le ocurren ideas negativas.

No es raro que ante la desesperanza que rodea esta situación, el paciente tenga pensamientos relacionados con la muerte e incluso intentos de suicidio.

Otros síntomas de la fase depresiva pueden ser la pérdida del apetito (aunque en algunos pacientes es más frecuente su aumento y la correspondiente ganancia de peso), la fatiga, las somatizaciones (dolor en las piernas, cosquilleo en los dedos, mala digestión, dolor de cabeza), las crisis de ansiedad, la pérdida de impulso sexual, el aislamiento social, el malhumor, etc.

El paciente bipolar que ha experimentado episodios depresivos previos puede entender que esta situación es temporal y, por lo tanto, que saldrá de ella. Aunque no siempre es así, en muchas ocasiones el paciente no los reconoce como tales, piensa que su vida no tiene sentido y no llega a entender la necesidad de un tratamiento.

Posibles síntomas de la fase depresiva:

- Apatía

- Falta de ilusión
- Sensación de tristeza o de vacío
- Baja autoestima
- Dificultad para realizar las tareas habituales
- Enlentecimiento
- Falta de concentración
- Deseo de morir
- Molestias físicas
- Ansiedad
- Insomnio o exceso de sueño
- Pérdida o exceso de apetito
- Inhibición social
- Ideas de culpa o ruina

Fases de remisión.

Los pacientes bipolares pueden pasar largos periodos de tiempo sin síntomas, es decir, en remisión, y éste es el objetivo que debe perseguirse con todas las medidas terapéuticas con las que se cuenta actualmente.

Un paciente que cumpla adecuadamente con el tratamiento tiene posibilidades de mejorar su trastorno bipolar. Aquel que no siga el tratamiento es muy probable, casi al 100%, de tener una recaída segura.

Fases mixtas.

Las fases mixtas consisten en una mezcla de síntomas de manía y depresión. Son difíciles de diagnosticar y causan un gran sufrimiento tanto al paciente como a su familia. El tipo más frecuente se manifiesta con hiperactividad, aceleración del pensamiento y, al mismo tiempo, ideas negativas y pensamientos depresivos. A menudo se acompañan de una gran ansiedad. Algunos pacientes presentan fases mixtas aisladas, pero es más frecuente que las fases mixtas sean la continuación de una fase maníaca o la transición entre una fase maníaca y una depresiva, en especial

en los pacientes denominados **cicladores rápidos**, que a menudo pasan de manía a depresión y a la inversa.

Posibles síntomas de las fases mixtas:

- Mal humor
- Aceleración del pensamiento
- Inquietud
- Hostilidad
- Falta de ilusión Cambios rápidos del humor
- Labilidad emocional
- Insomnio
- Comportamiento descontrolado
- Ideas delirantes
- Ideas negativas
- Alucinaciones

Ciclación rápida.

Cuando los pacientes sufren cuatro fases o más al año se dice que tienen un patrón de ciclación rápida. Este grupo de pacientes requiere un tratamiento especial y deben ser examinados con especial atención para descartar alguna enfermedad que, a veces, pueden asociarse con alteraciones de la glándula tiroides.

Tipos de Trastorno Bipolar:

La forma clásica del trastorno bipolar se caracteriza por fases de depresión y manía. En función de la intensidad de los síntomas existen tres tipos de trastorno bipolar.

1. Tipo I

Es la forma clásica, caracterizada por fases maníacas intensas y por depresiones. En las fases maníacas pueden aparecer delirios (por ejemplo, creerse Dios o con poderes especiales) y alucinaciones auditivas (voces que dan órdenes o insultan). En las fases depresivas existe tristeza, apatía, lentitud de movimientos, ansiedad, insomnio y pérdida del apetito. La **Figura 1** representa gráficamente un ejemplo de lo que podría

ser el Trastorno Bipolar tipo I, destacaría por la presencia de picos de manía en su mayoría y con algunos picos de depresión.

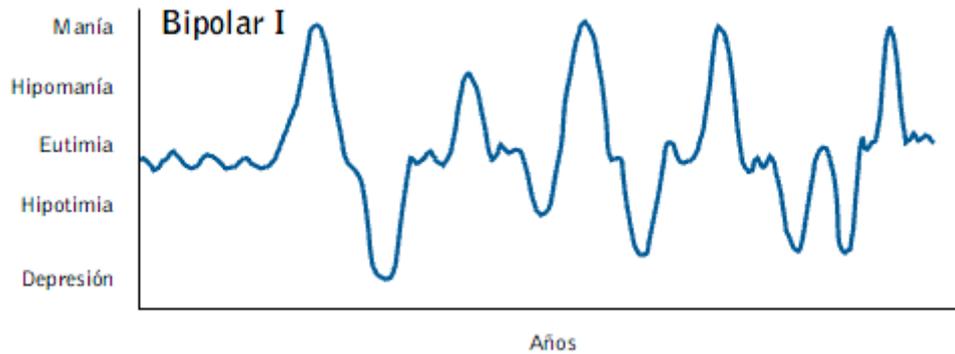


Figura 1. Ejemplo de paciente con Trastorno Bipolar I (Vieta, Colom y Martínez-Arán, 2004).

2. Tipo II

Se caracteriza por depresiones intensas y fases de euforia moderadas que se denominan hipomanía. Pueden aparecer síntomas psicóticos pero tienen que estar asociados a las fases depresivas. Las fases de euforia moderadas a veces parecen un cambio temperamental o de carácter. Es bastante frecuente que los familiares detecten más sociabilidad en el paciente, menos timidez, mayor actividad, etc. Es posible que el paciente no se dé cuenta. La **Figura 2** representa gráficamente un caso de lo que podría ser un Trastorno Bipolar II, aquí el paciente suele tener sobre todo picos muy intensos de depresión y fases moderadas de manía, llamada hipomanía.

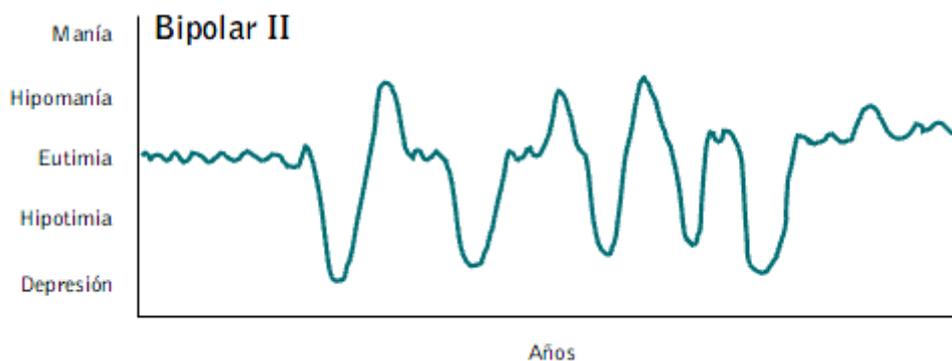


Figura 2. Ejemplo de paciente con Trastorno Bipolar II (Vieta, Colom y Martínez-Arán, 2004).

3. Ciclotimia

La ciclotimia consiste en la sucesión de hipomanías y fases depresivas leves o moderadas; es frecuente que quien la padece no haya pedido nunca atención psiquiátrica. Esto se produce, en parte porque no es consciente del trastorno, y en parte porque ignora que, aunque leve, en realidad se trata de una enfermedad crónica que puede condicionar mucho las decisiones de su vida y puede mejorar con tratamiento.

El ciclotímico suele ser visto por los demás como inestable, imprevisible o «lunático» (en referencia a las fases de la luna, que en el saber popular se relacionan con las oscilaciones anímicas). Su inestabilidad es tan habitual que acaba confundándose con su carácter (y quizá diremos que tienen un carácter difícil, o que nunca se sabe con qué pie se levantan de la cama). Muchos pacientes bipolares I y II son también ciclotímicos, es decir, aparte de los episodios «importantes» de la enfermedad, también presentan frecuentes oscilaciones leves.

La ciclotimia, como todas las formas de trastorno bipolar, predispone a una vida turbulenta y a dificultades de interacción social. Algunos pacientes se refugian en las drogas (sobre todo el alcohol), el juego o el aislamiento social, a causa de sus dificultades para controlar las propias emociones. En la **Figura 3** podemos observar lo que podría ser una representación gráfica de la Ciclotimia, podemos ver que se trata de una inestabilidad emocional continua, con subidas y bajadas entre la hipomanía y a hipotimia de poca intensidad se trata de la llamada eutimia.

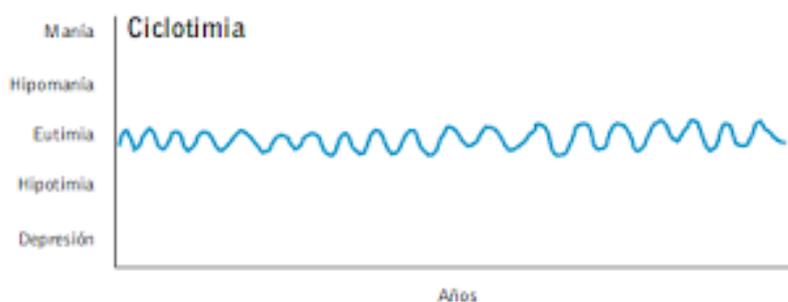


Figura 3. Ejemplo de paciente con Ciclotimia (Vieta, Colom y Martínez-Arán, 2004).

Causas de la enfermedad.

En cuanto a las causas de la enfermedad, los factores genéticos podrían ser la causa principal. Se llega a esta conclusión después de diferentes estudios que ponen de relieve la existencia de varios miembros diagnosticados con esta enfermedad en una misma familia. Por otro lado, estudios genéticos en diferentes cromosomas avalan esta posibilidad.

Las alteraciones genéticas probablemente implican una disfunción en el sistema límbico, que son un conjunto de estructuras del sistema nervioso central cuya función es la regulación del estado de ánimo. Es decir, actuaría como un termostato para el humor y evitaría que sin causa justificada se pasase a estar depresivos y a la vez excesivamente eufóricos. Además de regular el estado de ánimo, se encarga de la conducta sexual, el apetito y el sueño.

En aquellas personas genéticamente predispuestas a padecer la enfermedad, algunos aspectos del entorno, como el consumo de drogas, entre ellas el alcohol, o algunas situaciones muy estresantes emocionalmente, pueden desencadenar el inicio de los síntomas (Vieta y cols., 2004).

Curso del Trastorno Bipolar (TB).

Sobre el curso del TB se llega a la conclusión de que este trastorno tiende a presentar una evolución crónica y recurrente. Un estudio longitudinal prospectivo durante 25 años (Solomon y cols., 2010) llegó a la conclusión de que existe una gran variabilidad de un individuo a otro en el número de episodios experimentados, pero el promedio es de 6. Según este estudio, la duración promedio de los episodios es de 13 semanas aunque la probabilidad de recuperarse es menor para aquellos pacientes que han sufrido más episodios y para los episodios depresivos mayores frente a los maníacos, siendo mayores las dificultades de recuperación para aquellos pacientes que han sufrido ciclos rápidos (más de 4 episodios en un año), los cuales tienen una prevalencia del 20% (Mackin y Young., 2004). Además, en los pacientes que presentan un patrón recurrente de episodios el periodo de eutimia suele acortarse, lo que sugiere una mayor frecuencia de episodios (Kessing, Hansen, Andersen y Angst., 2004).

