



UNIVERSITAT
JAUME·I

UJI

TRABAJO FINAL DE MASTER



MASTER EN PSICOPATOLOGÍA , SALUD Y NEUROPSICOLOGÍA

MARINA ROY COLÁS

**MASTER EN PSICOPATOLOGÍA, SALUD Y
NEUROPSICOLOGÍA**

Practicum II

TRABAJO FINAL DE MASTER

ABORDAJE DEL TRASTORNO BIPOLAR: ESTUDIO DE CASO ÚNICO



Alumna: Marina Roy Colás
Tutora: Cristina Giménez García

*Curso 2014-2015
Castellón
Universidad Jaime I*

En el presente trabajo, se presenta el estudio de caso clínico de un paciente con diagnóstico de Trastorno Bipolar que ingresó en la Unidad de Estancia Breve (UEB) del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

La estructuración del trabajo se ha basado en un marco teórico que engloba el trastorno bipolar y un marco empírico en el que se detalla y explica en profundidad el caso clínico. Además de incluir un apartado de conclusiones y anexos.

En la parte relativa al marco teórico del trastorno bipolar se ha considerado oportuno la inclusión de una introducción histórica hasta la actualidad. Así mismo, se presenta y detalla la sintomatología, curso y etiología. Finalizando con la explicación de los protocolos de evaluación y de tratamiento vigentes.

En la segunda parte del trabajo, se expone el caso clínico estudiado, donde se presenta toda la psicopatología que manifiesta el paciente, y el protocolo de actuación subsiguiente, en el que se incluye la evaluación y el tratamiento.

Por último, se presenta una propuesta de tratamiento cognitivo conductual que se ha elaborado para abordar el presente caso. Con este planteamiento se pretende que el paciente establezca una relación entre pensamientos, emociones, sentimientos y conductas, con sus síntomas y su funcionamiento cotidiano.

Para ello, se analizan los objetivos que se pretenden trabajar con el paciente; los cuales están orientados a promover la autonomía y autoestima del paciente, así como desarrollar una actitud activa como paciente. Alcanzar tales objetivos es el propósito que persigue el tratamiento, por ese motivo se describen los módulos que precisaría dicha intervención psicológica, que abarca desde la adherencia al tratamiento, hasta la intervención familiar, entre otros. Todo este trabajo se llevaría a cabo desde un dispositivo especializado, formando parte de un equipo multidisciplinar.

En conclusión, el estudio de caso que a continuación se presenta, ofrece la posibilidad de analizar un ejemplo de trastorno Bipolar, con sus peculiares características, así como la propuesta de un tratamiento.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO MENTAL	6
1.2. DEFINICIÓN DEL TRASTORNO MENTAL: CARACTERÍSTICAS	9
1.3. PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN	30
1.4. PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN	40
1.4.1. FARMACOLÓGICO	40
1.4.2. PSICOLÓGICO	45
1.4.3. SOCIAL	55
2. CASO: PACIENTE S.	64
2.1. DATOS PERSONALES	68
2.2. MOTIVO DE CONSULTA	69
2.3. ANTECEDENTES	69
2.4. HISTORIA DEL TRASTORNO	71
3. EVALUACIÓN DEL CASO	73
3.1. ENTREVISTA	73
3.2. EXPLORACIONES	81
3.3. DIAGNÓSTICO	84
4. TRATAMIENTO	85
4.1. PSICOLÓGICO	94
4.2. FARMACOLÓGICO	104
4.3. SOCIAL	105
5. RESULTADOS	106
6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO	108
7. CONCLUSIONES	124
8. REFERENCIAS	126
9. ANEXOS	129

MARCO TEORICO

1. INTRODUCCIÓN

1.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO MENTAL

Los trastornos bipolares constituyen un complejo grupo de enfermedades mentales recurrentes que presentan una alta prevalencia en la población general. El trastorno bipolar es una enfermedad mental altamente crónica y deteriorante, que requiere atención médica, psicológica y social para toda la vida. (García-Blanco, Sierra y Livianos, 2014).

El trastorno bipolar, puede tener consecuencias devastadoras para el funcionamiento social, ocupacional y la calidad de vida de los individuos incluso después del primer episodio. De hecho, supone la sexta causa médica más importante de discapacidad en el mundo. (Undurraga, 2012).

Ha sido precisamente la alta prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en la población general, que hoy por hoy se consideraba infraestimada por los sistemas de clasificación, lo que ha motivado al DSM-5 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, reveló tasas de prevalencia a lo largo de la vida del espectro 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 tanto, que las tasas de prevalencia anual eran del 1,5% para el espectro bipolar y, 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 espectro. No obstante, 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 y basados en criterios DSMIII-R, DSM-IV o CIE-1016 reveló que la tasa de prevalencia anual del TB tipo I o/y tipo II ascendía al 1,1%. Por otro lado, 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. (García-Blanco, Sierra, y Livianos, 2014).

En España se estima una prevalencia de 70 casos por 100.000 habitantes (Cribado-Álvarez, Domper, y de la Rosa, 2000). Considerado el carbonato de litio como tratamiento específico de todos los pacientes con TB tipo I, se estima una prevalencia nacional de 63 casos

por 100.000 habitantes en 1996 y de 70 casos por 100.000 habitantes en 1998 (DHD agrupada para todo el territorio nacional). Ello representa en cifras absolutas entre 24.992 y 27.768 enfermos en el período estudiado.

En los registros de admisión, los trastornos anímicos son los trastornos más frecuentes en los hospitales privados y en muchos públicos. Asimismo, los síntomas depresivos son extraordinariamente frecuentes en las consultas de atención primaria y suponen un gasto social y económico extraordinario (Goldberg y Huxley, 1992).

Los porcentajes de prevalencia vital en una población general oscilan normalmente entre un 0.2% y un 1.2% (Belloch, Bonifacio, y Ramos, 2008). Sin embargo, hay mucha menos investigación sobre los trastornos bipolares que sobre los depresivos, debido a la dificultad de la colaboración o búsqueda de ayuda de un paciente con episodio maníaco. En cualquier caso hacen falta más estudios de epidemiología y una clara concepción de cuánto engloba este concepto. Ya que si se amplían las definiciones, las cifras de prevalencia vital pueden aumentar hasta un 6% y un 10% de la población, si se incluyen cuadros de episodios maníacos subsindrómicos. (Judd y Akisal, 2003),

Según la Guía de Práctica sobre el Trastorno Bipolar (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica sobre Trastorno Bipolar, 2012) la incidencia de este trastorno se ha visto dificultado por los problemas diagnósticos de los primeros episodios afectivos. En torno al 50% de los casos de Trastorno Bipolar se inician con episodios depresivos, siendo diagnosticados inicialmente de Trastorno Depresivo Mayor. Los estudios publicados muestran variaciones de la incidencia entre 1.7 y 6.2 por 100.000 por año.

En la mayoría de estudios se ha observado una edad de inicio, con una frecuencia máxima entre los 28 y 44 años, y una disminución del riesgo a partir de los 50. Aunque parece que esta edad es más precoz de lo que se pensaba, estando entre los 20-25 años (Boyd y Weissam, 1985), habiendo incluso un 25% de los casos se diagnostican antes de los 17 años. Es importante saber que cuanto más precoz sea la edad de aparición del Trastorno bipolar, más probable es su asociación a un peor funcionamiento psicosocial, así como a tener una ciclación rápida en la edad adulta (cuatro o más episodios afectivos anuales) (Schneck y cols., 2004).

Parece ser que en los hombres el trastorno aparece a una edad más temprana que en las mujeres. Respecto a las diferencias de raza, de forma similar a la esquizofrenia, se han

presentado mayores tasas en afro-caribeños y afro-americanos residentes en Reino Unido, lo cual se explica parcialmente por su condición de inmigrante y las condiciones socioeconómicas. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012)

Aunque se han efectuado estudios sobre factores estresantes, factores de personalidad, etc. (Hirschfeld y cols., 1986), no existen datos que permitan identificar otros factores de riesgo relevantes. Sin embargo, el factor de riesgo más consistente hallado hasta el momento es el tener antecedentes familiares de haber padecido este trastorno (Akiskal y cols., 1985) Estas tasas de prevalencia generales son mucho mayores en familiares de los pacientes. Así, en trastornos bipolares aparecen en el 50% de los familiares de primera línea trastornos afectivos bipolares o unipolares, mientras que en los familiares de unipolares es mayor el riesgo de unipolaridad, pero no el de bipolaridad (Weissman y Boyd, 1985)

En cuanto a la tendencia secular del trastorno bipolar, no obstante, al igual que ocurre con los trastornos depresivos, se puede afirmar con bastante seguridad que el riesgo está creciendo en las generaciones más jóvenes (Smith y Weissman, 1991).

1.2 DEFINICIÓN DEL TRASTORNO MENTAL

El Trastorno Bipolar es una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo (Vieta, Colom y Martínez, 2001). Es el diagnóstico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de episodios de manía o hipomanía, en los que aparecen niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo; junto con probables episodios alternantes de depresión. Esta enfermedad mental se caracteriza por ser una enfermedad crónica, episódica y recurrente.

HISTORIA DE TRASTORNO BIPOLAR

Los intentos más remotos de comprender la depresión se remontan a Hipócrates (460-370 a.C.) quien, entendía la melancolía como un estado de inhibición, abatimiento y tristeza que se originaba por desequilibrios en la secreción de bilis negra, o bien por una mala combustión de esta sustancia dentro del organismo que daría lugar a restos tóxicos. Del mismo modo, el término manía también tiene su origen en los escritos de Hipócrates aunque, a diferencia de su uso actual, el término no se relacionaba con el estado de ánimo, sino que era utilizado para describir estados delirantes o psicóticos que cursaban sin la presencia de "fiebre", a diferencia del llamado delirio. (Pousada, 2010).

Aristóteles (s. IV a.C.) hace referencia también al término melancolía en alguno de sus escritos, para relacionarlos con personas especialmente sensibles e inteligentes. Este filósofo, parece haber reconocido una cierta forma del espectro bipolar, hace más de dos milenios.

Las diferentes interrelaciones de autores de diversas culturas a través de varios siglos, pueden tener implicaciones en la naturaleza "objetiva" de la enfermedad psiquiátrica (Pies, 2007). Esta concepción humoral de los trastornos mentales se conservará prácticamente intacta hasta el siglo XIX, momento en que se empieza a utilizar la palabra "depresión" como término diagnóstico.

El médico griego Areteo de Capadocia, en el siglo II d.C., es el pionero en la incorporación de las primeras descripciones sistemáticas de depresión y manía en una misma entidad clínica, es decir, considerándolas partes de una misma entidad nosológica. Este médico observó que, a pesar de las remisiones, la enfermedad aparecía de forma cíclica, sin que su

desaparición supusiera la cura del paciente. También resaltó el factor interpersonal en la evolución de la depresión (Harvey, 2007).

Kraepelin es considerado como el padre de la conceptualización moderna del trastorno bipolar, acuñando el término “psicosis maníaco-depresiva” (Kraepelin, 1921), quien lo diferenció de otra enfermedad mental, la esquizofrenia. El término "enfermedad maníaco-depresiva" apareció por primera vez en 1958. La denominación de trastorno bipolar fue introducida por Karl Leonhard para diferenciar esta enfermedad de otra con la cual también puede confundirse: las depresiones «vulgares» o unipolares, según la terminología de este autor (Vieta, Colom y Martínez, 2004). Así, para entender esta enfermedad se introdujo un concepto fundamental denominado curso longitudinal. Este concepto implica que la enfermedad en sí no es la manía o la depresión, sino la vulnerabilidad para sufrir episodios de manía o depresión. La actual nosología, trastorno bipolar, se volvió popular sólo recientemente, y algunas personas prefieren la terminología antigua debido a que provee de una mejor descripción de una enfermedad multidimensional que continuamente cambia.

El término manía no tiene nada que ver con el concepto popular o coloquial, según el cual una manía es una característica peculiar, una obsesión, o una extravagancia reiterada propia de un individuo. Se trata de una palabra que procede del griego y que en la antigüedad servía para designar cualquier enfermedad mental, en especial si se acompañaba de agitación o violencia. Actualmente la manía es una manifestación del trastorno bipolar que se caracteriza por hiperactividad, euforia o irritabilidad, grandilocuencia y muchos otros síntomas.

Como vemos, hablamos de una enfermedad que ha acompañado al ser humano desde sus inicios. Sin embargo, las personas que han padecido algún trastorno mental han sido despojadas de sus derechos más básicos, encerradas en manicomios o incluso quemadas en una hoguera. Actualmente, vivimos en una sociedad que ya dispone de tratamientos eficaces, Sin embargo, aún queda mucho para llegar a la plena aceptación social de la realidad de la enfermedad mental. En cuanto a la ignorancia de las personas y el estigma asociado es abrumador. Últimamente parece que empieza a considerarse aceptable haber padecido «depresión», pero aún estamos lejos de poder comentar tranquilamente que padecemos un trastorno bipolar, como quien habla de su diabetes.

EL TRASTORNO BIPOLAR EN LA ACTUALIDAD Y EL DSM-5

El Trastorno bipolar es un trastorno que se caracteriza por variaciones cíclicas en el estado de ánimo, oscilando entre episodios de manía o hipomanía (euforia, excitabilidad) y períodos de depresión con fases intercaladas de “eutimia” o estabilización del ánimo. Presentando así, variaciones en el funcionamiento cognitivo, el estado de ánimo y en el comportamiento social (Murphy y Sahakian, 2001).

Este trastorno es una enfermedad crónica, recurrente y episódica que implica la desregulación del estado de ánimo, asociada con múltiples comorbilidades y síntomas residuales entre los diferentes episodios activos (Meynard, 2008).

Durante los períodos de eutimia el sujeto no presenta síntomas y se mantiene en un estado neutro. La duración de estas fases dependerá del paciente y de la eficacia del tratamiento seguido. No obstante, en ocasiones, los episodios pueden aparecer a pesar de la adherencia al tratamiento.

La reciente historia del trastorno bipolar viene marcada por un abordaje farmacológico, como el empleo del litio, y por la unificación de los criterios para el diagnóstico de los trastornos mentales, según los sistemas de clasificación vigentes de las enfermedades mentales. Clasificación inicialmente denominada DSM-III, a la que le han seguido el DSM-IV, DSM-IV-TR y DSM-5.

Los manuales oficiales de diagnóstico en psiquiatría han denominado como trastorno bipolar a la entidad clínica que había sido conocida durante la mayor parte del siglo pasado como psicosis maníaco depresiva. La definición actual del trastorno bipolar brindada por el DSM-5 y el ICD-10 (American Psychiatric Association, 2013; Organización Mundial de la Salud, 1992) es bastante más estrecha que el concepto original de la entidad descrita por Kraepelin (Gustavo, 2014).

Recientemente hemos vivido un cambio importante con la llegada de la nueva edición del sistema de clasificación de las enfermedades mentales, el DSM-V en el año 2013, después de casi 15 años sin cambios significativos en las clasificaciones. Con éste han llegado modificaciones importantes relativas al trastorno bipolar dignas de mención. El cambio más visible es la exclusión del trastorno bipolar del apartado “trastorno del estado de ánimo”, para incluirse en un nuevo sistema clasificatorio y formar parte de una entidad única llamada “Trastorno bipolar y otros trastornos relacionados”.

Para mejorar la precisión del diagnóstico y facilitar la detección temprana en entornos clínicos, el Criterio A para los episodios de manía y la hipomanía, ahora incluye un énfasis en los cambios en la actividad y la energía, así como estado de ánimo (APA, 2013). Aparece en el criterio de «aumento de la energía o de la actividad orientada a objetivos respecto a lo habitual en el sujeto», pero no como criterio independiente sino añadido a la elevación del estado de ánimo.

Una de las novedades más difundidas respecto a los trastornos afectivos en el DSM-5 se refiere a la desaparición de la categoría de episodio mixto, lo que requiere que el individuo simultáneamente cumplir con los criterios completos de manía y episodio depresivo mayor, se ha eliminado en los trastornos bipolares. Pasando a ser un especificador de curso “con características mixtas”, que se puede aplicar a los episodios de manía o hipomanía cuando rasgos depresivos están presentes, y para episodios de depresión en el contexto de los principales trastorno depresivo o trastorno bipolar cuando las características de manía/hipomanía están presentes.

Asimismo, por primera vez se considera que los pacientes sin antecedentes previos de trastorno bipolar en tratamiento antidepresivo (farmacológico, terapia electroconvulsiva, etc.) que desarrollen un síndrome maníaco de intensidad y duración suficientes, pueden ser considerados como pacientes con trastorno bipolar. (de Dios y col., 2014). En cuanto a terminología, podemos observar un cambio en la frase “enfermedad médica” que se sustituye por “otra condición médica”.

También podemos observar cómo, el nuevo sistema de clasificación introduce criterios para el diagnóstico de estados clínicos pertenecientes al espectro bipolar. Previamente dichos criterios no estaban especificados y por tanto no eran diagnosticables.

En la actualidad el Trastorno bipolar se divide en dos subtipos: TB de tipo I (TB-I) y TB de tipo II (TB-II). A continuación se describen los criterios diagnósticos para ambas variantes del trastorno, así como para los episodios depresivos mayores, maníaco, hipomaníaco o mixtos.

DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR

Trastorno Bipolar tipo I

El Trastorno bipolar tipo I es la forma clásica que se caracteriza por fases de manía que generalmente requieren hospitalización, junto con depresiones intensas (ver figura 1).

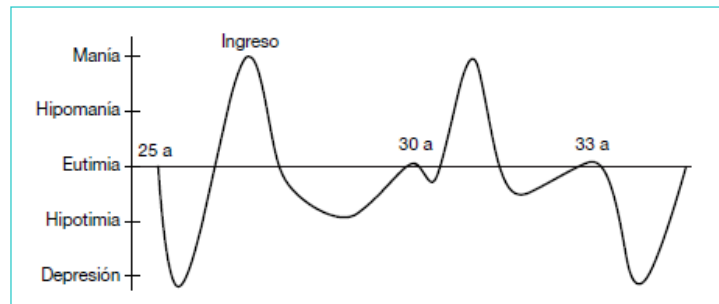


Figura 1. Ejemplo de paciente con Trastorno Bipolar tipo I (Vieta, Colom, Martínez-Arán, 2004)

Según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales en su última edición (APA, 2013), para el diagnóstico de trastorno bipolar I (ver cuadro 1), es necesario que se cumplan los siguientes criterios siguientes para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor. Así como que estos no puedan explicarse por la existencia de otro trastorno del espectro autista ni por una enfermedad médica.

Cuadro 1. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico del Trastorno Bipolar Tipo I (APA, 2013)

- A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco (Criterios A–D en “Episodio maníaco” antes citados).
- B. La aparición del episodio(s) maníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

A la hora de realizar un diagnóstico del trastorno bipolar tipo I, éste tiene en cuenta el tipo de episodio actual o más reciente, así como en la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio maníaco o de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo se indican si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco, hipomaníaco o de depresión

mayor. A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico, se enumerarán los términos en el orden siguiente (ver cuadro 2): trastorno bipolar I, tipo de episodio actual o más reciente, especificadores de gravedad/psicóticos/ remisión, y a continuación tantos especificadores sin código como correspondan al episodio actual o más reciente. (APA, 2013).

Cuadro 2. Especificadores para el diagnóstico del Trastorno Bipolar Tipo I (APA, 2013)	
<i>Episodio actual o más reciente</i>	Maníaco Depresivo No especificado
<i>Especificadores de gravedad</i>	Leve Moderado Grave Con características psicóticas
<i>Especificadores (sin código)</i>	Con ansiedad Con características mixtas Con ciclos rápidos Con características melancólicas Con características atípicas Con características psicóticas congruentes con el EA Con características psicóticas NO congruentes con el EA Con catatonia Co inicio en el periparto Con patrón estacional
<i>Especificadores en caso de que no haya episodio</i>	En remisión parcial En remisión total No especificado

Trastorno bipolar tipo II

El trastorno bipolar de tipo II se caracteriza por depresiones, que pueden ser tan intensas o más que en el tipo I, y fases de euforia moderada que no requieren ingreso hospitalario (ver figura 2).

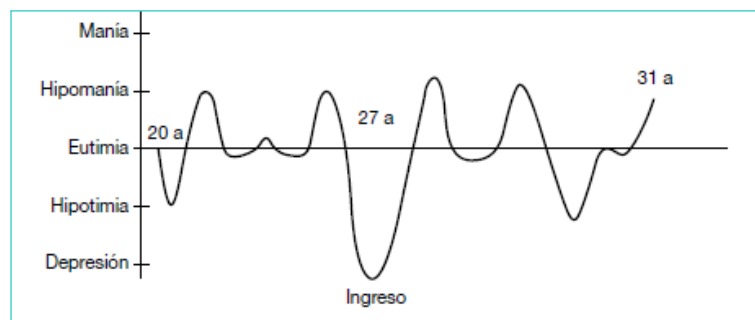


Figura 2. Ejemplo de paciente con Trastorno Bipolar tipo II (Vieta, Colom, Martínez-Arán, 2004)

Para su diagnóstico es necesario que se cumplan los criterios para un episodio hipomaniaco y al menos un episodio depresivo(ver cuadro 3). Así como que nunca haya existido un episodio maniaco. De nuevo, también es necesario que estos síntomas no puedan explicarse por la existencia de otro trastorno del espectro autista ni por una enfermedad médica.

Cuadro 3. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico del Trastorno Bipolar Tipo II (APA, 2013)

- A.** Se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaniaco (Criterios A–F en “Episodio hipomaniaco” más adelante) al menos para un episodio de depresión mayor (Criterios A–C en “Episodio de depresión mayor” antes citados).
- B.** Nunca ha habido un episodio maniaco.
- C.** La aparición del episodio(s) hipomaniaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.
- D.** Los síntomas de depresión o de incertidumbre causados por la alternancia frecuente de períodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Los episodios de hipomanía no llegan a los extremos de la manía, es decir, que no provocan alteraciones sociales u ocupacionales y carecen de rasgos psicóticos. Pueden aparecer síntomas psicóticos durante los episodios de depresión mayor, pero nunca en episodios hipomaniacos.

Para diagnosticar el trastorno bipolar tipo II hay que tener en cuenta que su gravedad actual, la presencia de características psicóticas, el curso y otros especificadores no se pueden codificar pero deberían indicarse por escrito (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Especificadores para el diagnóstico del Trastorno Bipolar Tipo II (APA, 2013)

<i>Episodio actual o más reciente</i>	Hipomaniaco Depresivo No especificado
<i>Especificadores de gravedad</i>	Leve Moderado Grave Con características psicóticas

<i>Especificadores (sin código)</i>	Con ansiedad Con características mixtas Con ciclos rápidos Con características psicóticas congruentes con el EA Con características psicóticas NO congruentes con el EA Con catatonía Co inicio en el periparto Con patrón estacional
<i>Especificadores en caso de que no haya episodio</i>	En remisión parcial En remisión total No especificado

Episodio maníaco

La característica principal del episodio maníaco (ver cuadro 5) es un estado anímico hipertímico o aumentado en el que aparece una alegría patológica que invade las funciones psíquicas (Gómez, 2008).

Como explican Vieta, Colom y Martínez (2004) es un cambio del comportamiento derivado de una exaltación de las funciones mentales: el pensamiento se acelera, las emociones se hacen más intensas, disminuye la necesidad de dormir y descansar, aumenta el interés por el sexo y las relaciones sociales, etc.

El inicio de la fase maníaca es con frecuencia agradable, hasta tal punto que algunos pacientes afirman sentirse «mejor que nunca». Éste es uno de los principales problemas de la manía: la falta de conciencia de enfermedad. Muchas veces la manía es un sinónimo de euforia, sin embargo, a menudo el síntoma más evidente es la irritabilidad o la contrariedad ante pequeñas frustraciones. Aparecen también sentimientos de superioridad, autoexpansivos y omnipresentes.

Una de las características más perceptibles es la alteración de la psicomotricidad, que se manifiesta con un aumento del tono psicomotor, apareciendo intranquilidad, inquietud, agitación motora e hiperexpresividad.

En cuanto a la esfera del pensamiento se ve sumamente afectada, siendo incluso frecuente la fuga de ideas. Durante la manía, las ideas van a más velocidad de lo normal, lo que aumenta la fluidez de pensamiento, pero no necesariamente la calidad del mismo. Es habitual asimismo la pérdida de estructura lógica en las construcciones gramaticales, y no es raro que

aparezcan frases encadenadas por asociaciones de sonidos, rimas o juegos de palabras. Es característico un tono de voz elevado, exagerado y apremiante, unido a un lenguaje que puede ser tangencial, circunstancial, descarrilado y, a veces, incoherente; son pacientes con tendencia a la verborrea (Gómez, 2008).

Otro rasgo a tener en cuenta es la labilidad emocional, que tiene su justificación en una exaltación de las emociones, y no debe confundirse con síntoma depresivo.

Otra de las características de este episodio es la acentuación de los propios rasgos de personalidad del individuo. La exaltación de las emociones puede llevar a enamoramientos apasionados y odios intensos. La sobrevaloración de las propias capacidades puede llevar a tomar decisiones excesivamente arriesgadas, o comprar de manera excesiva e innecesaria. Pueden aparecer comportamientos inadecuados e impertinentes en las personas más educadas, o incluso promiscuidad sexual. La aceleración psicomotora hace que la persona mantenga una actividad constante, practique más ejercicio y planifique tareas y reuniones que le llenen el día y parte de la noche.

El contenido del pensamiento es, en general, megalomaniaco y grandilocuente. Las ideas de grandeza pueden llegar a ser tan exageradas que se vuelvan delirantes. La aparición de síntomas psicóticos dificulta el establecimiento de un diagnóstico diferencial entre el trastorno bipolar y la esquizofrenia. Los síntomas psicóticos aparecen en aproximadamente el 70 % de los pacientes bipolares de tipo I (Vieta, Colom y Martínez, 2004)

Es característica del trastorno bipolar la disminución de la necesidad de sueño, que estaría encuadrada en los trastornos del ritmo vigilia-sueño. Es relativamente común encontrar pacientes que sólo duermen 1-3 horas diarias, sin que esto se traduzca en un mayor cansancio o fatiga (Gómez, 2008).

Otras alteraciones destacables hacen referencia a alteraciones cognitivas, que afectan básicamente al nivel de atención y de concentración, generando aparentes déficits de memoria.

En cuanto a su aspecto, el paciente maniaco suele vestirse con prendas vistosas y coloridas, aunque también puede darse el caso de que la persona descuide su aspecto y muestre una apariencia extravagante.

Cuadro 5. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico del Episodio Maníaco (APA, 2013)

- A.** Período bien definido de EA anormalmente persistente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).
- B.** Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:
1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o
 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
 7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfadada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- C.** La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.
- D.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.
- Nota: Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: Los Criterios A–D constituyen un episodio maníaco. Se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Episodio hipomaníaco

La hipomanía es una manía suave (Vieta, Colom y Martínez, 2004). Una de las características más importantes que lo diferencian de la manía es que, en los episodios hipomaníacos no aparecen síntomas psicóticos (ver cuadro 6).

Los episodios hipomaníacos presentan una sintomatología de menor intensidad y duración a la anterior, aunque los síntomas son idénticos y únicamente difieren en la

intensidad de los mismos. Esto se traduce en una menor repercusión sociolaboral de modo que estos cuadros no suelen requerir ingreso en un hospital (Gómez, 2008).