Evolución

La evolución de la enfermedad es en general buena si se sigue el tratamiento. Sin embargo, de no ser así, la evolución suele ser muy negativa, con múltiples recaídas y graves consecuencias familiares, laborales y sociales.

El trastorno bipolar suele desarrollarse de forma imperceptible durante la adolescencia, etapa ya de por sí proclive a la inestabilidad emocional, alcanzando su esplendor en la edad adulta, en forma de fase maníaca o depresiva. El primer episodio suele venir precedido por una situación ambiental estresante. Sin embargo, a partir de ahí la enfermedad se va separando de las circunstancias ambientales y psicológicas, de modo que los mecanismos biológicos reguladores del estado de ánimo parecen entrar en una oscilación permanente, que lleva a la persona a perder el punto de referencia de su estado anímico habitual. Las recaídas hacen que el individuo se vuelva más vulnerable al estrés de forma que, algunos pacientes, pueden llegar a presentar “ciclación rápida”, antes mencionada.

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial se debe realizar tanto con aquellos trastornos en los que en el curso hay presencia de episodios depresivos, como es el caso de la depresión mayor recurrente o la ciclotimia, como en aquellos otros estados con síntomas semejantes a los que aparecen en los episodios maníacos, como es el caso de la esquizofrenia o de los trastornos esquizoafectivos. También se debe realizar el diagnóstico diferencial con el abuso de sustancias u otros trastornos mentales orgánicos, en el que pueden aparecer síntomas maníacos o depresivos (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

- Depresión Mayor Recurrente: Es el principal diagnóstico diferencial, especialmente del trastorno bipolar tipo II. Ambos trastornos cursan con episodios depresivos pero en el TB debe aparecer, además, por lo menos un episodio de manía o hipomanía. Ya se ha referido la actual controversia acerca de la duración de la sintomatología para constituir un cuadro de hipomanía (actualmente 4 días). En la Depresión Mayor Recurrente sólo deben aparecer

descompensaciones hacia el polo depresivo. Sin embargo, ante cualquier paciente depresivo, el clínico debe interrogar sobre los siguientes datos sugerentes de bipolaridad: episodios previos de ánimo elevado, antecedentes familiares de TB, historia previa de síntomas psicóticos, inicio precoz del trastorno y falta de respuesta (o respuesta rápida y excesiva) a los antidepresivos (Angst y cols., 2011; Leyton y Barrera, 2010).

- Ciclotimia: Para diferenciar TB II y ciclotimia hay que prestar especial atención en la historia de la enfermedad y la duración de los episodios. Ambos trastornos se asocian a episodios hipomaníacos, pero en la ciclotimia los síntomas depresivos son menos graves y no cumplen la severidad y duración para un diagnóstico de episodio depresivo. En la práctica es difícil diferenciar ambos trastornos sin un seguimiento largo en el tiempo e información de otras fuentes como miembros de la familia.
- Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo: Los estados agudos de manía se parecen a la esquizofrenia. Entre 1/10 y una 1/5 parte de los pacientes maníacos presentan signos clásicos de esquizofrenia y en ambos trastornos pueden tener síntomas psicóticos graves tales como trastorno del pensamiento, delirios o alucinaciones. Sin embargo, típicamente, los delirios y alucinaciones en la manía son menos estables que en la esquizofrenia, el contenido de los mismos es generalmente congruentes o en relación con el estado de ánimo del paciente y las alucinaciones auditivas suelen ser en segunda más que en tercera persona. Algunas veces el contenido de los delirios y alucinaciones son incongruentes con el estado de ánimo y las alucinaciones auditivas son en tercera persona, como en la esquizofrenia. El TB es más probable si el individuo ha presentado previamente episodios depresivos, hipomanía o manía, o tiene una historia familiar de TB. Los individuos con predominio de síntomas psicóticos que tienen trastorno del humor es más apropiado que sean diagnosticados de trastorno esquizoafectivo, aunque es difícil de distinguir de las formas severas de TB. El diagnóstico de esta enfermedad se debe emplear cuando hay episodios claros de manía y depresión, y no hay síntomas psicóticos que duren más de dos semanas antes o después de que el episodio maníaco o depresivo se haya resuelto. El

diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se debería usar cuando hay al menos un episodio donde los síntomas psicóticos dominen el cuadro clínico y los síntomas afectivos son fugaces, o los síntomas psicóticos persisten durante más de 2 semanas sin la presencia de ningún síntoma de trastorno del humor.

- Trastorno límite de la personalidad (TLP): La desregulación emocional propia de este trastorno debe diferenciarse de las descompensaciones del trastorno bipolar. El TLP se caracteriza por una inestabilidad global que afecta al estado de ánimo, la autoimagen y la conducta, y por un patrón arraigado de relación interpersonal basado en la idealización/devaluación de los demás. Estos pacientes muestran una dificultad intrínseca y permanente para establecer vínculos estables, lo cual no ocurre en los pacientes bipolares estabilizados. En el TLP, la ira descontrolada, la auto o heteroagresividad, las amenazas o gestos autolíticos y las conductas de riesgo suelen estar desencadenadas por conflictos interpersonales y problemas vinculares (miedo al rechazo o abandono). En una evaluación longitudinal del desarrollo de su personalidad, aparecen unos rasgos presentes desde la adolescencia que predisponen a oscilaciones anímicas muy reactivas a la interacción ambiental. En ocasiones, cuesta diferenciarlo del trastorno bipolar con ciclación rápida (> 4 ciclos en un año) o ultrarrápida (oscilaciones anímicas en horas o días).
- Abuso de sustancias: Síntomas de tipo maníaco pueden ser el resultado de usar drogas estimulantes como cocaína, éxtasis, o anfetaminas. Es típico que los síntomas desaparezcan en 7 días después de retirar la sustancia, mientras que los síntomas maníacos duran mucho más. Ya que el abuso de sustancias es una comorbilidad común en el TB, diferenciar la manía de los efectos del abuso de sustancias puede ser un problema. El profesional debe prestar mucha atención a la gravedad y duración de los síntomas para diferenciar entre un episodio maníaco y los efectos de la sustancia usada. Un historial claro de abuso de drogas estimulantes precediendo a cualquier síntoma maníaco sin una historia previa de episodios maníacos, hipomaníacos o estados mixtos no precedidos por el uso de drogas estimulantes podría apuntar a que este episodio ha sido inducido por drogas. Sin embargo, el médico debe asegurarse de un adecuado diagnóstico centrándose en la severidad y duración de los síntomas actuales y

estar abierto a la posibilidad de que este episodio pueda ser la primera presentación de un TB donde las drogas han tenido un efecto gatillo.

1.3. PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN

La evaluación supone un elemento clave para poder llegar al diagnóstico del Trastorno Bipolar, ya que este tipo de trastorno presenta un diagnóstico diferencial donde los síntomas pueden confundirse fácilmente con los de otros trastornos y realizar un mal diagnóstico. La evaluación exige una completa anamnesis y exploración tanto psiquiátrica como somática.

Pueden ser necesarias varias entrevistas para poder realizar una evaluación completa que nos permita conocer mejor la historia evolutiva del trastorno, y ampliar el conocimiento de los antecedentes personales y familiares del paciente. Es conveniente completar la anamnesis con la información que puede aportar un familiar cercano o una persona que conviva con el paciente.

También puede ser necesario realizar algún cuestionario de *screening* o de detección sistemática.

El uso de escalas que permitan una valoración psicométrica de los síntomas afectivos tanto en el momento del diagnóstico como en el control evolutivo, puede ayudar a tener un mejor conocimiento de la situación de partida y dar más objetividad a la hora de evaluar la respuesta a los tratamientos, pero siempre secundario a la entrevista clínica.

Lo ideal para una completa evaluación sería tener en cuenta todas las formas posibles para el diagnóstico del Trastorno Bipolar y de esta manera hacerlo más efectivo.

Los objetivos generales de la evaluación (Muñoz, 2003) son los siguientes:

- Exploración de síntomas
- Diagnósticos
- Análisis de la comorbilidad
- Consecuencias en el funcionamiento psicosocial
- Análisis de la demanda

- Historia del problema
- Análisis de factores asociados al inicio y/o mantenimiento del problema
- Características del paciente y su contexto relevantes para la comprensión y tratamiento del caso
- Formulación del caso y entrevista de devolución
- Evaluación del proceso terapéutico
- Evaluación de la eficacia del tratamiento

Observación:

Una de las mejores técnicas de evaluación para conocer de primera mano los síntomas del posible trastorno es la observación. De esta forma podemos ver en directo el comportamiento del paciente y en base al juicio clínico saber si se trata o no de un trastorno bipolar. Se analizan diversas dimensiones, como la de organización del pensamiento, el tipo de creencias disfuncionales o la comunicación no verbal entre otras.

Cuestionario Camberwell para la Evaluación de Necesidades (CAN R) (Phelan, Thornicroft y cols., 1993), es un instrumento que permite la evaluación sistemática y regular de las necesidades de pacientes con trastorno mental, dirigido a la población adulta. Consta de 88 ítems divididos en 22 áreas: alojamiento, alimentación, cuidado del hogar, cuidado personal, actividades diarias, salud física, síntomas psicóticos, información acerca del estado y tratamiento, angustia, seguridad hacia sí mismo, seguridad de los otros, alcohol, drogas, compañía, relaciones de pareja, sexualidad, cuidado de los hijos, educación básica, teléfono, transporte, dinero y ayudas sociales.

Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANNS) (Kay, Fiszbein, Opler; 1987), como instrumento podría clasificarse como una entrevista y una escala de observación. Pretende evaluar el síndrome esquizofrénico desde el punto de vista dimensional (evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo y la psicopatología general de dicho trastorno) y desde el categorial (clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto, pudiendo así servir como indicador de pronóstico ya que en aquellos casos donde predomina síntomas negativos supone tener una peor evolución).

También sirve para evaluar cómo va actuando la medicación en cada paciente; mejora, empeora o se mantienen los síntomas. Está dirigido a paciente con trastorno esquizofrénico, pero también puede ser de utilidad en pacientes con Trastorno Bipolar, ya que éstos en fase maníaca pueden presentar síntomas negativos y positivos. Consta de 30 ítems; 7 para la escala positiva (PANSS-P), 7 para la escala negativa (PANSS-N) y 16 para la escala de psicopatología general (PANSS-PG).

Escala positiva (PANSS-P): evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal; estos son delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia/perjuicio y hostilidad.