Puede resultar difícil diferenciar la alegría de la hipomanía, pero como otras emociones ésta dura poco. La hipomanía, sin embargo, se acompaña de muchos otros síntomas: insomnio o disminución del sueño, discurso acelerado, irritabilidad, etc. La hipomanía puede ser un estado extremadamente agradable en el que muchos pacientes desean quedarse, pero constituye un estado extremo inestable; ya que tiende de manera acusada a empeorar y a convertirse en manía (en los bipolares de tipo I), o a transformarse de improviso en una fase depresiva (sobre todo en los bipolares de tipo II).

Cuadro 6. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico del Episodio Hipomaniaco (APA, 2013)

- A.** Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
- B.** Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:
 - 1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
 - 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
 - 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
 - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 - 5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
 - 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
 - 7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- C.** El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
- D.** La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.
- E.** El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.
- F.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento).

Nota: Un episodio hipomaniaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sintromico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio hipomaniaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaniaco, ni indica necesariamente una diátesis bipolar.

Nota: Los criterios A–F constituyen un episodio hipomaniaco. Los episodios hipomaniacos son frecuentes en el trastorno bipolar I pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Episodio de depresión mayor

La depresión consiste 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 (ver cuadro 7). 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 (Vieta, Colom y Martínez, 2004).

El problema es que detrás de este comportamiento menos conflictivo hay un gran sufrimiento personal. Esta sensación de fatalidad se acompaña de desesperación y puede facilitar una de las complicaciones más graves: el suicidio. El trastorno bipolar, puede tener consecuencias devastadoras para el funcionamiento social, ocupacional y la calidad de vida de los individuos incluso después del primer episodio. De hecho, supone, la sexta causa médica más importante de discapacidad en el mundo (Undurraga, 2012).

Los síntomas característicos de la fase depresiva son la anhedonia y el estado deprimido, pero también aparecen otros, como son la pérdida o aumento del apetito la fatiga, las somatizaciones, las crisis de ansiedad, la pérdida de impulso sexual, el aislamiento social, el malhumor y muchos otros. En la fase depresiva también pueden observarse síntomas psicóticos, siendo de contenido depresivo (ideas delirantes de culpa, ruina, inutilidad...). Las alucinaciones son menos frecuentes pero también pueden verse.

Además algo curioso es que la depresión se acompaña de una distorsión del tiempo muy peculiar, haciendo que el pasado y el futuro se contaminen de la vivencia depresiva.

Otro aspecto de la fase depresiva que debe tenerse en cuenta es que a menudo los síntomas son más intensos por la mañana que por la tarde. Esto no es siempre así, pero hay un

porcentaje importante de pacientes. Esto hace que acaben por dormir de día y vivir de noche, que alteren completamente el funcionamiento familiar y hagan más difícil su reintegración social. (Vieta, Colom y Martínez, 2004)

Cuadro 7. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico del Episodio de Depresión Mayor (APA, 2013)

- A.** Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Los episodios de depresión mayor son frecuentes en el trastorno bipolar I pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

Fases mixtas

Las fases mixtas (ver figuras 3) consisten en una mezcla de síntomas de manía y depresión. Son difíciles de diagnosticar y causan un gran sufrimiento. 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, esto ocurre en los pacientes denominados cicladores rápidos, que a menudo pasan de manía a depresión y a la inversa (Vieta, Colom y Martínez, 2004).

OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS

Trastorno ciclotímico

La ciclotimia consiste en una sucesión de fases hipomaníacas y depresivas leves o moderadas durante un período de dos años como mínimo (al menos un año en niños y adolescentes). Suelen recibir el nombre de “cicladores rápidos” y suelen ser visto como “inestables” o incluso “imprevisibles”. Muchos pacientes bipolares I y II son también ciclotímicos, es decir, aparte de los episodios «importantes» de la enfermedad, también presentan frecuentes oscilaciones leves (Vieta, Colom y Martínez, 2004).

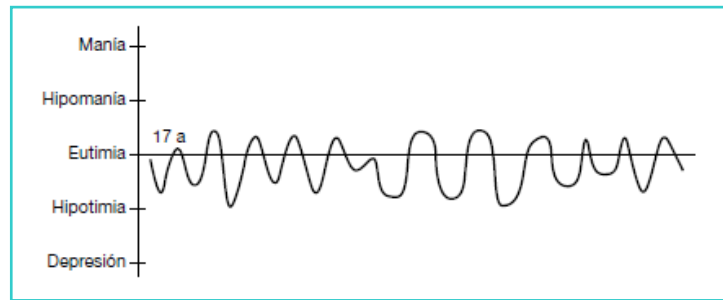


Figura 3. Ejemplo de paciente con Ciclotimia. (Vieta, Colom y Martínez-Arán, 2004)

Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos

La característica esencial del trastorno es una alteración persistente e importante del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico inducido porque se considera provocada por los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento somático de la depresión o la exposición a un tóxico (APA, 2000).

Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en el que aparecen los síntomas (p. ej., durante la intoxicación o la abstinencia), la alteración puede suponer que el estado de ánimo sea depresivo o con una notable pérdida de intereses o del placer, o que sea un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable (APA, 2000).

Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica

La característica esencial del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (APA, 2000).

Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno bipolar y trastorno relacionado que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Sin embargo, no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno bipolar y trastorno relacionado (APA, 2013).

Algunos ejemplos de presentaciones que se puede especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

Episodios hipomaníacos de corta duración (2-3 días) y episodios de depresión mayor
Episodios hipomaníacos con síntomas insuficientes y episodios de depresión mayor
Episodio hipomaníaco sin episodio psicótico previo de depresión mayor

Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno bipolar y trastorno relacionado que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Sin embargo, que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno bipolar y trastorno relacionado. La categoría del trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno bipolar y relacionados específicos, e incluye presentaciones en las cuales no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias) (APA, 2013).

ETIOLOGÍA

Tradicionalmente la investigación sobre la etiología del Trastorno bipolar se ha centrado en la identificación de las posibles bases biológicas de la enfermedad, incluyendo los componentes genéticos, alteraciones neurohormonales y anomalías anatómicas del cerebro. Recientemente se ha ido produciendo un desplazamiento progresivo desde las alteraciones de cada uno de los sistemas de neurotransmisores por separado (noradrenalina, dopamina, y serotonina) hacia el estudio de sistemas neuroconductuales más complejos.

La etiopatogenia de la bipolaridad se basa en el papel fundamental que ejercen los factores genéticos, aunque no lo expliquen todo, pero son elementos que constituyen el sustrato sobre el que actuarían factores de índole biológico (lesiones cerebrales, alteraciones hormonales, etc.), psicológico (situaciones de pérdida, estresantes ambientales, etc.) y meteorológico (estaciones, presión atmosférica).

La enfermedad bipolar consiste en un mal funcionamiento de los mecanismos bioquímicos que regulan el estado de ánimo. Estos mecanismos se localizan en una zona del cerebro, denominada sistema límbico, que se encuentra en la zona central del encéfalo (Vieta, Colom y Martínez, 2004).

El funcionamiento de este sistema es complejo, pero se basa en dos factores importantes: los genéticos y la influencia de los ambientales. De forma que aquellas personas que por factores genéticos tengan un sistema límbico más vulnerable, pueden padecer la enfermedad si las condiciones ambientales lo propician.

Más del 50% de los pacientes con trastorno bipolar tienen un familiar de primer grado con un trastorno del estado de ánimo, y los descendientes de pacientes con Trastorno bipolar tienen un riesgo 5-10 veces mayor de desarrollar la enfermedad que la población general, siendo un trastorno que puede llegar a repetirse a lo largo de varias generaciones (McElroy, 2001). Se ha demostrado que la tasa de concordancia en gemelos monocigóticos es del 80%, y del 20% en el caso de dicigóticos, dejando claro que este es el factor más importante. Además, se ha comprobado que los familiares de enfermos bipolares corren un riesgo 10 veces mayor de presentar la enfermedad en comparación con los sujetos sanos. (Gómez, 2008).

Sin embargo, a pesar de los muchos avances en biología molecular, todavía se desconoce la localización de los genes responsables del riesgo de padecer este trastorno. No obstante, se descarta la existencia de un sólo gen responsable. Todo apunta a un modelo aproximado de un conjunto de genes que bajo la influencia de algunos factores ambientales desencadenarían el trastorno.

Recientemente se ha prestado mucha atención al papel del sistema endocrino en los trastornos del estado de ánimo, concretamente al eje hipotalámico-pituitario-adrenal, implicado en la respuesta al estrés. En respuesta a la tensión, las neuronas hipotalámicas secretan la hormona liberadora de corticotropina para dirigirse a la glándula pituitaria anterior y estimular la producción de la hormona adrenocorticotrópica, que, a su vez, estimula las glándulas suprarrenales para producir cortisol. El cortisol proporciona una retroalimentación negativa al hipotálamo que desactiva la respuesta al estrés y disminuye a su vez los niveles de cortisol. Curiosamente, se ha observado una disfunción del eje hipotalámico-pituitario-adrenal en todas las etapas de la enfermedad bipolar, incluyendo los periodos asintomáticos. Esta desregulación podría subyacer tanto a la vulnerabilidad a episodios futuros como al mantenimiento del curso crónico del trastorno, incluso a la ansiedad asociada (García-Blanco, Sierra y Livianos, 2014).

En cuanto a anomalías anatómicas del cerebro, las técnicas de neuroimagen estructural y funcional del cerebro se han utilizado para identificar los sustratos neurobiológicos subyacentes a los trastornos afectivos. Sin embargo, en comparación con el

trastorno depresivo mayor o la esquizofrenia, ha habido relativamente pocos estudios que hayan investigado las diferencias estructurales del cerebro en pacientes con trastorno bipolar y los hallazgos han sido contradictorios.

Aunque la mayoría de los estudios actuales se ha centrado en los factores biológicos. Estos factores no pueden explicar por completo el desarrollo, la expresión y la polaridad de los síntomas. Por este motivo, en las últimas 2 décadas ha habido un interés creciente por el papel de los factores psicosociales en el inicio, curso y presentación de la enfermedad bipolar.

Una revisión reciente (Alloy y cols. 2009) ha señalado que las personas con trastornos del espectro bipolar experimentan un incremento de los acontecimientos vitales previo al inicio de la enfermedad o a la recurrencia de los episodios afectivos. Mientras que los acontecimientos vitales negativos como fracasos o pérdidas pueden precipitar los episodios depresivos, los episodios maníacos pueden estar precedidos tanto por acontecimientos negativos y/o amenazantes, tales como insultos u hostilidad familiar (Jonhson y cols., 2008), como por acontecimientos positivos. No obstante, hemos de tener en cuenta que el trastorno bipolar afecta y es afectado por el ambiente en el cual los pacientes recaen y se recuperan. La propia enfermedad es estresante en sí misma y puede conducir a una mayor desestabilización, aumentando la probabilidad de sufrir este tipo de eventos; de esta manera, la enfermedad crearía un ciclo de autoperpetuación al actuar como factor de mantenimiento (Bender, y cols. 2008).

Como factores predisponentes se han identificado el pobre apoyo social, el maltrato en la infancia, la baja autoestima y las distorsiones cognitivas (García-Blanco, Sierra y Livianos, 2014).

Hay que tener en cuenta que la influencia de estos factores varía mucho en función de las épocas en que el organismo se encuentre, siendo más propenso a las recaídas. En momentos como:

- El abandono del tratamiento
- Consumo de drogas
- Si ha habido una recaída reciente
- Durante los cambios estacionales
- Durante los cambios de medicación

- Si se lleva a cabo un régimen muy estricto
- Si por algún motivo pasan diversas noche sin dormir

El modelo de diátesis-estrés sirve para explicar cómo los rasgos no biológicos o rasgos genéticos (diátesis) interactúan con las influencias ambientales (estrés) para que activen la aparición de trastornos psiquiátricos (Harris, 2001; Moffitt y cols., 2005). El factor ambiental más frecuentemente estudiado en este contexto es el estrés, a menudo tan operacionalizado en eventos de la vida. Numerosos estudios han demostrado que en la vida los eventos juegan un papel en el inicio y el curso de la depresión y el trastorno bipolar (Bender y Alloy 2011; Brown y Harris 1989; Hillegers y cols. 2004; Hlastala y cols., 2000; Malkoff-Schwartz y cols., 1998).

También han sido estudiados los efectos de otros factores cómo el nivel socioeconómico, la nutrición, el ejercicio y el bienestar en relación con el trastorno bipolar. En la literatura psiquiátrica, ha habido discrepancias evidentes en los hallazgos que describen la relación entre el trastorno bipolar y el nivel socioeconómico. Los primeros estudios indican una asociación global entre la enfermedad maníaco-depresiva y la clase social más alta. Sin embargo, los estudios recientes epidemiológicos no han logrado encontrar una asociación. En su lugar, ellos reportan unas distribuciones similares entre las clases sociales y niveles educativos. Según un estudio realizado recientemente por Eid y cols. (2013), los niveles socioeconómicos más altos se asocian con una buena respuesta a la estabilización del litio.

Se sabe que los individuos con trastorno bipolar sufren una mayor incidencia de síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular como la obesidad, la diabetes, la hipertensión tensión, y dislipidemia, además de la carga cognitivo y emocional (McIntyre y cols., 2005; Kilbourne y cols., 2004; Soreca y cols., 2008). La inactividad física y la malos hábitos alimenticios son comunes en esta población causando una mala salud (Fagiolini y cols., 2008). La obesidad, y la inactividad se asocian con la depresión, peor curso de la enfermedad, el incumplimiento del tratamiento, y peores resultados. Por lo que hay una necesidad de terapias complementarias para disminuir el estado de ánimo residual síntomas y la carga médica debilitante asociada con la enfermedad.

CURSO

El trastorno bipolar suele manifestarse de manera precoz, a edades tempranas, en forma de cuadros depresivos de inicio brusco, con intervalo de remisión posterior, que tienden a repetirse en el tiempo, independizándose gradualmente de los detonantes o estresores externos, volviéndose cada vez más intensos y prolongados, con períodos de sintomatología subsindromática leve entre cada uno de los episodios (Gustavo, 2014).

El inicio de este trastorno puede darse a cualquier edad, pero lo más frecuente es que sea entre los 20 y 25 años de edad. En niños o adolescentes es menos claro cuando es el comienzo, ya que se manifiesta de forma diferente. Y en cuanto a su duración es muy variable, puede durar días o incluso semanas. Gracias a la medicación ahora su duración se estima entre semanas o pocos meses. No obstante, incluso con medicación, la duración de los episodios depresivos suele ser mayor que la de los episodios maníacos.

Los trastornos bipolares son crónicos episódicos y recurrentes, por lo que siguen un curso cíclico en el que probablemente sufrirán más de un episodio a lo largo de su vida. Se ha calculado que un paciente bipolar presenta alrededor de diez episodios afectivos a lo largo de su vida (Goodwin y Jamison, 2007). Las recaídas y recurrencias afectan prácticamente a todos los pacientes. Los pacientes bipolares tipo II suelen tener más cantidad de episodios depresivos y padecer un mayor número de episodios afectivos que los bipolares tipo I (Goodwin y Jamison, 2007). El riesgo de suicidio suele ser más alto entre los pacientes depresivos bipolares II que entre los unipolares y los bipolares I (Nordentoft y cols., 2011).

Además, las recaídas y recurrencias son habituales. Aproximadamente el 20% de los pacientes tratados fuera del hospital han tenido cuatro o más episodios diagnosticables en los 12 meses anteriores (Belloch, 2008; Schneck y cols., 2004).

Por otro lado, parece un hecho contrastado que el riesgo de recaídas aumenta con la edad del paciente, probablemente debido a que con la edad los intervalos asintomáticos entre episodios son cada vez más cortos (Belloch, A., 2008; Cohen, 1992). Así como que cuanto más larga es la historia previa de episodios y mayor el número de episodios previos, hay más riesgo de recaída (Belloch, 2008; Keller, y cols., 1982). El riesgo mayor de recaída se produce poco después de salir de un episodio (Belloch, 2008)

En cuanto a la velocidad de recuperación a corto plazo, es más rápida cuando el episodio por el que buscan ayuda es maníaco (Belloch, A., 2008; Hirschfeld y Goodwin, 1989);

en estos casos, la mediana de la recuperación se sitúa en 5 semanas. Cuando el episodio es depresivo la mediana es de 9 semanas.

COMORBILIDAD

La presencia comórbida de otros trastornos mentales y de otras enfermedades médicas es la norma y no la excepción en el espectro bipolar. Tres cuartas partes de los pacientes cumplen criterios al menos para algún otro trastorno. Una revisión reciente concluyó que los trastornos que se han asociado más frecuentemente con el trastorno bipolar han sido los trastornos por abuso de sustancias junto a los trastornos de ansiedad; otros trastornos comórbidos han sido el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad. (García-Blanco, Sierra y Livianos, 2014).

Atender esta comorbilidad se hace imprescindible si tenemos en cuenta que la presencia de otro trastorno de ansiedad se ha asociado con un mayor deterioro psicosocial, una mayor gravedad de la enfermedad, incluso con la historia de suicidio. Para dar cuenta de la importancia de la ansiedad asociada, el DSM 5 introduce la posibilidad de especificar si presenta ansiedad o no, ya que estima que es necesario para poder planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica.

1.3 PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN

A la hora de realizar una evaluación para el trastorno bipolar, al igual que con el resto de trastornos mentales, se necesita llevar a cabo una evaluación psicopatológica, para poder realizar la intervención posterior.

La evaluación clínica es un proceso en el que se busca información acerca de una persona con el objetivo de identificar qué tipo de trastorno le afecta y, si es posible, las causas que lo desencadenen y mantienen. De esta forma, se facilita una intervención adecuada que permita la superación de dicho problema. Con la ayuda de esta evaluación el profesional podrá elaborar un diagnóstico adecuado y comenzar su intervención, así como empezar a crear un buen *rapport* con el paciente. A continuación se explica el protocolo de evaluación para el trastorno bipolar.

Objetivos de la evaluación

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

- Exploración de síntomas
- Diagnóstico
- 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

Procedimientos de evaluación

La exploración psicopatológica se centra en la sintomatología actual del paciente. La entrevista es fundamental para ello, y además de contar con lo que el paciente relate en la entrevista, es importante no limitarnos a ello siendo aconsejable, acompañar la información con la que nos pueda ofrecer su entorno. En el caso de los pacientes que están ingresados, es el personal sanitario quien puede ofrecer información muy útil, ya que observan el funcionamiento diario del paciente.

En muchas ocasiones, una sola entrevista clínica no será suficiente para obtener la información deseada, bien porque no se conoce con profundidad al enfermo, o por otros motivos. Además es importante tener en cuenta las dificultades que nos podemos encontrar a la hora de realizar la entrevista, como por ejemplo: la falta de conciencia de enfermedad del paciente, el hecho de que mantenga una actitud de desconfianza o la existencia de síntomas que dificulten la intervención, tanto a nivel conductual, cognitivo, psicofisiológico como emocional.

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. Otro tipo de entrevistas son las conductuales que se centran en aspectos concretos e individuales de la persona a estudiar generalmente ligados a la planificación de la intervención. El análisis funcional de la conducta es la pieza nuclear de este tipo de entrevista.

Dentro de las entrevistas estructuradas y semiestructuradas cabe mencionar la Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders-Entrevista clínica estructurada para los trastornos del DSM-IV (SCID). Esta permite realizar el diagnóstico de la mayoría de los trastornos clínicos (Eje I) y de los trastornos de personalidad (Eje II) del DSM-IV. Esta entrevista consta de dos tipos la SCID-I (SCID-VC) y la SCID-II.

Para poder conseguir estos objetivos, debemos realizar una evaluación clínica. La evaluación exige una completa anamnesis y exploración tanto psiquiátrica como somática, 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.

Como bien explican Baños y Perpiñá (2002) 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. Además de proporcionarnos una visión general de la sintomatología y de la repercusión que 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.

Áreas de evaluación

En la elaboración de la historia clínica del paciente, cabrá recopilar información referente a la identificación de la persona, incluyendo los siguientes puntos:

Datos de identificación del paciente

Además del nombre de la persona, se debe incluir la información demográfica relevante como sexo, edad, estado civil, profesión, religión y circunstancias actuales de la vida.

Datos referentes y motivo de referencia

En este apartado se especifica si la persona viene remitida por otro profesional o institución, a un servicio concreto para ser evaluado. En este caso, hay que indicar quien lo remite y explicar la razón.

Motivo de consulta

Es la recogida de las quejas del paciente (con sus propias palabras) que puede o no coincidir con el problema principal.

Descripción del problema actual

Consiste en recoger la presencia de los signos y síntomas que está experimentando el paciente y de su secuencia. Se ha de registrar qué le sucede, cómo y dónde le sucede, el lugar y las circunstancias en las que aparece el problema o lo exacerban, si existen variaciones circadianas, acontecimientos inmediatos que precipitaron el episodio actual, etc.

Interferencias del problema en la vida de la persona

Sondear el impacto que el problema está ocasionando en la vida de la persona (aislamiento social, problemas en el área labora o educativa, problemas económicos, deterioro en las relaciones sociales y familiares, deterioro en el ocio, etc.).

Historia y evolución del problema actual

Se trata del cuadro cronológico y comprensivo del problema del paciente. Sondeando desde cuándo le sucede, cómo comenzó, si existe relación con algún acontecimiento vital, la progresión, y el curso del problema.

Problemas mentales anteriores

Recoger información sobre otros episodios de problemas mentales previos, su cronología, su sintomatología, y diagnóstico, el grado de incapacitación que produjo, el tratamiento que recibió, durante cuánto tiempo y su resultado.

Historial médico

Tomar nota de enfermedades, traumatismos u operaciones que hayan sido relevantes o que tengan alguna relación con el problema actual o su tratamiento, así como los fármacos prescritos. También se ha de explorar el uso de sustancias (legales e ilegales).

Historia personal

Este apartado se dedica a la comprensión biográfica y su relación con el problema actual. Hay que destacar los acontecimientos vitales importantes en su desarrollo. Dando especial atención al área familiar, social, académica, laboral, sexual y tiempo libre.

Antecedentes familiares

Se ha de recoger información sobre antecedentes de trastornos mentales, tratamientos, hospitalizaciones, etc., en sus familiares.

Personalidad

Es recomendable conocer cómo era la personalidad del paciente previo al inicio del problema y evaluar si ha habido cambios drásticos, así como actitudes hacia los demás en sus relaciones. Hay que explorar el concepto de sí mismo que tiene el paciente, sus actitudes morales y religiosas, y cómo reacciona ante situaciones estresantes. Y ver también si existe discrepancia entre la visión que tiene el paciente de sí mismo y la que dan los demás de él.

Además de esto durante la entrevista es importante observar y recoger información acerca de su estado mental. Para ello, contamos con el Mini-Mental del estado mental, siendo unos de los instrumentos más utilizados para rastrear deterioros cognitivos en pacientes psiquiátricos. Elaborado por Folstein, Folstein y McHugh en 1975, con el objetivo de contar con una evaluación breve y objetiva del funcionamiento cognitivo y de sus cambios, se administra en 10 minutos. En este tipo de exámenes se suelen incluir los siguientes apartados:

- Exploración de la apariencia, comportamiento durante la entrevista y conciencia de enfermedad: Anotar la primera impresión que causa el paciente. Se ha de registrar (real y aparente) vestimenta, aseo, características y marcas físicas, postura, contacto ocular, la disposición que tiene el paciente hacia la entrevista y al evaluador y el grado que tiene el paciente la entrevista y el evaluador y el grado de apercibimiento que tiene en su problema y de su gravedad.
- Exploración de la actividad motora y de la conducta intencional: Comprende tanto los aspectos cualitativos como los cuantitativos del comportamiento motor de la persona. Hay que estar atento a las conductas no verbales durante la entrevista (desde inmovilidad total a hiperactividad), si la actividad motora está enlentecida o si es excesiva o inapropiada., si existen alteraciones en los movimientos inducidos, en los involuntarios, en los voluntarios y en la conducta intencional. También se han de explorar los movimientos expresivos (de la mímica).
- Exploración de la conciencia, alerta, atención y orientación: Se ha de determinar la lucidez y el nivel de conciencia, valorando el estado general de alerta el estado de funcionamiento cognoscitivo de los sentidos (si es capaz de darse cuenta de lo que le ocurre a él y su alrededor) y la capacidad de atender, concentrarse y responder a la entrevista. Se ha de explorar también a orientación en el tiempo, espacio y persona.
- Exploración de la memoria: Evaluar tanto la retención y el recuerdo inmediato, como la memoria reciente y remota. Comparándose el informe que el paciente expone de su vida con el que dan otras personas cercanas. Explorar si existen deterioros selectivos de la memoria para acontecimientos o períodos concretos. Preguntar al paciente si suele olvidar cosas y cuál es su actitud hacia esto. Registrar cualquier evidencia de confabulaciones o falsas memorias. En

caso de trastorno orgánico, debe especificarse en detalle la relación entre la condición orgánica y la amnesia anterógrada y retrograda.

- Exploración de la percepción e imágenes mentales: Pregunta al paciente acerca de alteraciones perceptivas en todas las modalidades. Determinar si se trata de distorsiones o engaños, y si aparecen alucinaciones (anotar si existen indicios de estos engaños en la misma entrevista). Hay que explorar también la naturaleza y complejidad de estas alteraciones, si existen circunstancias que las provoquen (drogas, falta de sueño, etc.) y las reacciones o interpretaciones por parte del paciente.
- Exploración de la forma del pensamiento, el lenguaje y el habla: Se debe observar y anotar la fluidez del discurso, su velocidad y ritmo, gramática, sintaxis y vocabulario utilizados, si existen dificultades para comprender o responder preguntas, la cualidad del habla. Registra el flujo de los pensamientos del paciente, si éstos son lógicos, coherentes y pertinentes, o si por el contrario hay indicios de pérdida de asociaciones, fuga de ideas, bloqueos, tangencialidad, etc.
- Exploración de la conciencia de sí mismo: Hay que preguntar al paciente por sus preocupaciones y creencias principales. Registrar si los contenidos de éstas son excesivos, “increíbles”, absurdos, ilógicos, fantásticos, etc., si son compartidas por otras personas, cómo han comenzado a mantenerse, el grado de firmeza, de implicación personal y de convencimiento, cómo interfieren en su vida cotidiana, etc. Valorar si las preocupaciones de la persona toman la forma de delirios, ideas obsesivas, sobrevaloradas, fóbricas, etc. Preguntar explícitamente al paciente sobre ideación suicida.
- Exploración de la conciencia de sí mismo: Preguntar por creencias y preocupaciones acerca de sí mismo. Explorar si la persona es capaz de diferenciar entre ella misma y el mundo exterior, si se considera como “irreal” o que no existe, si tiene sentimientos extremos de separación del yo o del ambiente, si reconoce que sus pensamientos, actos, etc., son suyos, si cree que ha cambiado totalmente en algún momento, si existe experiencia disociativas También es conveniente rastrear su imagen corporal, su auto-concepto y auto-estima.

- Exploración de los afectos y emociones: Preguntar por el estado de ánimo predominante de la persona. Explorar la naturaleza y expresión de los afectos de la persona, prestando atención a si son apropiados, si existen cambios, si están ausentes, si hay presencia de estímulos, patrones diurnos, la variedad de aspectos que es capaz de expresar, el grado de intensidad, reactividad y movilidad de los afectos. Observándose también la constancia del estado de ánimo durante la entrevista y cómo se manifiesta los afectos.
- Exploración de las funciones cognitivas: Explorar tanto las alteraciones por defecto como por exceso. Preguntar por pautas de sueño, apetito, y hábitos de ingesta, actividad sexual y molestias físicas.
- Exploración de la inteligencia: Evaluar, al menos, los conocimientos generales de la persona y su capacidad de pensamientos abstracto. Valorar el vocabulario utilizado por el paciente y su grado de comprensión a lo largo de la entrevista. Si se sospecha deterioro intelectual, se ha de utilizar una prueba específica.
- Exploración del área social y de las relaciones interpersonales. Explorar la adaptación del individuo a diversas situaciones sociales.
- Reacción del examinador: Anotar cómo el entrevistador se ha visto afectado por la conducta del paciente y su opinión sobre la precisión de la información obtenida.
- Exploración adicional de la psicopatología inducida por agentes biológicos. Pudiendo estar inducido por un trastorno neurológico, enfermedad médica por alguna sustancia. Solicitar pruebas si fuera necesario.

A la hora de hablar del trastorno bipolar, otras áreas a tener en cuenta son:

- Ausencia de refuerzos en su estilo de vida
- Estilo cognitivo
- Ausencia de habilidades sociales de comunicación y solución de problemas
- Pródromos

- Habilidades de afrontamiento
- Apoyo social
- Conocimiento del problema
- Nivel de adaptación
- Uso o abuso de sustancias tóxicas
- Situaciones clínicas de riesgo como el suicidio o el peligro de violencia

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

A la hora de evaluar un posible trastorno bipolar contamos con los siguientes instrumentos de evaluación:

Cuestionario de trastornos del humor (Mood Disorder Questionnaire, (MDQ), Hirschfeld y cols. 2000)

El Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ es un formulario de cribado, 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 con la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID). Ha demostrado buena sensibilidad y especificidad en población clínica; en muestras de población general, mientras que la especificidad permanece alta, la sensibilidad es más baja.

Listado de Síntomas de Hipomanía-32 (Hypomania Symptom Checklist, HCL-32)

El Listado de Síntomas de Hipomanía-32 (Hypomania Symptom Checklist, HCL-32) puede ser muy útil para la detección de y episodios previos de hipomanía. Comparado con el MDQ presenta mayor sensibilidad para la detección del Trastorno bipolar. Puede aplicarse para discriminar entre pacientes con TB II y pacientes con depresión unipolar y también entre TB II y controles.

Test de Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, (HDRS) Hamilton, 1960, 1967)

Es una escala para el diagnóstico de la depresión. La más utilizada es la versión con 21 ítems, existiendo una original de 17 ítems; que analizan 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. Puntuando cada ítem del 0-4 o 0-2 con una máxima puntuación total de 50 en la versión de 17 ítems, siendo el punto de corte de 7 para valorar la remisión clínica, de 8-13 depresión leve, de 14-18 depresión moderada, 19-22 depresión severa y de 23 o más depresión muy severa.

Inventario de depresión de Beck (BDI). (Beck y cols., 1961, 1972)

La BDI consta de 21 elementos y se han obtenido dos factores: Somatización y autoconcepto negativo. Es de aplicación autoadministrada para el diagnóstico de la depresión. Con una puntuación que va de 0-3, y una puntuación máxima de 63 puntos, siendo el punto de corte de 0-9 para valorar la remisión clínica, de 10-16 para depresión leve, de 17-21 para depresión moderada, 22-29 para depresión severa y más de 30 para depresión muy grave.

Escala de Young para la Evaluación de la manía (Young Mania Rating Scale, (YMRS). Young y cols., 1978)

La escala de Young es de heteroaplicada para el diagnóstico de la manía. Consta de 11 ítems y la duración de su aplicación es de 15-30 minutos con un marco de referencia temporal de 48h. La puntuación máxima es de 60, y se puntúa entre 0-4 y 0-8 (en los ítems 5, 6, 8 y 9). Los resultados muestran según la puntuación estado de eutimia con una puntuación menor o igual que 6, entre 7-10 para episodio mixto, mayor que 20 para episodio maníaco, siendo a mayor puntuación más grave el episodio maníaco (entre leve 20, moderado 26 y 38 severo)

Escala de depresión de Zung (A Self-rating Depression Scale, (SDS). Zung, 1965)

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo. La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80: 25-49 rango normal, 50-59 ligeramente deprimido, 60-69 moderadamente deprimido, 70 o más, severamente deprimido.

Escala de ideación suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, (SSI). Beck, Kovacs y Weissman, 1979)

Es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Evalúa las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionadas con la tentativa. Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 0 a 2 puntos. Consta de tres partes bien diferenciadas: parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio), parte subjetiva (expectativas durante la tentativa de suicidio) y otros aspectos. Se obtiene una puntuación total sumando las puntuaciones obtenida en los diferentes ítems que nos proporcionan una valoración de la gravedad de la tentativa.

1.4 PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica, siendo su tratamiento adecuado esencial para disminuir recaídas y mejorar su pronóstico. El abordaje de los episodios exige una elección precisa de los diferentes tipos de intervenciones disponibles. A continuación se presentan los diferentes tipos de intervenciones, tanto farmacológica como psicosocial.

INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA

El tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar constituye un elemento esencial. Los objetivos principales de este tipo de tratamiento son reducir la intensidad, frecuencia y consecuencia de los episodios agudos, así como mejorar el funcionamiento global y la calidad de vida entre ellos.

La intervención aquí explicada está basada en la Guía de Práctica sobre el Trastorno Bipolar (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012) la cual muestra recomendaciones de aquellos tratamientos que han sido empíricamente validados y que actualmente se siguen en nuestro país.

Diversos fármacos han demostrado que tienen una eficacia en la reducción de la sintomatología aguda maníaca. Antes de elegir la opción farmacológica que se considere más adecuada se han de valorar aspectos como el tipo y el curso del trastorno bipolar a tratar. En general la toma de esta decisión no es fácil, pues cada fase del trastorno exige una estrategia diferente de tratamiento, por lo que el psiquiatra debe reevaluarlo constantemente.

El tratamiento farmacológico (ver cuadro 8) es imprescindible y su abandono constituye la primera causa de recaída. Por lo tanto, la baja adherencia al tratamiento es un aspecto crucial (Baldessarini y cols., 1991). Dentro de la adherencia, se incluye la toma de la medicación, pero también la asistencia a las citas programadas o el cumplimiento de las pautas y a estilos de vida saludables. Las razones de esta baja adherencia suelen ser debidas a la falta de conciencia de la enfermedad, las creencias irracionales acerca de los medicamentos, el estigma social, la aparición de efectos secundarios o al consumo de tóxicos.

Las opciones farmacológicas han ido aumentando con el paso de los años, tras la incorporación del litio en los años 50 al tratamiento de este trastorno. Esto supuso un cambio

radical en su tratamiento y pronóstico. Incorporándose numerosos fármacos eficaces, como los anticonvulsivos, los antipsicóticos, las benzodiazepinas y los antidepresivos.

Cuadro 8. Opciones de tratamiento farmacológico para el Trastorno Bipolar (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012)					
	<i>Estabilizadores</i>	<i>Antipsicóticos</i>		<i>Antidepresivos</i>	<i>Ansiolíticos</i>
	<i>Anticonvulsivos</i>	<i>Primera generación</i>	<i>Segunda generación</i>		
Litio	Valproato Sódico Carbamacepina Oxcarbamacepina Lamotrigina	Clorpromacina Haloperidol Levomepromacina Perfenacina	Risperidona Olanzapina Quetiapina Ziprasidona Aripiprazol Paliperidona Asenapina Amisulpiride Clozapina	ADT ISRS Duales NASSA Bupropion	Benzodiazepinas

A continuación se describirán las diferentes opciones farmacológicas más utilizadas:

Litio

Deben administrarse durante períodos prolongados y sus efectos terapéuticos tardan de 2 a 4 semanas en aparecer. Sin duda el litio es, desde hace muchos años, la quintaesencia y el más clásico de los estabilizadores del ánimo, ya que, aparte de ser un antimaniaco, es un preventivo del trastorno maniaco-depresivo, además de poseer cierta eficacia en el control de la depresión bipolar (Mármio, 2006).

Los niveles de litio óptimos deben ajustarse individualmente para cada paciente consiguiendo los niveles plasmáticos entre 0.5 y 1.5 mEq/L. Posteriormente, conseguidos los niveles plasmáticos deseados, deben realizarse controles mensuales durante los primeros 6 meses, espaciándose posteriormente a cada 3 o 6 meses.

Sus contraindicaciones son: trastorno de la función renal, insuficiencia cardíaca, miastenia gravis y problemas en el embarazo. Algunos de los efectos secundarios que pueden encontrarse con la administración de este medicamento son: ligeras náuseas, aumento del ritmo intestinal, ligeros mareos, leves aumentada y poliuria, aumento de peso, empeoramiento del acné, ligera somnolencia. Otros efectos secundarios más serios que pueden aparecer con el paso del tiempo son: aumento de peso, poliuria, nefropatía, hipotiroidismo (cuyos síntomas más frecuentes son: somnolencia, aumento rápido de peso, cansancio, cambios en la menstruación, pensamiento lento, estreñimiento, sensación de frío, dedos fríos, dolor de cabeza, dolores musculares, piel seca) y alergia al litio (sarpullido o picor).

En concentraciones altas, el litio puede llegar a ser muy tóxico. Los signos de alarma de intoxicación son: diarrea persistente, debilidad generalizada, vómitos o náuseas intensas, mareos o vértigos marcados, temblor grosero de manos o piernas, dificultad para andar, calambres musculares frecuentes, disartria, visión borrosa, arritmia, confusión mental, edema de miembros y gran malestar. La combinación de un tratamiento antipsicótico con litio puede producir confusión y desorientación y aumentar la probabilidad de que se produzca un síndrome neuroléptico maligno.

Según el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012), el litio ha demostrado ser más efectivo en el tratamiento de la manía aguda, que el placebo, e igual de efectivo que el valproato en el tratamiento de la manía aguda clásica. Además, su eficacia es similar a la de los antipsicóticos en el tratamiento de la manía aguda aunque con un inicio de acción más lento. Goodwin y cols. (2003), han demostrado que el litio es más efectivo que el ácido valproico como profiláctico en la prevención del suicidio en enfermos bipolares

Anticonvulsivos

Valproato sódico: El valproato sódico es el antiséptico más utilizado, pero también se aplica como antimaníaco y eutimizante. La posibilidad de su utilización por vía intravenosa lo hace especialmente útil para situaciones de emergencia. El valproato sódico ha demostrado su efectividad tanto en las crisis generalizadas como en las crisis focales y en las focales secundariamente generalizadas. Como explica el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012) ya en 1966 se habló de la eficacia del valproato como eutimizante y actualmente ya es muy sólida la evidencia de su eficacia en manía aguda y es frecuente su uso clínico en mantenimiento.

Existen efectos adversos relacionados con la dosis como náuseas, vómitos y diarreas, aumento de peso, temblores, somnolencia, bradisiquia, más raramente alopecia y temblor, entre otros.

Antes de iniciarse el tratamiento con valproato, debe realizarse una exploración física, analítica (bioquímica y hemograma), que se repetirá en los primeros meses de tratamiento. En adelante es aconsejable un control periódico (anual como mínimo). No debe administrarse a pacientes con enfermedad o disfunción hepática o con conocida hipersensibilidad a la droga.

Carbamacepina: Desde los años 70 se han publicado trabajos que demuestran su eficacia antimaniaca, pero se desconoce el mecanismo de esta propiedad estabilizadora del ánimo. Los efectos secundarios más frecuentes afectan al SNC (visión borrosa, cefalea continua, somnolencia y debilidad).

Oxcarbamacepina: Deriva estructuralmente de la carbamacepina, presentando unos resultados eutimizantes similares, siendo las principales diferencias de tipo farmacocinético. Los efectos secundarios son: sedación, inestabilidad, diplopía, ataxia, cefalea, exantema cutáneo, torpeza cognitiva, mareo y parestesias. A veces produce una hiponatremia que puede ser una complicación grave que requiere asistencia médica urgente.

Lamotrigina: Es un fármaco antiepiléptico que ha demostrado una propiedad específica para prevenir las fases depresivas del Trastorno Bipolar. Los efectos secundarios típicos son cefalea, inestabilidad, ataxia, diplopía, temblor y un exantema maculo-papuloso (benigno) en un 10% de casos.

La carbamazepina y el valproato son más efectivos que el placebo en el tratamiento de la manía aguda (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

Antipsicóticos

Los antipsicóticos se han clasificado tradicionalmente en dos categorías: los fármacos convencionales o de primera generación, caracterizados por una especial afinidad por los receptores dopaminérgicos D2 y un estrecho margen terapéutico entre el efecto antipsicótico y el efecto adverso motor, concretamente síntomas extrapiramidales y discinesia tardía; y los fármacos atípicos o de segunda generación, caracterizados por un perfil receptorial más heterogéneo y mejor tolerabilidad.

Los fármacos antipsicóticos de primera generación son menos utilizados en el Trastorno Bipolar, debido a su peor perfil de tolerabilidad y el riesgo de algunos de ellos de potencial viraje depresivo. Los actualmente autorizados en España son los siguientes: clorpromazina, clotiapina, haloperidol, levomepromazina, perfenazina, periciazina, pimozida, sulpirida, tioproperazina, trifluoperazina y zuclopentixol.

Poseen un margen terapéutico de seguridad muy elevado. Por lo tanto, las sobredosis raras veces son mortales, si no se complican con problemas médicos preexistentes o por el consumo simultáneo de alcohol u otras medicaciones. Se pueden utilizar en forma oral, intramuscular de acción rápida o en depot de acción prolongada; la preparación intramuscular de acción breve es la que alcanza antes la concentración máxima.

Pese a que comenzaron a utilizarse en los cuadros con predominancia de síntomas psicóticos, como la esquizofrenia, los antipsicóticos de segunda generación se han convertido en un instrumento de primera línea en el tratamiento del Trastorno Bipolar. Estos fármacos, que incluyen la clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, sertindol, ziprasidona, aripiprazol, paliperidona y asenapina bloquean no sólo los receptores dopaminérgicos sino también serotoninérgicos. Debido a la mayor heterogeneidad de afinidad receptorial y al mejor perfil de tolerancia, son los antipsicóticos más utilizados. Su uso extendido ha puesto de manifiesto la importancia de los efectos adversos metabólicos, cardiovasculares y de aumento de la prolactina, lo que implica una cuidadosa monitorización de la tolerancia y el conocimiento del perfil específico de cada fármaco.

La risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona y asenapina son más efectivos que el placebo en el tratamiento de la manía aguda tanto en monoterapia como en asociación con eutimizantes (excepto la ziprasidona), siendo su perfil de tolerabilidad moderadamente aceptable. El haloperidol se muestra más efectivo que el placebo en el tratamiento de la manía aguda pero su perfil de tolerabilidad es menos aceptable, especialmente en cuanto desarrollo de síntomas extrapiramidales y acatisia. Los antipsicóticos olanzapina, ziprasidona, aripiprazol, y asenapina han demostrado eficacia en el tratamiento de los episodios mixtos. La paliperidona es superior al placebo en el tratamiento de la manía aguda (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

Antidepresivos

Los antidepresivos son fármacos inicialmente indicados en el tratamiento de las depresiones mayores, pero que se han extendido a otros diagnósticos, como la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, el descontrol de impulsos, dolor crónico o la bulimia nerviosa. Se dividen en varias clases: los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los tricíclicos (ADT), los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los denominados “duales” (IRSNA) dado que actúan sobre la recaptación de dos de los tres principales neurotransmisores que intervienen en la depresión, es decir, la serotonina (5-HT) y la noradrenalina (NA). A dosis altas también actúan sobre la dopamina (DA).

Ansiolíticos

Las benzodiazepinas tienen propiedades ansiolíticas, miorelajantes, hipnótico-sedantes y anticonvulsivas, que en ocasiones son de utilidad para el tratamiento del Trastorno Bipolar. Pueden tener utilidad en la fase aguda como coadyudantes en la agitación psicótica, pudiendo reducir la dosis de antipsicótico. A menudo el paciente bipolar siente angustia, ansiedad o insomnio, síntomas que indican la adición de estos fármacos.

Las benzodiazepinas se pueden administrar por vía oral y algunas de ellas por vía intramuscular e intravenosa. Sus efectos adversos incluyen somnolencia, sedación, ataxia, vértigo, visión borrosa, cefalea, deterioro cognitivo (amnesia anterógrada), pesadillas y en algún paciente respuesta paradójica con desinhibición conductual. Se debe controlar el riesgo de abuso y dependencia de estos fármacos, así como el riesgo de mortalidad en caso de sobreingesta asociada a otros depresores del SNC.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

En las últimas décadas ha crecido el interés por desarrollar nuevas intervenciones psicológicas para el abordaje del trastorno bipolar. Encontramos toda una serie de terapias basadas en la evidencia, adaptadas a las distintas necesidades del paciente, las cuales, tienen como objetivo conseguir cambios a nivel cognitivo, emocional y conductual.

Este reciente interés en desarrollar intervenciones ha contribuido a la constatación de que los factores ambientales juegan un papel importante en el curso de la enfermedad, la baja adherencia terapéutica de muchos pacientes, y el hecho de que la medicación no siempre

asegure la ausencia de recaídas, de sintomatología subsindrómica y/o de limitaciones en el funcionamiento (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

Estas intervenciones se sustentan en el modelo de vulnerabilidad-estrés al trastorno, según el cual una predisposición o vulnerabilidad biológica en interacción con factores desencadenantes de tipo ambiental, y mediados por variables o factores moduladores, pueden en momento determinado desencadenar crisis.

En líneas generales, pretenden contribuir a la prevención de recaídas y comparten diferentes elementos terapéuticos cómo:

- Se ofrece información acerca de la enfermedad y sus tratamientos
- Se promueve el cumplimiento del tratamiento psicológico
- Se entrena a los pacientes en la detección y manejo de pródromos
- Se promueven comportamientos saludables y se advierte sobre conductas de riesgo con el objetivo de fomentar un estilo de vida que reduzca las posibilidades de nuevas crisis.

A continuación se describen diferentes intervenciones disponibles para el tratamiento psicológico del trastorno bipolar. La implementación de éstas requiere de profesionales expertos y entrenados en su aplicación para que se puedan alcanzar resultados óptimos.

Psicoeducación

La Psicoeducación intenta proporcionar un marco teórico y práctico en el cual las personas que sufren trastorno bipolar o aquellos que se vean afectados, puedan comprender y afrontar mejor dicho trastorno y sus posibles consecuencias (Colom y Vieta, 2004).

Estas intervenciones psicoeducativas parten de la premisa de que cuanto mayor es el conocimiento sobre la enfermedad y su manejo, mejor será su curso. Sin embargo, va más allá de la mera información y la Psicoeducación cuenta con el entrenamiento de habilidades prácticas que mejoren la competencia del sujeto en el afrontamiento del trastorno.

Por lo tanto, el enfoque psicoeducativo pretende incrementar la conciencia de enfermedad así como potenciar la adherencia al tratamiento. Además de entrenar al paciente en la detección precoz y el manejo de los pródromos, fomentar unos hábitos de vida saludables, evitando conductas de riesgo, y fomentar el manejo del estrés. En todo momento

se promueve y se desarrollan en un marco de colaboración paciente-profesional, considerando las propias experiencias del paciente en la vivencia de la problemática.

Las evidencias demuestran que la Psicoeducación individual centrada en el entrenamiento para la identificación precoz y actuación ante los pródromos es eficaz para la prevención de los episodios maníacos. Y que administrada en eutimia, la psicoeducación grupal contribuye a la prevención de recaídas, manteniéndose este efecto a los 5 años de seguimiento.

El Manual de Psicoeducación propuesto por Colom y Vieta (2004) es uno de los protocolos de tratamientos con evidencia demostrada (ver cuadro 9). Cuenta con numerosos ensayos clínicos que avalan su eficacia administrada en pacientes eutímicos, en grupos que oscilan los 8 y 12 pacientes contando con la ayuda de un terapeuta y un co-terapeuta.

Sus objetivos principales son incrementar el conocimiento y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros, mejorar la actividad social e interpersonal entre episodios, afrontar los síntomas residuales subsindrómicos y el deterioro e incrementar el bienestar y mejorar la calidad de vida del paciente.

Entre los objetivos específicos más importantes de este programa se pretende incrementar la conciencia de enfermedad de los pacientes, ayudar a la hora de detectar los síntomas prodrómicos, así como mejorar la adherencia al tratamiento. Otros objetivos que también encontramos son el control del estrés, la evitación del uso o abuso de sustancias, lograr una regularidad en su estilo de vida y prevenir la conducta suicida.

Cuadro 9. Sesiones de tratamiento de Manual de Psicoeducación (Colom y Vieta, 2004)	
	S1. Introducción. Presentación y normas de grupo
<i>Bloque I. Conciencia de enfermedad</i>	S2. ¿Qué es la enfermedad Bipolar? S3. Factores etiológicos y desencadenantes S4. Síntomas (I): manía e hipomanía S5. Síntomas (II): depresión y episodios mixtos S6. Curso y pronóstico
<i>Bloque II. Adhesión farmacológica</i>	S7. Tratamiento (I): estabilizadores del estado de ánimo S8. Tratamiento (II): antimaníacos S9. Síntomas (III): antidepresivos S10. Niveles plasmáticos de eutimizantes: litio,

	carbamazepina y valproato S11. Embarazo y consejo genético S12. Psicofarmacología vs terapias alternativas S13. Riesgos asociados a la interrupción del tratamiento
<i>Bloque III. Evitación del abuso de sustancias</i>	S14. Sustancias psicoactivas: riesgos en la enfermedad bipolar
<i>Bloque IV. Detección precoz de nuevos episodios</i>	S15. Detección precoz de episodios maníacos e hipomaniacos S16. Detección precoz de episodios depresivos y mixtos S17. ¿Qué hacer cuando se detecta una nueva fase?
<i>Bloque V. Regularidad de hábitos y manejo del estrés</i>	S18. Regularidad de hábitos S19. Técnicas para el control del estrés S20. Estrategias de solución de problemas S21. Sesión final: clausura

Intervención Cognitivo Conductual

La forma de pensar condiciona cómo las personas sienten y actúan. El paradigma en el que se basa la terapia cognitivo-conductual (TCC) engloba la existencia de pensamientos, emociones y conducta. Esta intervención se basa en sesiones estructuradas basadas en la colaboración activa entre terapeuta y paciente, que incluyen técnicas de reestructuración cognitiva, modificación de estilos de afrontamiento y resolución de problemas entre otras.

La reestructuración cognitiva (RC) es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone el terapeuta cognitivo-conductual. (Bados, 2010).

La RC consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el

terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989)

El modelo cognitivo en que se basa la RC ha sido denominado modelo A-B-C por algunos autores (p.ej., Ellis, 1979). Las tres letras se refieren a:

- A se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real. Por ejemplo, ser criticado por una persona muy querida o fracasar en una tarea importante tal como el tratamiento del primer paciente.
- B se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de A. Estas cogniciones pueden ser conscientes o no. La palabra cogniciones puede hacer referencia tanto al contenido de la cognición como a los procesos cognitivos. Entre estos últimos se incluyen la percepción, atención, memoria (retención, recuperación), razonamiento e interpretación. Los supuestos y creencias que tiene una persona facilitan la ocurrencia de ciertos sesgos y errores en el procesamiento de la información tales como atención selectiva (p.ej., atender sólo a los fallos que uno comete), memoria selectiva (p.ej., recordar sólo las cosas negativas), sobregeneralización (p.ej., creer que tras un fracaso no se tendrá éxito con los pacientes posteriores) o pensamiento dicotómico (p.ej., pensar que la gente es buena o mala).
- C se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de B. Por ejemplo, sentir miedo, temblar y salir corriendo al interpretar de modo amenazante la aparición de un perro que se aproxima ladrando. O bien sentirse triste y abatido al tomarse como un rechazo personal la no aceptación de una propuesta de cita. Emociones, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.

Tal como se acaba de explicar, en el modelo A-B-C las cogniciones siempre preceden a la emoción. Sin embargo, la emoción puede existir por unos momentos sin cogniciones previas como cuando sentimos miedo o ira de repente al ver respectivamente como un coche ha estado a punto de atropellarnos o una persona nos ha dado un fuerte golpe. De todos modos, se piensa que las cogniciones son necesarias para el mantenimiento de la emoción. Si esto es

así o bien las cogniciones simplemente potencian una emoción que tiene también otros factores que la influyen, es algo que está por dilucidar.

La meta del entrenamiento en resolución de problemas (ERP) es ayudar a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida que son antecedentes de respuestas desadaptativas y, al mismo tiempo, caso de ser necesario, enseñar a la persona habilidades generales que le permitirán manejar más eficaz e independientemente futuros problemas (D'Zurilla, 1986/1993). Esto último puede no ser necesario en intervenciones en crisis (separación, divorcio, muerte de un ser querido, intento de suicidio, pérdida de trabajo). Mediante estas técnicas se pretende entrenar al paciente en la detección y modificación de distorsiones cognitivas y potenciando conductas que favorezcan un mejor afrontamiento de la enfermedad, promoviendo la adherencia al tratamiento y estilos de vida saludables y protectores de recaídas, entrenándolos en detección temprana e introduciendo técnicas cognitivas y conductuales para el manejo de crisis.

Tener que resolver problemas cotidianos forma parte de la vida de cualquier persona, pero en el caso de pacientes con enfermedad mental grave, puede haber complicaciones para saber resolverlos adecuadamente y con éxito.

La evidencia muestra que completar el tratamiento tanto farmacológico, asistir a un programa psicoeducativo de 7 sesiones y la terapia cognitivo conductual contribuye a la reducción del tiempo en que los pacientes no presentan sintomatología depresiva. La TCC se muestra eficaz para la prevención de recaídas y la sintomatología depresiva. Sin embargo se reduce a lo largo del seguimiento (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

Se han distinguido dos componentes en este proceso: 1) Orientación o actitud hacia los problemas, que refleja una actitud general hacia los problemas; y 2) Habilidades básicas de resolución de problemas: definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión, y aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. A continuación se presentan los elementos de estos componentes.

1. Orientación o actitud hacia los problemas.

- A. Percepción del problema.
- B. Atribución del problema.
- C. Valoración del problema.

- D. Control personal.
- E. Compromiso de tiempo y esfuerzo.

2. Habilidades básicas de resolución de problemas.

Fase 1. Definición y formulación del problema.

- A. Recogida de información pertinente.
- B. Comprensión del problema.
- C. Establecimiento de metas.
- D. Reevaluación del problema.

Fase 2. Generación de soluciones alternativas.

- A. Especificidad.
- B. Principio de cantidad.
- C. Principio de dilación de la crítica.
- D. Principio de variedad.
- E. Mejora de las soluciones mediante combinaciones, modificaciones e imaginación.
- F. Búsqueda de ayuda en caso necesario.

Fase 3. Toma de decisión.

- A. Criba preliminar.
- B. Anticipación de los resultados de las posibles soluciones.
- C. Evaluación (juicio y comparación) de las posibles soluciones.
- D. Elección de un plan de solución.
- E. Elaboración de un plan de acción.