Escala negativa (PANSS-N): evalúa los déficits respecto a un estado mental normal; estos son embotamiento afectivo, retracción emocional, pobre relación, retracción social/apatía pasiva, dificultad de pensamiento abstracto, falta de espontaneidad/fluidez de la conversación y pensamiento estereotipado.

Escala de psicopatología general (PANSS-PG): evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico; estos son preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismos y posturas, depresión, retardo motor, falta de colaboración, inusuales contenidos del pensamiento, desorientación, atención deficiente, ausencia de juicio e introspección, trastorno de la volición, control deficiente de impulsos, preocupación y evitación social activa.

Escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de la escala positiva sobre la negativa o viceversa.

Para la evaluación del estado clínico global considerando el Trastorno Bipolar diacrónicamente se recomienda utilizar la Escala de Impresión Clínica Global para el Trastorno Bipolar Modificada (CGI-BP-M) (Vieta y cols., 2002).

Entrevista:

Las entrevistas se centran en el análisis del problema concreto del paciente y proporcionan los datos que permiten orientar los siguientes pasos en el proceso diagnóstico. La entrevista clínica suele ser la primera forma de contacto, las entrevistas formales, estructuradas o semiestructuradas suelen ser las más recomendadas, puesto que permiten una mayor objetividad en la toma de datos.

Existen 3 instrumentos de ayuda diagnóstica para los trastornos mentales y/o del comportamiento muy conocidos, que son la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) (Sheehan, Lecrubier; 1992, 1994, 1998), las Entrevista Clínica Estructurada para los Diagnósticos del Eje I y II del DSM-IV (SCID I y II), y el Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN) (Wing y cols., 1990). Se trata de entrevistas estructuradas que ayudan al clínico a explorar los criterios diagnósticos de los trastornos mentales y/o del comportamiento de acuerdo a las clasificaciones internacionales, CIE-10 y DSM-IV.

La Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I), (First, Spitzer y Williams, 1996) podría ser una buena forma de entrevista para la evaluación del TB. Se trata de una entrevista semiestructurada, dirigida a la población en general.

La SCID-I recoge información sobre datos demográficos, historia laboral, historia psiquiátrica actual y pasada, tratamientos y evaluación del funcionamiento actual. Contiene nueve módulos referidos a episodios afectivos, síntomas y trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, uso de sustancias, trastornos somatoformes, de la alimentación y adaptativos.

Autoinformes:

El empleo de escalas que permitan una valoración psicométrica de los síntomas afectivos tanto en el momento del diagnóstico como en el control evolutivo, puede ayudar a tener un mejor conocimiento de la situación de partida y a dar más objetividad a la hora de evaluar la respuesta a los tratamientos, pero en ningún caso

puede sustituir a la entrevista clínica. Esta además de proporcionarnos una visión general de la sintomatología y de la repercusión que esta tiene sobre la vida del paciente y su funcionamiento, nos aporta los elementos narrativos que van a ser claves para que la alianza terapéutica se establezca.

Existen instrumentos de cribado y escalas específicas para valorar la intensidad sintomatológica en el TB que pueden resultar de gran ayuda, pero que en ningún caso deben sustituir a la entrevista clínica. A continuación explicaremos algunos de ellos:

Screening o cribado:

El Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ), (Hirschfeld, 2000) es un formulario de detección que puede ayudar a identificar a los pacientes con trastornos bipolares. Está adaptado y validado al español. Es un inventario autoadministrado, breve, fácil de usar que ha sido validado contra la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID).

El Listado de Síntomas de Hipomanía-32 (Hypomania Symptom Checklist, HCL-32), (Angst, 2005) es un cuestionario validado al español diseñado para la detección de episodios de hipomanía, pasados y presentes. El HCL-32 es autoadministrado y puede ser completado por los pacientes en 5 o 10 minutos. Consta de 9 preguntas que nos dan información del estado actual del paciente, su estado de ánimo en comparación con el de otros, así como los periodos de estado de ánimo elevado, incluyendo sintomatología, frecuencia, duración e impacto social. Puede ser muy útil para la detección de TB y episodios previos de hipomanía.

En la evaluación del trastorno bipolar de niños y adolescentes, se pueden utilizar la KSADS Mania Rating Scale (KMRS) derivada de la entrevista semiestructurada Kiddy-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children) o la Children Depression Rating Scale (CDRS).

Las escalas universalmente utilizadas para evaluar la gravedad de la sintomatología del Trastorno Bipolar han sido validadas para su utilización en nuestro país.

Tal es el caso de la Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) (Hamilton, 1960, 1967). La más utilizada es la original con 21 elementos. Se han aislado 6 factores: ansiedad somática, peso, alteración cognitiva, variación diurna, ralentización y alteraciones del sueño. La escala se aplica por el profesional como una entrevista estructurada y también puede ser cumplimentada por el sujeto como un autoinforme.

El cuestionario Beck Depression Inventory (BDI) (Beck y cols., 1961, 1972). Consta de 21 elementos y se han obtenido dos factores: Somatización y autoconcepto negativo.

La Escala de Young para la Evaluación de la Manía (YMRS), (Young., 1978), es el instrumento más utilizado para evaluar los episodios maníacos, con una probable validez para evaluar la gravedad e intensidad sintomática y la respuesta del tratamiento. Consta de 11 ítems, que reflejan grados crecientes de intensidad sintomática y que miden síntomas diferentes característicos de una fase maníaca: Euforia, aumento de actividad y energía, interés sexual, sueño, irritabilidad, ritmo y cantidad de discurso, trastorno del lenguaje y del pensamiento, contenido del pensamiento, conducta alterada agresiva, apariencia e insight o conciencia de sí mismo.

Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos (EVMAC), se trata de una escala heteroaplicada que evalúa la gravedad de la sintomatología maníaca y psicótica, está dirigida a pacientes con Trastorno Bipolar. Consta de 15 ítems agrupados en 2 subescalas; manía y psicoticismo.

Escalas de Bech-Rafaelsen de Melancolía (MES) (Bech., 1978), consta de 11 ítems los cuales están valorados mediante un baremo de 5 puntos. El contenido de los ítems está referido a las siguientes áreas: humor deprimido, sensación de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos generales. Evalúa la severidad de los síntomas de la depresión, en especial los pacientes melancólicos y con enlentecimiento; y Manía (MAS), (Bech., 1978), es una escala heteroaplicada, no está considerada como un instrumento de diagnóstico. Se utiliza para evaluar la gravedad de los síntomas anímicos del paciente, y el seguimiento de su evolución clínica. Consta de 11 ítems que han de ser valorados mediante una escala de 5 puntos. Los ítems se

refieren a síntomas maníacos. A su vez, cada uno de estos ítems se describe en 5 niveles de intensidad.

1.4. PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN:

El abordaje de las distintas fases del Trastorno Bipolar exige una elección precisa de los diferentes tipos de intervenciones disponibles, su adecuada articulación, así como la opción de ámbito de intervención más adecuada.

A continuación, describiremos el análisis de los distintos tipos de intervención, tanto farmacológica como psicosocial.

1.4.1. FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico del Trastorno Bipolar constituye un elemento fundamental en todas sus fases. Los objetivos específicos del tratamiento son reducir la intensidad, frecuencia y consecuencias de los episodios agudos, y mejorar el funcionamiento global y la calidad de vida entre ellos, mantener al paciente estable y compensado, ya que por ahora la enfermedad no puede curarse. Aunque, en ocasiones, hay pacientes que llegan a estabilizarse durante tanto tiempo que su situación es prácticamente equiparable a una curación.

Previo a elegir la opción farmacológica oportuna para cada momento clínico del paciente, es preciso valorar cuidadosamente el tipo y curso clínico del trastorno en cuestión, es decir, el número de episodios previos, la gravedad de los mismos, la polaridad, el tipo de sintomatología predominante (p. ej. desarrollo o no de síntomas psicóticos, síntomas mixtos, agitación psicomotriz etc.), los antecedentes de comorbilidad o complicaciones (enfermedades somáticas, tentativas autolíticas, heteroagresividad...), el tiempo transcurrido desde el último episodio, el grado de funcionalidad interepisódica, la conciencia de enfermedad y el grado de adherencia, el acceso a los recursos sanitarios para controles periódicos y, en especial, la respuesta previa a tratamientos previos.

Cada fase del trastorno exige una estrategia diferente de tratamiento, por lo que el psiquiatra debe reevaluarlo constantemente. En los casos moderados y graves es frecuente la politerapia y, como principio general, consideramos que la clave de este

complejo tratamiento es pensar a largo plazo más que en la inmediatez del episodio agudo. Se trata de una enfermedad crónica y recidivante, que requerirá en muchos casos tratamientos indefinidos. Por ello, el psiquiatra elegirá aquel tratamiento que sea eficaz pero evitando el viraje o el empeoramiento del curso clínico global de la enfermedad (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno Bipolar, 2012).

El abandono del tratamiento farmacológico constituye la primera causa de recaída (Suppes, Baldessarini, Faedda y Tohen, 1991). La baja adherencia al tratamiento es, por tanto, un aspecto decisivo sobre el que hay que insistir en la comunicación con el paciente.

En torno al 50% de los pacientes bipolares abandonan la medicación por su cuenta a lo largo de la enfermedad (Colom y cols., 2000) y más del 90% lo consideran en algún momento.

La mala adherencia puede ser absoluta (negligencia completa de las indicaciones dictadas por su médico), parcial selectiva (el paciente rechaza un determinado tipo de tratamiento pero no otro), intermitente (con “vacaciones de tratamiento”) o tardía (el paciente sigue las prescripciones tras sufrir varias recaídas).

Otra forma de incumplimiento terapéutico es el consumo abusivo de fármacos, especialmente benzodiazepinas. Finalmente, insistir en que la adherencia no se ciñe a la toma de medicación sino también incluye la asistencia a las citas programadas o el cumplimiento de las pautas de conducta y estilos de vida. Son múltiples los factores asociados a esta tendencia a la baja adherencia en el Trastorno Bipolar, destacando la baja conciencia de enfermedad, las creencias irracionales acerca de los medicamentos, el estigma social, la aparición de efectos secundarios o el consumo simultáneo de tóxicos.

Durante los años 50 surgió la aparición del litio, lo que supuso un cambio radical para el tratamiento y pronóstico del trastorno bipolar. Hoy día sigue siendo un tratamiento

de primera línea y la medicación socialmente más identificada con el trastorno. Sin embargo, desde entonces se han incorporado numerosos fármacos eficaces, como los anticonvulsivos, los antipsicóticos, las benzodiacepinas y los antidepresivos.

A continuación detallaremos las opciones farmacológicas que más se utilizan (Zamora, 2012).

1. Estabilizadores del estado de ánimo o eutimizantes: Constituyen el tratamiento principal de la enfermedad bipolar. Son los encargados de mantener la estabilidad del estado de ánimo. Su finalidad no es sólo evitar que se produzcan nuevos episodios, si no reducir la gravedad y duración de una hipotética nueva recaída. El fármaco principal y más conocido es el litio. El resto de fármacos utilizados como eutimizantes son los antiepilépticos, como el ácido valproico, la carbamazepina, la oxcarbazepina, la lamotrigina, etc.