Fase 4. Aplicación de la solución y comprobación de su utilidad.

- A. Aplicación o puesta en práctica de la solución.

- B. Autorregistro.
- C. Autoevaluación.
 - C1. Autorreforzamiento.
 - C2. Averiguación y corrección.

Según D’Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares (1996), se considera que los resultados de la resolución de problemas vienen determinados por dos procesos generales relativamente independientes: a) orientación hacia los problemas y b) resolución de problemas propiamente dicha. La orientación o actitud hacia los problemas es primariamente un proceso motivacional que implica la operación de un conjunto de esquemas cognitivo-emocionales relativamente estables (tanto funcionales como disfuncionales) que reflejan los pensamientos y sentimientos generalizados de una persona sobre los problemas de la vida y sobre su propia habilidad para resolver problemas (es decir, valoraciones, creencias, expectativas y respuestas emocionales generalizadas). Estos esquemas, junto con las tendencias conductuales de aproximación-avoidancia que les acompañan tienen un efecto facilitador o inhibitor sobre la resolución de problemas en situaciones específicas. La orientación hacia los problemas no incluye sin embargo las habilidades específicas de resolución de problemas

Intervención Familiar

El contexto familiar afecta y es afectado por los pacientes con trastorno bipolar. Una vez se padece el trastorno las interacciones maritales son problemáticas, si se está casado o se vive en pareja, y las relaciones familiares se complican. En los estudios realizados ha sido de gran relevancia, igual que en la esquizofrenia, estudiar la emoción expresada, especialmente la alta emoción expresada, dado que cuando el paciente tiene un episodio bipolar ésta es característica, dado que uno o más miembros de la familia se van a mostrar hostiles, críticos o con actitudes de sobreimplicación emocional. Además, la alta emoción expresada aumenta la probabilidad de recaída (Miklowitz et al., 1988). Ante la relevancia de esta problemática, se han desarrollado distintas intervenciones orientadas a la pareja o a la familia del paciente bipolar.

La convivencia con un paciente psiquiátrico generalmente se asocia a toda una serie de alteraciones en la vida de quienes conviven con el paciente, generando una sensación de carga en los cuidadores (Gutiérrez, Martínez y Rodríguez, 2013). Los estudios que intentan valorar el

impacto de la enfermedad mental sobre los cuidadores han pasado gradualmente de ser una simple enumeración de los problemas que deben afrontar a tomar en consideración la experiencia del cuidador en su totalidad (van Wijngaarden y cols., 2000).

El soporte de cuidados de personas con trastorno bipolar depende en gran medida de la capacidad y bienestar de su cuidador. Si el cuidador está estresado y tiene menor capacidad de control, lo más probable es que su conducta con el paciente sea más desordenada e incoherente, de modo que reacciona más en función de sus estados emocionales que de las demandas reales del paciente (Marriot, Donaldson, Tarrier y Burns, 2000).

El trabajo con la familia pretende ofrecer apoyo a las familias de personas con trastorno bipolar, incrementando su nivel de conocimientos sobre el trastorno y el tratamiento, así como entrenándoles en estrategias de afrontamiento que optimicen el manejo de la enfermedad y la reducción del estrés (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

En este tipo de intervenciones se busca promover una relación de trabajo y colaboración activa paciente-familiar-profesionales. Pudiéndose administrar en formato grupal con la unidad familiar, con o sin el paciente, y en diferentes contextos.

Este tipo de intervenciones suelen compartir ciertos componentes como son el módulo psicoeducativo, el entrenamiento en habilidades de comunicación y el entrenamiento en resolución de problemas.

Con el primero se pretende dar información sobre la enfermedad y su tratamiento, incluyendo el entrenamiento de estrategias de afrontamiento para la prevención y manejo de recaídas. La psicoeducación en familias se ocupa de que las personas que la reciben comprendan la enfermedad, su curso y pronóstico, enfatizando en aquellas variables que afectan a la misma, dando estrategias para hacer frente desde una perspectiva cognitiva, conductual y emocional, se basa en la hipótesis que la mejora de la información y de sus actitudes y conductas influirá favorablemente no sólo en la reducción de sus propios síntomas de carga familiar, sino en la evolución favorable del trastorno bipolar.

El segundo pretende mejorar la comunicación entre los miembros de la unidad familiar a través del desarrollo de habilidades como la escucha activa, la expresión de emociones o la petición asertiva de cambios en la conducta del otro.

Por último, el entrenamiento en solución de problemas pretende que los distintos miembros de la familia sean más competentes en la resolución de dificultades cotidianas.

Las evidencias muestran que tras un episodio agudo la terapia familiar contribuye a mejorar el curso de la enfermedad. Manteniéndose la eficacia a lo largo de 2 años de seguimiento. Cuando un paciente se encuentra eutímico, la psicoeducación grupal dirigida a sus familiares ayuda a prevenir futuras recaídas (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

Terapia Interpersonal y de Ritmos Sociales (IPSRT)

La IPSRT para el trastorno bipolar, desarrollada por Frank y cols. (1994) se centra en la importancia del impacto que pueden tener los factores psicosociales en los ritmos sociales y circadianos, con su consecuente efecto sobre los episodios afectivos.

Este tipo de intervención se plantea de forma individual y estructurada centrándose en las relaciones e interacciones interpersonales, a través de la identificación y el afrontamiento de eventos problemáticos que pueden generar conflictos interpersonales, pérdidas. Sufrimiento, dificultades en habilidades interpersonales y/o asunción de roles que pueden influir sobre la enfermedad. Además de centrarse en las rutinas cotidianas, mejorando y regulando los ritmos en la vida del sujeto con el objetivo de reducir el riesgo de recaídas. Haciéndose especial hincapié en la regulación del sueño.

La evidencia muestra que este tipo de intervención puede ser eficaz en la fase aguda del trastorno, especialmente en la depresiva, contribuyendo a incrementar el tiempo transcurrido hasta nuevos episodios.

Todos estos tipos de intervenciones psicológicas que han demostrado su eficacia según revisiones sistemáticas y metaanálisis, deberían realizarse complementariamente a un tratamiento psicológico, dirigirse únicamente a pacientes estabilizados o con sintomatología afectiva leve o moderada (Lam, 2009; Miklowitz, 2009, Scott 2007). Además, deben llevarse a cabo por profesionales con experiencia en dichas intervenciones y en el manejo de pacientes con trastorno bipolar.

En general se recomienda en pacientes con tratamiento farmacológico y que se encuentren estabilizados sintomatológicamente, llevar a cabo psicoeducación. Pudiéndose considerar el abordaje cognitivo-conductual y la terapia interpersonal y de ritmos sociales. El

tratamiento debe fomentar el establecimiento de hábitos de ocio en la vida cotidiana y la potenciación de los recursos personales. Debe estar adaptado a la demanda y necesidades de cada persona. El tratamiento integral de los pacientes, debe incluir abordajes psicológicos estructurados que ofrezcan información sobre la enfermedad y entrenamiento en estrategias de afrontamiento para optimizar el manejo de la misma, tales como instruir en la detección precoz (y consecuente actuación) ante la aparición de los primeros síntomas de recaída, potenciar la adherencia terapéutica y la regularidad de hábitos, evitando conductas poco saludables como el abuso de tóxicos, e introducir estrategias que contribuyan a la reducción del estrés, como la resolución de problemas y la mejora del funcionamiento interpersonal.

INTERVENCIÓN SOCIAL

El tratamiento social es una parte igual de importante en el tratamiento del trastorno bipolar, constituyendo un abordaje complementario al farmacológico y psicológico. El funcionamiento social ha demostrado ser un potente predictor de la evolución futura. (Asociación Española de Neurología, 2002).

Las necesidades y problemas de las personas con trastorno bipolar son, múltiples y variados. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.) Además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a los problemas psiquiátricos y psicosociales propios de este colectivo.

Entre ellas se podrían indicar las siguientes:

- Atención y tratamiento de la salud mental: necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de recaídas y así como mejorar el funcionamiento psicológico.
- Atención en crisis: Los pacientes experimentan con frecuencia recaídas por lo que la atención en crisis resulta fundamental, a través de en muchos casos, de la hospitalización breve.

- **Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social:** Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida normalizada en la comunidad; el apoyo flexible y continuado es necesario para favorecer una integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.
- **Rehabilitación laboral y apoyo a integración en el mundo laboral:** La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de las personas con TMS están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Son necesarios programas de rehabilitación laboral dirigidos a la orientación y adquisición de hábitos laborales y habilidades que faciliten el acceso al mercado laboral, y el mantenimiento en el mismo, así como programas adaptados de formación ocupacional para la mejora de la cualificación profesional.
- **Alojamiento y atención residencial comunitaria:** Las dificultades de acceso a alojamiento y de supervisión, especialmente para personas sin cobertura familiar, favorecen situaciones de riesgo y marginación. Es necesario disponer de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran las diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo la vida en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles.
- **Apoyo económico:** Muchas personas con trastorno bipolar tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica, debido a su escasa o esporádica historia laboral y a sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo. Es necesario garantizar la cobertura de sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con otros ingresos ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social. Ello implica apoyar a estas personas para que se puedan beneficiar de los sistemas de prestaciones económicas existentes tanto contributivas como no contributivas.
- **Protección y defensa de sus derechos:** Los problemas psiquiátricos y psicosociales de las personas con TMS, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable ante

posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos de pleno derecho. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.

- **Apoyo a las familias:** Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario para estas personas. La mayoría viven con sus familias, sin embargo la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, viéndose estas desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Es necesario proporcionar a las familias apoyo, información, educación y asesoramiento para dotarse de estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y ser agentes activos de la rehabilitación, así como para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

La cantidad y calidad de las prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo que puede requerir cada persona con trastorno bipolar hace que los dispositivos y programas necesarios para proveerlas puedan ser muy variables.

Dispositivos Asistenciales

Existe una amplia red de dispositivos asistenciales a los que puede acudir un paciente con trastorno bipolar, en función de sus necesidades.

Atención Primaria de Salud

Aunque lo coherente con la configuración del Sistema Nacional de Salud español es que las personas con trastorno bipolar tengan su referente principal en la atención especializada, este dispositivo puede contemplarse como posibilidad. Su papel es importante ya que Las personas con trastorno bipolar tienen tasas de morbilidad somática mayores que la población general y doblan la mortalidad por causas cardiovasculares (The British Psychological Society, 2006.)

Centros/ Unidades de Salud Mental en la comunidad

Los centros de salud mental constituyen en nuestro país el referente principal para la mayor parte de los trastornos mentales y problemas de salud mental que requieren atención especializada. Estos están en la mejor posición para ofertar la atención multiprofesional adaptada a las necesidades del paciente y el contacto con un profesional que garantice la

continuidad de cuidados en cualquier fase del trastorno, y que cumpla además la función de coordinar el trabajo de los profesionales de ese y de los otros dispositivos de la red de atención (primaria o especializada) que han de actuar sucesiva o simultáneamente sobre el mismo paciente.

Servicios de Urgencias

Los pacientes con trastorno bipolar utilizan con frecuencia los servicios de urgencia, sobre todo los más jóvenes. Desde estos dispositivos puede tomarse la decisión del ingreso del paciente. Los riesgos que deben tomarse en cuenta desde estos dispositivos para considerar el ingreso de un paciente son: suicidio, riesgos debidos a errores de juicio o imprudencias, actos impulsivos, falta de autocuidados, autoagresiones gestos excesivos, irritabilidad que pueda llevar a la violencia o agresión, abandono, negligencia o maltrato de personas al cuidado del paciente, conductas sexuales de riesgo o gastos excesivos.

Unidades de hospitalización

La hospitalización de las personas con trastorno bipolar puede ser necesaria en fases depresivas o maníacas, debiendo ofertar seguridad para el paciente y una oportunidad para la observación, evaluación planificación del tratamiento a cargo de un equipo multidisciplinar.

Esta unidad está constituida como un medio terapéutico capaz de ofertar apoyo y seguridad de un modo interculturalmente competente, debiendo ofertar a su vez atención individual en la que se incluyan intervenciones farmacológicas y psicológicas, atención a las familias y personas relacionadas, tratamientos a cargo de enfermería que puedan requerir, así como, actividades diarias estructuradas que incluyan grupos y actividades orientadas a la reducción del estrés y el entrenamiento de habilidades y psicoeducación y técnicas orientadas a desarrollar las capacidades de afrontamiento y manejar los síntomas específicos. Muchos pacientes también pueden requerir un control dietético, apoyo para la realización de actividades básicas y una planificación y control estratégicamente diseñados. Así mismo se debe contar con protocolos ante un posible suicidio o contención; ya que estos pacientes pueden suponer un peligro para ellos mismo o el resto de paciente so personal de la sala.

Hospital de Día

Se puede entender el Hospital de Día de adultos como un dispositivo sanitario específico para pacientes graves que ofrece, en régimen de hospitalización parcial,

tratamientos intensivos, durante el tiempo preciso en cada caso, destinados a promover un cambio en el funcionamiento psicológico del paciente que permita la continuidad de seguimiento y tratamiento ambulatorios en su Servicio de Salud Mental.

La evidencia muestra que el tratamiento en el Hospital de Día tras el ingreso en la Unidad de Agudos disminuye el número de días de estancia y de reingresos en pacientes con trastorno mental grave, así como el número de muertes. Y mejora la adquisición de empleos (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

Centros de rehabilitación psicosocial y laboral y de inserción en la comunidad

Los centros o unidades de rehabilitación son dispositivos que ofrecen programas de día orientados al entrenamiento de las habilidades que permiten paliar las consecuencias en términos de deterioro o discapacidad de los trastornos mentales. Son dispositivos que en general han sido diseñados más para atender a personas con otros tipos de trastorno mental grave, tradicionalmente considerado como más deteriorante que el trastorno bipolar como los trastornos esquizofrénicos.

Según el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012) la preparación laboral mejora la tasa y retención de empleo comparada con el tratamiento estándar, siendo el empleo con apoyo y la preparación laboral más efectivo para mantener el puesto de trabajo.

Equipos de atención domiciliaria en crisis

En Inglaterra se han desplegado equipos especializados en la atención domiciliaria en crisis con una responsabilidad territorial. Estos equipos podrían ser una alternativa a la urgencia hospitalaria y reducir la estancia en el hospital.

Tratamiento asertivo comunitario

Los equipos de tratamiento asertivo comunitario (TAC) proporcionan atención a un número limitado de pacientes con un trastorno mental grave desde un equipo multiprofesional cuyos miembros comparten la responsabilidad de la atención a cada uno de los pacientes. Estos equipos pretenden hacerse cargo del conjunto de necesidades de atención de estos pacientes proporcionando desde el control o la administración de la medicación hasta las medidas de apoyo social, pasando por los cuidados o la rehabilitación. Trabajan predominantemente en el domicilio o el entorno natural de los pacientes y adoptan una

postura asertiva para acercar el tratamiento a personas que no están motivadas a buscarlo por ellas mismas.

OTROS TIPOS DE TRATAMIENTO

Terapia electroconvulsiva (TEC)

Consideramos relevante mencionar otros tipos de tratamientos vigentes en la actualidad como es la terapia electroconvulsiva

Descrita por Cerletti y Bini en 1938, la TEC se utilizó con éxito inicialmente en el tratamiento de los trastornos psicóticos. Sin embargo, donde la TEC ha demostrado una mayor eficacia es en el tratamiento de los trastornos afectivos.

La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en la estimulación repetitiva de las neuronas del sistema nervioso central inducida eléctricamente, lo que provoca convulsiones de tipo *grand mal*, con el objeto de tratar algunas enfermedades psiquiátricas.

Esta técnica de tratamiento es siempre utilizada como segunda elección en el trastorno bipolar. La utilización poco rigurosa e indiscriminada que se realizó en sus inicios de esta técnica hizo que su uso resultara controvertido. La escasez de estudios de eficacia y seguridad de la TEC ha sido otro de los factores que ha influido para que en las últimas décadas se revisaran por distintas agencias los datos existentes. Y se han elaborado guías de recomendaciones más exhaustivas, en las que también se describen los criterios, indicaciones y especificaciones técnicas para la práctica de la TEC.

Dado que los antidepresivos suelen tardar tres o cuatro semanas en producir una mejoría significativa, algunas veces es necesario recurrir a la terapia electro-convulsiva (TEC) con pacientes gravemente deprimidos y que se encuentran en grave riesgo de suicidio (Gitlin, 2002; Hollon y cols., 2002).

La TEC debe considerarse como una estrategia de intervención secundaria en el caso de la manía aguda. Se deberá recurrir a su administración siempre y cuando no se haya obtenido una respuesta adecuada, tras la administración de fármacos de primera elección. En todos los casos es imprescindible obtener el consentimiento informado del paciente o, en caso de que el paciente no está capacitado para hacerlo, de la familia.

La APA (2001) en la guía “Task Force on Electroconvulsive Therapy” recomienda una serie de indicaciones terapéuticas específicas para el uso de la TEC:

- Indicaciones clínicas primarias:
 - Cuando hay necesidad de una respuesta rápida definitiva ya sea por motivos médicos o psiquiátricos
 - Cuando los riesgos de otros tratamientos superan a los riesgos de la terapia electroconvulsiva
 - Cuando existen antecedentes de respuesta pobre a fármacos y/o buena terapia electroconvulsiva en episodios previos a la enfermedad
 - Cuando el paciente lo prefiera

- Indicaciones clínicas secundarias:
 - Cuando ha fallado el tratamiento
 - Cuando hay efectos secundarios inevitables que con considerados menos probables y/o graves con la terapia electroconvulsiva que con el tratamiento farmacológico
 - Cuando el estado del paciente está tan deteriorado que urge una respuesta rápida definitiva, ya sea por motivos médicos o psiquiátricos.

Cuando este tipo de tratamiento se aplica de manera cuidadosa, es posible conseguir una desaparición completa de los síntomas después de seis o doce sesiones de tratamiento, lo que significa que la mayoría de pacientes con una depresión grave pueden experimentar una espectacular mejoría en un plazo de dos a cuatro semanas (Hollon et al., 2002).

Según el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012) varios estudios confirman la eficacia de la TEC. Esto ocurre tanto en combinación con tratamiento farmacológico como en monoterapia para la reducción de la sintomatología maníaca. En particular, se usa en el caso de pacientes bipolares que no habían respondido satisfactoriamente a tratamientos previos.

La TEC también resulta muy útil para el tratamiento de los episodios maníacos. En este caso se consigue la desaparición de los síntomas o una importante mejoría en el ochenta por ciento de los casos (Gitlin, 1996; Mukherjee, Sckeim, y Schnur, 1994). Por regla general, es necesario recurrir a un mantenimiento a base de estabilizadores del estado de ánimo después de la TEC, para impedir la recaída.

Este tratamiento, que requiere inmovilización, se administra bajo una anestesia general y con relajantes musculares. El efecto secundario más habitual es la confusión, aunque también puede aparecer cierto grado de amnesia que, en algunos casos, puede durar varios meses. En estos casos, suelen utilizarse dosis de mantenimiento a base de antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo, para no perder la mejoría lograda (Sackeim y cols., 2001).

Presenta relativamente pocas contraindicaciones no siendo absolutas, sino situaciones de riesgo relativo como riesgo de herniación del tronco cerebral, mayor tendencia a experimentar las fluctuaciones transitorias en el sistema vascular en pacientes con problemas vasculares u otro tipo de situaciones de riesgo como son pacientes con hemorragia cerebral reciente, hemorragias, aneurismas u otras alteraciones vasculares recientes o; pacientes que han sufrido un desprendimiento de retina.

MARCO EMPÍRICO

2. CASO: PACIENTE S.

A continuación se presenta el caso de una paciente con Trastorno Bipolar ingresado en la Unidad de Estancia breve del Hospital provincial de Castellón de la Plana.

Para documentar el caso clínico, se expone la información que ha podido obtenerse gracias a la colaboración del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, donde el paciente estuvo ingresado. En particular, los datos han sido extraídos tanto en la fase de evaluación diagnóstica, como en la intervención realizada con el paciente. Además se explica el funcionamiento de la Unidad con el fin de contextualizar el entorno del paciente y de explicar la intervención con él realizada.

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

El paciente S. es un varón de 59 años de edad de origen ecuatoriano, con estudios primarios, quien vino a España con alguno de sus hermanos para encontrar un empleo. Actualmente se encuentra en paro con un nivel socioeconómico bajo, sobreviviendo como indigente y ocupando casas abandonadas en Castellón. Estuvo casado, y tiene tres hijas que viven en Castellón también, su mujer le pidió el divorcio hace tres años y desde entonces no mantiene contacto con ella. Sus hijas residen y estudian en España, sin embargo, no saben nada de él desde hace meses. El paciente había intentado llevar a cabo un seguimiento en la Unidad de Salud Mental de Vinaroz, sin embargo la nula conciencia de enfermedad dio lugar a una no adherencia al tratamiento. Días previos a su ingreso en el Hospital Provincial, fue encontrado por la policía deambulando por la carretera. Se informó a la familia, y tras un altercado con esta consiguieron traerlo al servicio de Urgencia del Hospital Provincial de Castellón donde fue valorado y se tomó la decisión de ingresarlo en la Unidad de Hospitalización Breve, para valoración psiquiátrica y propuesta de tratamiento.

CONTEXTO HOSPITALARIO:

HOSPITAL PROVINCIAL DE CASTELLÓN

En aras a facilitar el análisis del estudio de caso, a continuación se describen las principales características del centro hospitalario en el que se desarrolló la intervención.

El Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón coordina la atención psiquiátrica, psicológica y rehabilitadora de los pacientes de los departamentos de salud 1, 2 y 3 de la provincia de Castellón. Se cuenta con unidades de salud mental para el tratamiento ambulatorio de los pacientes, así como con áreas de hospitalización, varios programas específicos dirigidos al tratamiento de pacientes con enfermedad mental y dispositivos extra-hospitalarios. La asistencia que se presta en el Consorcio Provincial de Castellón se basa en el tratamiento psiquiátrico y psicológico con el apoyo de personal de enfermería especializado en salud mental y monitores ocupacionales. Para ser atendido en el centro un paciente debe ser derivado por especialistas de Atención Primaria, de las Unidades de Salud Mental de la provincia o de los servicios de Urgencias.

Se cuenta con un equipo formado por varios psiquiatras, psicólogos, responsables de enfermería, auxiliares de enfermería, un trabajador social y una terapeuta ocupacional.

En estos dispositivos, el personal especializado atiende las necesidades de pacientes que precisan hospitalización:

- Unidad de Hospitalización de Breve Estancia (UHB)
- Unidad de Hospitalización de Media Estancia (UHME)
- Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil
- Centro de Larga Estancia Vall D'Alba

El paciente fue encontrado por la policía quien se encargó de traerlo al servicio de Urgencias del Hospital Provincial de Castellón. Tras una valoración por los psiquiatras de guardia se consideró oportuno el ingreso del paciente para valoración psiquiátrica y propuesta de tratamiento.

El servicio de Urgencias puede valorar y considerar oportuno un ingreso de urgencias con carácter involuntario. De forma que desde esta unidad se derivan pacientes a la Unidad de Hospitalización breve.

En esta Unidad, que dispone de 40 camas, se ofrecen tratamientos intensivos en régimen de atención continuada a pacientes con un tiempo de estancia media-breve. El equipo de la sala facilita el seguimiento del paciente una vez ha recibido el alta hospitalaria. Los pacientes son atendidos por un equipo de cinco psiquiatras, una psicóloga, 10 enfermeras y catorce auxiliares de enfermería. La Unidad cuenta, además, con el apoyo de un trabajador social y de una terapeuta ocupacional.

Las patologías que ingresan en este dispositivo son principalmente trastornos afectivos severos en descompensación, trastornos psicóticos, trastornos de personalidad y pacientes con una patología dual grave en las cuales una de las patologías es la adicción a una sustancia y la otra un trastorno de los mencionados.

Ante un ingreso en la Unidad de Estancia Breve del Hospital Provincial se informa en la reunión clínica de su caso y éste es asignado a uno de los psiquiatras para su valoración y seguimiento. Existen ingresos voluntarios e involuntarios. Si ingresó involuntariamente y tras la reunión en la sala fue asignado a la psiquiatra, quien se encargó de llevar el caso durante todo el ingreso e incluirlo en el programa PROTAS para trastornos afectivos severos. Antes de esto, la primera toma de contacto del paciente fue realizada la psiquiatría de guardia en el momento del ingreso.

En esta unidad ingresan pacientes derivados de otras unidades, o urgencias. Se cuenta con dos programas específicos para el abordaje de determinadas patologías disponibles y uno de nueva creación:

Programa de Patología Dual Grave (PPDG)

Este programa consiste en el tratamiento integral de pacientes que tienen un problema de salud mental y que, además, presenta una adicción. En el programa participa un equipo multidisciplinar de profesionales. Los pacientes que participan en este programa son remitidos desde las Unidades de salud mental, gabinetes municipales de drogodependencias, unidades de conductas adictivas y asociaciones que trabajan en la atención de drogodependientes.

Programa de Trastornos Afectivos Severos (PROTAS)

Se trata de un conjunto de programas integrados que van dirigidos al tratamiento de trastornos afectivos (trastorno depresivo mayor y bipolar) con dos ámbitos principales de actuación: Intervención en fase aguda (hospitalización) y Prevención de recaídas. Este

programa contempla también una terapia psicoeducativa del trastorno bipolar dirigida a pacientes ingresados que enlaza la intervención en fase aguda con la prevención de recaídas.

Programa de Primeros Episodios Psicóticos (PEP)

De reciente creación y aún en crecimiento. Dirigido por una psiquiatra y a psicóloga de la sala. Se lleva a nivel hospitalario y ambulatorio.

ANAMNESIS E HISTORIA CLÍNICA

2.1. DATOS PERSONALES

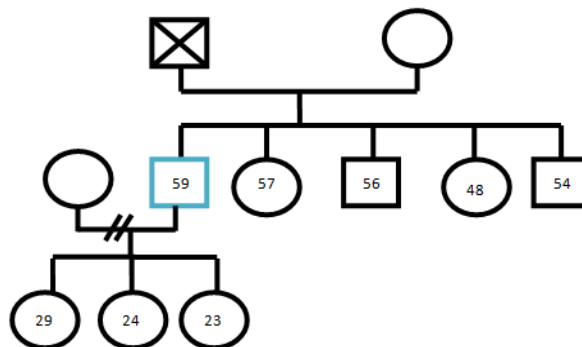
Nombre: S. Sexo: Hombre Edad: 59 años Fecha de nacimiento: 09/08/1955

Nivel de estudios: Primaria Nivel socio-económico: Bajo Situación laboral: En paro

Nacido en: Ecuador Origen: Ecuatoriano Reside en: España Estado civil: Divorciado

Datos psicobiográficos

S. es un varón de origen ecuatoriano de 59 años. Residente de España en la actualidad. Su nivel socio-económico es bajo y su nivel de estudios alcanza hasta la escuela primaria. Actualmente está en el paro. Estuvo casado 38 años, pero se divorció hace 3 años. Tiene tres hijas de este matrimonio: V. de 29 años, E. de 24 años y J. de 23 años. La mayor vive con su madre y las dos menores en un piso de estudiantes. Vivía con dos hermanos G. y D. en Peñíscola hasta que se marchó y comenzó a vivir en una casa ocupa sin que ninguno de sus familiares supiera de él.



Su padre falleció a los en 1987 y su madre reside en Ecuador. Es el mayor de 4 hermanos: D. mujer de 57 años que vive en Peñíscola con su pareja, O. varón de 56 años quien vive en Ecuador con su madre, y está soltero, B. mujer de 48 años quien reside en Ecuador casada y con 3 hijos y G. varón de 54 años, soltero. No tiene buena relación con la ex-mujer.

Mantiene una relación buena con sus hijas. Sin embargo, la relación con los hermanos que viven en España es más complicada.

Apenas se conocen ni se pudieron recabar datos de su estancia en Ecuador ni de su matrimonio. Se sabe, por la información remitida por la Unidad de Salud Mental de Vinaroz, que pudo sufrir un posible episodio maníaco en Ecuador por el que fue ingresado, y en el que mostró alteración conductual.

S. vino a España en 2005. En 2013 perdió su trabajo habitual y comenzó un tratamiento que no mantuvo. Ha trabajado en varias ocasiones “en lo que ha podido”. Antes vivía en Tortosa y trabajaba en el campo. Ha estado viviendo y trabajando en diferentes lugares. Estuvo viviendo con dos de sus hermanos en Peñíscola durante 4 años, en una casa de Benicarló que ocupó durante 8 meses. Pero desde hace dos años el paciente ha estado viviendo en casas abandonadas sin luz ni agua, sacando dinero de la venta de chatarra y cultivando un pequeño huerto. En ocasiones pasan periodos en los que los familiares no saben nada de él. En 2014 acudió de nuevo al psiquiatra pero tampoco mantuvo el tratamiento pautado.

2.2. MOTIVO DE CONSULTA

S. es un varón de 59 años de edad que acude al servicio de Urgencias del Hospital Provincial de Castellón derivado del Hospital de Vinaroz para ingresar en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Provincial por descompensación maníaca dentro del contexto de un Trastorno Bipolar.

2.3. ANTECEDENTES

Antecedentes Personales

Médico-quirúrgicos:

Hipotiroidismo subclínico en tratamiento con Eutirox 25 mgr 1 comp/día (inicio del tratamiento durante el reciente ingreso en UHB de Salud Mental en el Hospital Provincial de Castellón). Controles tiroideos.

En seguimiento por Neurología tras varias pérdidas de conocimiento tras un TCE. No convulsiones. RNM y EEG normales. Pendiente de controles en Vinaroz.

Psiquiátricos:

1974 Ingresó en Ecuador a los 19 años por alteración conductual y posible episodio maníaco.

2005/2006 Posibles episodio maníaco remitido espontáneamente a raíz de la separación con su mujer.

2011/2012 La familia relata al menos un episodio depresivo hace 3 o 4 años en el que el paciente presentó astenia, clinofilia y pérdida de la capacidad hedónica.

2013 Inicia tratamiento debido a despido de su trabajo y se pauta seguimiento en la Unidad de Salud Mental de Vinaroz derivado por los Servicios Sociales. Sin embargo hay un seguimiento irregular por abandono del paciente.

2014 Julio Visita la USM de Vinaroz debido a comportamiento extraño, actitud desinhibida, lenguaje verborreico, fuga de ideas, discurso circunstancial, proyectos de futuro irreales, autoestima elevada, risa desmotivada, bromas continuas, ideación delirante megalomaniaca y de perjuicio. Impresión diagnostica de presencia de síntomas maníacos. Niega sintomatología. No presenta agresividad ni alteraciones de conducta. Se contacta con la familia.

Antecedentes Familiares

Médico-quirúrgicos

No se refieren

Psiquiátricos

O. Hermano varón de 56 años, quien vive en Ecuador con la madre, tiene Trastorno Bipolar diagnosticado desde los 20 años.

2.4. HISTORIA DEL TRASTORNO

Historia previa

El paciente es natural de Ecuador, donde consta un ingreso en 1974 a los 19 años por alteración conductual y posible episodio maníaco, del que el paciente refiere no recordar nada. En 2005/2006 a raíz del proceso de separación sufrió un episodio similar que remitió espontáneamente. En Octubre del 2013 inicia seguimiento en la Unidad de Salud mental de Vinaroz derivado por los Servicios Sociales. Sin embargo su seguimiento es irregular por abandono del paciente. La familia de este, relata al menos un episodio depresivo hace tres o cuatro años en el que el paciente presentó astenia, clinofilia y pérdida de la capacidad hedónica. En Julio de 2014 consta una nueva visita a la USM Vinaroz debido a comportamiento extraño, actitud desinhibida, lenguaje verboreico, fuga de ideas, discurso circunstancial, proyectos de futuro irreales, autoestima elevada, risa no motivada, bromas continuas, ideación delirante megalománaca y de perjuicio; negando la sintomatología. No presenta agresividad ni alteraciones de conducta. Se contacta con su familia y se remite a Servicios Sociales. Sus hijas acuden en Julio para informarse de las posibilidades de tratamiento existente para su padre. Relatan la problemática y se encargan de los trámites judiciales para un ingreso involuntario no urgente. En Agosto vuelven preocupadas por el comportamiento de su padre y su poca colaboración, refiriendo que “todo continua igual”. Piden la incapacitación de su padre. Vuelven a visitar la Unidad de Salud mental en Septiembre por las mismas razones, quedando pendiente la decisión del juzgado. En noviembre una de sus hijas vuelve a visitar la Unidad de Salud Mental debido a que continúa preocupada dada la falta de colaboración de su padre, y su falta de conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. Se sugiere un ingreso y se acuerda que intenta traer a su padre.

Descripción de la historia actual

El pasado 9 de Febrero del 2015 el paciente fue encontrado por las fuerzas de seguridad tirado en el arcén de una carretera, por lo que se avisó a los servicios sanitarios, y con una impresión diagnóstica de Trastorno Delirante de tipo persecutorio, se planteó el ingreso involuntario días después, en la Unidad de Hospitalización Breve, debido a la anosognosia y la falta de adherencia al tratamiento farmacológico para llevar a cabo un

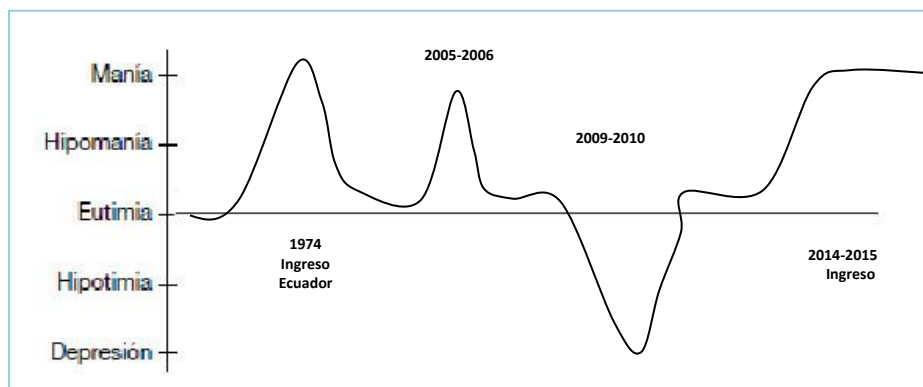
diagnóstico y un seguimiento. El paciente presentaba irritabilidad y reducción de la necesidad de horas de sueño. Se realiza Interconsulta a petición de urgencias. Se realiza exploración del estado cognitivo el cual se encuentra preservado (28/30 Mini-Mental). Se procede a Ingreso en la Unidad de Hospitalización breve. Cuando el paciente acude a urgencias para el ingreso en la unidad se encuentra consciente y orientado en tiempo y persona; con estado cognitivo conservado. Presenta muy mal aspecto físico (sucio y desaseado), y se muestra irritable con episodios de heteroagresividad verbal hacia sus hijas, racionalizando su comportamiento por el rechazo de sus familiares. Trae consigo un libro de oraciones y afirma “Si hubiera sido sacerdote hubiera sido Papa”

Durante su estancia en la Unidad de Hospitalización Breve se muestra colaborador y bien adaptado a la sala, sin incidencias. Orientado en las tres esferas. Discurso fluido, ligera disartria, y verborreico. Presenta un estado de ánimo hipertímico, con desinhibición, e intensa irradiación afectiva. Ideas delirantes de contenido megalomaniáco y mágico. Sueño y apetito conservado. Buen estado general. No presenta ideación de muerte ni intencionalidad autolítica. No se evidencian alteraciones sensorceptivas. Tras diversos ajustes la clínica ha ido disminuyendo. El paciente presenta anosognosia y por este motivo tras el alta hospitalaria el seguimiento en la Unidad de Salud Mental de Vinaroz, será regular.

Diagnóstico principal

Trastorno Bipolar tipo I, episodio actual más reciente maníaco, con características psicóticas.

Grafico Vital



3. EVALUACIÓN DEL CASO

3.1. ENTREVISTAS

A continuación se describen las entrevistas realizadas por los diferentes profesionales que trataron con el paciente previamente a su ingreso y durante este:

Entrevista Clínica 07/07/14

Varón de 58 años remitido por Servicios Sociales por comportamiento extraño. El paciente niega sintomatología. Se muestra verborreico, desinhibido, con discurso circunstancial y fuga de ideas, muestra proyectos de futuro irreales, autoestima elevada, risa no motivada y bromas continuas durante la entrevista. Niega tratamiento. No presenta agresividad ni alteraciones de conducta. Se contactará con la familia. Se remite a servicios sociales debido a la falta de ingresos. Se recomienda Invega 6mg 1-0-0.

Entrevista Clínica 14/07/14

El paciente acude con sus tres hijas, según explican ellas con su aprobación. Se les informa de las posibilidades de tratamiento. Relatan la problemática del paciente y se encargarán de los trámites judiciales para llevar a cabo un ingreso involuntario urgente. Se cita al paciente y se mantendrá contacto con Servicios Sociales y con nuestro servicio.

Entrevista Clínica 18/08/14

Acuden sus hijas a consulta e informan que todo sigue igual. El padre no colabora, pendiente de incapacitación.

Entrevista Clínica 29/09/14

Acude una de sus hijas e informa no saber nada de su padre. Pendiente de la decisión del juzgado.

Entrevista Clínica 18/11/14

Acude una de sus hijas. El padre está en la calle y no saben nada de él. Refiere que continúa con alteraciones de conducta. Presenta un cuadro delirante megalomaniaco y de perjuicio donde la familia la está haciendo "una jugada". El paciente no colabora, no acude a

las visitas ni sigue el tratamiento pautado. Debido a que no se puede realizar un tratamiento de forma ambulatoria, se recomienda un ingreso involuntario en la Unidad de Hospitalización breve del Hospital Provincial de Castellón, para iniciar tratamiento. Las hijas afirman que acudirán a Urgencias para valoración.

Entrevista Clínica 09/02/15

El paciente fue traído a Urgencias según refiere el paciente “por recibir una paliza de la Guardia Civil”. En urgencias del Hospital Comarcal de Vinaroz se pide una interconsulta tras valoración, con la Unidad de Salud Mental para valoración psiquiátrica.

Comenzó un tratamiento en Octubre de 2013 debido a despido de su trabajo habitual. En julio del 2014 acude a la consulta de psiquiatría con síntomas maníacos. Tiene antecedentes de un ingreso en Ecuador a los 19 años. En 2005/2006 y coincidiendo con un proceso de separación sufrió un episodio similar al actual que según su familia remitió espontáneamente con normalización de su conducta. También se ausentó de su domicilio e hizo vida vagabunda.

El pasado sábado fue traído a urgencias tras haber sufrido una agresión que el achaca a la Guardia Civil al encontrarse indocumentado. Hoy se ha enfrentado a su hermano, lo que ha provocado que lo trajeran a Urgencias acompañado de sus hijas.

El episodio actual se ha caracterizado por irritabilidad y reducción de la necesidad de sueño. Se pasa los días vagabundeando y buscando chatarra desde hace meses. Bebe y discute con su familia, sobre todo con sus dos hermanos, con lo que convive. Presenta muy mal aspecto (sucio, desaseado...). Y se muestra irritable durante la entrevista (agresivo verbalmente con sus hijas). Racionaliza su comportamiento por el rechazo de sus familiares. Trae consigo un libro de oraciones y afirma “si hubiera sido sacerdote hubiera sido Papa”.

Se realiza un Mini-mental para la exploración del estado cognitivo, el cual se muestra conservado con una puntuación de 28/30.

Entrevista Clínica 09/02/15

El paciente se encuentra consciente y orientado en tiempo y persona. Su aspecto es muy sucio y desaseado. Muestra heteroagresividad con sus hijas. Se propone Hospitalización e ingreso involuntario en la Unidad de Hospitalización Breve dada la nula conciencia de enfermedad y la falta de adherencia al tratamiento se deriva al paciente para estudio diagnóstico y seguimiento.

Orientación diagnóstica de trastorno delirante.

Entrevista Clínica 10/02/15

Se muestra colaborador y tranquilo. Bien adaptado a la sala y sin incidencias. Su aspecto es descuidado (presenta suciedad en manos y carece de algunas piezas dentales). Presenta anosognosia. Se muestra hipertímico con ligera verborrea y desinhibición, pero ambas fácilmente reconducibles. Su discurso se centra en temas religiosos y en el altercado con la Guardia Civil. Menosprecia a los españoles, aunque posteriormente pide disculpas y afirma que también hay personas buenas en España. Afirma que debería haberse ido a EEUU en 2005 en lugar de haber venido a España. Refiere pertenecer a una hermandad que sabe muchas cosas acerca de la cristiandad y que es superior en inteligencia a la media. También afirma que la Psiquiatra al ser zurda es más inteligente que la media. Explica que vive en una casa abandonada de ocupa, porque sus hijas y sus hermanos hacen su vida y no quiere molestarlos. En la actualidad, ha estado viviendo de la chatarra que recoge. Refiere dolor en costado izquierdo y en rodilla, debido a las contusiones provocadas en el altercado con la Guardia Civil.

Entrevista Clínica 12/02/15

Los siguientes días en la UHB su discurso se mantiene fluido, ligeramente verboso, con contenido de tinte megalomaniaco y mágico (habla de religiones, egipcios, y matemáticas, haciendo juegos numéricos “dos es igual a tres, tres es igual a cuatro...” en relación al número de letras que contiene cada número escrito). Afirma haber conocido a Bill Clinton y a Kenedy, quien le visitó a su casa. Verbaliza en voz alta para sí mismo que en este mundo hay extraterrestres infiltrados entre los humanos, que son más inteligentes que nosotros, e incluso afirma sonriendo qué modo sarcástico que él es uno de ellos. Afirma pertenecer a una hermandad (“los esenios”), quienes tienen muchos conocimientos acerca del cristianismo.

Entrevista Clínica 13/02/15

Las hijas relatan varios episodios semejantes al actual con clínica maniaca, irritabilidad y heteroagresividad. Motivo por el cual se ha visto implicado en ocasiones en disputas en la vía pública. También relatan al menos un episodio depresivo hace 3 o 4 años en el que el paciente presentó astenia, clinofilia y pérdida de la capacidad hedónica. Relatan que desde hace unos 2 años, el paciente está viviendo en casas abandonadas, sacando algo de dinero de la venta de chatarra, y en ocasiones pasan períodos en los que los familiares no saben nada de él.

Comentan que hay un hermano suyo viviendo en Ecuador diagnosticado de trastorno bipolar desde los 20 años.

Desde 2013 están intentando un seguimiento en la USM de Vinaroz con la Dra. Melania. Sin embargo, no hay seguimiento por parte del paciente. Explican que el pasado día 7 fue encontrado tirado en un arcén de la carretera, y se avisó a los servicios sanitarios para pedir un ingreso.

El paciente explica un altercado con la Guardia Civil como ha ocurrido en el debut de episodios anteriores. Las lesiones que él refiere, producidas por una agresión de las fuerzas de seguridad, son confirmadas por las hijas como lesiones secundarias a un accidente laboral ocurrido hace varios años.

Tienen una incapacidad pedida pendiente de resolución. Las hijas afirman que al alta intentarán buscar un piso de alquiler donde su padre pueda residir y vivir de la pensión que consiga; bajo su supervisión.

Entrevista Clínica 16/02/15

El paciente ha precisado durante el fin de semana medicación extra para dormir, se ha mostrado irritable en ocasiones con el personal de la sala. Le comenta a la Dra. Carmen que les oye decir palabras malsonantes dirigidas a otros pacientes o entre ellos, cuando él pasa por al lado. Sin embargo hoy verbaliza menos ideación megalomaniaca (no afirma ser el más liso o sentirse superior a los demás, se define como una persona normal).

Sus dientes tiene muy mal estado y se procede a tratar los la problemática dental. Continúa quejándose de dolor en la rodilla y presenta inflamación, por lo que se pide radiografía al servicio de rayos.

Entrevista Clínica 17/02/15

El paciente esta mañana se ha caído en la habitación al intentar sentarse en una silla. El personal de enfermería comenta que le paciente presentaba excesiva sedación. La psiquiatra le baja la medicación (Quetiapina) de por la noche).

Entrevista Clínica 20/02/15

El paciente refiere sufrir estreñimiento que se ha ido resolviendo estos dos días.

Resultados de Neurología. No encuentran patología en el IC. Al decírselo al paciente el cree que entonces deberían darle el alta. La psiquiatra le explica que se refieren a una patología neurológica pero que él está en Psiquiatría. Se observa escasa conciencia de enfermedad.

Entrevista Clínica 23/02/15

El paciente continua mostrándose hipertímico, hace bromas continuas, con intensa irradiación afectiva, y clara desinhibición (echa piropos a una estudiante de prácticas y le pregunta su estado civil explicando que él está soltero, comenta entre bromas que él es José y la estudiante es María, y sólo les falta Jesús...). El discurso, sin embargo, no se descarrilla y sigue el hilo de forma bastante adecuada.

La psiquiatra le pregunta sobre sus planes de negocios (cultivos de lechugas hidropónicas) a lo que responde explicando sus planes para ganar dinero. Explica que le ofrecieron plantar marihuana para conseguir mayor beneficio, pero que se negó por las posibles consecuencias legales. Dice haber montado una empresa de cultivo de lechugas que se llamará "Imposibles" pero que nadie cree que vaya a funcionar. Refiere haberse gastado mucho dinero y estar preocupado por si está todo en condiciones o le han robado algo (refiriéndose a su última casa ocupa y los pisos que cree tener).

Entrevista Clínica 24/02/15

El paciente continúa con hipertimia e irradiación afectiva. Duerme bien. Pregunta si podría asistir a misa todos los días. Y si la Dra. Quiere hacerse socia de su negocio de cultivos hidropónicos de lechugas. Incluso la llega a invitar a su boda con una chica sudafricana.

Entrevista Clínica 26/02/15

El paciente continúa con hipertimia, verborrea e irritabilidad. Explica que esta mañana otra paciente le ha estado dando un masaje en su habitación; por lo que se le recuerdan las normas y las acepta. Está más receptivo respecto a la relación con las hijas y hermanos. Se le plantea la posibilidad de que estos puedan venir a verlo o llamarlo y acepta.

Entrevista Clínica 03/03/15

El paciente se encuentra hoy menos verborreico y más tranquilo, aunque continúa con excesiva familiaridad.

Se le comenta que mañana saldrá con el trabajador social a renovarse el DNI. Se le comenta que comenzará a trabajar con la psicóloga Begoña Rubio. Continúa con anosognosia y explica que su psiquiatra de Vinaroz le dijo que no tenía ninguna enfermedad, aunque cuando se le confronta lo acepta y llega verbalizar que sí es posible que tenga un Trastorno Bipolar.

Entrevista Clínica 06/03/15

Comenta estar muy sedado. Muestra habla farfulesca. Y se reduce Diazepam.

Entrevista Clínica 10/03/15

El paciente continúa verboso y demandante. Se muestra preocupado por su situación económica. Desorganizado e inquieto “tengo muchas ganas de hacer actividades”. Se siente un poco pesado.

Entrevista Clínica 11/03/15

La hija comenta que lo ve “más o menos igual”, aunque somnoliento. Se le ha aumentado la medicación. Continúa pensando que tiene propiedades y fincas que no dispone realmente, como nos confirma la hija. La hija explica que el paciente estuvo viviendo con una de sus hijas, pero que se le hizo insostenible la convivencia y el paciente desapareció, dejó la medicación. También explica que incluso ha sufrido agresiones al mostrarse hostil e incluso agresivo con otras personas.

Entrevista Clínica 13/03/15

El paciente se encuentra más tranquilo. Sea vuelto a quejar de insomnio. Pero se le ha aumentado la medicación hace dos días.

Entrevista Clínica 16/03/15

El paciente presenta disartria y se le entiende poco al hablar. Se encuentra preocupado por sus fincas y cultivos y pregunta cuando se le dará el alta. Está más contenido y con un discurso más adecuado.

Esta entrevista se realizó con el objetivo de recabar datos para su ‘Anamnesis e Historia clínica’. Exploramos datos personales, motivo de consulta, miembros de la familia y relación familiar, empleo, lugares donde ha residido, cuando vino a España, y como se encuentra.

El paciente se muestra colaborador y con cierta disartria debido a la medicación. Refiere no saber porque está ingresado y explica el altercado con la Guardia Civil. Muestra un estado de ánimo hipertímico con verborrea, y haciendo algunas bromas, pero sin perder el hilo de la conversación. Nos da información sobre sus datos biográficos y los de su familia. Explica que vino a España en 2005 y que “su mujer de repente lo separó y se encontró con los papeles del divorcio”. Explica lugares y residencias donde ha estado. Nos habla de los cultivos hidropónicos y sus planes de montar un negocio, incluso invita a ser socios de éste.

Entrevista Clínica 20/03/15

El paciente se encuentra muy sedado y disartríco. Refiere astenia y lentitud en los movimientos, así como pesadez en las piernas. Se ajusta medicación para disminuir estos efectos secundarios.

Continúa hablando de sus proyectos con los cultivos hidropónicos. Afirma que no quiere hacer un gran negocio sino sobrevivir y vender lo poco que le sobre. También explica que el terreno que utilizará es de un propietario que se lo ha prestado para cultivar, por lo que parte será para él.

Reconoce que le lugar donde vivía no era adecuado, sin tener luz, puerta y ventanas. Comenta que su hija ya le ha dicho que le están buscando otro lugar donde vivir y lo acepta.

Se le explica que pronto comenzará con la Psicóloga en el Grupo de Terapia para T. Bipolar.

Entrevista Clínica 26/03/15

El paciente se muestra ajustado conductualmente. Estado de ánimo eutímico. Pregunta por el alta hospitalaria. Se le explica que está pendiente de ser aceptado en el centro Marillach. Se habla sobre la conciencia de enfermedad, que parece que va aceptando. Verbaliza que los médicos con personas más entendidas y que estarán en lo cierto cuando le dicen que tiene un trastorno bipolar. Acepta el tratamiento farmacológico y que lo tomará correctamente, porque ya conoce los riesgos del abandono de la misma, como se le ha explicado. Reconoce periodos en los que presentaba demasiada euforia, aunque al inicio del ingreso no era consciente de ellos.

Entrevista Clínica 27/03/15

Refiere haber dormido muy mal, por quedarse pensando muy preocupado sobre el Trastorno Bipolar, y su cronicidad, así como la necesidad de tomar medicación siempre. También le preocupa cuando podrá irse de alta. Dice haber estado nervioso toda la noche “dormí hasta las 3.00am y después he necesitado medicación extra”. Además refiere tener tos, pero no haberse notado fiebre.

Entrevista Clínica 30/03/15

El paciente continúa estable psicopatológicamente. Acatarrado, pero sin fiebre.

Se acuerda un permiso con su hija y su hermana desde mañana 31/01/15 hasta el siguiente martes 07/04/15. Permanecerá en casa del hermano, con supervisión estrecha por parte de las hijas. Si este es satisfactorio se procederá al alta hospitalaria.

Entrevista Clínica 07/04/15

El paciente acude a la sala con su hermana y su hija mayor. Se les explica que durante el tiempo en su estancia en la sala ha estado colaborador y bien adaptado. La clínica ha ido disminuyendo tras los ajustes en la medicación y la asistencia psicológica recibida, por lo que el resultado satisfactorio en el permiso precisa ofrecer el alta hospitalaria.

La familia refieren que el permiso ha ido bien, explica algunos pequeños altercados en los que el paciente se ha puesto “algo cabezota”. Se resta importancia y se explica que él ha de habituarse a lo que está ocurriendo. Se explica que el seguimiento del paciente se realizará en Vinaró en la Unidad de Salud Mental el próximo 13/04/15 y se precisa supervisión debido a la escasa conciencia de enfermedad que aún presenta.

3.2. EXPLORACIONES

NEUROIMAGEN

El día 12 de febrero de 2015, tras el ingreso en Unidad de Hospitalización Breve, se confirma en Abucasis (el programa del Hospital) que el paciente está en seguimiento por neurología tras varios episodios de pérdida de conocimientos ocurridos posteriormente a un TCE. Está pendiente de realizar un RNM y un EEG que no se han llegado a realizar, por lo que la Dra. Pide las pruebas para realizar durante el ingreso del paciente y descartar patologías orgánicas; al servicio de neurología del Hospital Provincial.

Resonancia magnética funcional (RMF)

Un estudio de Resonancia Magnética (RM) consiste en la obtención de imágenes detalladas de los órganos y tejidos internos, empleando para ello ondas de radiofrecuencia y un imán muy potente. Es una nueva técnica o modalidad dentro de la RM de reciente aparición que mide los cambios metabólicos que ocurren en una parte del tejido cerebral en actividad. Los médicos radiólogos conocen la anatomía y localización de las áreas del cerebro encargadas del lenguaje, la memoria, audición, sensibilidad y otras funciones, sin embargo la localización exacta de estas áreas puede variar entre unas personas y otras. La RMF no solamente es útil para el estudio de la anatomía cerebral sino que además puede ayudar al radiólogo a determinar exactamente qué área del cerebro es la que está desempeñando las funciones más importantes como son el habla, el movimiento y la sensibilidad.

- Resultados: No muestran hallazgos patológicos.

31/03/15

Electroencefalograma (EEG)

El electroencefalograma, encefalograma o EEG, es una prueba que se usa para estudiar el funcionamiento del sistema nervioso central, concretamente de la actividad de la corteza del cerebro. Consiste esencialmente en registrar mediante electrodos especiales las corrientes eléctricas que se forman en las neuronas cerebrales, y que son la base del funcionamiento del sistema nervioso. Midiendo actividad producida por las células del cerebro que se comunican entre sí produciendo pequeñas señales eléctricas, llamadas impulsos. El examen es realizado

por un técnico especialista en electroencefalografías en un consultorio médico, en un hospital o en un laboratorio.

- Resultados: No muestran hallazgos patológicos.

31/03/15

Se recomienda seguir controles del neurólogo en Vinaroz.

PSICOLÓGICAS

Mini-Mental

La Mini prueba del estado mental (también llamado Mini Examen del Estado Mental, en Inglés Mini-mental state examination (por sus siglas MMSE)), es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos. Fue desarrollado por Marshal F. Folstein, Susan Folstein, and Paul R. McHugh en 1975 como un método para establecer el estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium. Su práctica toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria.

Es una herramienta de tamizaje, es decir, de evaluación rápida que permite sospechar déficit cognitivo pero que, sin embargo, no permite detallar el dominio alterado ni conocer la causa del padecimiento, por lo que nunca debe utilizarse para reemplazar a una evaluación clínica completa del estado mental.