2. Antipsicóticos: Se utilizan principalmente en la fase maníaca e hipomaníaca, pero también en las fases depresivas, especialmente los atípicos, tales como olanzapina, risperidona, aripiprazol, quetiapina, clozapina, etc. Los antipsicóticos clásicos, típicos o neurolepticos, como el haloperidol, fueron durante décadas imprescindibles para el tratamiento de las fases maníacas y aún hoy siguen usándose por su rapidez de acción en no pocos casos.

3. Antidepresivos: Utilizados para las fases depresivas, aunque siempre con la precaución de administrarlos simultáneamente con un estabilizador del estado de ánimo por su potencial de inducción de fases maníacas, mixtas o incluso ciclación rápida. Tanto los tricíclicos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRNS) y otros grupos tienen utilidad en la fase depresiva de la enfermedad bipolar.

4. Benzodiacepinas: Como tratamiento coadyuvante y sintomático en cualquier fase de la enfermedad. Se trata de un medicamento psicotrópico que actúan sobre el sistema nervioso central, con efecto sedante, hipnótico, ansiolítico, anticonvulsivo, amnésico y miorrelajante.

5. Hipnóticos: Los fármacos hipnóticos son drogas psicotrópicas psicoactivas que inducen somnolencia y sueño.

1.4.2. PSICOLÓGICO Y SOCIAL

Más allá del tratamiento farmacológico, los pacientes con Trastorno Bipolar necesitan un abordaje que incluyan la dimensión psicológica y social, no sólo para no tener más episodios, sino para mejorar la calidad de vida, aceptar la enfermedad y aprender a convivir con ella, borrar los residuos de los episodios depresivos, mejorar la autoestima, controlar el estrés y, sobre todo, aprender a reconocer y prevenir la aparición de un nuevo episodio. En este caso, añadir un tratamiento psicológico al tratamiento médico puede resultar muy útil (Lam, 2009; Miklowitz, 2009). Es necesario matizar que no todos los tratamientos psicológicos son igualmente adecuados para un paciente con trastorno bipolar.

Existe cierta evidencia preliminar de que las intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas pueden aumentar el efecto profiláctico de la medicación mejorando la adherencia al tratamiento y el funcionamiento psicosocial (Basco y Rush, 1995; Cochran, 1984).

Algunas revisiones sistemáticas y metanálisis (Lam, 2009; Miklowitz, 2009; Scott, 2007) señalan la eficacia de la introducción de determinadas intervenciones psicológicas como la psicoeducación, la Terapia Cognitivo Conductual y la Intervención familiar en el Trastorno Bipolar. Estas intervenciones siempre deberían realizarse de forma complementaria al tratamiento farmacológico y llevarse a cabo por profesionales con experiencia en dichos abordajes y en el manejo de pacientes con trastorno bipolar.

Objetivos de la psicoterapia en los trastornos bipolares (Colom y cols., 1998)

1. Fomentar la conciencia de enfermedad
2. Mejorar el cumplimiento de la medicación
3. Mejorar el apoyo social y familiar
4. Evitar el consumo de drogas
5. Fomentar el reconocimiento precoz de síntomas de recaída

8. Prevención de complicaciones de la enfermedad (suicidio, rupturas afectivas, problemas laborales y/o económicos, etc.)
9. Manejo y prevención del estrés
10. Adecuación del estilo de vida

Otros informes que describen terapias de grupo a corto y largo plazo (combinadas con farmacoterapia) sugieren también que el tratamiento psicosocial puede ser útil para reducir la frecuencia y la duración de las recaídas y/o la necesidad de hospitalización en pacientes bipolares (Benson, 1975; Powell, Othmer y Sinkhorn, 1977; Shakir, Volkmar y Bacon, 1979; Wulsin, Bachop y Hoffman, 1988).

En las intervenciones psicológicas nos encontramos diferentes tipos de tratamientos que pretenden abordar el Trastorno Bipolar desde una perspectiva distinta y complementando el abordaje farmacológico.

A continuación detallaremos las principales **intervenciones psicológicas** para el tratamiento del trastorno bipolar.

Psicoeducación

En pacientes con trastorno bipolar en tratamiento farmacológico, la psicoeducación individual centrada en el entrenamiento para la identificación precoz y actuación ante los pródromos es eficaz para la prevención de episodios maníacos (Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy y Limb, 1999).

En pacientes con trastorno bipolar que se encuentran en fase de eutimia y en tratamiento farmacológico, la psicoeducación grupal contribuye a la prevención de recaídas, manteniéndose dicho efecto a los 5 años de seguimiento (Colom y Cols., 2009).

Deberían constituir puntos básicos en cualquier programa de psicoeducación. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012):

- Incrementar la conciencia de enfermedad.
- Potenciar la adherencia al tratamiento.
- Aprender las características básicas (efectos terapéuticos y secundarios) del tratamiento farmacológico. Mejorar el seguimiento del tratamiento.
- El entrenamiento en el reconocimiento de síntomas y signos de recaída.
- El aprendizaje de recursos para intervenir de manera precoz ante una recaída.
- El dominio de un patrón de hábitos de vida saludables (sueño, trabajo) que facilitan permanecer sin síntomas.
- La detección y modificación de pensamientos inadecuados respecto de la enfermedad.
- Aprender a reconocer y controlar situaciones estresantes.

El modelo psicoeducativo está inspirado en el modelo médico e intenta mejorar el cumplimiento farmacológico, facilitar la identificación precoz de síntomas de recaída, afrontar las consecuencias psicosociales de los episodios previos y prevenir las del futuro dotando, en definitiva, a los pacientes y a sus familiares de habilidades en el manejo de la enfermedad, con el objetivo de mejorar su curso (Zamora, 2012). La psicoeducación ha sido aplicada con éxito a grupos de pacientes (Colom y cols., 2003) y a familiares (Miklowitz y cols., 2003), pues ha reducido de forma eficaz las recaídas. Una de las razones de la eficacia de la psicoeducación es la mejoría del cumplimiento de la medicación, pero no la única (Colom y cols., 2003).

Se desarrolla en un marco de colaboración activa y de confianza profesional-paciente, considerando también las propias experiencias de los pacientes en la vivencia de su problemática.

Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

El paradigma en el que se basa es la existencia de la interacción entre pensamientos, emociones y comportamientos. La forma de pensar condiciona cómo las personas sienten y actúan.

Una intervención terapéutica, como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), puede aumentar el control médico a través de:

- a. La mejora de la adherencia a la farmacoterapia;
- b. Ayudar a los pacientes a identificar síntomas subsindrómicos, de modo que una intervención temprana pueda evitar una recurrencia o recaída total o limite quizás la potencia de un nuevo episodio;
- c. Proporcionar a los pacientes técnicas que ayuden a detener el empeoramiento de los síntomas subsindrómicos; y
- d. Enseñar a los pacientes estrategias para afrontar los estímulos estresantes sociales e interpersonales que puedan ser factores desencadenantes o exacerbantes en las manifestaciones de los síntomas.

Los pacientes que reciben Terapia Cognitivo Conductual aprenden a observar sus síntomas más de cerca, de modo que pueda detectarse el resurgimiento de éstos en los primeros momentos de su desarrollo, permitiendo así la intervención temprana y la evitación de una recurrencia del trastorno (Caballo, 2007).

En la depresión grave, el empezar con TCC en combinación con la terapia farmacológica, mientras los pacientes se encuentran todavía hospitalizados y continuar el tratamiento durante cinco meses después de darles el alta, puede mejorar los resultados (Miller, Norman y Keitner, 1989). La ventaja del tratamiento combinado de TCC con terapia farmacológica era más evidente en los pacientes con puntuaciones elevadas en la escala de actitudes disfuncionales (Miller y cols., 1990) y en las medidas de desesperanza y de distorsiones cognitivas (Whisman y cols., 1991).

Los principales objetivos de la TCC para el trastorno bipolar son:

1. Educar a los pacientes y a las personas importantes de su entorno sobre el trastorno, su tratamiento y las frecuentes dificultades asociadas con el mismo.
2. Enseñar a los pacientes métodos para registrar la ocurrencia, la gravedad y el curso de los síntomas maníacos y depresivos que permitan una intervención temprana si los síntomas empeorasen.

3. Facilitar la adherencia a la medicación prescrita eliminando los obstáculos que interfieren con dicha adherencia.
4. Proporcionar estrategias no farmacológicas para afrontar los síntomas conductuales y cognitivos de la manía y de la depresión.
5. Enseñar habilidades para afrontar los problemas psicológicos que desencadenan, o son secuelas, de los episodios depresivos y maníacos.

Dentro de la Terapia Cognitivo Conductual podemos encontrar distintas estrategias de intervención, a continuación detallaremos estas técnicas adaptadas al trastorno bipolar (Caballo, 2007). Con estas técnicas se pretende entrenar al paciente en la detección y modificación de las distorsiones cognitivas y potenciar conductas que favorezcan un mejor afrontamiento de la enfermedad y sus consecuencias.

Reestructuración cognitiva: El análisis lógico de los pensamientos emocionalmente sesgados, bien sean pensamientos automáticos negativos asociados a la depresión, o bien pensamientos de sospecha o de ira que acompañan a la irritabilidad, o pensamientos manifiestamente positivos que acompañan a la manía, puede llevarse a cabo con técnicas de la terapia cognitiva tradicional, como la evaluación de su validez examinando las pruebas que los apoyan y los cuestionan o generando explicaciones alternativas. En el caso de pensamientos de irritación, de ira o paranoides, puede ser especialmente útil enseñar a los pacientes a conseguir una distancia emocional con respecto al estímulo del pensamiento antes de intentar evaluar su validez. Este distanciamiento emocional puede ser lo suficientemente poderoso como para ayudar al individuo a conseguir una perspectiva menos emocional y más precisa de la situación.

Toma de decisión/Solución de problemas: Es fácil distraerse por temas que se piensa están presionando al individuo y a su familia. Si el número de sesiones se limita por cuestiones económicas, puede que no haya tiempo suficiente para un entrenamiento en habilidades completo. Sin embargo, conforme el terapeuta ayuda al sujeto a solucionar las crisis, puede enseñarle habilidades de solución de problemas. Esto

permite que el paciente tenga una estructura para abordar futuros problemas cuando el terapeuta no puede estar presente.

La identificación y definición del problema es el primer paso para su solución, pero puede estar distorsionado o desdibujado por el estado de ánimo del paciente. Se le debería estimular a este a ser específico sobre la conducta, la situación, el momento y/o las circunstancias que son problemáticas.

Habilidades sociales: Uno de los obstáculos más frecuentes a la buena comunicación es la emoción. Ésta constituye un filtro a través del cual se pueden distorsionar los mensajes. El trastorno bipolar está caracterizado por cambios emocionales extremos que se acompañan por cambios en la visión de uno mismo y de los demás. Tanto los cambios cognitivos o actitudinales como los cambios emocionales afectarán a cómo son enviados y recibidos los mensajes. Esto tiene como resultado que en la posición de oyente se escuchen cosas diferentes de las que se intentaron enviar. Las respuestas reflejarán, a su vez, lo que se oyó en vez de lo que se intentó comunicar. En estas situaciones, no tarda mucho tiempo en desarrollarse la tensión o el conflicto. El objetivo de la terapia consiste en reducir los filtros que distorsionan la comunicación, de modo que el paciente pueda enviar mensajes a los demás de manera eficaz y recibirlos sin malinterpretarlos. Las siguientes constituyen un resumen de las reglas de comunicación que ayudarán al proceso:

- Permanece tranquilo/a. La ira dictará la elección de las palabras y de las soluciones que se ofrecen. Es mejor esperar hasta que se calme la emoción que arriesgarse a tomar decisiones erróneas en el calor de la ira.
- Organízate. Tómate el tiempo necesario para pensar sobre un problema y su posible solución antes de discutirlo con los demás.
- Sé específico. Las quejas globales (p. ej., «No puedo aguantarlo más», «No me apoyas») no se solucionan fácilmente y conducen normalmente a un mayor conflicto puesto que fuerza al que recibe la queja a defenderse, a menudo contraatacando. Se especifica la acción, el acontecimiento o el proceso que es problemático.
- Sé claro. El intentar ser amable por medio de expresiones vagas deja mucho espacio para la interpretación errónea.

- Sé un buen oyente. La escucha activa sin interrupción significa intentar comprender la perspectiva del que habla en vez de utilizar el tiempo de habla de la otra persona como una oportunidad para preparar una respuesta (o defenderse).
- Sé flexible. Considera las ideas de los demás antes de seleccionar una solución.
- Sé creativo/a. Al generar una solución a un problema específico es útil ir más allá de las estrategias empleadas en el pasado. Se imaginativo. Intenta nuevos planes. Si no funcionan, se puede utilizar otro método.
- Hazlo sencillo. Resiste el impulso de sacar a discusión otros problemas o temas que te vengan a la cabeza. Vigila la conversación para no apartarte del punto principal. Soluciona un problema cada vez.

Intervención Familiar

Se ofrece apoyo a los familiares con convivan con el paciente, para así incrementar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, y entrenarles en estrategias de afrontamiento que optimicen el manejo de la enfermedad y la reducción del estrés.

En este tipo de intervención se pueden diferenciar tres fases, un módulo psicoeducativo, entrenamiento en habilidades de comunicación y entrenamiento en resolución de problemas.

PARTE EMPÍRICA

1. ANAMNESIS E HISTORIA CLÍNICA

A continuación se presenta el caso de una paciente con trastorno bipolar.

Para documentar el caso clínico, se expone la información que ha podido obtenerse gracias a la colaboración del Hospital de Día de Villareal (Este centro pertenece al Consorcio Hospitalario del Hospital Provincial). En particular, los datos han sido extraídos tanto en la fase de evaluación diagnóstica, como en la intervención realizada con la paciente.

En aras a mantener la confidencialidad de la paciente, algunos datos han sido omitidos en la presente historia clínica.

1.1. DATOS PERSONALES

Mujer, 21 años

Lugar de residencia: Población rural

Estado civil: Soltera

Nivel de estudios: Graduado escolar

Situación actual de empleo: En paro

Situación familiar actual:

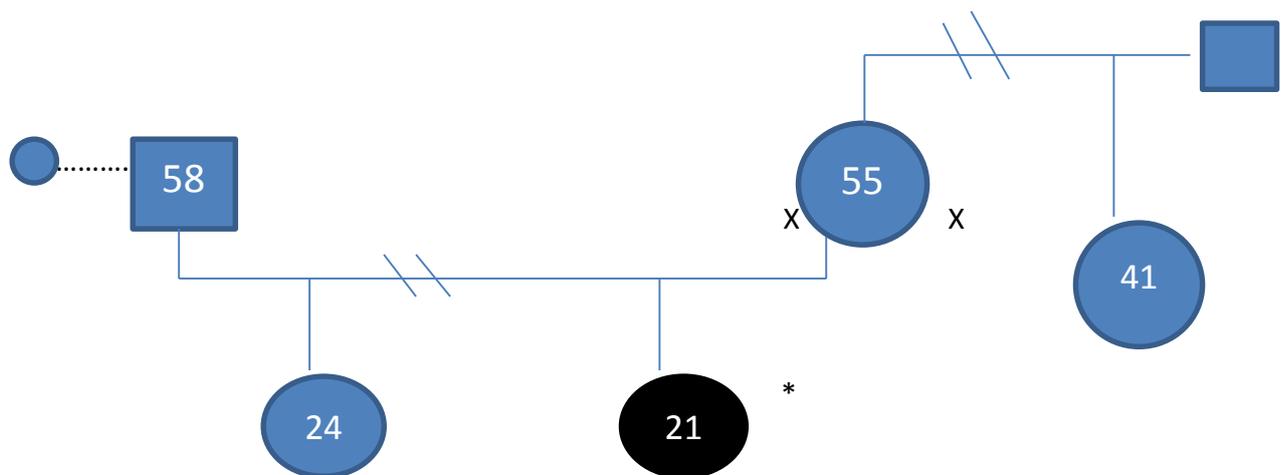


Figura 1.

La **figura 1** representa la situación actual de la paciente de su círculo familiar, en negro y con un asterisco se situaría la paciente de 21 años. Actualmente vive con su padre (58) y su hermana mediana (24), sus padres estaban separados, lo cual está marcado con dos líneas inclinadas, su madre (55) falleció con lo que lo he marcado con una x. Ésta tuvo una hija mayor (41) de una relación anterior con la que también estaba separada.

1.2. ANTECEDENTES

Antecedentes personales:

Años atrás acude a psicólogo para valoración, pero no volvió. Nota aclaratoria: La paciente no recuerda exactamente a qué edad acudió, ni tampoco para que, sólo que fue hace algunos años, a la edad de 10 años más o menos.

No ha tomado psicofármacos anteriormente.

Es consumidora de THC (Tetrahidrocannabinol, "Cannabis") desde la adolescencia.

No refiere antecedentes médicos.

Alergia a las avispas.

Antecedentes Familiares:

Madre:

Posible trastorno de personalidad cluster B: Abuso de THC, VHC positivo (hepatitis C), VIH positivo.

Detectaron tumor cerebral, ello le llevó a tener problemas de conducta, la madre fallece en un año desde que le detectan el tumor.

Hermana mediana: Posibles rasgos de personalidad de cluster B.

Primo paterno: Enfermedad mental sin especificar.

1.3. HISTORIA PREVIA AL TRASTORNO

En este apartado comentaremos su historia previa hasta el momento del primer episodio y su paso por la sala de agudos del Hospital Provincial de Castellón, repasaremos su historia familiar y personal y así poder relacionarlo hasta llegar al primer episodio maniaco y su posterior evolución.

La paciente N es la menor de tres hermanas, la mayor es de una relación anterior de su madre con otra pareja, tiene 40 años, actualmente vive en otra ciudad y no tienen relación. La otra hermana vive hoy día con ella en la casa familiar, tiene 24 años.

La infancia de la paciente se llevó a cabo en una población rural, en un piso, hasta que los padres decidieron cambiar de residencia a una alquería a las afueras de esa población rural. Esto a ella le supuso un cambio que no le favoreció anímicamente.

Sus etapas evolutivas fueron normales, pero tuvo problemas de acoso en el colegio, sus compañeros de clase se metían con ella, la insultaban. La escolarización normal aunque con dificultades ya que el ambiente familiar en casa no favorecía su desarrollo en la escuela. Estudió hasta los 16 años, obteniendo el título de la E.S.O. a través de un programa de PQPI (rama administrativa). Comenzó bachiller pero se lo dejó porque tenía dificultades con las matemáticas y el inglés.

La situación de su entorno familiar nunca ha sido fácil, sus padres discutían mucho, su madre tenía comportamientos muy raros y extravagantes, se gastaba mucho dinero de la economía familiar en porros, tabaco y alcohol. La paciente expresar sentirse apoyada en sus tías (hermanas de su padre).

En Julio de 2012 diagnostican a su madre de cáncer y a su vez sus padres se separan de forma conflictiva, con orden de alejamiento por supuestos malos tratos del padre hacia la madre, su padre se marcha a vivir a una población rural cercana y ella y su hermana mediana se quedan con la madre a vivir en la casa familiar. La madre

presenta otra denuncia al cabo del tiempo hacia sus hijas porque refiere no querer que vivan con ella en su casa.

En julio de 2013 la paciente tiene un primer episodio maniáco con lo que es ingresada en la sala de agudos del hospital provincial durante dos meses, en agosto de 2013, mientras está ingresada, fallece su madre y al alta del ingreso hospitalario se va a vivir al domicilio familiar con su padre y su hermana mediana.

En referencia al primer episodio (Julio 2013)

Durante el último año (2012/2013) la paciente ha estado sometida a un alto nivel de estrés por diversos motivos:

- A su madre le diagnostican un tumor cerebral, durante esta enfermedad la madre presenta alteraciones de la conducta negativas, en ocasiones echa de casa a la paciente y a su hermana.
- Durante el trascurso de la enfermedad sus padres se separan.
- No tiene trabajo en esos momentos (en alguna ocasión ayuda a su padre).
- Tiene una pareja menor que ella con la que las discusiones son constantes. No existe buen trato hacia ella y de manera impulsiva decide ir a vivir con él.
- Después de separarse sus padres, su padre rehace su vida con otra mujer y la paciente no lo tolera, manifestando conductas regresivas.
- Durante su estancia en agudos (Julio 2013 – Septiembre 2013) en agosto fallece su madre.

Ingreso en Urgencias (Julio 2013)

La paciente (18 años) acude a urgencias acompañada de su hermana mediana y una amiga, por alteración de comportamiento y clínica psicótica.

En la exploración por el médico de urgencias consta:

Se encuentra dando gritos y llorando en la sala de espera, ella dice estar embarazada y pide que la vean en ginecología, está en estado de disforia, con aspecto desencajado.

La hermana dice haber recibido una llamada ese día del novio de la paciente diciendo que presentaba alteración de la conducta.

Tiene un retraso de 3 meses del periodo, se ha hecho dos test de embarazo (orina) los cuales han dado negativo, aun así se le realiza análisis de sangre que da negativo.

La paciente refiere que días antes apenas duerme, no come, su madre y su novio la han echado de casa, se siente sola, nadie le presta atención, siente que ha estado muy alterada emocionalmente debido al embarazo y al diablo que lleva dentro. Refiere haber estado consumiendo cannabis y que el último año viviendo con su madre ha sido muy malo.