- Puntuación: 28/30 Estado cognitivo preservado.

06/03/2015

Cuestionario de trastorno del Humor (MDQ)

El Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ) es un formulario de cribado, que puede ayudar a identificar a los pacientes con trastorno bipolar. Es un inventario autoadministrado, breve, fácil de usar que ha sido validado contra la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID). Adaptado y validado al español. Ha demostrado buena sensibilidad y especificidad en población clínica; en muestras de población general, mientras que la especificidad permanece alta, la sensibilidad es más baja.

- Puntuación: 06/03/2015
 - Ítem 1: 8/13
 - Ítem 2: Si
 - Ítem 3: Problema serio
 - Ítem 4: Si
 - Ítem 5: Si.

Escala de Manía de Young (YMRS)

La escala de Young se utiliza para el diagnóstico de la manía. Es heteroaplicada y consta de 11 ítems, siendo la duración de su aplicación entre de 15-30 min.; con un de referencia temporal de 48h. La puntuación máxima es de 60, y se puntúa entre 0-4 y 0-8 (en los ítems 5, 6, 8 y 9). Los resultados muestran según la puntuación estado de eutimia con una puntuación menor o igual que 6, entre 7-10 para episodio mixto, mayor que 20 para episodio maníaco, siendo a mayor puntuación más grave el episodio maníaco (entre leve 20, moderado 26 y 38 severo).

- Puntuación: 36= Manía grave. 06/03/2015
- Puntuación: 0=Eutimia. 07/04/2015

3.3. DIAGNÓSTICO

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

De acuerdo con los criterios establecidos en el DSM-5, podemos observar que el paciente cumple los criterios para un episodio maníaco.

El paciente presentaba un período bien definido en el que mostraba un estado de ánimo elevado, expansivo e irritable, con un aumento anormal y persistente de actividad y energía, el cual ha durado más de una semana estando presente la mayor parte del día; requiriendo hospitalización psiquiátrica.

Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de energía, ha existido aumento de la autoestima, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, fuga de ideas, aumento de la actividad y agitación psicomotora.

Dicha alteración del estado de ánimo ha sido suficiente para causar un grave deterioro en el funcionamiento social y laboral del paciente, viviendo en la indigencia o de ocupa, sin que su familia supiera de su paradero, así como algún altercado con la Guardia Civil en la vía pública. Ha requerido hospitalización dada la nula conciencia de enfermedad y el incumplimiento del tratamiento psiquiátrico prescrito con anterioridad.

La aparición de este episodio maníaco no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados. El episodio tampoco se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

Tras una valoración psiquiátrica el paciente se diagnosticó de Trastorno Bipolar tipo I, episodio maníaco.

Diagnóstico principal

Trastorno Bipolar tipo I, episodio actual más reciente maníaco, con características psicóticas.

PSICOPATOLOGÍA OBSERVADA

En el ingreso el paciente se encontraba consciente y orientado en las tres esferas, tiempo espacio y persona. Presentaba muy mal aspecto físico y escaso aseo. Mostraba irritabilidad con episodios de heteroagresividad hacia su familia, reducción de la necesidad de dormir, ligera desinhibición conductual pero siendo fácilmente reconducible, y nula conciencia de enfermedad.

Durante toda su estancia en la sala de agudos se mostró colaborador y bien adaptado a la sala, y sin incidencias. Presentaba estado de ánimo hipertímico, con desinhibición conductual, verborrea, fuga de ideas, autoestima elevada, proyectos de futuro irreales, intensa irradiación afectiva, cierta agresividad verbal y una reducción en la necesidad del sueño.

Una de las características más perceptibles en este paciente era la alteración de la psicomotricidad, manifestándose intranquilo, verborreico, con afecto expansivo, agitado conductualmente e inquieto, y en alguna ocasión demandante por realizar actividades.

El paciente constantemente realizaba bromas intentando provocar risas en los pacientes y los profesionales de la sala exclamando frases como "Ahí está mi equipo preferido!", "Amor y alegría!", en ocasiones lanzaba piropos a las estudiantes que había en la sala "Tu eres María y yo José, sólo nos falta Jesús". En una ocasión se le advirtió de su comportamiento cuando fue visto con una paciente que le hacía un masaje en la cama.

En cuanto a la esfera del pensamiento, presentaba una ideación delirante de tinte megalomaniaco y mágico. Afirmaba "Si hubiera sido sacerdote hubiera sido Papa", centrandose en temas religiosos y en el altercado con la Guardia Civil. Explicaba pertenecer a una hermandad cristiana "Los Esenios", quienes son superiores en inteligencia. Afirmó haber conocido a Bill Clinton y a Kenedy y haber visitado su casa. Durante la entrevista del ingreso verbaliza en voz alta para sí mismo que en este mundo hay extraterrestres infiltrados entre los humanos, quienes son más inteligentes. Y afirmaba de modo sarcástico que él es uno de ellos. En una ocasión acusó al resto de pacientes de pronunciar palabras malsonantes dirigidas hacia él o hacia otros pacientes.

Aparecieron construcciones gramaticales propias de la manía, en forma de juegos de palabras con los números "dos es igual a tres, tres es igual a cuatro" en relación al número de letras que contenía cada número escrito. Hablaba constantemente de religiones, egipcios, y matemáticas. Su discurso era en general fluido sin presentar pérdida de la estructura lógica en

la construcción de este, y sin ser descarrilado e incoherente. En general se mostraba, ligeramente verborreico y en algunos momentos presentando disartria a causa de la medicación.

Uno de los temas más repetidos eran sus ideas de futuro con un negocio de cultivos de lechugas hidropónicas, que se llamaría “Los imposibles”. El paciente llegó a invitar a hacerse socios de su negocio a varios profesionales de la sala. Añadiendo que si la psiquiatra aceptaba ser socia de su negocio, él invitaría a su boda con una mujer sudafricana. Además también mostraba continua preocupación por el estado de casas y propiedades que creía tener.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del trastorno bipolar se compone de varios trastornos que son susceptibles de ser confundidos con éste. A continuación se describen los trastornos con los que se realizará el diagnóstico diferencial:

- *Trastorno bipolar inducido por sustancias:* Los episodios depresivos mayores, maníacos, mixtos e hipomaníacos en un trastorno bipolar I deben ser diferenciados de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. El diagnóstico es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo). Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física.
- *Trastorno de Depresión Mayor:* El trastorno bipolar I se distingue del trastorno depresivo mayor y del trastorno distímico por la historia a lo largo de la vida de al menos un episodio maníaco o mixto.
- *Trastorno Bipolar II:* El trastorno bipolar I se distingue del trastorno bipolar II por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos. Cuando un sujeto previamente diagnosticado de trastorno bipolar II presenta un episodio maníaco o mixto, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar I.
- *Trastorno Ciclotímico:* En el trastorno ciclotímico se dan numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y

períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de síntomas o duración para un episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar I se distingue del trastorno ciclotímico por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos. Si se presenta un episodio maníaco o mixto después de los primeros 2 años de un trastorno ciclotímico, se pueden diagnosticar ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I.

- *Trastornos psicóticos:* El diagnóstico diferencial entre los trastornos psicóticos (p. ej., trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y trastorno delirante) y el trastorno bipolar I es a veces difícil (especialmente en adolescentes), porque estos trastornos pueden compartir algunos síntomas en su presentación (p. ej., ideas de grandiosidad y persecución, irritabilidad, agitación y síntomas catatónicos) y en el inicio de su curso. Al contrario que en el trastorno bipolar I, la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante están caracterizados por períodos de síntomas psicóticos que se presentan en ausencia de síntomas afectivos importantes. Otras consideraciones de interés incluyen los síntomas asociados, el curso previo y la historia familiar. Los síntomas maníacos y depresivos pueden presentarse en una esquizofrenia, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado, pero rara vez son suficientes en número, duración e importancia como para cumplir los criterios para un episodio maníaco o un episodio depresivo mayor. Sin embargo, cuando se cumplen los criterios completos (o cuando los síntomas son de una especial importancia), además del diagnóstico de esquizofrenia, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado, se puede realizar el diagnóstico de trastorno bipolar no especificado. Si se da una alternancia muy rápida (en días) entre los síntomas maníacos y los síntomas depresivos (p. ej., varios días de síntomas maníacos puros seguidos de varios días de síntomas depresivos puros), que no cumplen los criterios de duración mínima para un episodio maníaco o un episodio depresivo mayor, el diagnóstico debe ser trastorno bipolar no especificado.

4. TRATAMIENTO

PROGRAMA DE TRASTORNOS AFECTIVOS SEVEROS (PROTAS)

El área de Salud Mental del Consorcio Hospitalario de Castellón ha creado un Programa de Trastornos Afectivos Severos (ProTAS) que integra el tratamiento por parte de un mismo equipo terapéutico, de las fases agudas de la enfermedad, la prevención de recaídas y la atención a familiares y cuidadores.

El ProTAS ofrece asistencia a pacientes afectivos remitidos desde otros dispositivos del área de salud mental, principalmente de los Departamentos de Salud Mental de Castellón de La Plana, así como del Departamento de Salud de Vinaroz. Siendo necesaria una coordinación con las Unidades de Salud Mental (USM), la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP), el Hospital de Día de Salud Mental (HD), la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) y la Unidad de Media y larga Estancia (UMLE) con la finalidad de que se aprovechen de modo óptimo los recursos ofertados.

Es un paquete de programas integrados con dos ámbitos principales de actuación: Intervención en fase aguda (hospitalización) y Prevención de recaídas.

El *Programa de Intervención en fase aguda* consta de los siguientes protocolos y actividades:

- Protocolo de Hospitalización psiquiátrico (PHP):

La hospitalización psiquiátrica es un recurso que se emplea cuando el manejo del paciente en el ámbito ambulatorio se torna imposible y los perjuicios de la hospitalización son menores que los daños que el paciente puede ocasionar pro su estado clínico.

Durante este período se aplicará la Terapia Psicoeducativa del trastorno Bipolar en pacientes Ingresados (TPTB-I) en los casos indicados.

- Protocolo de Atención a Pacientes Subagudos (PAPS)

Una vez ha remitido la sintomatología aguda más intensa y peligrosa para el propio paciente, se plantea ale alta hospitalaria. Sin embargo, muchas veces el paciente solo acepta el tratamiento como un mal menor para no seguir ingresado y carece de una clara conciencia de enfermedad. Siendo probable que el paciente abandone el tratamiento en pocos días tras el

alta, y reingrese. El PAPS implica que el alta se produzca de forma progresiva, planteando salidas del Hospital en las que el paciente es acompañado por su familia. Una vez se considera que está estable para continuar con un régimen de tratamiento ambulatorio menos intensivo, se plantea su paso a otro dispositivo.

- Protocolo de Terapia Electroconvulsiva (TEC)

La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en la estimulación repetitiva de las neuronas del sistema nervioso central inducida eléctricamente, lo que provoca convulsiones de tipo *grand mal*, con el objetivo de tratar algunas enfermedades psiquiátricas. Ha demostrado su eficacia con los trastornos afectivos.

- TEC Hospitalario
- TEC Ambulatorio

El *Programa de prevención de recaídas* consta de los siguientes protocolos y actividades:

Los trastornos afectivos son altamente recidivantes por ello, una vez el paciente se encuentra estabilizado, es importante evitar las recaídas en la medida de lo posible. Los programas de prevención de recaídas se orientan a aplicar los tratamientos más eficaces y a promover la conciencia de enfermedad.

- Protocolo de Atención Ambulatorio

Una vez el paciente ha sido dado de alta puede recibir un seguimiento de atención psiquiátrica en la Policlínica del Hospital Provincial.

- Protocolo de TEC de mantenimiento

En pacientes que no responden a otros tratamientos profilácticos, la TEC de mantenimiento puede resultar eficaz. Ésta se define como un régimen de tratamientos largo plazo en el que los pacientes reciben TEC en intervalos constantes o variables. El programa de mantenimiento habitual consiste en sesiones semanales seguidas de otras quincenales, durante pocas semanas, pasando después a un intervalo mensual hasta que se considera que existe una estabilidad adecuada en el paciente, por lo general, a l cabo de 6 -7 meses.

- Programas psicoeducativos

Los programas psicoeducativos intentar aportar al enfermo y a la familia un sistema teórico y práctico para comprender y afrontar las consecuencias de este trastorno, colaborando activamente con el terapeuta en el tratamiento. Estos programas tienen lugar todo el año, con periodicidad mensual y un descanso en el mes de agosto.

Los objetivos del programa son:

- Objetivos generales
 - Realizar prevención secundaria (detección precoz), terciaria (prevención de recaídas) y cuaternaria (minimización de las consecuencias psicosociales de la enfermedad) en los trastornos afectivos severos.
 - Elaborar programas psicoeducativos de ayuda a pacientes bipolares y a sus familiares y cuidadores informales
- Objetivos específicos
 - Asistenciales
 - Disminuir la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de la enfermedad, tanto maníacos como depresivos, en pacientes con trastornos afectivos graves de los departamentos sanitarios de referencia.
 - Reducir el sufrimiento al que se ven sometidos los pacientes y sus familiares.
 - Minimizar las complicaciones psicosociales en estos pacientes
 - Reducir el número total de ingresos hospitalarios y los días totales de ingreso de los pacientes.
 - Facilitar la continuidad de cuidados intra-extrahospitalarios
 - De investigación
 - Generar líneas de investigación en relación con la clínica, el tratamiento, la evolución, etc, de los trastornos afectivos graves.

- Colaborar en líneas de investigación ya iniciadas por otros investigadores.
- Docentes
 - Ofrecer a médicos internos residentes, psicólogos internos residentes y enfermos internos residentes en la especialidad de Salud Mental, la posibilidad de una formación específica en trastornos afectivos severos.
 - Colaborar en la formación continuada del personal de los distintos dispositivos del Área de Salud Mental.
- De Gestión
 - El ProTAS permitirá confeccionar una base de datos que permita conocer el número y características de pacientes con el diagnóstico de Trastorno Bipolar en nuestros Departamentos de Salud de referencia con el fin de optimizar los recursos asistenciales.

Según el protocolo de intervención, una vez el paciente es ingresado, se informa en la reunión clínica diaria, a todo el personal de la sala.

Para cubrir dichos objetivos, el programa cuenta con un equipo multidisciplinar. La psicóloga está disponible para los 40 pacientes de la sala, para cualquier intervención que se considere oportuna, a disposición de las peticiones que los psiquiatras puedan hacer de sus pacientes, así como para valorar su estado y llevar a cabo el tratamiento necesario.

El trabajador social lleva a cabo las labores psicosociales que sean requeridas. La monitora ocupacional prepara diariamente actividades educativas y manualidades para los pacientes. El personal de enfermería así como los auxiliares están disponible las 24h para cualquier intervención necesaria, y garantizar el funcionamiento de la sala y la rutina establecida para los pacientes.

Además se cuenta con profesional de seguridad para garantizar la seguridad de todos, tanto de los profesionales como de los pacientes, en la Unidad.

El paciente diariamente es atendido por los diferentes profesionales de la sala, de acuerdo a sus necesidades. Al comienzo del ingreso cobra protagonismo el papel de la psiquiatra, dada la sintomatología de paciente en fase maníaca.

En esta fase, se le dan una serie de normas básicas pensando en su bienestar y con el propósito de asegurar el mejor servicio y atención posible:

- Cuando usted haya sido acomodado en su habitación, el personal de enfermería le dará toda la información útil sobre su ingreso y le hará una primera entrevista de control de su estado de salud.
- No olvide comunicar si padece algún tipo de alergia o si sigue algún tipo de tratamiento.
- Si necesita al personal de enfermería, pulse el timbre situado en la cabecera de la cama.
- Durante su estancia puede permanecer usted con un acompañante salvo que el personal responsable de su cuidado indique lo contrario. Le rogamos que respete la cama contigua, no sentándose ni dejando objetos sobre la misma, ya que puede ser ocupada en cualquier momento por otro paciente.
- Para garantizar su cuidado y el del resto de los pacientes ingresados puede ser cambiado de cama o habitación. Agradecemos de antemano su comprensión.
- Si necesita información sobre su enfermedad, pregunte a su médico. Le recomendamos que antes del pase de visita diario anote las preguntas que desea formular.
- La higiene personal es necesaria para su buen estado de salud. En caso de que presente alguna dificultad para llevar a cabo su aseo, comuníquelo al personal de enfermería.
- El personal le entregará un camisón. Usted debe traer los objetos personales de aseo y zapatillas.
- Respete el silencio. Hable en tono suave para no molestar a los demás y vigile el volumen de la televisión, radio o reproductores de música.

- Mantenga cerrada la puerta de la habitación para preservar su intimidad y no permanezca en los pasillos.
- Si el paciente va a ser intervenido quirúrgicamente, los acompañantes y familiares deben permanecer en la habitación.
- Está prohibido fumar y consumir bebidas alcohólicas en el recinto hospitalario.
- Procure no traer objetos de valor. El hospital no se hace responsable de su pérdida.
- Junto a la cafetería podrá adquirir las fichas para ver la televisión.
- Si necesita de los servicios de barbería, comuníquelo al personal de la unidad en la que esté ingresado.
- Las visitas a los pacientes ingresados es abierta y flexible. No obstante, un número excesivo de visitas puede ser perjudicial para la salud del paciente. No se aconseja la entrada de niños.
- No están permitidas las entradas de acompañantes a partir de las 22 horas. En caso de urgencia, debe solicitar autorización al personal de seguridad.
- El hospital dispone de un servicio de préstamo de libros y revistas. El personal del SAIP le informará del catálogo de títulos disponibles.

Cuando la medicación comenzó a reajustar la sintomatología del paciente, el paciente explicó que creía haber entendido que no sufría ninguna patología. Se le explicó y confrontó el hecho de que padecía una enfermedad psiquiátrica, conocida como Trastorno Bipolar. El paciente pareció aceptarlo e incluso a verbalizar que tal vez podría ser cierto. Entonces, se le comentó que podría comenzar su tratamiento psicológico.

4.1. PSICOLÓGICO

TERAPIA PSICOEDUCATIVA PARA TRASTORNO BIPOLAR INTRAHOSPITALARIO (TPTB-I)

El trabajo psicoterapéutico se basa, en primer término, en el empleo de la psicoeducación. De esta forma, se enseña al paciente con trastorno bipolar a convivir mejor con la enfermedad. En particular, se persigue que el paciente aprenda a aceptarse, regular los horarios, higiene del sueño, realizar ejercicio moderado, explicar en actividades rutinarias y aprender a detectar los síntomas en cada fase de forma precoz, lo que puede ser la clave para evitar ingresos y descompensaciones más graves.

Aprender a autoobservarse y repasar una lista con las posibles señales de recaída ayuda al paciente a detectar síntomas cuanto antes y a poner en marcha planes de actuación tanto conductuales, cognitivos como farmacología.

Además, el aumento de autoestima, la reducción de miedos sociales, el entrenamiento en asertividad y las habilidades de resolución de problemas son herramientas muy útiles a la hora de conseguir una mayor estabilización y aumento de la calidad de vida.

La TPTB-I se ideó con el fin de implementar a un grupo de pacientes un programa con fines psicoeducativos y terapéuticos, durante su ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve. En el caso de que no se cuenta con el número necesario de pacientes, está se aplica de forma individual. Su duración es de 4 Bloques (ver Cuadro 10) compuestos por diferentes sesiones. Sesiones que con guiadas y supervisadas por la psicóloga y el personal de enfermería de la sala.

La inclusión en la terapia es valorada tanto por el psiquiatra como por la psicóloga que deciden la idoneidad del perfil del paciente, así como la fecha de incorporación. Los pacientes admitidos siempre serán aquellos pacientes ingresados que tengan el diagnóstico previo de Trastorno bipolar, episodio actual maníaco o depresivo, primer episodio maníaco, con o sin antecedentes de episodios depresivos; o episodio depresivo mayor grave, con catatonia y/o con síntomas psicóticos.

Los objetivos específicos del programa psicoeducativo son:

- Instaurar el tratamiento psicoterapéutico en paralelo al farmacológico en la Unidad de Hospitalización Breve durante su ingreso.

- Proporcionar información objetiva acerca del trastorno bipolar, favoreciendo el aprendizaje de conocimientos básicos por parte del paciente, para la mayor comprensión de su situación actual y adquisición de conciencia de enfermedad.
- Favorecer un entorno estructurado que propicia una más rápida y mejor estabilización clínica en los períodos agudos en los que el paciente permanece ingresado.
- Trabajar con las distorsiones cognitivas que puedan aparecer durante el transcurso de la terapia.

Cuadro 10. Sesiones y contenidos del TPTB-I (Programa PROTAS)
<i>Bloque I</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conciencia de enfermedad <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Introducción 1.2. Trastorno Bipolar 1.3. Causas y desencadenantes 1.4. Síntomas <ol style="list-style-type: none"> 1.4.1 Manía e hipomanía 1.4.2. Depresión 1.5. Curso y pronóstico
<i>Bloque II</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Adhesión farmacológica <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Tratamientos: tipos <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1 Eutimizantes 1.1.2. Antimaníacos 1.1.3. Antidepresivos 1.2. Principales efectos secundarios 1.3. Riesgos asociados a la interrupción del tratamiento. Tratamientos de larga duración. 2. Evitación del abuso de sustancias <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Sustancias psicoactivas: Riesgos del consumo en la enfermedad bipolar 3. Principales factores de riesgo

<i>Bloque III</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Detección precoz de nuevos episodios. <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Información: Señales de recaídas <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. Detección precoz de episodios maníacos y depresivos 1.1.2. Detección de síntomas psicóticos 1.2. ¿Qué haces cuando se detecta una nueva fase?
<i>Bloque IV</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Regularidad de hábitos y manejo del estrés <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Regularidad de hábitos 1.2. Técnicas básicas para el control del estrés 1.3. Estrategias de solución de problemas 2. Tratamiento psicológico

Las sesiones del programa se dividen en diferentes temas de vital importancia a tratar.

Bloque I

El bloque I se compone de varias sesiones en las cuales se tratan diferentes aspectos. Comenzándose por una presentación, y continuando por una explicación de la enfermedad, sus causas y desencadenantes y los síntomas de esta, así como su curso y pronóstico.

La presentación de esta terapia comienza valorando la utilidad y explicando el porqué de las normas, que son, el respeto, la confidencialidad, la asistencia, la puntualidad y la participación.

Tras aclarar esto, se explica en que consiste el trastorno bipolar, su causa biológica, su influencia hereditaria, así como los mecanismos fisiológicos implicados, los neurotransmisores. Se aclaran sus características recurrentes y crónicas. Se habla de su epidemiología, su universalidad y antigüedad.

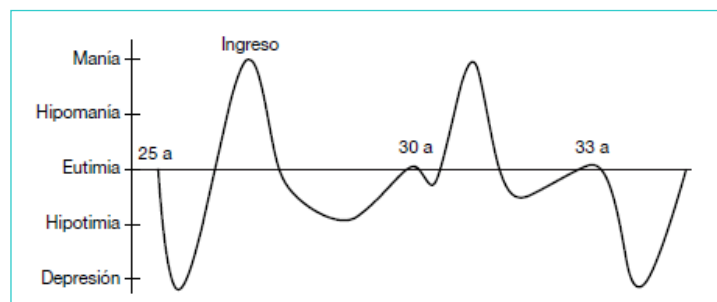
Además se habla de sus factores causales y los desencadenantes. Los diferentes episodios que pueden darse, su causa biológica y la importancia de los factores ambientales como desencadenantes. Los desencadenantes que pueden precipitar una descompensación y los síntomas más característicos de los episodios.

En esta sesión se lleva a cabo el pase del cuestionario 'Cuestionario de comprensión de los Trastornos del Humor (Gavazzy et al. 1997. versión española de Livianos y Rojo, 1998)

Se emplean otras dos sesiones para explicar los síntomas tanto de la manía e hipomanía como los de la depresión y los episodios mixtos. En estas exponen las características esenciales de los episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos y mixtos

En una cuarta sesión se habla de su curso y pronóstico. En esta sesión se explica el inicio del trastorno bipolar, destacándose cuál es su curso natural sin tratamiento y con tratamiento, así como las posibilidades de que un episodio aparezca si se sigue el tratamiento, y también la importancia de tener un control sobre el trastorno para evitar futuros episodios. También se habla de las consecuencias y secuelas que tiene este trastorno en la vida de los pacientes, haciéndose hincapié en que el tratamiento farmacológico ayuda a minimizarlas. Se explica el curso que siguen los episodios una vez comienzan y cómo actuar tras los episodios sufridos, así como la vulnerabilidad aumentada tras cada nueva recaída. También se muestran algunas pinceladas de los efectos que tienen los fármacos a la hora de poder precipitar nuevos episodios para comprender la cautela de su uso.

Algo destacable de esta sesión es el ejercicio que se realiza en el que los pacientes construyen su propio grafico vital, un dibujo en el que representan gráficamente los distintos episodios por que han pasado a lo largo de su vida. Permitiéndole apreciar con cierta perspectiva cuál ha sido el curso el su enfermedad, sus descompensantes y si, por ejemplo, ha habido épocas del año en los que la probabilidad es mayor. A continuación, se expone un ejemplo del mismo.



Bloque II

En el segundo bloque de psicoeducación, se trata el tema farmacológico en varias sesiones. Se comienza explicando los diferentes tipos de tratamiento como son los

antimaníacos, los antidepresivos y los estabilizadores del ánimo. Se continúa advirtiendo de los efectos secundarios. Se recomiendan algunas pautas para facilitar la toma de la medicación y así promover la adherencia al tratamiento. También se trata el tema de del consumo de sustancias estimulantes y como este puede afectar al trastorno. Y se finaliza tratando los factores de riesgo.

El objetivo de este módulo es aumentar y promover la adherencia farmacológica. Las sesiones comienzan con una destinada a los antidepresivos y los antimaníacos; fármacos bastante eficaces.

Los antidepresivos han de usarse con cautela, ya se asocian al riesgo de inducir un episodio maníaco, mixto o incluso ciclación rápida. Estos han de combinarse siempre con un estabilizar del estado de ánimo. Entre estos se habla de los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) con menos efectos secundarios que los primeros y prácticamente la misma eficacia, entre los que se menciona la imapramina, la clomipramina, la sertralina, el citalopram y el citalopram. También se habla de los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) que prácticamente han dejado de usarse debido a que interaccionan con muchos fármacos de uso habitual y con alimentos; y otros antidepresivos como son la reboxetina, el bupropion, y la agomelatina. Así como otros fármacos con acción antidepresiva como la lamotrigina y la quetiapina.

Igualmente se menciona la existencia otros tipos de tratamientos no farmacológicos como la terapia electroconvulsiva (TEC) altamente eficaz en los casos en que las depresiones son más inhibidas o más resistentes al tratamiento farmacológico. Así como, las terapias psicológicas, como la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal, con eficacia demostrada en el tratamiento de II trastorno bipolar.

Se continúa con los exposición de los antimaníacos y su importancia a la hora de abordarse un episodio maníaco o hipomaníaco. Se mencionan los neulépticos o antipsicóticos clásicos, durante décadas imprescindibles en el éxito del tratamiento de un cuadro maníaco, y aún utilizados dadas su rapidez de acción como el haloperidol y la clonazepam. A continuación se mencionan los nuevos antimaníacos o antipsicóticos atípicos, tan o más eficaces que los primeros, siendo estos la olanzapina, la risperidona, la quetiapina y otros como el aripiprazol, y la ziprasidona o la asenapina. Se finaliza hablando de las benzodiacepinas, hipnóticos para facilitar el sueño de los pacientes. Muy utilizado en las fases maníacas e hipomaníacas son el

clonazepan y otros el lorazepan o el diazepam, los cuales son eficaces ante los cuadros con mucha ansiedad, agitación, irritabilidad o insomnio.