Su hermana comenta que lleva días diciendo cosas extrañas, como se muestran a continuación tal cual las expresaba la paciente:

“Cree que cuando nació tenía un velo puesto”

“Que tiene unos estigmas en la mano (Se los enseña al médico pero no verbaliza el significado que le otorga a las líneas cruzadas porque tiene miedo que le clasifiquen de loca)”

“Dice tener dones de sanación”

“Que ha perdido mucho peso por el embarazo”

“Su hijo le está absorbiendo los nutrientes”

“Grita en urgencias que han de darle leche porque se lo pide su bebé”

“Tiene miedo a que el feto esté muerto y grita que le hagan una ecografía”

“Cree poder comunicarse con él y siente llorar al bebé”

Presenta alucinaciones auditivas y cenestésicas. Tiene un aspecto descuidado, se muestra verborreica con discurso acelerado, asociaciones laxas, descarrilamiento del discurso, disfórica, ánimo maniforme, delirio de tipo místico religioso, no verbaliza ideas auto ni heteroagresivas. Tuvieron que atarla y pincharla para poder dormirle, entre 5 personas.

Posible **diagnóstico de urgencias**: “Episodio maniforme con clínica psicótica a estudio”

Deciden ingresarla ese mismo día, sin llegar a salir del hospital, en la Unidad de agudos del área de salud mental del Hospital Provincial.

Ingreso primer episodio en Sala de Agudos del Hospital Provincial (Julio 2013)

Ingreso en sala de agudos del Hospital Provincial de forma involuntaria, para estudio, control y tratamiento al objetivarse en urgencias con clínica psicótica y afectiva con nula conciencia de enfermedad e imposibilidad de manejo ambulatorio.

Da positivo en control de tóxicos a cannabis en el momento del ingreso, después durante su estancia ingresada negativo.

Evolución durante su ingreso en sala de agudos del Hospital Provincial (Julio – Agosto 2013)

Los primeros días la paciente se encuentra tremendamente angustiada, principalmente por la creencia de estar embarazada y las sensaciones descritas antes, por ello le cuesta aceptar el tratamiento oral pero al final cede por la sensación que tiene de encontrarse desbordada.

A medida que van cediendo las alucinaciones cenestésicas y la ideación delirante se va haciendo más evidente el cuadro afectivo.

La paciente se encuentra hipertímica, con un comportamiento infantil, en ocasiones regresiva. Presenta una familiaridad excesiva con el personal y el resto de los pacientes del centro, desinhibida con el sexo contrario y un comportamiento enamorado.

Canta, baila, se esfuerza en ayudar al resto y que se sientan felices. Verbaliza ideación delirante megalómana en la que dice ser una persona especial capaz de absorber energías negativas y de transmitir energías positivas a todos, se considera especial. Verbaliza planes inadecuados y desajustados del futuro, en ocasiones principalmente con su familia se muestra disfórica e irritable si tratan de controlar sus conductas. Ha hecho algunas amistades e incluso cuenta que ha “ligado”.

A pesar de la clínica, la paciente cumplimenta en todo momento el tratamiento pautado, y se muestra ajustada a nivel conductual.

Se añade al tratamiento Carbamacepina (estabilizador del ánimo), el cual es preciso retirar por presentar una erupción pruriginosa como RAM (Reacción alérgica). Con el resto del tratamiento no ha presentado otro RAM. Posteriormente se decide ponerle Valproato (estabilizador del ánimo), pendiente de niveles para reajuste de dosis.

En el mes de agosto 2013 fallece su madre, mientras ella está ingresada en la unidad de agudos y la paciente va a despedirse de ella mostrando una conducta adecuada.

Posteriormente la imagen de su padre en muchas ocasiones acaba recordándole a su madre y esto le produce angustia principalmente en los primeros permisos a casa, lo que implica que el ingreso se vaya alargando pues se muestra irritable y disfórica con múltiples reproches.

Más tarde su conducta en casa se va ajustando, la relación con su pareja se rompe definitivamente, la relación con su hermana ha mejorado, también con su padre, tolera mejor los límites y las normas. La paciente entiende lo que le ha ocurrido y es ella quien se prepara el tratamiento. Acepta acudir a Unidad de Salud Mental para control y seguimiento una vez le dan el alta de la sala de agudos del Hospital Provincial.

Ingresa en HD Villareal en noviembre de 2013 donde va evolucionando favorablemente.

1.4. HISTORIA ACTUAL

Ingreso en Hospital de Día Villareal (Noviembre 2013)

Al inicio del ingreso en el Hospital de Día de Villareal la paciente muestra nula conciencia de enfermedad. Cuenta que le han dicho que se curará, pero ella no se lo cree.

Presenta cuadro clínico de depresión con tristeza, inhibición y baja autoestima por la irrupción de la enfermedad y la ruptura del proyecto vital, sentimientos de culpa y duelo por el fallecimiento de la madre.

Expresa verbalmente estar muy afectada por todo lo que le ha pasado en los últimos años, con frases como “La vida es cruel”, “A veces quiero irme” (Pensamientos suicidas).

En el momento del ingreso en HD no tiene novio, con su última pareja son sólo amigos. No tiene amigas porque dice que si círculo de amistades todas son consumidores de cannabis y ella ahora ya no consume.

Presenta ánimo disfórico, piensa en su madre, se acuerda mucho de ella, dice estar muy triste por todo. Dice tener todavía sentimiento por su anterior pareja, pero sabe que no le conviene estar con él.

Le gustaría ser actriz y tiene unos gustos relacionados con el mundo de la creatividad, como dibujar, pintar, bailar, la música o las manualidades.

Se queda con la paciente que acudirá dos veces por semana al centro.

Evolución en Hospital de Día Villareal

Acude con normalidad los días que tiene establecido acudir al HD, dos por semana. Al poco tiempo vuelve con su exnovio y retoman la relación, ella está muy ilusionada, no para de hablar de él en el centro, todas las manualidades que realiza dice que son para él.

Las actividades que se organizan en el HD al principio no las realiza con mucha destreza, pero poco a poco va adaptándose. Se relaciona muy bien con todos sus compañeros. Se esfuerza mucho por hacer bien las actividades, presenta buenas habilidades en el aseo. Menciona mucho a su madre, se acuerda mucho de ella y expresa estar triste, aunque enseguida se le pasa. Cuenta que ya no está con su exnovio.

A veces se muestra desinhibida (risas inadecuadas, comentarios soeces, burdos), coquetea con todos los chicos del centro, interrumpe constantemente, se le ve acelerada y se le tiene que llamar la atención por su comportamiento inadecuado. Las trabajadoras del centro la van corrigiendo y poco a poco va mejorando. En la actividad de relajación no consigue concentrarse.

Se muestra muy afectiva con el personal del centro, está engordando mucho, ella dice tener mucha ansiedad y come mucho más que antes. En enero del 2014 intenta dejar de fumar. A partir de aquí empieza a faltar bastante a su cita en el HD, ella refiere que presenta alteraciones del sueño, que no descansa bien, mantiene muchas discusiones con su hermana, pero a su vez se siente apoyada por el Hospital de Día y por su padre, con el que está mejorando la relación. El padre dice que está teniendo una actitud muy infantil.

Para favorecer la adherencia al tratamiento se le reduce un día la asistencia al Hospital de Día, para ver si de esa forma acude cuando toca. Aun así sigue faltando regularmente.

Muestra interés en volver a estudiar un grado medio de FP de gestión administrativa, y el centro se pone en marcha para ayudarla a que se inscriba en el curso.

Después de estar observándola unos meses y ver que seguía faltando a sus citas en el HD y que su actitud iba cada vez a peor, en junio de 2014 el centro decide realizarle un control de tóxicos en el cual el resultado es positivo. Se le impone una sanción, pero la paciente no muestra ningún efecto. La sanción consiste en una expulsión hasta que de

negativo en el control de tóxicos, lo cual es una norma primordial para el Hospital de Día de Villareal. En septiembre del 2014 vuelve a retomar sus citas en el HD después de dar negativo en el control.

Entonces inicia actividades de inglés e informática en la E.P.A. centro especializado en cursos. También se valora el solicitar la discapacidad.

En Noviembre de 2014 la paciente vive un episodio familiar grave, su tío ha fallecido de forma trágica en una explosión. Ese día N acude al Hospital de Día demandando hablar con la psicóloga para poder contarle lo que había sucedido en su familia, lo cuenta con muchos detalles y su estado de ánimo se ve triste, anímicamente esto le ha afectado bastante.

Desde su vuelta al centro, la paciente se ve más estable emocionalmente, mejora su asistencia al centro y se está sacando el carnet de conducir, ha perdido algo de peso y su círculo familiar y el personal del HD está apoyándola.

En enero del 2015 se apunta al gimnasio, está mejorando en muchos aspectos: en las actividades, en el físico, en el cuidado personal, su autonomía, las relaciones familiares.

Aprueba el carnet de conducir en febrero del 2015 y expresa su deseo de querer trabajar y sentirse útil.

En el centro la trabajadora social la orienta en la preinscripción a los ciclos formativos que le interesan y poder iniciar el curso en septiembre, aunque en ese tema su padre no la apoya del todo alegando que no tiene dinero para pagarle los libros.

En abril del 2015 N empieza a fallar de nuevo a sus citas con el HD, se le llama varias veces pero siempre pone excusas. Inicia un curso para mujeres sobre habilidades laborales.

No se está tomando la medicación adecuadamente, no duerme bien y presenta sintomatología pre-crisis.

En el centro se decide demandar solicitud para valorar el grado de discapacidad y de esa forma conseguir ayuda económica.

En el informe para demandar la solicitud de valoración del grado de discapacidad consta que la paciente en abril del 2015 presenta estabilizado estado de ánimo, destaca lo deficitario de su aparato psíquico y permanece un “fondo melancólico” que se manifiesta con desbordamiento de los afectos frente a situaciones frustrantes y/o imprevistas. Se está trabajando en los aspectos relacionados con cuidados de salud y prevención de crisis, el fortalecimiento de su persona para afrontar las vicisitudes de la vida y el apoyo familiar. Asiste a HD y ha empezado clases en el E. P. A (centro especializado en cursos) de su lugar de residencia.

Finalmente le conceden un grado muy leve de discapacidad, con lo que la ayuda económica que le dan no es suficiente para poder valerse por sí sola e independizarse, con lo que sigue ayudando a su padre en el trabajo de campo que realiza.

A pesar de estar teniendo un periodo pre-crisis, la paciente consigue remontar y estabilizarse, volviendo a tomar la medicación correctamente. Aunque continúa fallando a las citas en el HD, con lo que deciden reducir los días de asistencia para ver si así consiguen la acuda en junio del 2015. Como la cosa no mejora y sigue faltando, la paciente pide que se le dé el alta hospitalaria en julio del 2015, los profesionales del centro valoran la petición y acceden, ya que la ven algo mejor.

2. EVALUACIÓN DEL CASO

Ingreso Sala Agudos Hospital Provincial (Julio 2013).

Evaluación neuropsicológica.

Durante su primer ingreso en la sala de agudos se le realizaron una serie de pruebas para descartar anomalías cerebrales. Los resultados fueron los siguientes:

Neuroimagen:

RMN cerebral: estructuras cerebrales, cerebelosas y tronco encefálicas de morfología e intensidad de señal normal. Línea media centrada. No hay dilatación ventricular.