La sesiones continúan con una sesión va destinada a los eutimizantes, los fármacos encargados de mantener la estabilidad del estado de ánimo y que deben tomarse durante toda la vida. Se habla de las sales de litio, el fármaco más indicado entre los eutimizantes, explicándose sus principales características ventajas y efectos secundarios. Se continua con los anticonvulsivos utilizados como eutimizantes, explicando las características del el valproato, la carbamazepina, la oxcarbazepina y la lamotrigina.

Se finaliza esta sesión hablando de los niveles plasmáticos, para que el paciente pueda conocer los niveles que alcanzan dichos fármacos en sangre, asegurándose así que le fármaco alcanza una concentración suficientemente elevada para ser terapéutica, que no sea excesiva ya que puede ser tóxica, de forma que el paciente sepa que está tomando correctamente la medicación. Por esto es importante realizarse analíticas de forma frecuente hasta encontrarse el nivel óptimo, con el mayor efecto terapéutico y el menor número de efectos secundarios. Siendo después necesario un control rutinario.

Los efectos secundarios están presentes en todos estos fármacos y se mencionan durante las sesiones, siendo las más comunes el temblor de manos, las molestias gastrointestinales, la sedación, el aumento de peso, los cambios hormonales, la rigidez muscular, el aumento de la salivación y la hipotensión.

Se ayuda a los pacientes recomendando pautas para la toma de la medicación. Como por ejemplo asociarlo a alguna actividad, hacer uso de pastilleros y recordatorios y contar con el apoyo familiar.

Otro tema a tratar de este bloque es el consumo de sustancias estimulantes, las cuales activan el sistema nervioso pudiendo provocar ansiedad que a su vez induzcan descompesaciones. Además de interferir en la calidad del sueño.

Un tema de vital importancia es la adherencia al tratamiento, siendo el último tema a tratar de este bloque los riesgos asociados a la interrupción del tratamiento. Ya que son muchos los pacientes que abandonan el tratamiento en algún momento de su vida. Se muestran las razones más frecuentes por las que esto ocurre. Y a continuación se exponen los riesgos que les siguen como cierta ineficacia posterior en los fármacos, el riesgo de suicidio, así como la mayor probabilidad de que aparezca otro episodio.

Bloque III

El bloque III está destinado a tratar el tema de la detección precoz de nuevos episodios, es decir el control y conocimiento de los pródromos. Se centra en los posibles desencadenantes y como advertirlos y controlarlos, los cuales pueden generar posibles recaídas; pudiendo ser tanto biológicos como ambientales. Se habla de los pródromos y la importancia de aprender a detectarlos. Y finalmente se exponen posibles casos de actuación ante los diferentes episodios maníacos o depresivos.

Una de las sesiones está dedicada la detección precoz de episodios maníacos e hipomaníacos. En esta se explica cómo detectar una recaída a tiempo resulta crucial para evitarla. Cuando antes detecte un paciente las primeras señales de recaídas, más probable es que sea menos intensa, menos disruptiva y requiera menor cantidad de medicación. Este proceso de detección implica tanto al paciente como a sus familiares o las personas que le rodeen. Ante dichas señales se ha de activar un “plan de emergencia” apropiado que se explica al paciente, debiendo ser capaz de llevarlo a cabo. Se exponen los cambios de conducta y de pensamiento que suelen indicar el inicio de una descompensación. Sin embargo, cada persona es diferente de modo que no todos los pródromos serán los mismos en todos los pacientes. Una actividad interesante llevada a cabo en esta sesión es la elaboración de una lista personal de pródromos en la que los pacientes valoran cada uno de los pródromos en función de su frecuencia de aparición, definen el pródromo, valoran la facilidad de identificarlo, y los ordenan jerárquicamente por la puntuación obtenida en la valoración. Otra actividad, es aquella en la que escriben los propios síntomas que se sufren en cada episodio y en la eutimia. A continuación, se propone un modelo de registro.

Síntomas	Pensamiento	Emoción	Conducta
<i>Manía</i>			
<i>Eutimia</i>			
<i>Depresión</i>			

Del mismo modo se trabaja la detección precoz de episodios depresivos o mixtos. Con la diferencia de que en esta no es necesaria tanta “prisa”, pero siendo importante. Como el inicio de estos episodios está asociado a un sufrimiento psíquico la persona suele querer evitarlo de inmediato. Con la excepción de que no sabe que está asociado al inicio de una fase depresiva de modo que, muchas veces, los pacientes no suelen comenzar pidiendo ayuda a los profesionales. Y con la otra excepción que es la “depresión sin tristeza” muy frecuente en el trastorno bipolar, caracterizada por fatiga, molestias físicas, el aumento de horas de sueño y el vacío interior; síntomas que a menudo no suelen hacer sospechar al paciente de estar sufriendo un episodio depresivo.

Por otra parte, en esta sesión se enfatiza la importancia de diferenciar la intervención ante la detección de un cuadro maníaco y uno depresivo, con ejemplos, como los que se recogen en el siguiente cuadro.. Ya que cuando el primero se advierte algunos pacientes acuerdan con su psiquiatra el aumento de medicación, siendo una actuación no adecuada ante la advertencia de un episodio depresivo, puesto que el aumento en la toma de los antidepresivos o su precipitación de tomarlos puede provocar un viraje súbito a la manía o la aparición de ciclación rápida. Por lo tanto se especifica la actuación correcta ante esto, siendo necesario contactar con los profesionales, y llevando a cabo un cambio conductual que asegure el patrón de actividad alterándose lo menos posible.

<i>Posible Fase Maníaca</i>	<i>Posible Fase Depresiva</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Localizar al psiquiatra/psicólogo 2. Aumentar el número de horas de sueño 3. Limitar actividades 4. Dedicar el día a descansar 5. No intentar vencer la hiperactividad 6. Reducir la estimulación 7. Evitar consumo de sustancias 8. Limitar gasto económico 9. Aplazar decisiones importantes 10. No “darse permiso para subir más” 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Localizar al psiquiatra/psicólogo 2. No auto medicarse 3. Dormir un máx. de 8h 4. Intentar aumentar el nivel de actividad 5. Realizar ejercicio físico 6. No tomar decisiones importantes 7. No consumir alcohol u otras sustancias para intentar animarnos 8. Relativizar el pesimismo o sentimientos de inferioridad 9. Mantener la regularidad horaria

Bloque IV

El cuarto bloque está destinado a tratar la importancia de la regularidad en los hábitos y a exponer las técnicas para el control de estrés y las estrategias de solución de problemas. El estrés juega un papel importante como desencadenante de nuevos episodios, ya que en cada recaída la persona se va volviendo más vulnerable al estrés. En cuanto las estrategias de solución de problema cobran mucha importancia teniendo en cuenta que todos los seres humanos nos enfrentamos a problemas o situaciones conflictivas que requieren solución.

De esta forma en este bloque se comienza con una sesión dedicada a la regularidad en los hábitos de los pacientes. Se insiste durante todas las sesiones en la importancia de la regularidad en los hábitos. La regularidad del sueño es uno de los cimientos para la estabilidad del estado de ánimo, siendo de vital importancia el control de este procurando dormir las horas necesarias para un adulto. Idealmente los horarios deberían ser regulares durante toda la semana. Conviene que los pacientes entiendan las consecuencias de no llevar a cabo un estilo de vida saludable para su salud. Se ofrecen algunos consejos que favorecen la higiene del sueño y sobre la alimentación, así como del ejercicio físico.

Se continúa con una sesión destinada a las técnicas para el control del estrés. Comenzando por una explicación de que es y de sus consecuencias cuando se ha superado el límite y nos encontramos con una sobreactivación crónica y sostenida de estrés. Se continúa exponiendo las fases que implican un aumento general de la activación fisiológica. Se explica a los pacientes las consecuencias de una situación de estrés para una persona que sufre trastorno bipolar, pudiendo llevar a una descompensación y se finaliza exponiendo diferentes técnicas útiles para controlarlo, como la racionalización del problema la relajación y la respiración controlada. Un esquema de los contenidos, se describe en el siguiente cuadro.

¿Cómo actuar ante el estrés?

Racionalización de los problemas: La mayor parte de las veces tendemos a sobrevalorar las cosas que nos preocupan. Circunstancias que, en comparación con las cosas realmente importantes de la vida son relativamente banales pueden llegar a agobiarnos en exceso si no las tomamos con cierta perspectiva. Un psicólogo puede darnos las herramientas adecuadas para encauzar correctamente nuestras

preocupaciones.

Relajación: Para muchos pacientes será útil conocer alguna técnica de relajación de Schulz, menos centrada en el cuerpo y más en el dominio del pensamiento. Cualquiera de las dos puede ser válida para una persona con tendencia a la ansiedad y expuesta a estresores.

Respiración profunda: En muchas situaciones estresantes no es posible practicar la relajación, ya que requiere de bastante tiempo, entrenamiento y espacio adecuados. Aprender una técnica de respiración controlada o diafragmática puede ser muy útil para estas situaciones.

La resolución de problemas es también otro de los temas a los que se dedica una sesión, de forma que se enseña a los pacientes técnicas de resolución de problemas y sus diferentes pasos:

Pasos para la Resolución de Problemas:

1. Definir operativamente el problema
2. Generar posibles soluciones (tormenta de ideas)
3. Identificar y valorar la consecuencia de la toma de decisión
4. Ejecución y verificación de los resultados

Llegados al final del programa se dedica una sesión a la realización de una recapitulación de lo aprendido y a los pacientes se les entrega un manual con el resumen de todo lo explicado. Se finaliza con la despedida.

4.2. FARMACOLÓGICO

Durante el ingreso la psiquiatra e encargaba del tratamiento farmacológico. Este fue variando en función de las necesidades del paciente y en la medida en que se encontraban los niveles óptimos para este.

Ante el alta el paciente tomaba la siguiente medicación:

	Desayuno	Comida	Cena	Dormir
Depakine © 500 mg	1	0	1	0
Depakine © 300 mg	0	0	1	0
Invega 9 © mg	1	1	0	0
Diazepan 5 mg	½	0	0	1
Quetiapina 100 mg	0	½	0	0
Quetiapina 300 mg	0	0	0	½

Al paciente le fue prescrito un tratamiento farmacológico compuesto por un anticonvulsivo y estabilizador del ánimo, un antipsicótico, un hipnótico y uno de los nuevos antimaníacos.

El Depakine© es el nombre comercial del valproato o valproato sodico es un fármaco anticonvulsivo y estabilizador del ánimo. Es un medicamento eficaz en el mantenimiento de la eutimia, y tiene un gran poder antimaníaco. En sus efectos destaca el aumento de peso, y más raramente, el cambio de textura o la caída del cabello.

El Invega© es el nombre comercial del principio activo de la paliperidona. Antipsicótico usado para tratar los síntomas psicóticos.

El Diazepan® puede contribuir al tratamiento en la medida que mejora el sueño y rebaja la ansiedad, pero no está indicado tratar únicamente un cuadro maniaco con este fármaco.

La Quetiapina es quizás el menos rápido de los antimaníacos atípicos en cuanto a su acción, pero también produce pocos efectos secundarios a excepción de cierta sedación. En algunos casos puede hacer disminuir la tensión arterial, por lo que no está indicado en pacientes hipotensos. Tiene la ventaja de que, a dosis bajas, funciona también como antidepressivo.

4.3. SOCIAL

El trabajo social en este caso cobró importancia dada la situación actual del paciente.

El objetivo de la intervención se centra en orientar a las personas para desarrollar las capacidades que les permitan resolver sus problemas sociales, individuales y/o colectivos. Promueve la facultad de autodeterminación, adaptación y desarrollo de estas. De igual forma, el establecimiento de servicios y políticas sociales justas o de alternativas para ofrecerles los recursos económicos existentes. Se encarga de facilitar información y conexiones sociales con los organismos de recursos socioeconómicos articulándose con las redes existentes, para así gestionar y proporcionar al paciente los recursos existentes.

Para ello, el trabajador social se reúne con los pacientes, a nivel individual, y explora sus necesidades. En consecuencia, acuerda estrategias de intervención adaptadas a su situación. En este caso, por ejemplo, uno de los trabajos se centró en la asesoría para la renovación del DNI. Al principio también se valoró la posibilidad de buscarle un piso tutelado al paciente, o de ingresarlo en un centro. Finalmente se decidió que residiría con su hermano.

5. RESULTADOS

El paciente S. ingresó por un posible episodio maníaco, el 10/02/15 en la Unidad de salud Mental del Hospital Provincial, y tras una estancia de 2 meses se le dio el alta el 07/04/15.

De acuerdo a los criterios del DSM-V se diagnosticó a S. de Trastorno Bipolar, episodio tipo I, con síntomas psicóticos. En este tiempo se ha realizado una intervención multidisciplinaria para garantizar una adecuada exploración psiquiátrica y tratamiento del paciente. Tras la intervención se ha estabilizado la sintomatología del paciente, quien continúa siendo en seguimiento en la Unidad de Salud Mental de Vinaroz. A continuación, se muestran los resultados de acuerdo a la fase pre-tratamiento y post-tratamiento:

Cuadro 10. Resultados de las Fases Pre-Tratamiento y Post-Tratamiento				
Cuestionarios	Fases			
	Pre-Tratamiento		Post-Tratamiento	
<i>Escala de Manía de Young (YMRS)</i>	06/03/2015	36 Manía grave	07/04/2015	2 Eutimia

Como podemos observar (cuadro 10) el paciente mostraba en la fase pre-tratamiento según la puntuación obtenida en el YMRS un estado de episodio maníaco (36) y un estado de eutimia con una puntuación 2 en la fase post-tratamiento. Previo al tratamiento el paciente obtuvo un resultado de 8 en el MDQ, siendo 7 la puntuación de punto de corte. Las otras cuestiones hacen referencia a la presencia simultánea de varios síntomas, repercusión y antecedentes familiares y personales. En cuanto a los resultados observados durante la clínica ha ido disminuyendo tras los ajustes en la medicación y la asistencia psicológica recibida, por lo que el resultado satisfactorio.

Meses después del alta el paciente continuaba su tratamiento recibiendo un seguimiento en La Unidad de Salud Mental de Vinaroz. Esta intervención está enfocada a garantizar la estabilidad del paciente.

El paciente ha estado acudiendo a sus citas programadas en la Unidad de Salud Mental. Al comienzo visitó el Servicio de Urgencias debido a temblores y reivindicando autonomía, mostrando un estado de ánimo triste. Se ha ido ajustando la medicación en función de su evolución.

Las hijas se han encargado de acompañarlo a las citas programadas en la Unidad. Actualmente vive en casa de su hermano, sin embargo este trabaja, por lo que el paciente suele pasar el día solo. Sus hijas procuran visitarlo a diario.

En las primeras visitas su higiene continuaba siendo deficitaria, se mostraba inhibido, y tenía ciertas preocupaciones obsesivas por la hora, comía con ansiedad y sufría insomnio con despertar precoz. No se mostraba del todo obediente con sus hijas, por lo que estas no le permiten salir sólo de casa, por temor a una recaída. Hacia crítica parcial de su conducta previa al ingreso, mostrando cierta conciencia de enfermedad. Acepta el tratamiento y admite su necesidad de tratamiento.

El 5 de Mayo se decidió un cambio de medicación de oral a inyectable. Fue mostrándose más tranquilo con el tiempo y sufriendo menos efectos secundarios. La inhibición parecía desaparecer al tiempo que la aceptación del tratamiento aumentaba. Mostraba una mejor actitud general y respuesta ante las peticiones de sus hijas.

La evolución continuaba siendo buena, estando con el tiempo más activo y colaborado, recibiendo un buen cuidado por parte de su familia. Durante el verano ha tenido ayuda en el domicilio, continuando estable y recuperando su funcionamiento, al tiempo que se reducía la medicación. No muestra sintomatología afectiva, pero se hace evidente un deterioro cognitivo progresivo posiblemente debido al largo tiempo de enfermedad sin tratamiento. Sin embargo es incapaz de mantener su cuidado personal solo, por lo que se hace necesario la ayuda domiciliaria.

6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO

OBJETIVOS TERAPEUTICOS

Según las necesidades del paciente, se proponen los siguientes objetivos terapéuticos para un futuro plan de intervención con el paciente S.

1. *Favorecer la conciencia de enfermedad del paciente*

Trabajar la conciencia de enfermedad resulta indispensable para que el paciente pueda tomar responsabilidad en su proceso de recuperación y mantenimiento, así como darle valor y sentido al tratamiento recibido por parte de los profesionales. Si no se trabaja la conciencia de enfermedad, se carecería de la base para la intervención, y el paciente continuaría mostrándose incomprendido y sin cumplir el tratamiento.

2. *Mejorar los hábitos de salud e higiene del paciente*

El paciente fue encontrado viviendo en la indigencia sin que su familia supiera nada de él. Su higiene personal y su salud eran deficitarias (estaba sucio, le faltaban dientes, no acudía al médico, su alimentación no era adecuada, admitió no vivir en una condiciones adecuadas y se encontró que padecía hipotiroidismo...). La higiene en los hábitos es crucial para el mantenimiento de la eutimia en pacientes que sufren trastorno bipolar. Así como aquellas personas que no sufren este trastorno deben mantener ciertos hábitos de alimentación higiene y sueño para preservar su salud, en pacientes con trastorno bipolar estos hábitos cobran mayor importancia para mantener el estado de eutimia y prevenir futuros episodios. Por este motivo, es crucial que el paciente comprenda los motivos e importancia de cuidar sus hábitos.

3. *Prevenir recaídas y reingresos hospitalarios*

S. muestra cierta incapacidad para mantenerse estable a largo plazo y conservar la adherencia al tratamiento. Por este motivo, resulta clave fomentar la prevención de recaídas, de forma que esto mejore la adherencia al tratamiento y su responsabilidad con su enfermedad. Se plantearía, trabajar las recaídas con el paciente y trabajar los mecanismos de prevención.

4. *Conseguir adherencia al tratamiento*

El paciente no consigue la adherencia farmacológica necesaria, todavía no mantiene la conciencia de enfermedad suficiente, por lo que le cuesta responsabilizarse de su tratamiento,

del que por ahora se preocupa de controlar su hermana y su hija mayor. De modo que, es necesaria, dada la relevancia de la toma de la medicación y su necesaria continuidad, que el paciente comprenda su importancia y se responsabilice de su tratamiento, y de forma escalonada no necesite supervisión.

5. Búsqueda de actividades de ocio y tiempo libre

Tanto la familia como el paciente nos explican que el paciente pasa el día vendiendo chatarra, deambulando por las calles, intentando buscar trabajo y estando en la casa en la que ocupa. En ningún momento se tiene constancia de ninguna actividad en la que el paciente pueda disfrutar de su tiempo libre con algo de ocio. Sería conveniente encontrar alguna actividad del interés del paciente con la que llenar el tiempo libre con alguna actividad que le resulte gratificante y placentera.

6. Reinserción en el mundo laboral

Tanto en las entrevistas con la psiquiatra como en las entrevistas con nosotras, el paciente dejaba ver siempre la importancia que para él tienen el trabajo. Decidió venir a España para encontrar trabajo y no ha dejado de trabajar en lo que ha podido. Comprendiendo la relevancia que tiene esta área de su vida, resultaría conveniente hacerle entender que comprendemos sus necesidades y las valoramos; y ofrecerle la ayuda necesaria para facilitarle una reinserción en el mundo laboral. De forma que pudiera encontrar un trabajo adecuado a sus necesidades y aptitudes y pudiera seguir desarrollándose como persona en función de sus intereses.

7. Orientar y apoyar a la familia en el manejo del paciente y de sus dificultades

La familia del paciente no parece saber controlar la situación, pues siempre se desbordan como consecuencia del desconocimiento sobre la enfermedad, y los últimos meses desconocían el paradero del paciente. Al conocer a su familia se pudo observar en la hija mayor, la que parece que se encargue de la mayoría de problemáticas, con cierta irritabilidad y rencor hacia su padre, además de una actitud excesivamente controladora y sobreprotectora. Poder trabajar con la familia, educarles en el conocimiento de la enfermedad, podrá ayudarles a prevenir situaciones y recaídas posibles por parte del paciente, así como a mejorar el clima actual del entorno familiar. Modificar determinadas formas de relacionarse con S. también les permitiría afrontar las situaciones con mayor efectividad.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Con este plan de intervención se pretende mostrar un programa de tratamiento que consideramos que podría beneficiar al paciente. A continuación se muestran en líneas generales los diferentes módulos de los que estaría compuesto y de qué tratarían:

MÓDULOS

1. *Psicoeducación*
2. *Conciencia de enfermedad*
3. *Adherencia al tratamiento*
4. *Terapia Familiar*
5. *Activación conductual*
6. *Reinserción laboral*
7. *Prevención de recaídas*

Módulo de Psicoeducación

Objetivo Terapéutico: Aumentar la conciencia de enfermedad del paciente, mejorar sus hábitos de salud, aumentar la adherencia al tratamiento y prevenir recaídas

La Psicoeducación individual ha demostrado su eficacia para identificar de forma precoz y actuar ante los pródromos y ante la prevención de episodios maníacos.

El paciente desconoce la enfermedad que padece, y aún carece de toda la conciencia de enfermedad necesaria para responsabilizarse de ello. Aumentar la conciencia de enfermedad necesaria para responsabilizarse de ello. La psicoeducación no se trataría de un módulo aislado, sino que estaría presente en toda la intervención. Tanto el paciente como su familia necesitan comprender mejor la enfermedad.

Teniendo en cuenta que la TPTB-I del programa PROTAS es muy completa, se tendría en cuenta la psicoeducación de forma continuada, como parte de todo el proceso. Reforzándose lo aprendido, haciendo hincapié en aquello que necesite recordarse y tratando los temas que se necesiten durante el día a día.

Conciencia de enfermedad

Objetivos Terapéuticos: Aumentar la conciencia de enfermedad

En este módulo, al igual que en el resto, será importante la psicoeducación. Una vez hayamos tratado con el paciente la enfermedad, sus características y cómo se manifiesta. Debemos saber hasta qué punto el paciente lo reconoce como algo propio y si se identifica con todo aquello que le hemos comentado. A modo de cuestionario, podemos administrarle una serie de preguntas para analizar el grado de introspección que muestra el paciente, algunas de esas preguntas serían:

- 1) *¿Qué es para ti la enfermedad?*
- 2) *¿Consideras que estás enfermo? ¿Por qué?*
- 3) *¿Cómo se llama la enfermedad que padeces?*
- 4) *¿Cuáles son los síntomas que produce?*
- 5) *¿Sabes lo que es la manía? Explícalo.*
- 6) *¿Sabes lo que es la depresión? Explícalo.*
- 7) *¿Sabes lo que es una alucinación? Explícalo.*
- 8) *¿Te han pasado cosas alguna vez? ¿Cuáles?*
- 9) *¿Sabes el nombre de la medicación psiquiátrica que tomas? ¿Para qué sirve?*
- 10) *¿Crees necesario tomar la medicación? ¿Por qué?*
- 11) *¿Durante cuánto tiempo crees que debes de tomarla?*
- 12) *¿Alguna vez dejaste de tomar la medicación por cuenta propia? ¿Por qué?*
- 13) *¿Has acudido alguna vez al psicólogo? ¿Por qué?*
- 14) *¿Alguna vez has tomado drogas? ¿Las consideras perjudiciales para tu salud?*
- 15) *¿Sabes cuándo tienes la próxima visita con el psiquiatra y/o cuándo te toca la próxima inyección?*
- 16) *¿En qué crees que pueden beneficiarte los ingresos hospitalarios, el Hospital de Día o las consultas?*

Además de esto, podemos representar gráficamente el curso de su enfermedad. En la psicoeducación aprendió a realizar un gráfico vital, que puede ir actualizándose para aumentar así su *insight*.

Módulo de Adherencia al tratamiento

Objetivos Terapéuticos: Adhesión al tratamiento y prevención de recaídas.

La adherencia farmacológica y la asistencia a las citas en la Unidad de Salud Mental, son necesarias e imprescindibles, si se pretende una estabilidad sintomática y una mejora en la calidad de vida.

Resulta de utilidad conocer la valoración general que hace el paciente acerca de la medicación. Podemos evaluarlas mediante una serie de preguntas tales como:

- 1) *¿Sabes el nombre de la medicación que tomas?*
- 2) *¿Qué efectos beneficiosos te produce?*
- 3) *¿Tienes algún efecto secundario desagradable al tomar la medicación?*
- 4) *¿Qué haces para disminuir o eliminar las molestias que te ocasiona la medicación? (Tomar café, no tomar la medicación, fumar, dormir, etc.).*
- 5) *¿Durante cuánto tiempo crees que debes de tomar la medicación?*
- 6) *¿Alguna vez has dejado de tomar el tratamiento por tu cuenta? ¿Por qué motivo?*
- 7) *¿Piensas que la medicación que tomas puede crear adicción?*
- 8) *Si olvidas una toma de medicación ¿qué haces?*
- 9) *¿Qué haces para no olvidarte de tomar la medicación?*
- 10) *¿Controlas tú mismo las dosis y la tomas de la medicación?*
- 11) *¿Quién se ocupa de ir a la farmacia?*
- 12) *¿Sabes cuándo es la próxima cita con el psiquiatra?*
- 13) *Escribe tres razones para dejar el tratamiento*
- 14) *Escribe tres razones para cumplir con el tratamiento*

Es importante también conocer aquellas creencias y conocimientos que posee el paciente sobre el tratamiento. Algunos de los puntos clave para trabajar serían:

- Preocupaciones y creencias sobre la medicación

Se evaluará la sensación del paciente con respecto a la medicación, la existencia de posibles miedos, rechazo a los síntomas, existencia de mitos o falsas creencias, etc. Conociendo estos aspectos será más fácil prevenir y abordar la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, pudiendo llevar a cabo una reestructuración cognitiva ante los pensamientos automáticos negativos, una solución de problemas detallando las ventajas e inconvenientes de adherirse al tratamiento, incluso un contrato conductual que aumente su compromiso con el tratamiento.

- Conceptos

Es importante explicarle al paciente aquellos términos que se vinculan al tratamiento y reforzar aquellos conceptos ya tratados en la TPTB-I.