Evaluación consumo de sustancias.

También se le realizaron durante este ingreso distintas pruebas para descartar problemas ginecológicos y para comprobar si la paciente había consumido drogas, todo ello a través de analíticas.

Los resultados fueron los siguientes:

Negativo en cuanto a los resultados ginecológicos.

Positivo en consumo de cannabis.

Instrumentos.

Ingreso en Hospital de Día Villareal (Noviembre 2013)

Se realizan entrevistas a la paciente y a su padre, como principal figura familiar que convive con ella. Las entrevistas suceden con normalidad.

Observación durante el proceso de las entrevistas y su posterior evolución en el hospital de día.

Durante mi estancia en HD, se le pasaron los cuestionarios CAN-R y PANSS. Los resultados de ambos cuestionarios fueron moderados.

3. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico durante su estancia en Sala de Agudos del Hospital Provincial.

Eje I: Episodio maníaco con síntomas psicóticos congruentes y no congruentes con el estado de ánimo.

Eje IV: Fallecimiento de la madre. Ausencia de trabajo.

Criterios diagnósticos (DSM-IV):

Episodio Maníaco:

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

(1) autoestima exagerada o grandiosidad

(2) disminución de la necesidad de dormir

(3) más hablador de lo habitual, verborreico

(4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado

(5) distraibilidad

(6) aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora

(7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

Diagnóstico definitivo:

Trastorno Bipolar tipo I. Episodio único maníaco.

Diagnóstico más reciente:

Trastorno Bipolar tipo III

Personalidad con rasgos dependientes, infantiles.

4. TRATAMIENTO

4.1. FARMACOLÓGICO

En el momento de urgencias:

20 gotas haloperidol

2 ampollas de haloperidol IM y se procede a SM

En el momento del Ingreso en Sala Agudos Hospital Provincial:

Se añade al tratamiento Carbamacepina y después Valproato.

Tratamiento al alta:

Zyprexa 10 mg Mañana – cena

Seroquel 200 mg 1 sin insomnio al dormir

Rivotril 0'5 mg Mañana – comida - cena

Depakine Crono 300 mg mañana - cena

Synalar pomada mañana – cena

Aero-red comp cena

Tratamiento durante estancia en Hospital de Día de Villareal:

Zyprexa 10 mg

Rivotril 0'5 mg

Depakine crono 300 mg

Fluocinolona

Quetiapina

Tratamiento durante el final de su estancia en Hospital de Día de Villareal:

Depakine

Zyprexa

En la siguiente tabla están detallados los fármacos que la paciente ha consumido durante todo el proceso evolutivo desde el primer ingreso en la sala de agudos hasta su estancia en el hospital de día.

FÁRMACO	DESCRIPCIÓN
Haloperidol©	Fármaco antipsicótico. Se trata de un bloqueador no selectivo de los receptores de dopamina en el cerebro. Se utiliza en estados psicóticos agudos, agitación psicomotriz o estados maníacos.
Carbamacepina©	Estabilizador del estado de ánimo. Se utiliza para controlar el trastorno bipolar.
Depakine© (Valproato)	Estabilizador del estado de ánimo. Actúa en diversos canales del sistema nervioso central. Indicado para los episodios maníacos y estados mixtos del trastorno bipolar.
Zyprexa© (Olanzapina)	Antipsicótico. Indicado para episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar, episodios agudos de manía y tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar.
Seroquel© (Quetiapina)	Antipsicótico. Uso en episodios maníacos y depresivos severos del trastorno bipolar.
Rivotril© (Clonazepam)	Pertenece al grupo de las benzodiazepinas que actúan sobre el sistema nervioso central, tiene propiedades ansiolíticas, hipnóticas o estabilizadoras del estado de ánimo. Suele producir adictivo y producir alta tolerancia con lo que se administra en periodos breves o en caso de urgencias en pacientes con trastorno bipolar.

4.2. PSICOLÓGICO

Durante la estancia en el Hospital de Día la paciente recibe tratamiento psicológico en combinación con el tratamiento farmacológico y visitas al psiquiatra. Los objetivos de la intervención serían:

Permitir que se recupere en un entorno controlado.

Ir rebajando la medicación.

Discriminar los factores “endógenos” de los “ambientales”.

Orientación vocacional o laboral.

Prohibido consumo de cannabis y otros tóxicos.

Trabajo continuo con trabajadora social del Hospital de Día, se pretende conseguir ayuda de tipo económico. También tratar de introducirla en el mundo laboral, bien optando a algún puesto de trabajo/oficio o bien primero realizando algún módulo o curso.

Para ello, las intervenciones se realizan bajo un triple enfoque:

1. Clínico-asistencial: actuaciones de corte psicoterapéutico y farmacológico.
2. Psicoeducativo: con el fin de propiciar en el enfermo y en su entorno un mayor conocimiento de su enfermedad y de los tratamientos.
3. Socio-familiar: con el fin de mejorar la dinámica familiar y propiciar la integración en la comunidad

El tratamiento del Hospital de Día consiste en realizar actividades terapéuticas relacionadas con el área clínica, el área de habilidades de la vida diaria e instrumentales, el área de rehabilitación cognitiva, el área de rehabilitación ocupacional y el área habilidades sociales e interpersonales.

A continuación se detallan las actividades de las distintas áreas mencionadas:

Área Clínica.

Objetivos:

1. Conseguir una buena adherencia al tratamiento, tanto farmacológico como psicoterapéutico.
2. Adquirir y/o consolidar la conciencia de enfermedad.
3. Lograr la mejoría clínica, concretada en los objetivos personales, propuestos en cada caso.
4. Detectar nuevas necesidades que puedan surgir en los pacientes y atenderlas según criterios de salud.

5. Tomar conciencia de la importancia del cuidado de la propia persona y la salud en general.

Formato grupal e individual: De manera grupal se realizan talleres psicoeducativos que tratan aspectos relacionados con la conciencia de enfermedad y terapéuticos que ayudan al paciente a desarrollar estrategias de afrontamiento cognitivas, conductuales y emocionales para hacer frente a la sintomatología asociada a la enfermedad mental. De manera individual se realizan entrevistas y evaluaciones clínicas para conocer las necesidades y definir los objetivos para cada paciente, se realizan seguimientos semanales, se coordinan las tareas a realizar para alcanzar dichos objetivos y se supervisa si se están cumpliendo. Además se atienden nuevas necesidades que puedan ir surgiendo durante la hospitalización del paciente.

Área de habilidades de la vida diaria e instrumentales.

Objetivos:

1. Aumentar el nivel de vida autónoma y asunción de responsabilidades en el autocuidado.
2. Recuperar y mejorar los hábitos de higiene.
3. Favorecer un estilo de vida saludable con desarrollo de hábitos de ejercicio físico.
4. Mejorar los hábitos de alimentación y comprender la importancia de una buena nutrición.
5. Adquirir mayor responsabilidad en el cuidado de la salud
6. Aprender y/o ejercitar la planificación y realización de gestiones.
7. Conocer las tareas y mejorar las destrezas para el cuidado del hogar.

Formato grupal e individual: En este área hay programados talleres grupales específicos en que se trabajan los objetivos anteriormente señalados (Educación para la salud, salidas al polideportivo etc.). Además de manera individual y diaria también se ponen en práctica las habilidades aprendidas con numerosas actividades que forman parte del funcionamiento del hospital de día: control de duchas e higiene personal, adiestramiento y supervisión del lavado de ropa y su uso adecuado, supervisión y/o asesoramiento en la realización de gestiones, asunción de

responsabilidad en algunas tareas domésticas (turno para poner y quitar la mesa, turno de reciclaje etc.), salidas programadas etc.

Área de rehabilitación cognitiva.

Objetivos:

1. Favorecer la recuperación, estimulación y desarrollo de funciones mentales mediante el entrenamiento en procesos cognitivos básicos (atención, memoria, razonamiento etc.)
2. Recuperar y mejorar los procesos básicos como procesamiento de información y capacidades de aprendizaje.
3. Aumentar la autonomía e independencia personal.
4. Incrementar la capacidad funcional y el desempeño en las tareas cotidianas.
5. Mejorar el funcionamiento global del paciente.

Formato grupal e individual: Se llevan a cabo talleres grupales específicos de rehabilitación cognitiva y además cuando las características del paciente lo precisan se trabaja de manera individual.

Área de rehabilitación ocupacional.

Objetivos generales:

1. Favorecer el progresivo desarrollo de la autonomía personal.
2. Recuperar o adquirir de hábitos de trabajo.
3. Movilizar al paciente y evitar la inactividad.
4. Aumentar el sentimiento de autoeficacia.
5. Mejorar las habilidades visoespaciales y la coordinación motriz.

Formato grupal: Se trabaja a través de talleres grupales realizando diversas actividades que a su vez fomentan el desarrollo de otros objetivos específicos en función del taller concreto. Algunos de los talleres ocupacionales que se realizan en el hospital de día son: taller de manualidades, taller de pintura, taller de repostería, etc.

Área de habilidades sociales e interpersonales.

Objetivos:

1. Recuperar las habilidades sociales básicas.
2. Desarrollar las habilidades conversacionales.
3. Poner en práctica dichas habilidades en un entorno seguro y respetuoso.
4. Prevenir el aislamiento social.

Formato grupal e individual: Este área se trabaja en talleres específicos (se realizan grupos de conversación semanales y talleres de habilidades sociales); además la propia estructura del hospital de día, que funciona como una pequeña comunidad para el paciente, propicia múltiples oportunidades de poner en práctica las habilidades aprendidas; así como de obtener refuerzo inmediato y posibilitar la generalización de dichas habilidades al entorno natural del paciente.

4.3. RESULTADOS

La paciente ha ido evolucionando favorablemente como se puede observar en la descripción de su paso por los distintos centros hospitalarios desde su primer y único episodio. Por ello podemos afirmar, aunque nunca al 100% al tratarse de un trastorno con muchas idas y venidas y con la inestabilidad emocional siempre presente, que sería un caso con un resultado positivo y con posibilidades de éxito en un futuro.

En función de los objetivos que se plantearon para el tratamiento de la paciente en el hospital de día se ha observado como: en sus últimos días del hospital de día, la paciente presenta buen aspecto, su relación con su hermana y su padre ha mejorado, se toma la medicación, en cuanto al alta hospitalaria los profesionales no están del todo convencidos ya que es una petición de la paciente como una válvula de escape, se trata de un mecanismo hipomaníaco y en un futuro podría tener alguna recaída, aunque eso sería si la paciente incumple el tratamiento de mantenimiento fuera del centro. Algo curioso en el momento de su despedida en el centro es que cuando fue a recoger sus cosas, tenía guardado en su taquilla medicación de su madre fallecida.

Actualmente continúa asistiendo a las citas en el centro de salud con su psiquiatra y en enfermería. Éste comenta que la ve muy bien, de hecho le ha reducido la medicación,

ahora sólo toma 5mg de zyprexa y un anticonceptivo oral por presentar problemas de acné, esto es un indicador de que la evolución del tratamiento en general es positiva. La paciente ha acudido a distintas revisiones de ginecología por presentar un factor de riesgo tipo 1 al tener antecedentes familiares de cáncer de mama, los resultados son buenos. Continúa fumando mucho y el consumo de cannabis es nulo a día de hoy.

5. TRATAMIENTO FUTURO

En este caso, para poder llevar una vida lo más estable posible y sin recaídas, el mejor tratamiento futuro para la paciente sería;

- Continuar con la medicación.

La medicación es requisito fundamental para la prevención de recaídas y para poder llevar una vida lo más estable posible. Dependiendo de la evolución de cada paciente la medicación para mantener una estabilidad será mayor o menor. En el caso de esta paciente, la medicación recetada por el psiquiatra que lleva su caso ha sido reducida a tan sólo zyprexa. Esto ha sido posible gracias a la evolución favorable de la paciente.

- Controles de enfermería y psiquiatría.

Otro de los aspectos importantes a seguir en la evolución de la paciente sería los controles con enfermería y psiquiatría. De esta forma cada visita se podrá observar y valorar si es necesaria más medicación, si la paciente está empezando a tener síntomas de recaída.

- Psicoterapia.

Sería muy positivo que la paciente continuase con psicoterapia durante un periodo determinado después de haberse dado de alta en el hospital de día. Recomendable para ella y los familiares que conviven con ella. En la línea de la terapia cognitivo conductual, se llevarían a cabo distintos módulos de trabajo, por ejemplo: reestructuración cognitiva, autocontrol emocional, habilidades sociales y relajación.

- Llevar una vida sana, sin alteraciones, no consumir drogas, alcohol y tabaco, descansar.

Al igual que es fundamental continuar con la medicación una vez dada de alta en el hospital de día, otro aspecto fundamental es que la paciente lleve una vida estable, sin alteraciones, ni consumir drogas, alcohol o tabaco y descansar. Si alguno de estos aspectos no se cumplen, podría derivar en una recaída. Ya que todos ellos son factores ambientales de riesgo para el trastorno bipolar.

- Buscar actividades que la mantengan activa.

Sería bueno que la paciente llevase a cabo actividades que la mantuviesen activa, como podría ser apuntarse a algún curso, a actividades que fuesen de su agrado e hiciesen que se relacione con otras personas, promover el trabajo en equipo, la responsabilidad, habilidades de comunicación, hábitos de vida, la concentración o el saber estar.

6. CONCLUSIONES

El trabajo final de master sobre un caso clínico se ha centrado en el tema del Trastorno Bipolar el cual se ha comprobado, mediante la revisión bibliográfica y el propio estudio de caso que afecta en la calidad de vida de las personas que padecen este trastorno (Vieta y cols., 2004).

En referencia a la prevalencia del trastorno, la paciente coincide con los perfiles más frecuentes en este tipo de trastorno (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012), ya que su diagnóstico principal es Trastorno Bipolar tipo I con episodio maníaco único, y éste se encuentra dentro de los tres perfiles de mayor prevalencia, aunque es el que menor porcentaje presenta respecto a los otros dos, el trastorno bipolar II y los síntomas subumbrales. La mayoría de los primeros episodios son de manía, en este caso fue así, aunque esto es debido a que los episodios depresivos, los cuales son mucho más frecuentes que los episodios de manía, se diagnostican erróneamente en un principio como trastorno depresivo.

Las repercusiones que el trastorno ha causado en la paciente son evidentes, a nivel social, ha tenido que dejar de ir con sus círculo de amistades de siempre debido al consumo de tóxicos, en cuanto al tema laboral, no ha encontrado trabajo, en el ámbito de los estudios tampoco lo ha tenido fácil, puesto que no ha podido estudiar al 100% debido a sus dificultades cognitivas, en su entorno familiar, todos se han visto afectados ya que desde el momento del ingreso tienen que estar pendientes de la paciente y ayudarla para que su evolución sea lo más favorable posible. Todo esto apoya la idea de que el trastorno bipolar es complejo y repercute en la vida de los afectados y su familia.

Las entrevistas, el diagnóstico en función del manual DSM y las distintas pruebas que se le han pasado a la paciente han sido eficaces, lo que apoya la necesidad de contar con instrumentos validados a la hora de hacer la evaluación en estos pacientes y su seguimiento (Caballo, 2007).

Respecto al tratamiento, podemos decir que en este caso en concreto se avala la necesidad de incluir tanto terapia farmacológica, como terapia psicosocial, ambas con resultados muy favorables durante todo el proceso de la enfermedad de la paciente. En cuanto al tratamiento farmacológico se ha conseguido reducir poco a poco la medicación hasta conseguir que sólo tenga que tomar Zyprexa 5mg, utilizada en su mayoría para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar. Por otro lado en cuanto al tratamiento psicosocial recibido sobre todo durante su estancia en el hospital de día, podemos decir que ha resultado muy efectivo y ha tenido una evolución favorable desde el primer día, con mejoras notables. Destaco el uso de la terapia cognitivo-conductual, la cual es esencial en el tratamiento psicológico de estos pacientes, esta terapia ha sido llevada a cabo durante su estancia en el hospital de día.

Durante la realización de este trabajo nos hemos encontrado con varias limitaciones que han hecho que no hayamos podido estudiar el caso en profundidad y haya ciertas partes a las que les falte información. Todo esto es debido a que el tiempo de seguimiento no nos ha permitido tratar el caso con mayor profundidad, y que no hayamos podido ver el curso de la enfermedad en su totalidad. También, el hecho de que sea un caso único no nos ha permitido generalizar en ciertos puntos y, al no haber pasado muchas pruebas, hace que tampoco podamos tener más resultados más detallados sobre su evolución.

Sobre los retos futuros que, en mi opinión, se necesitaría abordar en el trastorno bipolar, diría que para conseguir una mejora en la evaluación e intervención sería necesario investigar más. Más investigación en cuanto a los síntomas, para así realizar un diagnóstico más específico y adecuado, y evitar diagnósticos erróneos o tardíos, como en el caso de los episodios depresivos que la mayoría de las veces son confundidos y diagnosticados como un trastorno depresivo. También un mayor control de los pacientes después del alta hospitalaria para prevenir recaídas y llevar un seguimiento.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angst, J., Azorin, J. M., Bowden, C. L., Perugi, G., Vieta, E., Gamma, A. y Young, A. H. (2011). Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Archives of General Psychiatry*, 68 (8), 791-798.

Becking, K., Spijker, A.T., Hoencamp, E., Pennix, B.W., Schoevers, R.A. y Boschloo, L. (2015). Disturbances in hypothalamic-pituitary-adrenal axis and immunological activity differentiating between unipolar and bipolar depressive episodes. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 425-434.

Bland, R. C. (1988). Psychiatric epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33 (7), 618-625.

Caballo, V. E. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.

Canino, G. J., Bird, H. R., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martinez, R., Sesman, M. y Guevara, L.M. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44 (8), 727-735.

Colom, F., Martínez-Arán, A y Vieta, E. (2004). *La enfermedad de las emociones. El Trastorno Bipolar*. Barcelona: Psiquiatría Editores.

Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Benabarre, A. y Gasto, C. (2000). Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (8), 549-555.

Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G. y Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in

bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60(4), 402-407.

Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martínez-Aran, A., Torrent, C., Goikolea, J. M. y Gastó, C. (2003). Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(9), 1101-1105.

Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A. y Martínez-Aran, A. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194 (3), 260-265.

Francisco J., Z. R. (2013). *Trastorno Bipolar: Estudio de pacientes del área de Badajoz hospitalizados durante el período 1988-2009*. Tesis doctoral, Universidad de Extremadura.

González-Pinto, A. (2006). *Plan de formación sobre trastorno bipolar*. Madrid.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012). Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_510_Trastorno_Bipolar_compl.pdf (acceso 01/09/2015)

Keck, P. E., Jr., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., Stanton, S. P., Kizer, D. L., Balistreri, T. M., Bennett, J. A., Tugrul, K. C. y West, S. A. (1996). Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *Journal of Clinical Psychiatry* 57 (7), 292-297.

Kessler, R. C., Rubinow, D. R., Holmes, C., Abelson, J. M. y Zhao, S. (1997). The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological Medicine*, 27 (5), 1079-1089.

Lam, D. H., Burbeck, R., Wright, K. y Pilling, S. (2009). Psychological therapies in bipolar disorder: the effect of illness history on relapse prevention - a systematic review. *International Journal of Bipolar Disorder*, 11 (5), 474-482.

Leyton, F. y Barrera, A. (2010). Bipolar depression and unipolar depression: differential diagnosis in clinical practice. *Revista Médica de Chile*, 138 (6), 773-779.

Leyton, F. y Barrera, A. (2010). Bipolar depression and unipolar depression: differential diagnosis in clinical practice. *Revista Médica de Chile*. 138 (6), 773-779.

Suppes, T., Baldessarini, R. J., Faedda, G. L. y Tohen, M. (1991). Risk of recurrence following discontinuation of lithium treatment in bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*. 48 (12), 1082-1088.

Mackin, P. y Young, A. H. (2004). Rapid cycling bipolar disorder: historical overview and focus on emerging treatments. *Bipolar Disorders*, 6(6), 523-529.

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J., Kessler, R.C., Lee, S., Sampson, N.A., Viana, M.C., Andrade, L.H., Hu, C., Karam, E.G., Ladea, M., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J.E., Zarkov, Z. (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68 (3), 241-251.

Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M. y Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64 (5), 543-552.

Miklowitz, D. J. y Scott, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *International Journal of Bipolar Disorder*, 11(2), 110-122.

Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de la evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.

Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E. y Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318(7177), 149-153.

Regeer, E. J., Have, M., Rosso, M. L., Hakkaart-Roijen, L., Vollebergh, W. y Nolen, W. A. (2004). Prevalence of bipolar disorder in the general population: a Reappraisal Study of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (5), 374-382.

Scott, J., Colom, F. y Vieta, E. (2007). A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *The international journal of neuropsychopharmacology*. 10 (1), 123-129.

Solomon, D. A., Leon, A. C., Coryell, W.H., Endicott, J., Li, C., Fiedorowicz, J.G., Boyken, L., Keller, M.B. (2010). Longitudinal Course of Bipolar I Disorder: Duration of Mood Episodes. *Archives of General Psychiatry*, 67 (4), 339-347.

Vieta, E., Colom, F. y Martínez-Arán, A. (2004). *La enfermedad de las emociones: el trastorno bipolar*. Barcelona: Ars Médica.

Wittchen, H. U., Essau, C. A., Zerssen, D., Krieg, J. C. y Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241 (4), 247-258.

Zamora, F. J. (2012). *Trastorno Bipolar: Estudio de los pacientes del área de Badajoz hospitalizados durante el periodo 1988-2009*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Extremadura, Badajoz.