- **Cómo funciona:** Se le explicaría al paciente la función que tiene en su organismo ese medicamento para que comprenda su importancia.
- **Efectos secundarios:** Todo medicamento puede tener efectos secundarios cuando se toma. Se le explicaría al paciente que estos aparecen ante la ingesta de medicamentos ante los cuales nuestro cuerpo reacciona provocando diferentes reacciones. Es importante que le expliquemos al paciente que ante cualquier duda en este sentido puede consultar al psiquiatra.
- **Beneficios:** Es importante recordar la necesidad de la toma de medicación y sus beneficios a la hora de procurar la estabilidad sintomática.
- **Pautas:** Las pautas de las medicaciones están por algo, es importante que el paciente lo comprenda y la tome de forma según prescrita. Si ha de tomar determinada medicación a determinada hora, es muy importante que no se salte ninguna dosis ni la tome a otra hora.
- **Abuso:** Es importante que el paciente comprenda que no existe una relación entre tomar más medicación y una mejora considerable. Debe comprender que tomar más medicamento del indicado puede ser contraproducente, y las pautas deben seguirse.
- **Abandono:** Lo contrario del abuso, es que el paciente abandone el tratamiento. Puede optar por dejar de tomar la medicación, bien por falta de información, por descuido, por falta de conciencia de enfermedad, porque esté desmoralizado, etc. Todas las explicaciones que pueda darnos el pacientes, hay que trabajarlas porque el riesgo de recaída aumentará sino se adhiere.
- **Alternativas:** Es importante dar a conocer al paciente las alternativas que ofrecen algunos tratamientos farmacológicos como son los inyectables de larga duración. Hay informar al paciente de las alternativas o posibles cambios a considerar para la mejora de su calidad d vida; como el ajuste de dosis, el cambio a otro medicamento y otras estrategias, como el cambio en la hora de la administración.

Es crucial, que además de adherirse al tratamiento farmacológico, el paciente acuda a las citas de la Unidad de Salud Mental, para procurar su estabilidad. En las diferentes ocasiones en las que se ha intentado que el paciente se adhiriera al tratamiento ambulatorio ofrecido, este lo ha abandonado. Por este motivo es importante trabajar la adherencia del paciente a su tratamiento tanto en el hospital de día como en el seguimiento en la USM de Vinaroz. Hay que procurar trabajar con él este aspecto, conseguir que se vincule y aumente autonomía en cuanto a su enfermedad.

Se puede aplicar un contrato conductual para procurar mantener su compromiso. Además de esto, es conveniente reforzar positivamente aquellas conductas que se aproximen al objetivo de acudir a las citas, como por ejemplo que él lo recuerde a sus hijas, que prepare su ropa para el día siguiente, que lo apunte en un post-it para recordarlo. Incluso si fuera necesario se plantearía diseñar una economía de fichas.

Además de esto el control estimular, con el uso de facilitadores visuales como los calendarios son útiles son aconsejables. El paciente y la familia pueden tener de forma rápida visual un recordatorio de las citas. Se puede hacer partícipe al paciente de esto diseñando con él un calendario que se utilizará únicamente para sus citas, como el que se propone a continuación.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
		Cita en la USM a las 10.45 <input checked="" type="checkbox"/>				

Terapia familiar

Objetivo terapéutico: Orientar y apoyar a la familia en el manejo del paciente y de sus dificultades

En la actualidad, todos los programas de intervención familiar combinan estrategias psicoeducativas (información sobre la sintomatología, la adherencia a la medicación, la intervención en crisis, etc.), con técnicas de resolución de conflictos y afrontamiento al estrés, junto con el adiestramiento en habilidades comunicacionales. No se ha podido demostrar cuál de estas estrategias es más relevante, ya que por separado no parecen tener efectos positivos

sobre el clima familiar. Parece ser, por tanto, que la combinación de todas ellas es lo que convierte en eficaz este tipo de intervenciones (Montero, 1995).

Este módulo tiene el objetivo de ofrecer a la familia apoyo, e incrementar su nivel de conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento y entrenarles en estrategias de afrontamiento que optimicen el manejo de la enfermedad y la reducción del estrés.

Los componentes de este módulo serían:

- Modulo psicoeducativo

Es importante ofrecer a la familia información sobre la enfermedad, síntomas, factores de riesgo, factores protectores, origen de la enfermedad, tratamiento médico y psicoterapéutico así como automanejo de la enfermedad. Se abordará también la influencia biológica y genética de la enfermedad desde la teoría vulnerabilidad-estrés y se enfatiza que para una persona con dicha vulnerabilidad genética el estrés ambiental puede influir en la aparición y severidad de los episodios, se aportará información sobre las recaídas y cómo actuar ante ellas. Se educa para identificar los signos precoces de alarma y se desarrolla un plan para prevenir las recaídas.

- Entrenamiento en habilidades de comunicación

Se considera que el paciente y la familia deben adquirir habilidades en la comunicación para poder manejar el estrés. Se explicarían y practicarían estrategias en comunicación mediante juego de roles, cómo: La escucha activa, un entrenamiento para escuchar atentamente e incorporar el significado verbal, los sentimientos, emociones, y lenguaje corporal que aparece en el discurso. Se puede parafrasear lo que se ha dicho previamente para asegurar la comprensión correcta del mensaje. La expresión de sentimientos positivos y negativos; y cómo solicitar cambios adaptativos en la conducta de otro, permitiendo solicitar cambios en la conducta de sus seres queridos sin hacer uso del ataque verbal.

- Entrenamiento en estrategias de afrontamiento y resolución de problemas:

Es importante aprender a identificar, definir y solucionar problemas en el seno familiar, relacionados con el trastorno bipolar. Se les enseña mediante juego de roles, a seguir una secuencia de pasos básica y conductual: definir el problema, generar una lista de posibles soluciones, evaluar cual o cuales son las mejores, formular un plan

para llevarlo a cabo y posteriormente repasar los progresos realizados para solucionar el problema.

Este tipo de terapias ha demostrado ser eficaz tras sufrir episodios agudos, contribuyendo a mejorar el curso de la enfermedad. Además cuando el paciente se encuentra eutímico, la psicoeducación grupal dirigida a familiares contribuye a la prevención de recaídas.

Trabajar con la familia es de vital importancia, más aún en el caso de S. donde su familia muestra ciertas dificultades para abordar la problemática que se ha ido presentando en los últimos años. El trabajo con la familia permite poder reducir el riesgo de recaída en el paciente, reducir el riesgo de ingreso durante el tratamiento, disminuir la gravedad de los síntomas o mejorar el funcionamiento social. Lo que se propone a trabajar con la familia es:

- Ofrecer información sobre la enfermedad: La familia del paciente durante el último episodio estuvo días sin conocer su paradero. Desconocen la enfermedad que padece y cómo tratarle. Incluso su hija mayor mostró síntomas de rechazo hacia su padre y cierto rencor, además de darle un trato sobreprotector. Es muy importante que se les transmita a la familia aquello que se trabaja con él, y para ello, es conveniente informar a la familia de lo que significa esta enfermedad.
- Saber dar apoyo al paciente: La familia puede sentirse desbordada y por tanto en más de una ocasión no han sabido abordar y hacer frente a la situación. Es necesario que sepan cómo actuar cuando la situación se vuelva complicada, avisar al hospital y proceder de la forma que convenga.
- Evitar culpar a la persona por su forma de ser: En una de las entrevistas se advirtió resentimiento por parte de la hija mayor del paciente, quien en algún momento lo culpaba de su comportamiento como si se tratase de un “niño pequeño”. Culparle por todo lo que hace no es la mejor estrategia, pues parte de lo que hace está relacionado con la gravedad de su sintomatología, la cual responde a su enfermedad. Esta idea hay que transmitirla a sus hijas y hermana, más allá de ser una persona con una enfermedad mental, sigue siendo una persona a la que le afectan los comentarios, tanto negativos como los positivos, y sigue siendo el padre de tres hijas y hermano de sus hermanos,

- Reforzar los logros que se consigan: A pesar de que el paciente lleve a cabo conductas que estén influenciadas por su patología, hay que seguir reforzando todo aquello que esté bien hecho, ya que su sensación de bienestar es beneficiosa para sí mismo.

Activación conductual

Objetivo terapéutico: Búsqueda de actividades de ocio y tiempo libre

Históricamente el ocio ha sido muy importante en la vida de los seres humanos como promotor de salud y bienestar. En la actualidad, no sólo se ha consolidado esta doble función, sino que además es un agente socializador de primer orden. Esas funciones de salud, bienestar y socialización, que permiten el disfrute del ocio, han de ser rentabilizadas a la hora de tratar de rehabilitar psicosocialmente a personas que tienen problemas mentales crónicos.

Haremos un uso rehabilitador del ocio cuando:

- Coadyuve a la estabilidad psiquiátrica: menos síntomas psicóticos, menos movimientos desordenados, menos irritabilidad y más competencia e interés social.
- Consigamos que la persona salga de su aislamiento y se vaya integrando con normalidad en su entorno comunitario.
- Ocupe su tiempo libre del modo más normalizado y autónomo posible.
- Favorezcamos la mejora cuantitativa y cualitativa de su red social.

La mayoría de los adultos sanos, dedican gran parte de su tiempo al trabajo, lo cual convierte sus actividades de ocio en algo reparador. Sin embargo, en el caso de los enfermos mentales encontramos el ocio forzoso, lo cual posee connotaciones negativas ya que no supone una evasión al trabajo, y por tanto, no existe la temporalidad de tiempo de trabajo/ tiempo de ocio.

El individuo con este tipo de ocio no se siente útil ni productivo y, de algún modo, la sociedad refuerza esta idea. Sin embargo, la realización de actividades lúdicas así como la ejecución de actividades sociales, convierte el ocio en un importante elemento de la Rehabilitación.

El objetivo es ocupar parte del tiempo libre del individuo a través de la realización de actividades sociales, poniéndole en contacto con su entorno, y dotándole de recursos personales que le permitan hacerlo con eficiencia. Se le proporciona el marco donde obtener soportes sociales y realizar actividades que disminuyan su sintomatología negativa.

Durante el tiempo que trabajamos con el paciente no mencionó ninguna actividad de ocio que realizará. Sus días consistían en deambular, pensar en el trabajo, buscar trabajo o recoger chatarra para vender. Cuando hablamos de salud también debemos incluir el bienestar emocional del paciente, en el que se incluye vivir su vida de la forma más plena posible. Es importante que el paciente realice actividades agradables y reconfortantes con las que disfrute de su tiempo libre, que puede compartir también con su familia. No vive con sus hijas, ya que estas viven en pisos de estudiantes por los estudios, por lo que las ve poco y sus interacciones giran en torno a la salud de su padre cuando hay un altercado. La poca intervención padre hijas que resulta agradable escasea y esto afecta a la relación entre ellos.

De forma general, la estructura de trabajo dentro de las sesiones es siempre similar, y va progresando conforme se van consiguiendo esas pequeñas actividades positivas del cliente. Estas tareas serían las siguientes:

- 1) Identificar las necesidades del paciente
- 2) Crear una lista de actividades
- 3) Concretar los objetivos semanales
- 4) Revisar y discutir sobre las tareas de la semana anterior.
- 5) Establecer una “agenda” en cada sesión.

Consideramos por tanto importante buscar alguna actividad de agrado para el paciente que pueda realizar solo y con su familia. Se redactaría una lista de actividades junto con el paciente de actividades adecuadas y posibles de realizar. Se trazaría un plan para llevarlas a cabo, como por ejemplo buscar piscinas en el barrio dónde reside y consultar precios con sus hijas.

De esta forma, con este módulo se pretende que el paciente se mantenga activo y realice actividades de ocio en su tiempo libre, restando el tiempo que ocupa deambulando por las calles solo; para que ello repercuta en su bienestar. Trabajando esto con, podemos orientar al paciente en cuanto al tipo de actividad que debe de realizar y cuáles es mejor que

evite por su propio bienestar, por lo que además de fomentar la realización de estas, se deberá de orientar en qué actividades queremos introducir y ofrecerle alternativas a lo que realizaba.

En este tipo de actividades se pueden incluir tantas actividades físicas cómo de ocio, incluso incluir alguna actividad de ayuda a la comunidad; ya que al paciente le gusta trabajar y sentirse útil. A continuación se presenta lo que podría ser un ejemplo de una semana:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<i>Pasear</i>	<i>Jugar a las cartas</i>	<i>Montar en bicicleta</i>	<i>Comer con sus hermanos</i>	<i>Nadar en la piscina</i>	<i>Tomar un batido con sus hijas</i>	<i>Ver una película</i>

Todas las propuestas de tratamiento tienen como objetivo servir de herramienta para que el paciente pueda llevar a cabo unos hábitos de vida saludables, y permitirse a sí mismo poder descubrir nuevas alternativas y estrategias para vivir mejor.

Reinserción laboral

Objetivo terapéutico: Reinserción en el mundo laboral

La rehabilitación laboral va a dotar a la persona de un proyecto de vida, y pretende desplazar al sujeto de su arraigado rol de enfermo hacia un rol normalizado. El vehículo más eficaz para este tránsito hacia la normalización es el trabajo, en torno al cual se despliega la vida de las personas. El empleo constituye un factor de integración. Desde el punto de vista antropológico, aparece como un proceso de realización personal en el hombre. Desde el punto de vista socioeconómico es un eje y núcleo de la actividad productiva, personal y social; y desde el punto de vista psicológico representa la realización y aplicación práctica de la capacidad humana que genera confianza y seguridad de la persona en sí misma. El facilitar a la persona con discapacidad la obtención de un trabajo remunerado en el medio ordinario, supone, además de cobrar un salario, una valoración social positiva tanto por parte de su propia familia como de la comunidad, una mayor independencia personal y un sentimiento de

utilidad, la posibilidad de establecer relaciones y la experiencia de gozar de los mismos derechos y de formar parte integrante de su comunidad.

Tanto en las entrevistas con la psiquiatra como en las entrevistas las psicólogas, el paciente dejaba ver siempre la importancia que para él tienen el trabajo. Comprendiendo la relevancia que tiene esta área de su vida, resultaría conveniente hacerle entender que comprendemos sus necesidades y las valoramos,; y ofrecerle la ayuda necesaria para facilitarle una reinserción en el mundo laboral.

Por otra parte, la permanencia en el trabajo sirve como factor de protección contra la recaída sintomatológica, reduciendo o neutralizando los estresores y promoviendo el afrontamiento por medio de la estructuración, las experiencias de control y las relaciones sociales que proporciona el trabajo. Simultáneamente, la percepción social peyorativa que existe sobre la enfermedad mental, se invierte, al incorporarse la persona con una enfermedad mental al tejido productivo social.

Este módulo se dividiría en diferentes apartados:

Módulo de desarrollo de habilidades sociolaborales

Se trata de desarrollar aquellas habilidades imprescindibles en la convivencia laboral que el usuario debe adquirir, recuperar o potenciar, tales como la adecuada interacción con compañeros y jefes, la capacidad de iniciar y mantener conversaciones, solicitar y ofrecer ayuda, administración del tiempo de ocio, etc.

Módulo de ajuste laboral

Se trata de talleres que reproducen el marco de trabajo normalizado, donde el usuario adquiere paulatinamente los hábitos y habilidades propias del desempeño laboral. El taller tiene carácter polivalente y multidisciplinar, los trabajos que en él se realizan no deben circunscribirse a un área laboral determinada, sino abarcar un espectro amplio de tareas, moderadamente interesantes, ajustadas a las necesidades del individuo y a sus posibilidades, que permitan un aumento de la complejidad y susceptible de desarrollarse individualmente o en grupo. Los objetivos que debe cumplir son:

1. Adiestramiento en la búsqueda de empleo: Adiestrar al individuo en la prospección del mercado laboral local y regional, sirviéndonos de las siguientes fuentes: ofertas del INEM, Cámaras de Comercio, asociaciones empresariales, páginas amarillas, prensa especializada. Se reúne información sobre las empresas que se deben visitar, procurando elegir aquellas que se encuentren en un buen momento productivo, que tengan en su plantilla trabajadores con minusvalía y que hayan demostrado tener un talante integrador.

2. Adiestramiento en estrategias de análisis del puesto de trabajo: Se requiere análisis inicial de tareas y habilidades que implica el puesto concreto y del ritmo de producción que dicho puesto requiere. Es importante que el puesto ofrezca oportunidades de intercambio social, que no sea un puesto aislado. Es necesario comprobar las habilidades de comunicación y relación personal que requiere el nuevo empleo.

3. Estudio de las expectativas del individuo respecto de este puesto de trabajo: Es importante conocer cuáles son los resultados que se esperan obtener a través del empleo, ya que no todas las personas trabajan por las mismas razones. Posibles metas de obtener y mantener un empleo pueden ser: desarrollar relaciones, ganar dinero o incrementar la autoestima. En esta fase estarán evaluados todos los aspectos psicosociales que puedan potenciar o dificultar la integración laboral, así como las habilidades de ajuste laboral.

4. Habilidades de presentación al nuevo puesto: Ajustar el perfil del candidato al perfil de puesto y de la tarea requerida.

5. Adaptación y entrenamiento en el puesto de trabajo: Se analizan y controlan todas aquellas variables que contribuyen a la adaptación del sujeto al puesto de trabajo, así como al mantenimiento del mismo, asegurando en todo momento rendimiento y calidad óptimos.

6. Seguimiento y valoración global del proceso: Se realiza una evaluación del rendimiento y calidad del trabajo. Se estudia la implicación a la familia en el proceso de inserción laboral y se establece el seguimiento a largo plazo.

Prevención de recaídas

Objetivo terapéutico: Prevención de recaídas y evitar futuros ingresos

S. ha recaído con facilidad provocando verdadera preocupación en su familia sobre su estado, y desapareciendo sin que ellos pudieran saber cómo se encontraba. Esto ha sido debido a su abandono al tratamiento y a la poca conciencia de enfermedad. Como consecuencia de ello se corre el riesgo de producirse nuevos episodios. Dichos periodos en los que reaparece la inestabilidad se denominan crisis, o recaídas.

Hay que tener en cuenta que las crisis pueden variar en duración e intensidad. Pero hay que actuar cuanto antes para que las consecuencias sean lo más leves posibles.

A pesar de haberlo trabajado como parte de la psicoeducación, es importante hacer hincapié en esto y trabajarlo con la familia en este módulo.

De forma que, se enseña al paciente y familiares a saber identificar las señales de alarma o pródromos, que son la antesala de la recaída. El paciente experimenta una serie de cambios que pueden ser de poca intensidad, por ese motivo no se atienden con la suficiente importancia y pueden llegar a ser ignorados. Como el paciente ya habrá trabajado anteriormente su lista de pródromos en el TPTB-I, la familia puede realizar una según lo que ellos observan desde fuera y ponerlas en común. Por ejemplo cuando observan a su padre más verborreico de lo habitual.

Una vez conocidas las posibles señales de alarma que pueden llegar a presentarse, hay que atender algunas recomendaciones para evitar la recaída:

- El paciente debe de tener cierto conocimiento sobre su enfermedad para poder valorar el estado en el que se encuentra, y cómo va evolucionando y avisar a su psiquiatra o psicólogo.
- El paciente debe responsabilizarse de cumplir con el tratamiento que le manda su psiquiatra.
- Es imprescindible llevar a cabo unos hábitos de vida sana, con horarios para las comidas, horarios para dormir, mantener la higiene, realizar actividad física, no tomar drogas, etc.

Hay que tener muy presente que todas estas señales pueden llegar a pasar desapercibidas por el propio paciente, por ese motivo es muy importante la colaboración de la

familia y del entorno del paciente en cuanto a la prevención de recaídas, pues pueden llegar a aportar información muy útil para la detección de las crisis.

Además de esto, se ideará junto con la familia un plan de actuación en el que se explique cómo actuar ante un posible episodio depresivo o maníaco.

7. CONCLUSIONES

Este trabajo se ha centrado en el trastorno bipolar, basándose en el estudio de un caso único. Se ha comprobado mediante la revisión bibliográfica y el propio estudio de caso cómo repercute en la calidad de vida de las personas afectadas.

El paciente fue diagnosticado a los 19 años de edad, coincidiendo con la edad precoz que se observó entre los 20-25 años, tal y como apuntan Body y Weissman (1985), pronosticando peor funcionamiento psicosocial en un futuro. Sin embargo, la poca conciencia de enfermedad no le permitió adherirse al tratamiento. Hemos podido observar cómo el trastorno bipolar puede tener consecuencias devastadoras para el funcionamiento social, ocupacional y la calidad de vida de las personas que lo sufren, tanto el propio paciente como la familia, en la línea de lo que sostienen Vieta y cols. (2001). Las consecuencias del trastorno han provocado mella en la vida de la familia, hasta tal punto que durante un episodio, la familia desconocía el paradero de su padre, el cual vivía en la indigencia; resultándoles imposible lidiar con la situación. La problemática desbordaba a los familiares del paciente. Así mismo el paciente, quien vino a España a buscar un trabajo, acabó viviendo en la indigencia, buscando qué vender para poder sobrevivir, mientras sufría el episodio por el cual fue ingresado.

Los resultados de las pruebas han mostrado una mejora del paciente tras el ingreso, reflejando objetivamente la estabilización de la sintomatología. Tanto las entrevistas realizadas, los criterios del DSM-V que han servido como guía; como las pruebas que se han pasado con el paciente han sido eficaces y útiles a la hora de aportar información para guiar la intervención, lo que apoya la necesidad de contar con instrumentos validados tal y como defiende el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012).

Respecto al tratamiento, podemos decir que el caso avala la necesidad de incluir terapia farmacológica, psicológica y social con los pacientes (Colom y Vieta, 2004). No debemos olvidar que tratamos con personas, y han de ser tratados en su complejidad, y en todas las esferas de su vida. Gracias a contar con un equipo multidisciplinar, el paciente ha podido ser intervenido en un plan terapéutico que ha incluido un tratamiento completo que cubra estas necesidades, ya que en muchos casos como este la terapia familiar es igual de necesaria que la farmacológica. En el caso, el tratamiento cognitivo conductual puede aportar

al paciente y a su familia la psicoeducación necesaria para conocer el trastorno que padece, contando con toda la información necesaria para su abordaje y tratamiento.

LIMITACIONES

En cuanto a las limitaciones que hemos podido encontrar en este caso, el tiempo de seguimiento ha sido una de ellas, el cual no nos ha permitido ver el curso completo de la enfermedad, no pudiendo haber observado al paciente desde el ingreso, ni poder ver su seguimiento. El hecho de que sea un caso único tampoco nos permite generalizar los resultados observados, ya que las conclusiones únicamente están vinculadas a este paciente. Así como, la cantidad insuficiente de pruebas pasadas, hace que no podamos contar con resultados más detallados sobre la evolución del paciente.

RETOS FUTUROS

A la hora de plantearse los retos futuros, se debe destacar el importante papel del psicólogo en una intervención de estas características. La farmacología se vuelve crucial en el tratamiento de este tipo de trastornos, sin embargo es la información que reciben sobre su enfermedad, aquello que les permite entender y mantener los hábitos necesarios para garantizar la estabilidad sintomatológica. A la hora de tratar con pacientes, no se puede olvidar que son personas, que necesitan un trato de calidad, siendo necesario aumentarla ratio de psicólogos por número de pacientes.

Así mismo, sería aconsejable aumentar la investigación en lo referente a los factores predisponentes y mantenedores, mejorando así, la prevención secundaria y terciaria. De forma que, podamos prevenir nuevos ingresos de aquellos pacientes ya diagnosticados, o el tiempo transcurrido desde que el paciente sufre el primer episodio hasta que recibe un tratamiento.

En cualquier caso, es positivo continuar con la investigación constante de este y otros trastornos para poder contar con aquellos avances en nuestro campo y en otros, en aras de mejorar calidad de vida de estas personas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angst, J. (2013). *Bipolar disorders in DSM5: strengths, problems and perspectives*. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1(12), 1-3.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Highlights of changes from DSM-IV to DSM-5*. American Psychiatric Publishing. Disponible en <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf> (acceso el 01/09/2015).
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Madrid: Panamericana.
- Asociación Española De neuropsiquiatría (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Cuadernos Técnicos.
- Badós, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Badós, A. y García, E. (2014). *Resolución de problemas*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Bañós, R.M. y Perpiñá, C. (2002). *La exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis
- Bañós, R.M. y Perpiñá, C. (2002). *Exploración psicopatológica*. Síntesis: Madrid.
- Becoña, E. y Lorenzo, M.C (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13 (3), 511-522.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Colom, F. y Vieta, E. (2004). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Barcelona: Ars Médica.
- de Dios, C., Goikoleab, J.M., Colomb, F., Moreno, C. y Vieta, E. (2014). *Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11*. *Revista Psiquiátrica de Salud Mental*, 7(4), 179 – 185.

- Criado-Álvarez, J., A Domper, J. y de la Rosa, G. (2000). Estimación de la prevalencia de trastornos bipolares tipo I en España a través del consumo de carbonato de litio (1996-1998). *Revista Española Salud Pública*, 72(2), 131-138.
- F.J. Labrador (2011). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- García-Blanco, A., Sierra, P. y Livianos, L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica*, 21(3), 89-94.
- Gómez, A. (2008). Enfermedad bipolar: Clínica y etiopatogenia. *Revista Farmacéutica de divulgación sanitaria*, 27 (6), 68 - 74.
- Vázquez, G.H. (2014). Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5. *Psicodebate*, 14(2), 9–24.
- Gutiérrez-Rojas, L., Martínez-Ortega, J.M. y Rodríguez-Martín, F.D. (2013). La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. *Anales de psicología*, 29 (2), 624-632.
- 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.
- Eid, L., Heim, K., Doucette, S., McCloskey, S., Duffy, A. y Grof, P. (2013). Bipolar disorder and socioeconomic status: what is the nature of this relationship?. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1 (9), 1-6.
- Sylvia, L.G., Salcedo, S., Bernstein, E.E., Baek, J.H., Nierenberg, A.A. y Deckersbach, T. (2013). Nutrition, Exercise, and Wellness Treatment in bipolar disorder: proof of concept for a consolidated intervention. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1(24), 1-7.
- Marmol, F. (2006). Litio: 55 años de historia en el tratamiento del trastorno bipolar. *Medicina Clínica*. 127(5), 189-95.
- Ministerio de trabajo y asuntos sociales (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Disponible en <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenerfermental.pdf> (acceso el 10/09/2015)
- Pousada, A. (2010). *Estudio sobre la planificación y resolución de problemas y memoria de trabajo en pacientes con trastorno bipolar en fase eutímica*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid.

- Reinares, M., Vieta, E. y Colom, F. (2002). Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar. *Revista Psiquiatría*, 29(2), 97-105.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. y Valiente, R.M. (2004). *Estudios de caso en Psicopatología*. Madrid: Klinik.
- Kemner, S., van Haren, N., Bootsman, F., Eijkemans, M., Vonk, R., van der Schot, A., Nolen, W. y Hillegers, M. (2015). The influence of life events on first and recurrent admissions in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, (3)6, 1-7.
- Kesebir, S., Ünübol, B., Yaylaci, E., Gündoğar, D. y Ünübol, H. (2015). Impact of childhood trauma and affective temperament on resilience in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, 3(3), 1-5.
- Pini, S., de Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G.B. y Wittchen, H.U. (2005) Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 425-434.
- Undurraga J, Baldessarini RJ, Valenti M, Pacchiarotti I, Vieta E. (2012). Suicidal risk factors in bipolar I and II disorder patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(6), 778-82.
- Vieta, E. y Colom, F. (2003). *Convivir con el trastorno bipolar*. Madrid: Panamericana
- Vieta, E., Colom, F. y Martínez-Arán, A. (2001). *¿Qué es el trastorno bipolar?*. Madrid: Janssen-Cilag.
- Vieta, E., Colom, F. y Martínez-Arán, A. (2004). *La enfermedad de las emociones: el trastorno bipolar*. Barcelona: Ars Médica.
- Viguera, A.C., Baldessarini, R.J. y Tondo, L. (2001) Response to lithium maintenance treatment in bipolar disorders: comparison of women and men. *Bipolar Disorder*, 3(5), 245-252.

9. ANEXOS